



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4TABA10

Farhat Kazmi og Iris Sigurjonsdottir

Veileder: Gunvor Stensrud Volla

Oral helse hos pasienter på sykehus

Oral health among hospitalised patient

BATA-2013

Antall ord: 13.474

Bachelor i Tannpleie

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteke

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Oral helse hos pasienter på sykehus

Engelsk tittel: Oral health among hospitalised patient

Innledning: Dårlig oral helse hos sykehusinnlagte pasienter kan øke risiko for utvikling av sykehuservervet infeksjoner og systemiske infeksjoner. Vel organisert tannhelsetjeneste for sykehusinnlagte pasienter kan forebygge dette.

Problemstilling: Hvordan kan tannpleier forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?

Hensikt: Hensikten med vår bacheloroppgave er å finne ut mer om oral helse problemer hos innlagte pasienter og forebygging og behandlingstilbud ved norske sykehus. Dessuten ville vi også finne ut hvordan tannpleiere kan forebygge dårlig oral helse.

Metode: Vår bacheloroppgave er basert på litteraturstudie med oppbygning av pensumlitteratur, selvvalgtlitteratur, kvantitativ forskning og personlige erfaringer.

Teori: I teorien presenterer vi tannpleierfunksjon, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, lover og føringer for tannpleiere og andre helsepersonell, definisjon av oral helse, konsekvenser av dårlig oral helse, oral helse hos pasienter på sykehus og oral helse på ulike sykehus i Norge.

Resultat: Sykehuspasienters orale helse blir forsømmet. Prioritering av munnstell kan forebygge alt fra ubehag til livstruende komplikasjoner og samfunnet kan spare store kostnader. Ved iverksettelse av tiltak av tannpleier kan orale helsen hos inneliggende pasienter forbedres.

Konklusjon: Tannpleier kan forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus ved å sette inn tiltak som gjør det enklere for pleiepersonellet å utføre munnstell på pasientene. Det vil si bruk av munnstellkort, ha tilgjengelige munnpleieprodukter, jobbe tverrfaglig med pleiepersonellet på sykehus, ha regelmessig besøk av tannpleier på avdeling og ved å utpeke oralhelse-kontaktperson på hver avdeling.

Nøkkelord: Oral helse, tannpleie, forebygging, sykehus, munnstell

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen	6
1.3 Avgrensing av tema	6
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2.0 Metode	7
2.1 Litteratursøk	7
2.2 Presentasjon av artikler	9
2.2.1 Artikkel 1	9
2.2.2 Artikkel 2	9
2.2.3 Artikkel 3	10
2.2.4 Artikkel 4	10
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Tiltak på Vestre Viken HF Drammen sykehus	11
3.0 Teori	11
3.1 Tannpleiers funksjon	12
3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer	13
3.2 Helsefremmende og sykdomsfrembyggende arbeid	13
3.2.1 Tverrfaglig samarbeid	14
3.3 Lover og føringer for tannpleiere	14
3.4 Oral helse	15
3.5 Konsekvenser av dårlig oral helse	16
3.5.1 Saliva	17
3.5.2 Bakterier i munnhulen	17
3.5.3 Systemiske komplikasjoner i forhold til dårlig oral helse	19
3.6 Oral helse hos pasienter på sykehus	19
3.6.1 Munnstell	20
3.8 Oral helse på ulike sykehus i Norge	20
3.8.1 Vestre Viken HF Drammen sykehus	20
3.8.2 Oslo universitetssykehus	21
3.8.3 Akershus universitetssykehus	21
3.8.4 Haukeland sykehus i Bergen	21
3.8.5 St. Olav hospitalet i Trondheim	22

3.8.6 Universitetssykehuset i Nord- Norge i Tromsø	22
4.0 Hvordan kan tannpleier forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?	22
4.1 <i>Hvorfor prioritere å forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?</i>	23
4.1.1 Tannpleiers ansvar og konsekvenser av dårlig oral helse	23
4.2 <i>Hvilken betydning har pleiepersonells holdninger for prioritering av tannhelse på sykehus?</i>	26
4.2.1 Holdninger	26
4.3 <i>Hvilken tiltak kan vi sette inn på sykehus for å forebygge dårlig oral helse?</i>	27
4.3.1 Munnstell	27
4.3.2 Munnstellkort	28
4.3.3 Munnpleieprodukter	29
4.4 <i>Hvordan kan tannpleier jobbe tverrfaglig med pleiepersonell på sykehus?</i>	31
4.4.1 Tverrfaglig samarbeid	31
4.5 <i>Mulige fremtidige tiltak for å forbedre den orale helsen hos pasienter på sykehus</i>	35
4.5.1 Regelmessig besøk av tannpleier	35
4.5.2 Oralhelse-kontaktpersoner	36
4.6 <i>Hvilken tiltak er satt i gang på sykehus i Norge?</i>	37
4.6.1 Eksisterende tiltak	37
5.0 Konklusjon	38
Litteraturliste	40
Vedlegg 1: PICO-skjema	44
Vedlegg 2: Søkehistorikk	45

1.0 Innledning

Ifølge stortingsmelding 35, *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Fremtidas tannhelsetjenester*, er den orale helsen hos pasienter på sykehus mangelfull og behovet for økt kunnskap på dette området er stort. Dårlig oral helse kan føre til alt fra ubehag til alvorlige systemiske sykdommer. Dette er noe som kan ha stor påvirkning på livskvaliteten. På bakgrunn av det ville vi fordype oss i dette temaet og finne ut hva tannpleiere kan gjøre for å bidra til å forebygge dårlig oral helse på sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Grunnen til at vi valgte dette prosjektet er at vi syntes det var interessant å lære om sammenhengen mellom oral helse og systemiske sykdommer. Ofte blir ikke munnen sett på som en del av kroppen og derfor er det mange som ikke tenker på at dårlig oral helse også kan påvirke pasientens generelle helse og føre til andre alvorlige sykdommer. Dette gjelder spesielt de som allerede er syke eller har et svakt immunforsvar, som for eksempel voksne pasienter på sykehus. Vi ville lære mer om dette temaet, og valgte derfor å fokusere på det.

På sykehus er det ofte lite fokus på oral helse, så vi mener at det burde settes inn rutiner for munnstell for de pasientene som er innlagt over lengre tid og at det ville vært en fordel for mange av de ansatte om de fikk opplæring og oppfølging av tannpleiere. Vi har snakket med mange sykepleiere vi kjenner som har flere års erfaring med å jobbe på både sykehus og sykehjem. De syntes temaet var veldig interessant og ville også lære mer om hvordan oral helse kan påvirke resten av kroppen. De syntes også at de ikke hadde så mye kunnskap om dette og ville gjerne lære mer for å kunne hjelpe pasientene.

Pasienter på sykehus er mer utsatt for sykdommer knyttet til dårlig oral helse fordi de allerede er syke og fordi de ofte ikke får tilstrekkelig oppfølgingen av munnhygiene. Vi vil finne ut hva vi kan gjøre for at helsepersonellet som jobber med disse pasientene skal få tilstrekkelig kunnskap om mulige komplikasjoner av dårlig munnhygiene og hvordan de skal kunne hjelpe til med å utføre munnstell. Vi mener derfor at temaet vi har valgt er svært relevant og det er viktig at det blir satt inn tiltak for å forbedre den orale helsen og forebygge følgetilstander i munnhulen ved sykdom.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Ved å velge dette temaet vil vi lære mer om hvordan dårlig oral helse påvirker eller fører til systemiske sykdommer. Vi ville også vite hvordan vi tannpleiere kan hjelpe til med forebygging av dårlig oral helse ved å ha opplæring for helsepersonell på sykehus, lage rutiner for innlagte pasienter, og regelmessig oppfølging. Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan tannpleier forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?”

1.3 Avgrensning av tema

Vi har valgt å fokusere på pasienter innlagt på sykehus. Dette kan være pasienter med kroniske eller langvarige sykdommer, i tillegg til de som har skader som fører til at de blir pleietrengende i en periode. Vi vil fokusere på pasienter over 18 år. Vi har ingen øvre aldersgrense, men pasientene vi fokuserer på er de som vanligvis klarer seg selv hjemme.

Vi har valgt å ikke fokusere på barn fordi de vanligvis får hjelp av foresatte når det gjelder munnstell. Hadde vi valgt å fokusere på barn måtte vi tatt hensyn til samarbeid og kommunikasjon med foresatte i tillegg.

Når det gjelder pleiepersonell på sykehus har vi ikke valgt å fokusere på en bestemt profesjonsgruppe, men alle ansatte som jobber med pleie av pasient. Vi har heller ikke valgt en bestemt avdeling, men sykehus som en helhet.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i fem kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I innledningen forklarer vi hensikten med oppgaven, valg av tema, problemstillingen og avgrensning av tema. I metode beskriver vi fremgangsmåten vi har brukt til å finne litteratur, hvordan vi søkte, presentasjon av fire selvvalgte forskningsartikler og kildekritikk.

I teoridelen begynner vi med å forklare tannpleierens funksjon og yrkesetiske retningslinjer. Vi vil så inn på helsefremmede og sykdomsforebyggende arbeid. Vi vil beskrive tverrfaglig samarbeid og aktuelle lover, forskrifter og stortingsmeldinger. Deretter forklarer vi oral helse og konsekvensene av dårlig oral helse. Vi vil så ta for oss hvordan dårlig oral helse kan føre

til systemiske komplikasjoner. Deretter vil vi gå inn på hva munnstell egentlig er. Til slutt vil vi beskrive hvilke tiltak eksisterer i dag på sykehus i Norge.

I drøftingen har vi laget seks underproblemstillinger for å gjøre det enklere å svare på hovedproblemstillingen. Vi diskuterer først hvorfor vi bør prioritere å forebygge dårlig oral helse på sykehus. Så vil vi inn på hvilken betydning pleiepersonells kunnskap og holdninger har for prioritering av oral helse på sykehus. Vi drøfter så hvilke tiltak som må iverksettes for å få etablert regelmessig oralhelse tilbud for sykehus pasienter. Vi vil så beskrive hvordan tannpleiere kan jobbe tverrfaglig på sykehus. Deretter vil vi komme med forslag til fremtidige tiltak i lys av egenerfaring fra praksis og nyere forskning. Avslutningsvis vil vi ta for oss tiltak på sykehus i lys av lovverket. I konklusjonen svarer vi på hovedproblemstillingen basert på det vi kom frem til i drøftingen.

2.0 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, nyere forskning og personlige erfaringer. Vi har funnet 11 artikler hvor de fleste er basert på kvantitativ forskning.

I april var vi på besøk på Vestre Viken HF Drammen sykehus. Der har det blitt satt i gang nytt tiltak hvor tannhelsetjenesten samarbeider med Barne- og ungdomsseksjon og Habiliteringssenteret. Vi vil i slutten av dette kapittelet beskrive dette bedre.

Vi har i teoridelen satt inn to figurer som illustrerer sammenheng mellom biofilm og tannkjøttssykdommen periodontitt. Vi har den 11. mai 2016 fått tillatelse fra Bente Stuveseth, daglig leder i Norsk Tannvern, til å bruke den i bacheloroppgaven vår.

I oppgaven har vi også brukt pensumlitteratur som kan belyse problemstillingen. I tillegg til dette har vi brukt selvvalgte bøker, erfaringer fra praksis og relevante lovverk, stortingsmeldinger og forskrifter. Selvvalgt litteratur er markert med * i litteraturlisten. Vi vil begynne med å forklare hvordan vi søkte etter litteratur.

2.1 Litteratursøk

Da vi begynte å søke etter artikler til oppgaven ville vi prøve å finne artikler som handlet om hvordan den orale helsen til pasientene er på sykehus og sykehjem, hvilken kunnskap og

holdninger personalet på disse institusjonene har til oral helse og hvilke tiltak som har blitt gjort på institusjoner for å forbedre oral helse. Selv om vi har valgt enkelte artikler som handler om sykehjem og ikke sykehus synes vi de er overførbar til vår oppgave. Vi valgte å fokusere hovedsakelig på artikler på engelsk fordi det ikke er så mye forskning som blir publisert på norsk eller de andre skandinaviske språkene relatert til oral helse på sykehus.

Databasene vi brukte var Oria, , CINAHL og Helsebiblioteket. Vi prøvde også å søke i SveMed+, PubMed og Cochrane Library, men fant ingen relevante artikler til oppgaven vår. Søkeordene vi brukte under artikkelsøket var: hospital, hospitalisation, prevention, oral health, dental health, oral care, dental hygienist, nurse, knowledge og education. For å gjøre det enklere satt vi ordene opp i PICO-skjema før vi begynte å søke. PICO-skjemaet er vedlagt som vedlegg 1.

