

Høgskolen i Innlandet- Campus Elverum  
Avdeling for folkehelse

4TABA10

Diana Rostamkhel og Suzan Mohammed Omar

Veileder: Svein Erik Urstrømmen

**Oral helse hos eldre pasienter med demens på sykehjem**

**Oral health among elderly patients with dementia in  
nursing home**

BATA2014

Antall ord: 11516

Bachelor i Tannpleie

Våren 2017

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven handler om «*Hvordan kan tannpleiere bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem?*». Formålet med oppgaven er å finne ut i hvilken grad det er fokus på tannhelsen til eldre med demens på sykehjem, hvordan møte utfordringene hos denne pasientgruppen på en god måte, og hvilken rolle og funksjon tannpleiere har i sykehjem. Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie basert på kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Gjennom oppgaven belyser vi problemstillingen fra tre hovedvinkler. Vi har sett på rammer og muligheter for tannpleierens funksjon i sykehjem. Videre har vi tatt for oss den tannpleiefaglige rollen inn mot den valgte pasientgruppen, og til slutt har drøftet tannpleierens bidrag i et tverrfaglig perspektiv. Funnene viser at en mer aktiv og prioritert rolle for tannpleierne, samt et tydelig fokus på opplæring og undervisning om oral helse for pleiepersonell kan være et godt utgangspunkt for hvordan ta vare på den orale helsen til eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	2
<b>1. INNLEDNING</b> .....	4
1.2 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING .....	5
1.3 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER .....	5
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	6
2.1 ETISKE OVERVEIELSER .....	7
2.2 LITTERATURSØK .....	7
2.3 KILDEKRITIKK .....	8
2.3.1 Presentasjon av forskningsartikler .....	8
2.3.2 <i>Artikkel 1: Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia</i> .....	9
2.3.3 <i>Artikkel 2: Ethical challenges in care for older patients who resist help</i> .....	9
2.3.4 <i>Artikkel 3: Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement</i> .....	10
2.3.5 <i>Artikkel 4: Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?</i> .....	10
2.3.6 <i>Artikkel 5 : Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff</i> .....	11
<b>3.0 Teori</b> .....	13
3.1 TANNPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVARSOMRÅDE .....	12
3.2 YRKESETISKE RETNINGSLINJER .....	12
3.3 LOVER OG RETNINGSLINJER .....	14
3.3.1 <i>Tannhelsetjenesteloven (1