For å begrense søkene valgte vi å få opp fagfelleverderte artikler eller review artikler. Deretter valgte vi å bare få opp artikler publisert i de siste fem årene. Om vi fikk treff på veldig få eller ingen, utvidet vi søke til å inkludere de siste ti årene. For å velge ut artikler vi kunne bruke leste vi først overskriftene for å se om artikkelen passet til vårt tema. Hvis den gjorde det, leste vi abstraktet og så hele artikkelen for å finne ut om det var noe der vi kunne bruke. Artikkelsøket vårt beskrives bedre i søkehistorikk i vedlegg 2.

I tillegg til databasene ovenfor søkte vi i tannlegeforeningens Tidende. Det gjorde vi for å prøve å finne om vi kunne finne studier som har blitt gjort i Norge. Der søkte vi på ”oral helse i Norge”. De nyeste artiklene kommer opp først, så vi leste gjennom overskriftene for å se om noe kunne passet til oppgaven vår. Vi valgte å bruke den åttende artikkelen på den første siden. Artikkelen heter *Orale helsetjenester for alvorlig syke barn i Norge* og er skrevet av Kehl, Espelid, Bangstad og Skaare. Vi fant den 12. april 2016. Selv om den handler om det som skjer på barneavdelinger synes vi den er overførbar til vår oppgave fordi det ble gjort en spørreundersøkelse blant de ansatte om deres kunnskap om oral helse, rutiner og holdninger de har til oral helse og munnstell.

Vi har også brukt en artikkel vi har brukt tidligere i emne tannpleie for eldre. Artikkelen med overskrift ”*Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home.*” Den ble publisert i European Journal of Oral Sciences i 2009 og er skrevet av Samson, Berven og Strand. Artikkelen handler om et prosjekt som ble gjort på et sykehjem i Bergen

for å forbedre den orale helsen til pasientene. Ansatte fikk undervisning og det ble laget nye rutiner for å gjøre det lettere for dem å utføre munnstell på pasientene. Prosjektet hadde gode resultater, så vi tenkte at mye av det samme kan bli gjort på sykehus. Vi trengte ikke å søke etter denne artikkelen fordi vi allerede hadde den.

2.2 Presentasjon av artikler

Artiklene vi har valgt å presentere er artikler vi har funnet som vi mener vil hjelpe oss å svare på problemstillingen. Under presentasjonen av hver artikkel kommer vi til å utdype hvilken ordkombinasjoner vi brukte, antall treff og hvordan vi begrenset artiklene vi hadde fått treff på.

2.2.1 Artikkel 1

I Oria brukte vi søkeordene: hospitalization + oral health. Da fikk vi opp 2690. Ved å begrense søket til fagfellevurderte artikler fikk vi 2067 treff. Begrensning til artikler fra 2011 til i år førte til 985 treff. Vi leste fire artikler og valgte å bruke *The impact of hospitalization on oral health: a systemic reveiw*. Den var nr. 9 på den første siden. Artikkelen ble publisert i 2011 i Journal of Clinical Periodontology. Dette er en systematisk review artikkel skrevet av Terezakis, Needleman, Kumar, Moles og Agudo. Forskerne gikk gjennom artikler for å finne ut hvilken effekt sykehusinnleggelse hadde på pasienters orale helse. De kom frem til at den orale helsen ble forverret hos innlagte pasienter og at mange får en signifikant økning av biofilmdannelse. I tillegg belyser de konsekvensene av dårlig oral helse og påpeker at dårlig oral helse kan forårsake økning i sykehuservervet infeksjon.

2.2.2 Artikkel 2

I databasen CINAHL brukte vi søkeordene: hospital + prevention + oral health + dental hygienist og fikk 10 treff. Vi begrenset søket til å bare inneholde artikler fra de siste fem årene og som hadde blitt publisert i Academic Journal. Da fikk vi 6 treff. Etter å ha sett på overskriften, valgte vi å lese artikkelen *A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults*. Den ble publisert i Journal of Advanced Nursing i 2013 og er skrevet av Coker, Ploeg, Kaasalainen og Fisher. Dette er en konseptanalyse hvor forfatterne har gått gjennom forskning som har blitt gjort på eldre pleietrengende i institusjoner. De har identifisert hva som skal være til stede for at man kan si at munnstell er bra, hva skal til for at det blir utført, og hva bra munnstell fører til. Det blir også gitt eksempler på hvordan bra og dårlig munnstell utføres.

2.2.3 Artikkel 3

Vi søkte i CINAHL med ordene: education + oral health + nurse + hospital. Vi fikk 166 treff. Ved å begrense resultatene til artikler publisert de siste fem årene fikk vi 58 treff. Academic Journals førte til 54 og da vi valgte å bare få frem artikler som dreier seg om voksne fikk vi 14 treff. Da vi hadde lest overskriften på alle valgte vi å lese en artikkel som heter *The Effect of Programs to Improve Oral Hygiene Outcomes for Older Residents in Long-Term Care*, som vi valgte å bruke i oppgaven. Artikkelen ble publisert i 2014 i *Research in gerontological Nursing* og er skrevet av Coker, Ploeg og Kaasalainen. Dette er en systematisk review artikkel hvor forfatterne har prøvd å finne ut hvilken innvirkning det vil ha på pasientenes orale hygiene ved å sette i gang tiltak for å forbedre evnene til helsepersonell som utfører munnstellet. De sammenlignet resultater fra forskjellige typer tiltak. I tillegg beskriver de holdningene og kunnskapen til pleiepersonellet.

2.2.4 Artikkel 4

Vi søkte i Oria med ordene: hospitalisation + oral health + oral care. Da fikk vi 172 treff. Begrensning til fagfelleverderte tidsskrifter, publisert i 2011 eller senere og under emnet oral health førte til 8 treff. Vi leste overskriftene på artiklene og en av de vi valgte å bruke var *Oral hygiene of patients with cancer in an acute oncology ward: a best practice project*. Den ble publisert i *International Journal of Evidence-Based Healthcare* i 2013 og er skrevet av Wee, Ang og Ng. Målet var å forbedre den orale hygien til pasientene på onkologisk avdelingen. I starten manglet halvparten av pasientene tannbørste og tannpasta, 58% pusset ikke tenner to ganger daglig, ingen av pasientene med proteser rengjorde de daglig og ingen av personeller hadde fått noe undervisning om oral hygiene. Disse opplysningene fikk forskerne ved å gå rundt på avdelingen og snakke med pasientene. Forskerne ville at alle sykepleierne skulle få undervisning om oral hygiene, 80% av pasientene skulle ha tannbørste og tannpasta, 80% av pasienter med proteser skulle rengjøre de daglig og 80% av pasientene skulle pusse tenner minst to ganger daglig. Da sykepleierne fikk undervisning ble de fortalt hva som skulle gjøres og hvilken mål som hadde blitt satt. Etter de nye tiltakene hadde alle pasientene tannbørste og tannpasta, 83% pusset tenner minst to ganger daglig, 67% av pasientene med proteser rengjorde de riktig og alle sykepleierne fikk undervisning om oral hygiene.

2.3 Kildekritikk

Da vi søkte etter forskningsartikler prøvde vi å finne nyere forskning. De fleste vi fant er fra de siste fem årene, men noen er litt eldre. Vi har valgt artikler og litteratur som vi mener kan belyse problemstillingen vår.

En av artiklene omhandler ikke vår aldersgruppe. I den var pasientene 16 år og eldre. Vi synes likevel at resultatene er overførbare til vår problemstilling fordi studien ble utført på avdeling for voksne hvor de aller fleste var mye eldre enn 16 års alderen.

I teorien beskriver vi oralhelse-tiltak som har blitt innført på forskjellige sykehus i Norge. Noen av kildene hvor vi fant denne informasjonen er et par år gamle, så vi kontaktet tannpleiere og andre ansvarlige som jobber på disse sykehusene per telefon og mail for å høre om det har blitt noen forandringer. Informasjonen om disse tiltakene er derfor riktig per i dag.

2.4 Tiltak på Vestre Viken HF Drammen sykehus

I 2010 ble det startet opp et treårig samarbeidsprosjekt mellom Tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune og Vestre Viken HF Drammen sykehus. Målet var at den orale helsen hos barn på sykehus skulle bli bedre ivaretatt og å utarbeide rutiner for henvisning til tannhelsetjenesten. Det ble laget nye rutiner og prosedyrer, tannhelsetjenesten hadde undervisning for ansatte og foresatte, og tannpleier kom på barneavdelingen hver 14. dag. Samarbeidet fungerte veldig bra og etter at prosjektperioden var ferdig ble dette gjort om til et fast tiltak. Vi syntes dette var interessant, så vi tok kontakt Overtannpleier Krona ved Buskerud fylkeskommune for å høre om vi kunne komme på besøk og observere hvordan dette foregikk i praksis. Den 8.april 2016 dro vi til Drammen og fikk være med tannpleier Bjørkevik en dag. Tannpleier Bjørkevik var prosjektleder under samarbeidsprosjektet og hun samarbeider fortsatt med sykehuset. Vi fikk sett hvordan hun samarbeidet med de ansatte på avdelingen og hvordan rutinene var, i tillegg til at vi fikk være med på samtaler med pasienter og foresatte. Vi mener at erfaringene våre fra dette besøket er relevant og vil derfor bruke det i Bacheloroppgaven vår.

3.0 Teori

I teorien vil vi beskrive tannpleierens funksjon og de yrkesetiske retningslinjene tannpleiere skal følge. Vi vil også forklare hva helsefremmende, sykdomsforebyggende og tverrfaglig arbeid er. I tillegg skal vi kort redegjøre for hvilken lover, forskrifter og stortingsmeldinger

som er relevante for utøvelsen av yrket. Vi vil belyse hva oral helse er, konsekvenser av dårlig oral helse og hvilken innvirkning sykehusinnleggelse kan ha på den orale helsen. Til slutt vil vi inn på hvordan den orale helse blir ivaretatt på ulike sykehus i Norge.

3.1 Tannpleiers funksjon

I dette kapittelet beskriver vi i korte trekk tannpleierfunksjonen og yrkesetiske retningslinjer. Det er tre autoriserte yrkesgrupper som jobber med tannbehandling i Norge. Det er tannpleiere, tannleger og tannspesialister. Ifølge Hansen, Dahl, & Halvari, (s.a) har de forskjellige yrkesgruppene ulikt fokus. Tannpleiere skal jobbe sykdomsforebyggende og helsefremmende, mens tannleger og tannspesialister har fokus på reparerende behandling. Tannpleiers hovedfunksjon er først og fremst å ha et helsefremmende grunnsyn i møte med pasienter. Pasientene skal bli møtt som selvstendige individer. Grunntanken er å bevisstgjøre pasienter til å ta vare på sin egen orale helse. I samarbeid med pasienten skal det fokuseres på veiledning, motivasjon og egenmestring. Tannpleiere kan jobbe selvstendig eller i team med tannleger eller tannspesialister hvor oppgaver blir delegert (Hansen et al., (s.a)). Tannpleier jobber med å undersøke pasienter klinisk og radiologisk. Vi undersøker slimhinner, tenner og periodontium. I tillegg undersøker tannpleier om det er sykdommer, bittavvik eller forandringer i munnhulen og skal være bevisste på differensialdiagnoser. Vi utfører klinisk behandling, setter lokal anestesi og henviser pasienter til allmenntannlege og tannspesialister (Hansen et al., (s.a)).

Tannpleier jobber helsefremmende. Det vil si å jobbe med å øke de faktorer i samfunnet som er med på å bedre den orale helsen, slik at folk blir i stand til å få økt kontroll over egen orale helse. For å få til det bør tannpleier jobbe tverrfaglig med andre profesjoner. Dette kan gjøres ved å holde undervisning om oral helse for helsearbeidere innen helse og omsorgstjenesten, ved hjemmebasert omsorg, institusjon og sykehus. Tannpleier kan være med på å utvikle helsefremmede prosjekt eller arbeid i institusjoner og sykehus for å forhindre at sykdommer eller skader i munnhulen oppstår (Hansen, et al. (s.a)). Tannpleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Å jobbe kunnskapsbasert betyr å kunne ta tannpleiefaglige avgjørelser basert på ny forskning, erfaring fra praksis og pasientens ønsker og behov (Hansen et al., (s.a)). Vi vil nå gå nærmere inn på de yrkesetiske retningslinjene som tannpleiere må jobbe etter.

3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk tannpleierforenings [Ntpf] yrkesetiske retningslinjer (2009) ble laget for å gi en veiledning om hvordan tannpleiere skal gi en faglig forsvarlig behandling til pasienter. Denne veiledningen skal bidra til å bevisstgjøre oss tannpleiere på å ta ansvarlige og riktige valg når det gjelder både profesjon og pasient. Retningslinjene sier at vi tannpleiere til en hver tid må holde oss faglig oppdatert innen vårt eget fagfelt. Vi må være oppdaterte om utvikling, forskning og praksis. Vi må være aktive i utvikling av faget og bidra til at ny kunnskap utvikles og brukes i praksis. Tannpleiere skal vurdere enkelte arbeidsoppgaver i forhold til kompetanseområdet og henvise til tannlege eller spesialisthelsetjenesten ved behov. Tannpleiere skal gi lik behandling til pasienter uansett deres livssyn eller personlige oppfatninger. Vi skal opptre hensynsfullt overfor pasienten, også der det gjelder personlige eller familiære forhold. Vi skal bidra til at pasienten kjenner sine rettigheter og vi skal informere pasienten om behandling og kostnader i forbindelse med behandlingen (Ntpf, 2009). Fordi helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er en stor del av tannpleierens arbeidsoppgaver vil vi gå nære inn på det.

3.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blir ofte forvekslet. Derfor vil vi begynne med å forklare disse begrepene. Begge har som mål at folk skal oppnå bra helse, men har forskjellig fokus på hvordan dette gjøres. Sykdomsforebyggende arbeid er hovedsakelig å forebygge at sykdommer oppstår. Det kan blant annet gjøres ved å redusere risikofaktorer som kan føre til sykdom. Ofte er det spesialister som jobber med å få folk til å gjøre livsstilsendringer for å forebygge en bestemt sykdom (Mittelmark, Kickbusck, Rootman, Scriven & Tones, 2012) Det er vanskeligere å forklare hva helsefremmende arbeid er. Begrepet innebærer mer enn å bare være fri for sykdommer. Det er ikke alle som forklarer det likt, men vi kan si at det er en prosess som får folk til å gjøre livsstilsendringer ved å fokusere på både velvære og sunn livsstil. Det er den psykiske helsen i tillegg til den fysiske som skal forbedres. Det fokuseres på mennesket som helhet og ikke bare en sykdom. Ved helsefremmende arbeid er det ikke bare en gruppe spesialister som jobber for å forbedre helsen, men folk fra mange forskjellige profesjoner (Mittelmark et. al., 2012). Derfor vil vi inn på hva tverrfaglig samarbeid er.

3.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Begrepet tverrfaglig samarbeid går ut på at ulike profesjoner jobber sammen mot et felles mål. Det trekkes beslutninger, settes inn nye tiltak og lages nye rutiner i felleskap i lys av andre profesjoners kunnskap og ferdigheter. For å få til endring av rutiner må man redusere motstand og ifølge Stensruds Masteroppgave (2007) er involvering og kommunikasjon med på å redusere motstand til endring. Willumsen (2009) hevder at tverrfaglig samarbeid gir et mer helhetlig overblikk. Samtidig krever tverrfaglig samarbeid en høy yrkesbevissthet av egen og andres profesjoner. Det er gitt føringer for at et slikt samarbeid mellom sykehus og tannhelsetjenesten skal kunne finne sted. Dette presiseres i stortingsmelding nr.35

Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Fremtidas tannhelsetjenester at det burde være bedre samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer når det gjelder å forebygge dårlig oral helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). For at den orale helsen hos pasienter skal kunne ivaretas finnes det lover, forskrifter og føringer som vi tannpleiere og annet helsepersonell må forholde oss til. Vi skal mer inn på dette i neste kapittel.

3.3 Lover og føringer for tannpleiere

Vi vil her ta for oss lover og føringer for tannpleiere og helsepersonell og forklare hva dette innebærer. Tannhelsetjenesteloven (1983) sier at fylkeskommunen har ansvaret for å fremme tannhelsearbeid i befolkningen. De skal øke deres kunnskap og interesse for tannhelse, slik at de selv kan ta bedre vare på den. Loven sier at vi må forsikre oss om at pasienter og pårørende som får informasjon om sin tannhelse har forstått den. Tannhelsetjenesteloven sier at tannhelsetjenesten skal være et tilbud for alle i fylket, men enkelte prioriterte grupper har rett til å ha et regelmessig og oppsøkende tilbud. Dette gjelder:

1. Barn og unge fra fødsel til de fyller 18 år
2. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
3. Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og med hjemmesykepleie
4. Unge som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
5. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere (Tannhelsetjenesteloven, 1983)

Tannhelsetjenesteloven sier at sykdomsforebyggende tiltak skal prioriteres fremfor behandling (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Det vil si at i tannhelsetjenesten skal det være større fokus på å forhindre at sykdom oppstår enn å behandle.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) ble opprettet for å sikre pasienters og brukeres rettigheter overfor helse og omsorgstjenesten. Formålet var å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Loven sier at pasienter og brukere skal ha lik tilgang og god kvalitet på helse og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, bakgrunn eller status. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) ble til for å bidra til å styrke tillitsforhold mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten. Denne loven går også ut på å fremme pasienters eller brukeres sosiale trygghet, respekt, integritet og menneskeverd. Loven omfatter pasienter til å ha rett til nødvendige helsehjelp fra kommunens helse og omsorgstjenesten og spesialhelsetjenesten. Pasienter med langvarig behandlings behov har rett til individuell og tilpasset behandlingsplan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonelloven er felles for alle helsepersonell. Denne loven stiller krav om faglig forsvarlig opptreden, dokumentasjon og taushetsplikt. Den har til hensikt å sikre kvalitet, respekt og tillit til pasienter i helsetjenesten på tvers av profesjoner (Helsepersonelloven, 1999).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) handler om å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming og å fremme folkehelse. Denne loven sier også at sykehus har ansvaret for forskning, pasientbehandling og utdanning av pasienter, pårørende og helsepersonell.

Ifølge stortingsmelding nr. 35, *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Fremtidens tannhelsetjenester*, presiseres det at det er ønske om en mer effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Det kommer frem at den orale helsen hos innlagte pasienter på sykehus er mangelfull og at det er et stort behov for kunnskapsbygging i dette området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). For å forstå begrepet oral helse skal vi se hvordan det defineres.

3.4 Oral helse

Begrepet helse er beskrevet av verdens helseorganisasjon allerede i 1948. Verdens helseorganisasjon mente allerede da at helse var noe mer enn fravær av sykdom (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2012). Helse er fysisk, mentalt og sosial velbefinnend. Senere ble begrepet oral helse beskrevet mer detaljert slik:

Oral health is essential to general health and quality of life. It is a state of being free from mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral infection and sores, periodontal (gum)

disease, tooth loss and other diseases and disorders that limit an individual's capacity in biting, chewing, smiling, speaking and psychosocial wellbeing. (WHO, 2012).

Oral helse er sterk tilknyttet til den generelle helsen og livskvalitet. God oral helse vil si å være fri for smerte i munn og ansiktet, fri for kreft i svelg og munnhulen. Å være fri for sår i munnhulen. Å være fri for medfødte defekter som for eksempel leppe og gane spalte. Fri for tannkjøttssykdommer og andre sykdommer som påvirker en individs evne til å tygge, smile, kommunisere og sosialisere (WHO, 2012).

Begrepet oral helse omfatter hele munnhulens tilstand inkludert tenner, slimhinner, gingiva og tenneses festeapparat. Oralhelse relatert livskvalitet er knyttet til individets mulighet til å spise, kommunisere og sosialisere uten aktiv sykdom, ubehag eller forlegenhet (Holst & Dahl, 2008). For å forstå mer om viktigheten av å ivareta en god oral helse må vi forstå konsekvenser av dårlig oral helse.

3.5 Konsekvenser av dårlig oral helse

Dårlig oral helse påvirker individets evne til å kunne kommunisere og sosialisere med andre. Oral helse er også viktig for individets selvtillit og påvirker livskvalitet. For å ha en tilfredsstillende tyggefunksjon er god oral helse svært viktig (Holst & Dahl, 2008).

Når pasienter har nedsatt almenntilstand øker kroppens behov for næringsstoffer, men mange av disse pasientene har nedsatt appetitt (Nordenram & Nordström, 2001). Om den orale helsen også er dårlig kan det bli svært vanskelig for pasienten å få i seg mat. Pasienter som har problemer med den orale helsen kan ha vanskeligheter med å spise fordi de har smerter eller fordi de ikke klarer å tygge. Som konsekvens kan de bli underernærte (Terezakis, Needleman, Kumar, Moles og Agudo, 2011).

For at vi skal kunne fungere normalt er det viktig at det er balanse mellom orale mikroorganismer i munnhulen og immunforsvaret. Ved dårlig balanse mellom disse to kan munnhulen bli en inngangsport for skadelige bakterier og dette kan fort føre til utvikling av skadelig inflammasjon og vevsskade. Munnhulen baserer sitt immunforsvar på at slimhinnen er intakt og har keratinisert epitel. Saliva har en rensende effekt på grunn av enzymer og antibakterielle stoffer. Den er også vesentlig i munnhulens immunsystem for å forebygge

infeksjoner og komplikasjoner (Gjerde & Fiehn, 2015). Dette skal vi gå nærmere inn på i kapittelet under.

3.5.1 Saliva

Salivas funksjon er å rense munnhulen og smøre slimhinner. Den hjelper også med svelging av mat og enzymene i saliva hjelper til med fordøyelsen av karbohydrater og fett. Lav salivaproduksjon kan føre til smaksforandringer. Når en pasient har mange av disse problemene kan det føre til redusert livskvalitet skriver Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira (2008). Saliva nøytraliserer syreangrep på tenner og hindrer utfelling av mineraler fra tennenes emalje som fører til karies. Saliva beskytter mot bakterier, virus og soppinfeksjon. Lav saliva produksjon, også kalt hyposalivasjon, kan føre til økt risiko for å utvikle karies, infeksjon og sopp i munnhulen. Årsaken til lav spyttproduksjon kan komme av visse legemidler. Ifølge Willumsen et al., (2008) gjelder dette spesielt pasienter som tar legemidler for høyt blodtrykk, psykiske lidelser og urinveisinfeksjoner.

Ved lav saliva produksjon kan soppinfeksjon oppstå. Den vanligste formen er *Candida albicans*, som finnes i normalfloraen vår. Pasienter som bruker antibiotika eller som får immunosupprimerende behandling kan få en opphopning av *Candida albicans* på grunn av en forstyrrelse i normalfloraen. Det gjelder også pasienter som går på astma medisiner, kreftmedisiner og hiv pasienter i følge Willumsen et al. (2008).

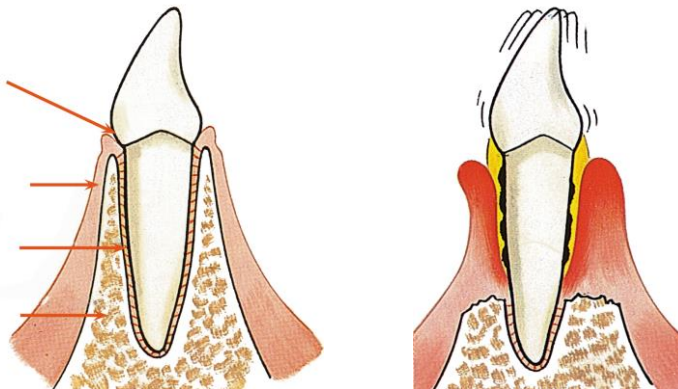
Ubehandlet soppinfeksjon hos pasienter med dårlig allmenntilstand kan spres til svelg, spiserør og lunger. Dette kan i verste fall føre til komplikasjoner som sepsis, det vil si blodforgiftning. Flovik (2005) skriver i sin bok at denne soppinfeksjonen er en av de vanligste sykehusinfeksjonene. En annen ting som kan føre til komplikasjoner er bakterier i munnhulen. Vi vil gå nærmere inn på dette i neste kapittel.

3.5.2 Bakterier i munnhulen

Ifølge Klinge og Gustafsson (2012) finnes det over 700 ulike bakteriearter i munnhulen. Enkelte bakterier er viktige for normalfloraen, mens andre kan forårsake sykdommer. Vi har aerobe og anaerobe bakterier i munnen. De aerobe bakteriene trenger oksygen og vokser ikke i et syrerikt miljø. Aerobe bakterier lever i miljøet over tannkjøttet. De anaerobe kan trives i et syrerikt miljø uten oksygen. Disse kan leve nede i tannkjøttslommer.

Bakterier inneholder toxiner, giftstoffer, som kan skade vev. De kan skade vev ved å friggi endotoxin og leukotoxin. Leukotoxin skader hvite blodlegemer som har i oppgave å begrense infeksjon. Bakterier kan kolonisere og skape et miljø av skadelig vekst på tannoverflaten, slimhinnen, over og under tannkjøttet. Dette belegget kalles biofilm. Klinge (2010) skriver at mengder av biofilm kan variere fra person til person og kroppens reaksjon er avhengig av om pasienten røyker, stress, immunforsvaret, sykdommer og medisin inntak.

Klinge (2010) skriver at den vanligste bakterieinfeksjon i munnhulen er den som fører til karies og periodontitt. Dårlig tannpuss kan gi opphopning av bakterier langs tannkjøttskanten. Kroppen kan da starte en forsvarsreaksjon som inflammasjon i vevene. Inflammasjon er kroppens forsvarsmekanisme for å beskytte mot skade og infeksjon. Blødende tannkjøtt ved lett tannbørsting kan være symptom på inflammasjon i tannkjøttet kalt gingivitt. Tannkjøttet forandres til å blir hovent, rødt og får en blank overflate. Klinge og Gustafsson (2012) hevder at gingivitt er den vanligste formen for periodontale sykdommer i munnhulen og at den er reversibel.



Figur 1

Figur 2

Figur 1 illustrerer hvordan en sykdoms fri tann, tannkjøtt, støttevev og alveolarbein ser ut. Her ses ingen ansamling av biofilm. Figur 2 illustrerer ansamling av biofilm og tannstein nede i tannkjøttlomme, betennelse i tannkjøttet, skade av støttevev og tap av alveolarbein som kan føre til at friske tenner løsne og falle av som følge av Periodontitt. Brukt med tillatelse. Kilde: Norsk Tannvern

Blir ikke biofilm fjernet kan det utvikles betennelse i tannkjøttet som kan føre til at det dannes tannkjøttslommer. Anaerobe bakterier kan trenge ned i lommene og vokse der. Bakteriene kan skade tennenes støttevev og føre til tap av alveolarben som illustrert på figur 2. Til slutt kan tennene løsne og falle ut. Denne sykdommen kalles periodontitt. Figur 1 viser hvordan en sykdomsfri tann og tannkjøtt skal se ut. Periodontitt er en multifaktoriell sykdom som kan

være vanskelig for pasienten å oppdage fordi den er smertefri. Vanligvis merker pasienten ingen symptomer i tidlig fase. Klinge (2010) skriver at for å behandle og oppdage sykdommen er det nødvendig med regelmessig kontroll hos tannpleier eller tannlege. I verste fall kan periodontitt føre til alvorlige systemiske komplikasjoner. Vi vil komme mer inn på hvilke systemiske komplikasjoner dette kan være i neste kapittel.

3.5.3 Systemiske komplikasjoner i forhold til dårlig oral helse

Ifølge Gjerde og Fiehn (2015) kan periodontale, apikale og pericoronale infeksjon føre til utvikling av systemiske komplikasjoner. Disse infeksjonene fra munnhulen kan spre seg lokalt eller via blodet. Dette gjelder sykdommer som actinomyose (forlevring i blodårene), osteomyelitt (bakterieinfeksjon i bein), endokarditt (bakteriebetennelse i hinnen som kler innsiden av hjerte), sepsis (blodforgiftning), disseminert intravasal koagulasjon (forlevring av blod i forskjellige deler av kroppen), nekrotiserende fascitt (infeksjon i hud og underliggende vev), senkningsabscess (puss ansamling), hjerneabscess (betennelse i hjernen) og sinus cavernosus trombose (blodpropp i hjernen). På grunn av kort vei til hjerne, hjerte, lunge og aorta kan bakterielle infeksjoner i tenner og kjeven bli livstruende. Bakterier fra munnhulen kan spre seg via blodbanen og feste seg til blodkar og forårsake åreforkalkning, også kalt aterosklerose. Klinge og Gustafsson (2012) skriver i sin bok at 50% av dødsfallene i USA og Vest-Europa er forårsaket av blodpropp og hjerteinfarkt som er knyttet til aterosklerose.

Orale bakterier i biofilm, som *Streptococcus*, kan vandre via luftrør ned til lungene og forårsake pneumoni, det vil si lungebetennelse. Blant eldre og syke pasienter som dør av lungebetennelse knyttes 10% av dødsårsakene til dårlig munnhygiene ifølge Gjerde og Fiehn (2015). I folkehelseinstituttets rapport fra 2016, *Sykdomsbyrden i Norge*, kommer det frem en oversikt over hvilke sykdommer den norske befolkningen lider av og hva de dør av.

Rapporten sier at tann- og munnsykdommer er en av de ti viktigste årsakene til helsetap i Norge (Folkehelseinstitutt, 2016). Gjerde og Fiehn (2015) skriver at god oral helse kan ses i sammenheng med bra munnstell og regelmessige bruk av tannhelsetjenesten. Blant de som er i risiko for å få disse sykdommene er pasienter som er innlagt på sykehus. Derfor vil vi i neste kapittel beskrive hvordan den orale helsen er hos pasienter innlagt på sykehus.

3.6 Oral helse hos pasienter på sykehus

I rapporten *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Fremtidas tannhelsetjenester* blir det nevnt at den orale helsen hos pasienter på sykehus bør forbedres og at det i dag ikke er

bra nok rutiner for munnstell og oral helse hos pasienter på sykehus (Helse- og omsorgs departementet, 2006). Vi har ikke nøyaktige tall for hvordan pasienters orale helse på Norske sykehus er, men vi har funnet studier fra utlandet hvor pasienters orale helse på sykehus var i fokus. I en tverrsnittstudie fra Danmark utført av Konradsen, Trosborg, Christensen og Ulrich (2012) fant forskerne ut at 91% av pasientene som ble innlagt med akutte medisinske tilstander allerede hadde problemer med den orale helsen da de ble innlagt på sykehus. Terezakis et al., (2011) kom i sin systematiske review artikkel frem til at en økning av plakk og betennelser i gingiva og slimhinner er svært vanlig når pasienter blir innlagt på sykehus. Vi vil diskutere disse funnene bedre i drøftingsdelen. For å kunne forbedre den orale helsen hos pasientene er det viktig at det blir utført bra munnstell. Derfor skal vi i det neste kapittelet forklare hva munnstell innebærer.

3.6.1 Munnstell

Coker, Ploeg, Kaasalainen og Fisher (2013) definerer i sin artikkel hva munnstell egentlig er. De forklarer at munnstell innebærer å tilnærme seg pasienten på hans premisser, undersøke munnhulen, fjerne plakk på tenner og/eller proteser, rengjøre munnhulen, dekontaminere munnhulen, påføre fluor og vedholde fuktighet i munnen. På sykehus er det viktig at den orale helsen til pasientene blir ivaretatt. Derfor vil vi i neste kapittel gå inn på ulike tiltak innen oral helse på sykehus i Norge.

3.8 Oral helse på ulike sykehus i Norge

Det finnes ulike tilbud på orale helsetjenester på sykehus i Norge. Vi har valgt å skrive om de sykehusene som er beskrevet i rapporten *Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus* (Nordgarden, 2014). Rapporten viser at det er stor forskjell på tiltak ved ulike sykehus i Norge når det kommer til munnstell rutiner, fokus på oral helse og tilbud på oralhelsetjenester.

3.8.1 Vestre Viken HF Drammen sykehus

I 2010 startet et treårig samarbeid mellom Tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune og Vestre Viken Drammen sykehus. (Buskerudfylkeskommune, 2013). Målet var først kartlegge og så forme et samarbeid om oppfølgings og henvisningsrutiner for barn og unge med kronisk sykdommer innlagt på sykehuset. Konklusjonen ble et varig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på Drammen sykehus Barne- og ungdomsseksjon og Habiliteringssenteret for ekstra oppfølging av barn og unge med

kroniske eller langvarig sykdom. Formålet var å øke kunnskap, ferdigheter og holdninger om oral helse. Samarbeid mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten startet på Lærings og mestringssenteret. Her kommer pasienter fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tannpleier Bjørkevik bidrar med undervisning og veiledning for pasienter med og ny diagnostisert diabetespasienter, nyreskolen og astmaskolen (Buskerudfylkeskommune, 2013).

3.8.2 Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus har avdeling for maxillofacial kirurgi som behandler trauma pasienter og pasienter med misdannelser. Ved en avdeling på Rikshospitalet behandles kreftpasienter med ulike orale utfordringer etter kreftbehandling. Her behandles også pasienter som skal utføre organtransplantasjon og andre pasienter som trenger behandling av tannpleier (Helsedirektoratet, 2014). Etter kontakt med tannpleier fikk vi vite at Rikshospitalet og Ullevål sykehus er godt i gang med tannhelseteam, inkludert tannpleier. Dette som et ledd i forsøksordningen med orale helsetjenester på sykehus TAKO senter i Lovisenberg sykehus jobber med orale problemer i forhold til pasienter med sjeldne diagnoser. Her jobber tannpleier i et tverrfaglig miljø i samarbeid med odontologiske spesialister, logoped og fysioterapeut for å gi pasienten en helhetlig tilnærming (Helsedirektoratet, 2014).

3.8.3 Akershus universitetssykehus

I 2007 var Akershus sentralsykehus med på et prøveprosjekt. Det ble konkludert at de ikke hadde nok datagrunnlag for å si om det trengs et organisert tannhelsetilbud, men de mente behovet for rådgivning for innlagte pasienter og ansatte var betydelig (Nordgarden, 2014). Per i dag foretas det behandling av pasienter med alvorlig odontofobi og funksjonshemming med et stor tannhelsebehandlings behov under narkose på sykehuset.

3.8.4 Haukeland sykehus i Bergen

Haukeland sykehus i Bergen er ett av de få sykehus med egen tannklinikk med tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær. Det har siden 1983 vært et samarbeid mellom tannhelsetjenesten og Haukeland sykehus. Her gjøres det oral screening og oral behandling av pasienter som skal ha organtransplantasjon, hjertekirurgi, cellegift- og strålebehandling mot hode og hals regionen. To tannpleiere på Haukelandsykehus jobber aktiv med forebyggende behandling. Etter forespørsler fra andre avdelinger på sykehuset tar tannpleierne kontakt med pasienter med orale problemer. Tannpleierne jobber aktiv med undervisning av helsepersonell

og danner skriftlige informasjon til ulike pasientgrupper. Tannhelsetjenesten driver også med prosjektgrupper hvor nye arbeidsrutiner dannes, i tillegg til at de driver med forskning ved avdelingen (Nordgarden, 2014). Etter en telefonsamtale fikk vi vite at de i fremtiden planer å utvide tannhelsetilbudet til barneavdelingen på Haukeland sykehus fordi helseforetaket har fått nye midler til avdelingen.

3.8.5 St. Olav hospitalet i Trondheim

Ifølge Nordgarden (2014) har det siden 2004 eksistert et tannhelsetilbud på St. Olav hospital. Her jobber tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær. De befinner seg på sykehuset og er for inneliggende og henviste pasienter. Pasienter med orale problemer som ikke kan behandles på offentlig eller privat klinikk får tilbud om behandling på sykehuset. Tannhelseteamet på sykehuset driver også med undervisning innad på sykehuset. Teamet jobber tett sammen med øre-nese-og hals avdelingen, kreftavdeling, vardesentret og lindrings enheten. Etter å ha tatt kontakt med sykehuset fikk vi vite at ved å delta på tverrfaglige møter prøver teamet å gjøre seg synlig. Teamet jobber aktiv for å gjøre tenner til en del av kroppen og munnhulen er naturlig del av utredningen. Samarbeidet har ført til gode tilbakemeldinger med økt fokus på deres arbeidsområdet i tråd med helsedirektoratets ønske.

3.8.6 Universitetssykehuset i Nord- Norge i Tromsø

Tannhelsetjenestens kompetansesenter [tknn]og sykehuset ligger geografisk nær hverandre og derfor er samarbeidet mellom sykehuset og tannhelsetjenesten enklere. Team med tannlege, tannpleiere og spesialister jobber på tannhelsetjenestens kompetansesenter (Nordgarden, 2014). Ved kontakt med sykehuset fikk vi vite at tannpleier og spesialist i pedodonti går en gang i uken en runde i barneavdelingen og enkelte pasienter settes opp til behandling etter behov. Tannhelsetjenestens kompetansesenteret er også involvert i undervisning av ansatte, pasienter, pårørende samt studenter.

4.0 Hvordan kan tannpleier forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?

For å belyse problemstillingen har vi gjort en analyse av allerede skrevet teori som diskuteres opp mot forskningsartikler og egne erfaringer. Vi har valgt å dele opp problemstillingen i seks underproblemstillinger for å drøfte hovedproblemstillingen mer inngående. I første kapittel vil vi begynne med å forklare hvorfor dårlig oral helse hos pasienter på sykehus bør prioriteres.

4.1 Hvorfor prioritere å forebygge dårlig oral helse hos pasienter på sykehus?

Vi vil her først ta for oss tannpleierens ansvar og konsekvenser ved dårlig oralhelse. Vi vil også gå inn på aktuelle lover og forskrifter som gir føringer for å prioritere oral helse på sykehus.

4.1.1 Tannpleiers ansvar og konsekvenser av dårlig oral helse

Tannhelsetjenesteloven (1983) sier at barn, unge, psykisk utviklingshemmede, eldre, uføre og langtidssyke har rett til nødvendig tannbehandlingshjelp i den fylkeskommunen de bor i.

Dette gjelder også når de er innlagt på sykehus. I tillegg er loven klar på at sykdomsforebyggende tiltak bør prioriteres fremfor behandling. Tannpleier jobber helsefremmede med å gjøre folk i stand til å få kontroll over sin egen orale helse. En tannpleier skal kunne jobbe med utadrettet virksomhet for å forebygge. Det vil si å ta kontakt med andre helsevirksomheter for å ivareta en god oral helse. For å bidra til at ny kunnskap blir utviklet og brukt kan tannpleier kan samarbeide med andre profesjoner på sykehus for å forbygge dårlig oral helse. Kunnskapsbasert praksis skal være grunnlag for å utbygge samarbeid med andre profesjoner. Avgjørelser og tiltak skal baseres på ny forskning, egen erfaring og pasientens behov og ønsker.

Ifølge Stortings melding nr. 35 *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning- Fremtidens tannhelsetjenester* kommer det frem at oral helse for innlagte pasienter på sykehus i Norge er mangelfull og at det er et stort behov for kunnskapsbygging i dette området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Forskningsartikler vi har funnet viser at manglende fokus på munnstell kan føre til dårlig oral helse som igjen kan forårsake bakteriell inflammasjon i munnhulen. Ifølge Coker, Ploeg og Kaasalainen (2014) sin systemiske review artikkel kan soppinfeksjon og periodontale sykdommer i munnhulen øke risikoen for å utvikle alvorlige systemiske komplikasjoner som kan bli livstruende. Konradsen et al., (2012) skriver at det finnes bevis på at mange systemiske sykdommer, for eksempel, hjerte- og karsykdommer, slag, lunge infeksjoner, bukspyttkjertel kreft, diabetes og ernærings problemer har sammenheng med dårlig oral helse. Flere forskningsartikler vi har funnet viser også hvordan bakterier fra munnhulen kan vandre i blodbanen og føre til komplikasjoner som hjerte- og karsykdommer (Gjerde & Fiehn, 2015). Det finnes også en sterk sammenheng mellom dårlig munnstell og lungebetennelse og andre livstruende sykdommer ifølge Coker et al., (2014). Nyere forskning viser sammenheng mellom dårlig oral helse og livstruende sykdommer, så vi mener det er viktig å prioritere å forebygge at slike komplikasjoner oppstår.

Dårlig oral helse er påvist til å være knyttet til ernæringsproblemer, spesielt hos pasienter med nedsatt allmenntilstand skriver Konradsen et al., (2012). Syke pasienter har et økt næringsbehov og blir ikke dette behovet dekket kan det fort føre til at pasienter blir underernærte (Nordenram & Nordström, 2001). Noe som kan redusere deres almenntilstand betydeligere. Ifølge Holst og Dahl (2008) er oral helse tilknyttet individets livskvalitet. Det vil si deres evne til å kunne kommunisere og sosialisere med andre uten å ha noen form for smerte, ubehag eller sykdom. Pasienten skal heller ikke ha en følelse av å være sosial utilpasset på grunn av dårlig oral helse. Det er nok en grunn for at orale helsen for pasienter bør prioriteres bedre på sykehus.

I en systemisk review artikkel skrevet av Terezakis et al., (2011) fant forfatterne at orale helse ble forverret hos pasienter innlagt på sykehus. De fant at det var en 70% økning av biofilm dannelse i løpet av 10 dagers periode hos pasienter innlagt ved sykehus. To av studiene nevnt i denne review artikkelen viste signifikant økning av betennelser i gingiva. I løpet av 14 dagers tid hadde gingiva gått fra å være rosa og fast til å bli rødt og hovent (Terezakis et al., 2011). De fleste studiene tatt med i review artikkelen inkluderte pasienter innlagt på intensiv avdeling. Det er velkjent at bemanning per pasient på sengepost er ikke like god som på en intensiv avdeling. Derfor tror vi at resultater og funnene om oral helse problemer hadde vært enda dårligere om de hadde inkludert pasienter fra vanlig sengepost avdeling. Oral hygiene har vært rapportert av Terezakis et al., (2011) til å være fra moderat til dårlig hos 81% av lang-tids inneliggende pasienter ved sykehus. Deres systematiske review artikkel belyser konsekvensene av dårlig oral helse. Den påpeker også at dårlig oral helse vil forårsake økning i sykehus ervervet systemiske infeksjoner

I en tverrsnittstudie fra Konradsen et al., (2012) ble pasienter innlagt på et sykehus i Danmark med akutte medisinske tilstander undersøkt for å se om de hadde noen problemer med den orale helsen. Revised Oral Assessment Guide (ROAG) ble brukt til å vurdere pasientenes oral helse. Over en fem ukers periode ble 161 pasienter, over 16 års alder undersøkt. Det viste seg at 91% av pasientene hadde ett eller flere problemer med den orale helsen. Disse problemene kunne være alt fra å ha biofilm til mer alvorlige tilstander, som smerter og vanskeligheter med å svelge mat. Eldre pasienter hadde oftere problemer enn yngre, men de fant i ingen forskjell mellom menn og kvinner ifølge Konradsen et al, (2012). Ifølge Specialisthelsetjenesteloven (1999) har sykehuset ansvaret for å motvirke sykdom og

fremme folkehelse. Ved å prioritere forebyggende arbeid kan sykehuset spare store kostnader. Folkehelseinstituttet ga ut rapporten *Sykdomsbyrden i Norge*. I rapporten finnes en oversikt over hvilke sykdommer den norske befolkningen lider av og hva de dør av. Rapporten sier at tann- og munnsykdommer er en av de ti vanligste årsakene til helsetap i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016).

Vi har et inntrykk av at den oral helsen ikke har blitt sett på som en del av kroppen og derfor blitt forsømt hos pasienter innlagt på sykehus. Det er svært viktig at den orale helsen og resterende kropp ikke blir skilt fra hverandre. Våre synpunkter er i samsvar med Coker et al., (2014) sine funn at dårlig oral helse på sykehus må forebygges på samme måte som det gjøres med liggesår. Imidlertid ser vi at enkelte sykehus i Norge har tiltak på gang. For eksempel samarbeid med tannhelsetjenesten og avtale om tilsyn av pasienter med oral hygiene problemer av tannpleiere. Andre sykehus har ansatt tannpleiere for å håndtere oral helse hos innlagte pasienter.

Sykehus kan ha sosioøkonomisk fordel ved å satse på forebygging av dårlig oral helse hos innlagte pasienter. Kostnadene knyttet til lokale og systemiske komplikasjoner relatert til dårlig oral helse kan være svært høye. Det er blitt rapportert av Konradsen et al., (2012) at behandling av orale sykdommer er den fjerde mest kostbare behandlingen i industrialiserte land. Eksempelvis er det mindre kostbart å satse på god oral hygiene for å forebygge enn å behandle sykehuservrevet lungebetennelse. For å forhindre systemiske komplikasjoner forårsaket av dårlig oral helse, mener vi det er svært viktig at den orale hygienens blir prioritert i det daglige stellet på sykehuset. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier også at pasienter har rett til å få nødvendig helsehjelp under langvarig behandling fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Ifølge Tannhelsetjenesteloven (1983) har barn, unge, funksjonshemmede, eldre, uføre og langtidssyke rett til nødvendig tannbehandling. Denne loven gjelder også for de pasientene som er innlagt på sykehus, men dessverre viser flere studier at det er mangelfull oppfølging. En årsak til dårlig oppfølging av oral helse hos sykehuspasienter kan være travle hverdager for helsepersonell. Mangelfull bemanning og flere oppgaver per helse personell i en sykehusavdeling kan muligens bidra til nedprioritering av forbyggende arbeid som oral hygiene hos innlagte pasienter.

4.2 Hvilken betydning har pleiepersonells holdninger for prioritering av tannhelse på sykehus?

I dette kapitlet skal vi inn på hvilke betydning holdningers innvirkning på pleiepersonell for prioritering av oral helse i lys av forskning, egenerfaring og lovverk.

4.2.1 Holdninger

Det er stor sett sykepleiere og hjelpepleiere som har ansvaret for tann- og munnstell for innlagte pasienter. Flere av innlagte pasienter er avhengig av hjelp til det daglige munnstellet, men dessverre er ikke alle ansatte på sykehus like flinke til å prioritere pasienters orale helse. Vi tror at for å få til en endring av rutiner på sykehuset slik at oral helse blir mer prioritert uten motstand er våre synspunkter i samsvar med Stensrud (2007). Hun konkluderer med at for å få til endring er involvering og kommunikasjon med ansatte svært viktig. Dette fører til mer villighet og reduserer motstand til endring. Tannpleier Bjørkevik på Vestre Viken Drammen sykehus er et godt eksempel på dette. Ved vårt besøk på sykehuset fikk vi inntrykk av at sykepleierne på sykehuset så på henne som en ressursperson og at kommunikasjon mellom dem var svært god. Mye tyder på at det gode samarbeidet skyldes god kommunikasjon og involvering av sykepleierne på Drammen sykehus.

Helsepersonellet må ha kunnskap og motivasjon for å prioritere munnstell. Ved barneavdelingene på Oslo universitetssykehus gjorde Kehl, Espelid, Bangstad og Skaare (2015) en studie for å kartlegge rutiner for munnstell, personalets holdninger til oral helse, samarbeidet med tannhelsetjenesten og hvilken kunnskap personalet de hadde om oral helse. Dette ble gjort i en anonym spørreundersøkelse som legene og sykepleierne på avdelingene skulle svare på. Målgruppen for studien var barn under behandling for kreft, immunsupprimerende behandling og multifunksjonshemmede. Ifølge Kehl et al., (2015) viste studien at pasienter med alvorlige medisinske tilstander på Oslo universitetssykehus ikke fikk den nødvendige orale helsehjelpen de trengte. Studien viste også at det er manglende informasjon til pasienter og pårørende om mulige orale konsekvenser av medisinske behandlingen. Legene og sykepleierne på Oslo universitetssykehus var enige om at det ikke er nok odontologisk kompetanse ved sykehusene i Norge og de ønsket tettere samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehuset. Konklusjonen av studien var at det fortsatt er manglende rutiner når det gjelder munn og tannstell. Vi har grunn til å tro at studien av Kehl et al., (2015) hadde kanskje vist dårligere resultater om målgruppen var voksne pasienter enn barn. Barn

får ofte oppfølging av munn- og tannstell av pårørende og det er velkjent at jo eldre pasientene blir desto flere orale problemer oppstår.

Ifølge systematisk review artikkel av Coker et al., (2014) kommer det frem at 60 % av sykepleierne på sykehus synes det å hjelpe pasienter med daglig tannpuss var plagsomt sammenlignet med annet intim stell. Vi synes dette sier mye om holdninger knyttet til å utføre hjelp med daglig tannpuss. På sykehus er det ofte sykepleiere og andre helsefagarbeidere som hjelper pleietrengende pasienter med munnstellet. Deres kunnskap og holdninger til oral helse og munnstell kan påvirke kvaliteten på hjelpen pasientene får og om denne hjelpen blir prioritert eller ikke. Vi mener at tiltak som å øke kunnskap om oral helse og ved opptrening av munnstell teknikk av helsepersonell på sykehus kan være med på å endre holdninger. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) går ut på å fremme pasienters sosiale trygghet, respekt, integritet og menneskeverd. Tannpleier kan være med på å fremme gode holdninger blant helsepersonell på sykehuset. Som eksempelvis å møte pasienter med respekt og integritet når det gjelder hjelp til den daglige oral hygiene. Vi vil ta for oss hvordan tannpleier kan gjøre dette i neste kapittel.

4.3 Hvilken tiltak kan vi sette inn på sykehus for å forebygge dårlig oral helse?

For å forebygge dårlig oral helse er det essensielt at munnstell blir utført daglig. Munnstell blir ofte nedprioritert på grunn av en travel hverdag og lite kunnskap om oral helse hos helsepersonell på sykehus. For å forebygge dårlig oral helse må vi komme med tiltak som gjør det enklere for pleiepersonellet å kunne utføre munnstell på pasienter. Derfor vil vi inn på bruk av munnstellkort og munnstellprodukter i lys av egenerfaring fra praksis og forskning.

4.3.1 Munnstell

For å kunne utføre bra munnstell er det nødvendig at vi vet hva det er, dette vil vi gå nærmere inn på her. Coker, Ploeg, Kaasalainen og Fisher (2013) skriver i sin artikkel at munnstell innebærer å tilnærme seg pasienten på hans premisser, undersøkelse og rengjøring av munnhulen, fjerning av biofilm, dekontaminasjon av munnhulen, fluorbehandling og vedlikehold av fuktighet i munnen.

Coker et al., (2013) forklarer videre at det å tilnærme seg pasienten på hans premisser vil si å bli kjent med personen og hva han synes selv om munnstell. Hva han klarer selv, hvilken utfordringer eller risikoer han har og hvordan den orale helsen har vært før. Basert på dette lages det en individuell plan for hver enkelt pasient og han oppfordres til å enten utføre

munnstell selv eller få hjelp med det. Ved å undersøke munnhulen kan pleiepersonellet se om det er noe som tyder på at pasienten trenger umiddelbar tannbehandling og må henvises til tannhelsepersonell. De vil også få et inntrykk av hvordan den orale helsen er og hvilken behov pasienten har når det kommer til munnstell. Om pasienter er for eksempel munntørre vet de at han kommer til å trenge produkter som hjelper mot det. Ifølge Coker et al., (2013) skal fjerning av biofilm bli gjort med tannbørste uansett om pasienten har egne tenner, protese eller begge deler. Resten av munnhulen skal også renses for å hindre bakterievekst og soppinfeksjon. Biofilm renses av slimhinner og tunge. Dette skal gjøres på alle pasienter uavhengig av om de har egne tenner, er tannløse eller får enteral ernæring. Coker et al., (2013) skriver at om det blir mye bakterievekst i munn øker det risikoen for at de går ned i luftveiene. Dekontaminasjon av munnhulen med antibakteriell munnskyll reduserer inflammasjon i gingiva og vekst av biofilm. Det kan også forebygge luftveisinfeksjoner. Ved å bruke fluorprodukter blir det mindre risiko for at pasienten får karies. Hos de fleste er det tilstrekkelig å bare bruke fluortannpasta, men hos de som er mer utsatt for karies anbefales det fluorskyll i tillegg. For de som er munntørre anbefales produkter som fukter slimhinnene eller som stimulerer salivaproduksjon. For mange kan det kan høres ut som dette er mye og det kan være vanskelig å få tid til å utføre det riktig. For at disse tingene skal bli gjort hjelper det veldig å ha faste rutiner og hjelpemidler. Vil vi videre beskrive tiltak som kan gjøre det enklere for pleiepersonell på sykehus å utføre munnstell på pasientene.

4.3.2 Munnstellkort

Det er forskjellige hjelpemidler tannpleiere kan bruke for å forbedre den orale helsen til pasienter på sykehus. Det kan være svært nyttig å bruke munnstellkort ifølge Samson, Berven & Strand i (2009). Universitetet i Bergen har laget seks forskjellige munnstellkort som kan være en stor hjelp for personellet når de skal utføre munnstell på pasienter som trenger hjelp. Det finnes kort for pasienter med egne tenner, delproteser, helproteser og sengeliggende pasienter. På kortene er det bilder av alt som skal gjøre, tekst som forklarer det, i tillegg til at man kan skrive ekstra kommentarer om det er noe mer. Munnstellkortene kan gjenbrukes om de blir plastbelagte og det skrives på de med penn som kan vaskes bort.

I studien utført av Samson et al., (2009) ble kortene hengt opp på veggen inne på badet til pasientene så de skulle være lett tilgjengelige. I observasjonspraksis på sykehjem og i bofellesskap har vi sett at på noen steder er de hengt opp inne i skapet ved vasken som pasienten bruker. Munnstellkort brukes for at hvem som helst skal kunne utføre munnstell på

pasienten, bare ved å se hva som står på kortet. Det skal ikke spille noen rolle om personen har erfaring med å utføre munnstell, eller om han ikke har truffet pasienten før. Vi mener at det viktigste er at munnstellkortene blir hengt opp på et sted hvor de ansatte lett har tilgang til de når munnstell skal utføres, så de alltid blir brukt.

Vi har sett kortene bli brukt på sykehjem og på bofellesskap i observasjonspraksis. De ansatte vi snakket med sa at de var fornøyde med munnstellkortene og syntes det gjorde jobben med munnstell lettere. Det var spesielt der det var mange pasienter på en avdeling at kortene var til stor hjelp. Det er ikke alltid personellet husker tannstatusen hos hver enkelt pasient og hvilken produkter som skal brukes. Når de har munnstellkort slipper de å begynne med å spørre eller undersøke om pasienten har egne tenner eller proteser. De bare ser på kortet med en gang og finner frem produktene som skal brukes. Munnstellkortene var også til stor hjelp når nye ansatte eller vikarer skulle hjelpe pasientene. De slapp da å måtte spørre om disse tingene hver gang de var inne hos en ny pasient.

På stedene vi var på i observasjonspraksis hadde tannpleier laget munnstellkort og skrevet kommentarer til hver enkelt pasient. Det hadde blitt gjort etter at tannpleier undersøkte munnhulen til pasienten og vurderte hans individuelle behov. På sykehus er de fleste ikke innlagt så veldig lenge, så det kan være vanskelig å få tannpleier til å undersøke alle pasienter med en gang de blir innlagt. På noen sykehus, som i undersøkelsen utført av Chan, Lee, Poh, Ng & Prabhakaran (2011) hadde sykepleierne fått undervisning i oral helse og lært å kjenne igjen problemer i munnhulen. Vi tror at om sykepleierne på avdelingene får bra undervisning av oss tannpleiere om oral helse, vil de være i stand til å selv undersøke munnhulen til pasienten og gjøre disse vurderingene når pasienten først blir innlagt. Om det er noe de er usikre på eller trenger hjelp med kan tannpleier gjøre en undersøkelse i ettertid for å sjekke om det ble riktig eller om det er noe mer pasienten kommer til å trenge for å vedlikeholde god oral helse. For at det skal være mulig for pleiepersonellet å utføre det som blir forklart på munnstellkortene må de ha de riktige munnpleieproduktene tilgjengelige. Dette skal vi nå gå nærmere inn på.

4.3.3 Munnpleieprodukter

For å kunne utføre munnstell er det essensielt at pasientene har de munnpleieproduktene de trenger. Om pasientene ikke har hatt med munnpleieprodukter på sykehuset kan venner eller familie bes om å ta med det som trengs. Hvis det ikke går må avdelingen ha et utvalg av

produkter som pasienter kommer til å trenge. Tannpleiere kan anbefale hvilken produkter avdelingen bør ha siden de har kunnskap om dette. De kan også gå gjennom disse tingene med pleiepersonellet når de har opplæring for de.

I studien utført av Danckert, Ryan, Plummer og Williams (2015) fant de ut at pasienter som ikke hadde tannbørste og tannpasta med seg til sykehuset var blant de som hadde mest biofilm. Dette er ikke akkurat en stor overraskelse, siden bruk av tannbørste er den beste måten å fjerne biofilm. Det er likevel ikke nok at pasienten har disse tingene. De må være plassert på et sted hvor pasienten klarer å få tak i det om han vil utføre munnstell uten hjelp av personalet. Det kan for eksempel være noen pasienter som klarer å pusse tenner selv, men om munnpleieproduktene er høyt oppe i et skap vil ikke en pasient med redusert mobilitet få tak i det uten hjelp. Vi vet ikke hvor vanlig det er på sykehus i Norge at pasienter ikke har med seg tannbørste og tannpasta, men om de som jobber der ikke har fokus på munnstell og oral helse skjønner vi at disse tingene lett kan bli glemt når de jobber med voksne pasienter som klarer mye selv.

På et sykehus i Singapore, hvor We, Ang og Ng (2013) utførte en studie, ble det satt i gang nye tiltak. Et av disse var at det skulle sørges for at alle pasienter hadde tannbørste og tannpasta. Før tiltaket hadde bare 50% av pasientene tannbørste og tannpasta og 42% pusset tenner to ganger om dagen. Etter tiltaket hadde 100% av pasientene tannbørste og tannpasta, og 83% pusset minst to ganger daglig. Denne studien viser klart at ved et enkelt tiltak kan en signifikant forbedring i den orale helsen oppnås. Studien konkluderte at ved å øke bevissthet og kunnskap blant helsepersonell, og å ha tilgjengelige munnstellprodukter, kan man forbedre oral helse hos pasienter på sykehus.

Danckert et al., (2015) kartla den orale hygien hos sykehuspasienter i Australia. Samtykkende pasienter over 18 år ble undersøkt på enten akutt avdeling eller under rehabilitering på sykehuset. Studien tok sted i løpet av en tolv måneders periode og de fikk undersøkt 199 pasienter. De fant ut at pasientene som var i størst risiko for å ha dårlig oral hygiene var de som er alvorlig syke, pasienter som er avhengige av hjelp og de som ikke har tannbørste med seg (Danckert et al., 2015).

Det er fortsatt ikke nok å bare ha nok av tannbørster og tannpasta. Det er mange andre produkter som pasienter kommer til å trenge. Noen pasienter som er innlagt på sykehus kan

være plaget av munntørrhet. Det kan føre til både ubehag, økt risiko for karies og soppinfeksjon som kan i verste fall føre til sepsis (Flovik, 2005). Ifølge Willumsen et al. (2008) er bivirkninger av medikamenter en av grunnene til at folk kan bli munntørre. Disse pasientene kan ha nytte av ekstra fluorprodukter for å forebygge karies. Det vil også være en fordel å bruke gel som fukter slimhinnene eller tablettar som øker salivaproduksjonen. Dette vil redusere ubehag som munntørrhet fører til og det gjør det lettere for pasienten å spise. I tillegg vil pasienter med proteser trenge såpe for å vaske protesene og de som har mye gingivitt kan trenge antibakteriell munnskyll (Coker et al., 2013).

Vi har erfart gjennom samtale med sykepleiere at noen pasienter ikke har med seg munnpleieprodukter når de blir innlagt på sykehus og at avdelingen ofte ikke har noen munnpleieprodukter som kan deles ut til de. Da måtte de bestille akkurat det som trengtes og det tok flere dager før de endelig fikk produktene. I mellomtiden ble det ikke utført munnstell på pasienten. I slike tilfeller hadde det vært fint om noen på avdelingen hadde ansvar for å blant annet følge med på hvilken produkter som var tilgjengelige på avdelingen og hva som måtte bestilles før det ble tomt. Vi mener at om samarbeidet mellom sykehus og tannhelsetjenesten hadde vært bedre kunne slike situasjoner blitt unngått. I neste kapittel vil vi derfor beskrive tverrfaglig samarbeid mellom tannpleier og pleiepersonell på sykehus.

4.4 Hvordan kan tannpleier jobbe tverrfaglig med pleiepersonell på sykehus?

Noen av tannpleierens viktigste funksjoner er å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende. Ofte innebærer det å jobbe tverrfaglig. Derfor vil vi i dette kapitlet gå inn på hvordan et tverrfaglig samarbeid mellom tannpleier og pleiepersonell kan fungere.

4.4.1 Tverrfaglig samarbeid

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å fokusere på forebygging av dårlig oral helse på sykehus. For å få til dette er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid mellom tannpleiere og pleiepersonell på sykehus. For å få et mer helhetlig overblikk mener Willumsen (2009) at tverrfaglig samarbeid er viktig. Det er pleiepersonell som skal utfører det daglige munnstellet på pleietrengende pasienter. For å kunne utføre det på en bra måte må de ha kunnskap om oral helse. Det tannpleiere kan gjøre for å hjelpe til er å ha undervisning og veiledning for personellet.

Ifølge Stortings melding 35 rapport *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning* *Fremtidas tannhelsetjenester* kommer det frem at oral helsen for innlagte pasienter på

sykehus i Norge er mangelfull og at det er et stort behov for kunnskapsbygging i dette området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Vi tror at det optimale hadde vært om tannpleier og helsepersonell på sykehuset samarbeidet om å forbedre den orale helsen til innlagte pasienter, siden det er helsepersonell på sykehuset som tar seg av det daglige stedet. Vi har inntrykk av at munnstellet ofte kan bli nedprioritert på grunn av andre medisinske utfordringer eller fordi det er mye å gjøre og ting skal gå så fort på avdelingen.

En vitenskapsartikkel fra Kehl et al., (2015) bekrefter at leger og sykepleiere ønsker mer opplæring om oral helse. En spørreundersøkelse utført på barneavdelingen på Oslo universitetssykehus viser at de fleste legene og sykepleierne undersøkte munnen til pasientene enten regelmessig eller av og til. De fleste syntes at de ikke hadde lært nok om odontologi under utdanningen og de hadde lyst til å lære mer. Veldig mange av de spurte var usikre på hvem de skulle kontakte hvis pasientene hadde problemer med den orale helsen og de ønsket en forbedring i samarbeidet med tannhelsetjenesten. Studien viste også at rutiner for munnstell ikke var bra nok.

Vi mener at funnene til Kehl et al., (2015) tyder på at pleiepersonellet på denne avdelingen har positive holdninger til oral helse. Dette samsvarer seg med våre erfaringer fra praksis. Alle sykepleiere og pleiepersonell vi har snakket med om oral helse har vært veldig positive til det, spesielt når vi har forklart hvor alvorlige konsekvenser dårlig oral helse kan ha. Da vi var på Drammen sykehus spurte vi ansvarlig tannpleier Bjørkevik om det hadde vært vanskelig å starte samarbeidet og hva de ansatte på avdelingen hadde syntes om at det skulle gjøres forandringer. Vi hadde forventet at det hadde vært noen vanskeligheter i starten. Stensrud (2007) beskriver i sin masteroppgave at når det blir gjort forandringer i rutiner blir det ofte gjort motstand fordi de ansatte kan føle at noen prøver å styre de. Nye rutiner kan bli oppfattet som irrasjonelle og lite hensynsmessige. Måten ting alltid har blitt gjort på blir sett på som den beste måten. Vi ble positivt overasket da tannpleier Bjørkevik fortalte oss at det ikke hadde vært noen problem med å få i gang samarbeidet. Alle på avdelingen hadde vært villige til å følge de nye rutinene. Vi tror at samarbeidet gikk bra på grunn av god kommunikasjon og involvering av pleiepersonellet.

I England utførte Frenkel, Harvey og Needs (2002) et randomisert prøveprosjekt på sykehjem. De skulle finne ut hvilken virkning det ville ha å ha opplæring for ufaglærte helsearbeidere. De ansatte skulle svare på en spørreundersøkelse før, en måned etter og seks måneder etter

opplæringen. Opplæringen tok sted på sykehjemmene de jobbet på og den varte i en time. De ansatte fikk mulighet til å diskutere deres syn på oral helse, de ble forklart viktigheten av å fjerne biofilm, og hvordan man rengjør proteser og pasienters permanente tenner.

Helsearbeiderne øvde pusseteknikk, men fordi de ikke ville øve på hverandre måtte de øve på fantomhode. I den første spørreundersøkelsen til Frenkel et al., (2002) der de svarte på spørsmål om oral helse, hadde personellet i gjennomsnitt 64% riktig. I den siste svarte de 72% riktig, som er en liten forbedring. På spørsmålene om holdninger var det nesten ingen forandring. I den siste spørreundersøkelsen til svarte 65% at de var svært enige i at de hadde ansvar for pasientenes orale helse og 40% var svært enige i at de kunne hjelpe til med å forhindre at pasienten ville få sykdommer forårsaket av dårlig oral helse. Bare 16% av de spurte sa at de var komfortable med å pusse tenner på pasientene. Halvparten sa at de var ganske eller svært ukomfortable med det. Vi tror at resultatene av spørreundersøkelsen kanskje hadde vært bedre om personellet hadde hatt lenger undervisning og de hadde vært villige til å øve pusseteknikk på hverandre. En time til undervisning er veldig lite, så det er begrenset hvor mye man kan lære på så kort tid. Det er også stor forskjell å pusse tenner på et fantomhode og et menneske, så det forklare kanskje hvorfor så mange av de ansatte fortsatt ikke var trygge på å utføre munnstell på pasientene.

Under studiene på Høgskolen i Hedmark hadde vi opplæring for sykepleiestudenter før de skulle ut i praksis på sykehjem. Vi hadde undervisning om oral helse og tannpussteknikk. Det gjorde vi for at det skulle bli lettere for de å utføre munnstell på pasienter når de kom ut i praksis. Da de øvde på pusseteknikk brukte de hverandre. Vi fikk et inntrykk av at flere av sykepleiestudentene virket ivrige og lærevillige under opplæringen de fikk av oss. De fleste syntes det var litt ubehagelig da de begynte å pusse tennene på hverandre, men etter hvert ble de mer komfortable. Flere av sykepleierstudentene uttrykte at de følte en viss mestringssevne.

Wee et al., (2013) utførte en studie på en onkologiavdeling i Singapore. Det hadde tidligere blitt oppdaget at pasientene ikke hadde en tilfredsstillende oral hygiene og at munnstell ble ikke prioritert. Målet deres var å lære sykepleiere mer om munnstell og få de til å utføre det på pasientene, men de hadde noen utfordringer like etter opplæringen. Noen av sykepleierne fulgte ikke de nye rutinene og hjalp ikke pasientene med munnstell. Grunnen til at de ikke gjorde det de skulle var at mange ville ikke begynne med noe nytt og de så fortsatt ikke på munnstell som noe viktig. Wee et al., (2013) beskriver ikke detaljert hva som ble gjennomgått i undervisningen for sykepleierne. Om det ikke ble forklart godt nok hvorfor oral helse er

viktig og hvilken konsekvenser det kan føre til, kan det forklare hvorfor de ikke var villige til å gjøre disse forandringene. Sykepleierne syntes også at munnstell tok for mye tid og valgte da heller å prioritere andre ting. Teamlederen og resten av teamet ansvarlig for studien, ble da med ut på avdelingen for å få i gang de nye rutinene. De kunne hjelpe sykepleieren når de trengte det og oppmuntre de til å få i gang forandringene. Dette førte til at pleiepersonellet ble mye flinkere til å prioritere munnstell og kvaliteten av arbeidet ble betydelig bedre. Ifølge Wee et al., (2013) hadde det ikke vært nok å bare ha opplæring for sykepleierne for å få de til å følge de nye rutinene. De trengte oppmuntring og støtte i tillegg. Vi tror denne studien viser at det ikke alltid er nok å bare ha undervisning for personellet. Det må mer til for å få de til å følge nye rutiner. Det er ikke sikkert at dette ville blitt en like stor utfordring på sykehus i Norge, men det kan man ikke vite i forveien.

Vi mener at når tannpleier har undervisning for pleiepersonell på sykehus må det være minst to til tre timer, for at de skal få mest mulig ut av det. Da bør det undervises generelt om oral helse, hvordan det skal se ut i munnen på pasienter uten orale helseproblemer, hvordan det ser ut når noe er galt, hvordan munnstell skal utføres og bruk av munnstellkort. For å øve på tannpuss bør de øve på hverandre. Da vil de både få øvelse i å pusse tenner på andre, i tillegg til at de kjenner hvordan det føles for pasienten når noen pusser tennene deres. I studien til Samson et al., (2009), som hadde veldig bra resultater, fikk alle de ansatte fire timers undervisning hvor det ble gått gjennom teori og praksis. Vi mener at det er nødvendig at pleiepersonellet får flere timers undervisningen, så de får med seg alt det viktigste. Brukes det mindre enn to timer kan viktige ting bli utlatt eller undervisningen kan gå for fort.

Erfaringen vår tilsier at når undervisningen finner sted er det lurt at tannpleier også har en samtale med pleiepersonellet for å finne ut hva de synes er vanskelig og hvilken utfordringer de har når det kommer til oral helse på avdelingen. Da kan tannpleier justere undervisningen litt i forhold til det personellet trenger å lære. Stensrud (2009) skriver i sin masteroppgave at en av grunnene til at folk kan vise motstand til endringer er at de føler at noen prøver å styre de. Vi tror at om de ansatte får være med på samtale om det som skal gjøres vil de føle seg mer inkludert. Vi mener at dette kan føre til bedre samarbeid. Dette skal være tverrfaglig samarbeid hvor tannpleier og pleiepersonell jobber mot å forebygge dårlig oral helse. Vi tror ikke samarbeidet kommer til å gå så bra om tannpleier bare kommer på avdelingen og forteller de ansatte hva de skal gjøre, uten å høre på det de har å si. Det kan være store forskjeller fra avdeling til avdeling. De som allerede jobber der er kjent med pasientgruppen

og eksisterende rutiner. Det er derfor svært viktig å ta hensyn til det de har å si for at samarbeidet skal kunne fungere. I tillegg til bra tverrfaglig samarbeid bør det settes inn nye tiltak for å forbedre den orale helsen hos inneliggende pasienter. Derfor vil vi i neste kapittel ta for oss forslag til mulige fremtidige tiltak.

4.5 Mulige fremtidige tiltak for å forbedre den orale helsen hos pasienter på sykehus

For å forbedre den orale helsen hos inneliggende pasienter på sykehus kan nye tiltak settes inn. Disse tiltakene er regelmessig besøk av tannpleier og utpeking av oralhelse-kontakt på avdelingene. Vi vil begynne med å beskrive regelmessig besøk av tannpleier.

4.5.1 Regelmessig besøk av tannpleier

I studien til Samson et al., (2009) ble pasientene undersøkt av tannpleier hver 6-18 måned, avhengig av hver pasients risikofaktorer. Etter undersøkelsene ble det gitt tilbakemeldinger til administrasjonen på avdelingen om pasientenes orale helse. Dette fungerte bra på sykehjemmet, men vi mener at på sykehus må tannpleieren komme mye oftere til avdelingen. På sykehjem kan de samme pasientene bo på avdelingen i flere år, så da er det ikke nødvendig med like hyppige besøk av tannpleier. Mange pasienter som blir innlagt på sykehus drar hjem etter noen dager eller uker. Da må tannpleier komme mye oftere for at pasienter og avdelingen får nytte av det.

På Drammen sykehus kommer tannpleier til Barne- og ungdomsseksjonen hver 14. dag. Pleiepersonellet har oversikt over aktuelle pasienter som har behov for tannpleiertilsyn. Etter å ha fått opplæring om oral helse har de også kunnskap om sykdommer som kan påvirke den orale helsen. Tannpleier får liste over pasienter som nylig har blitt diagnostisert med disse sykdommene, så hun kan ha en samtale med pasienten og foresatte. Hun informerer de om risikoen for den orale helsen og gir de råd når hun er på avdelingen.

Vi mener at det kan gjøres noe lignende på andre sykehus og avdelinger. Om tannpleier kommer regelmessig tror vi vil være til stor hjelp for avdelingen. Dette kan gjøres for eksempel en gang i uka eller hver 14. dag. Vi mener også at om pleiepersonellet får opplæring i å undersøke munnhulen til pasientene vil de kunne gjøre det på alle når de blir innlagt. Da vil de kunne vurdere hvem som trenger ekstra hjelp og hvem tannpleier burde se nærmere på, slik det gjøres på Drammen sykehus. Tannpleier kan også gi pasientene råd angående deres orale helse og munnstell.

Vi mener at i begynnelsen, når de ansatte fortsatt ikke er helt trygge på rutinene og hvordan munnstell skal utføres, kan det være lurt at tannpleier kommer oftere. Det er ikke alltid det er så lett å starte noe nytt når personellet er vant til andre rutiner. I studien til Wee et al., (2013) hadde de problemer med å få de ansatte på avdelingen til å fokusere mer på munnstell og oral hygiene, selv om de hadde hatt undervisning for de om hvor viktig det er. Prosjektlederne begynte da selv å jobbe inne på avdelingen for å få satt i gang tiltakene. De jobbet sammen med sykepleierne og kunne da hjelpe og veilede når det var noe de var usikre på. Da sykepleierne fikk denne støtten følte de seg tryggere med munnstellet og begynte å ha mer fokus på det. Ved å være bra rollemodeller hadde prosjektlederne klart å motivere og øke interessen for oral helse hos resten av de ansatte (Wee et al., 2013). Vi mener at om tannpleier kommer på avdelingen oftere i begynnelsen vil det hjelpe til med å motivere de ansatte der til å gjøre det samme. For at det skal være mulig å sette inn nye oralhelse tiltak på sykehus er det nødvendig med bra samarbeid mellom sykehus og tannhelsetjenesten. Vi vil derfor beskrive hvordan tannpleiere og pleiepersonell på sykehus kan jobbe sammen ved opprettelse av oralhelse-kontakt.

4.5.2 Oralhelse-kontaktpersoner

Samson et al., (2009) utpekte oralhelse-kontaktpersoner på avdelingene på sykehjemmet. Denne personen hadde kontakt med tannhelsetjenesten og fikk skriftlige instruksjoner om hvilke oppgaver han hadde og hva han hadde ansvar for. Han skulle melde fra til tannhelsetjenesten om nye pasienter for at de skulle få laget munnstellkort. Oralhelse-kontaktpersonen skulle også lære opp nye og midlertidig ansatte i hvordan de skulle utføre munnstell og hvordan de brukte munnstellkortene. Om noen av pasientene hadde problemer med den orale helsen var det han som hadde ansvar for å kontakte tannhelsetjenesten for å bestille time eller få tannpleier til å komme og undersøke pasienten. Han skulle også følge med på hvilken munnpleieprodukter de hadde på avdelingen og skulle bestille mer når det begynte å bli tomt.

På sykehus kan vi få til noe lignende. Der kan oralhelse-kontaktpersoner ha de fleste av de samme oppgavene som på sykehjemmet. Vi tror det vil være til stor hjelp om alle avdelinger på sykehus har en oralhelse-kontaktperson. Dette er en fast ansatt på avdelingen som får ekstra undervisning av tannpleier om oral helse. Så får denne personen hovedansvaret for å ha kontakt med tannhelsetjenesten, sørge for at alle ansatte får opplæring, bestille

munnpfleieprodukter og passe på at munnstell blir utført. I tillegg kan oralhelsekontaktpersonen være et forbilde for de andre ansatte og motivere de til å fokusere mer på munnstell.

Vi tror det beste ville vært om noen på avdelingen melder seg frivillig til å være oralhelsekontaktperson. Da har personen allerede vist at han er interessert i å lære mer om oral helse og vil ha ansvar for dette. Hvis ingen på avdelingen er interessert, må noen utpekes. Det vil vi helst unngå. Om en person blir tvunget til å ha denne rollen kommer han sannsynligvis ikke til å være så veldig entusiastisk. Det tror vi kommer til å ha dårlig påvirkning på resten av de ansatte også. En som er negativt innstilt til det han driver med kommer mest sannsynlig ikke til å motivere de han jobber sammen med. Samarbeid mellom sykehus og tannhelsetjenesten er svært varierende i Norge. Dette vil vi nærmere inn på i neste kapittel.

4.6 Hvilken tiltak er satt i gang på sykehus i Norge?

Vi skal i dette kapittelet se på ulike tilbud av oral helse på sykehus i Norge og se hvordan det prioriteres i forhold til forskning og lovverk. Ifølge rapport fra helsedirektoratet fra 2014 er oral helse tilbudet varierende fra sykehus til sykehus.

4.6.1 Eksisterende tiltak

I en rapport av helsedirektoratet er ulike tiltak på sykehus beskrevet. For eksempel ved Oslo universitet sykehus, Rikshospitalet, får kun innlagte kreftpasienter tilbud om behandling av ulike orale problemer. Rikshospitalet og Ullevål sykehus er godt i gang med tannhelseteam, inkludert tannpleier. Dette som et ledd i forsøksordningen med orale helsetjenester på sykehus. Ved Haukeland sykehus tar avdelinger kontakt med tannpleier om pasienter har orale problemer. Akershus universitetssykehus foretar kun nødvendig tannbehandling til pasienter med akutt behandlingsbehov, ellers har de ingen fast tilbud om å ivareta orale helse hos inneliggende pasienter (Nordgarden, 2014).

Ifølge helsedirektoratets rapport fra 2014 har St. Olav hospitalet i Trondheim et fast tannpleietilbud for inneliggende pasienter. Også ved Universitetssykehuset i Nord Norge finnes det et samarbeid mellom tannhelsetjenesten om undervisning av ansatte, pasienter og pårørende og behandling av pasienter med tannhelse problemer. Av små sykehus beskrevet i rapporten er det kun ved Drammen sykehus hvor det eksisterer samarbeid mellom tannpleietjeneste og barne- og ungdomsseksjon med å oppmøte hver 14. dag (Nordgarden, 2014).

Vi har ved egen telefonundersøkelse bekreftet at det ikke har blitt gjort noen store endringer i de overfor nevnte tilbudene om tannhelsetjeneste for innlagte pasienter på sykehus, sammenlignet med Helsedirektoratets rapport fra 2014. Det ser ut som Universitetssykehuset i Nord-Norge og Drammen sykehus har velfungerende tilbud med mest fokus på barn og unge. Konradsen et al., (2012) beskriver i sin tverrsnittstudie at eldre pasienter på sykehus hadde oftere problemer med oral helse enn yngre pasienter. Derfor mener vi det hadde vært ideelt om tilbudet hadde blitt utvidet til å også inkludere voksne og eldre pasienter. Det ser ut som orale tilbud per i dag er avhengig av hvilke sykehus og avdeling pasienter blir innlagt på og enkelte avdelinger prioriteres mer enn andre.

Vi mener at eksisterende oralhelse tjenestetilbud for inneliggende pasienter ved Norske sykehus avdelinger ikke er i tråd med Spesialisthelsetjenesteloven (1999) som sier at spesialisthelsetjenesten har ansvaret å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning for å fremme folkehelse. Loven sier klart at sykehus har ansvar for det og for forskning, pasientbehandling og utdanning av pasienter, pårørende og helsepersonell. Vi mener også at gjeldende praksis ikke er kunnskapsbasert og ikke tar konsekvens av den tilgjengelige beste vitenskapelig bevis om utredning, forebygging og behandling av oral helse hos innlagte pasienter.

5.0 Konklusjon

Mange pasienter som blir innlagt på sykehus på grunn av alvorlige sykdomstilstander har allerede problemer med oral helse. Dårlig oppfølging og manglede tilbud av oral helse hos sykehus pasienter kan ytterligere forverre oral helse hos slike pasienter. Ved prioritering av oral helse på sykehus kan systemiske komplikasjoner og sykehuservervede infeksjoner forebygges og livskvaliteten forbedres. Forskning viser at det er samfunnsøkonomisk besparende å forebygge dårlig oral helse som kan føre til nedsatt helse som igjen kan føre til belastning for samfunnet. Ved å styrke et tverrfaglig samarbeid med helsepersonell ved ulike avdelinger på sykehus, mener vi at tannpleier kan bidra med å forebygge dårlig oral helse. Enkle forebyggende tiltak som for eksempel opplæring av helsepersonell, informasjon til pasient og tannpleiebehandling kan utføres gjennom etablering av et fast tannpleiertjeneste på norske sykehus. Vi anbefaler regelmessig besøk av tannpleier på avdelinger og etablering av

fast oralhelse-kontakt på alle sykehus i Norge. Det bør være likhet tilbud på oral helse uavhengig av hvilke sykehus og avdeling pasienter er innlagt på.

Litteraturliste

- *Buskerudfylkeskommune. (2013) *Syke barn- friske tenner*. Lokalisert på:
<http://www.bfk.no/Documents/BFK/Tannhelse/Prosjektrapport%20sykehusprosjektet%20des.2013.pdf>
- *Chan, E.Y., Lee, Y.K., Poh, T.H., Ng, I.H.L. & Prabhakaran, L. (2011). Translating evidence into nursing practice: oral hygiene for care dependent adults. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 172-183.
- *Coker, E., Ploeg, J. & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-2371.
DOI: 10.1111/jan.12107
- *Coker, E., Ploeg, J. & Kaasalainen, S. (2014). The Effect of Programs to Improve Oral Hygiene Outcomes for Older Residents in Long-Term Care. *Research in gerontological nursing*, 7(2), 87-100.
DOI:10.3928/19404921-20140110-01
- *Danckert, R., Ryan, A., Plummer, V. & Williams, C. (2015). Hospitalisation impacts on oral hygiene in a metropolitan health service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 129-134.
DOI: 10.1111/scs.12230
- *Flovik, A. M. (2005) *Munnstell: Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe.
- *Frenkel, H.F., Harvey, I. & Needs, K.M. (2002). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(2), 91-100.
DOI: 10.1034/j.1600-0528.2002.300202.x

*Folkehelseinstituttet. (2016). *Sykdomsbyrde i Norge 1990- 2013: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries and Risk factors study 2013* (Rapport 2016:1). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/8192560710.pdf>

*Gjerde, C. & Fiehn N. E. (2015). Kan en tann være livstruende? I P. Holmstrup (Red.), *Aktuel Nordisk Odontologi 2015* (s. 29-50). København: Munksgaard.

Hansen, B., Dahl, K. E., & Halvari, A. E. (s.a). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Norsk Tannpleierforening & Delta.

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

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64, (2015).

*Holst, D., & Dahl, K. E. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten?: En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 118(4), 212-218. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/dntf/pdf2008/P08-04-212-8.pdf>

*Kehl, M., Espelid, I., Bangstad, H.J. & Skaare, A.B. (2015). Orale helsetjenester for alvorlig syke barn i Norge. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*, 125(11), 960-965.

*Klinge, B. (2010). *Munnen*. Stockholm: Karolinska Institutet University press.

Klinge, B. & Gustafsson, A.(2012). *Parodontitt. En introduktion* Stockholm: Gothia Förlag.

*Konradsen, H., Trosborg, I., Christensen, L. & Pedersen, P.U. (2012). Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19pt20), 2851-2859.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04197.x

Mittelmark, M., Kickbusck, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg., s.23-44). Bergen: Fagboklaget.

Nordenram, G. & Nordström, G. (2001). *Tannpleie for eldre*. Oslo: Kommuneforlaget

*Nordgarden, H. (2014) *Beskrivelse av forsøksordningen med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus*. (IS-2128) Oslo: Helsedirektoratet.

Norsk Tannpleierforening. (2009). *Tannpleierfunksjonen, oral helse og tannpleierfag mot 2015*: Lokalisert på http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

Norsk Tannpleierforening. (2009). *Yrkesetiske retningslinjer for Tannpleiere*. Lokalisert på <http://www.ntpf.no/yrkesetiske-retningslinjer-for-tannpleiere>

*Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, (2015).

Samson, H., Berven, L. & Strand, G.V. (2009). Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *European Journal of Oral Sciences*, 117(5), 575-579.

DOI: 10.1111/j.1600-0722.2009.00673.x

*Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2015).

*Stensrud, G. V. (2007). *Omstilling fra løsriving til ny forankring Ansattes holdninger til organisatoriske endringer* (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo.

*Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03.54, (2015).

*Terezakis, E., Needleman, I., Kumar, N., Moles, D. & Aguado, E. (2011). The impact of hospitalization on oral health: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 38(7), 628-636.

DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01727.x

*Verdens helseorganisasjon. (2012). *Oral health*. [Fact sheet N 318]. Lokalisert på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

*Wee, W.M.Y., Ang, E. & Ng, P.I. (2013). Oral hygiene of patients with cancer in an acute oncology ward: a best practice project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3), 194-201.

DOI: 10.1111/1744-1609.12028

Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrfaglig samarbeid: i praksis og utdanning*. (utg.2). Oslo: Universitetsforlaget.


Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferreira, J. (2008) *Sykepleie og oral helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Et godt spørsmål beskriver:

1. Hvilke mennesker det handler om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?
2. Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?
3. Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?
4. Hvilke effekter er av særlig interesse?

Patients/ population/ problem HVEM?	Intervention/ initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIV ER?	Outcome RESULTAT/ EFFEKT?
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
Hospitalised patients Adult Oral hygiene programme	Motivation Prevention Promotion Education Oral care Dental care Dental hygiene Educational programme Communitation Professional-patient relations		Oral health Knowledge Negligence
AND			



Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
17.5.16	hospitalisation + oral health + oral care	Oria	172 => (fagfelle- vurde- te tidsskrif- ter) 144 => (fra 2011) 71 => (emne - oral health) 8	5	<ul style="list-style-type: none"> - Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions - Hospitalisation impacts on oral hygiene: an audit of oral hygiene in a metropolitan health service - Oral hygiene of patients with cancer in an acute oncology ward: a best practice project - Translating evidence into nursing practice: oral hygiene for care dependent adults
17.5.16	hospitalization + oral health	Oria	2690 => (fagfelle- vurde- te tidsskrif- ter) 2067 => (fra 2011) 985 Artikkel nr.9 på første side	4	The impact of hospitalization on oral health: a systematic review
17.5.16	Oral helse + livskvalitet	Google scholar	472-Valgte 2. artikkel som dukket opp som var denne.		Påvirker den orale helsen livskvaliteten? En representativ deskriptiv befolkningsundersøkel- se

4.4.16	hospital + prevention + oral health + dental hygienist	CINAHL	10 => (academic journal) 8 => (fra 2011) 6	1	A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults
4.4.16	education + oral health + nurse + hospital	CINAHL	166 => (fra 2011) 58 => (academic journals) 54 => (age – all adults) 14	1	The Effect of Programs to Improve Oral Hygiene Outcomes for Older Residents in Long-Term Care
4.4.16	hospital + dental care + knowledge + nurse	Pyramidesøk - McMaster	Systematiske oversikter => (therapy) 3	1	Oral health care education and its effect on caregivers´ knowledge, attitudes and practices: A randomized controlled trial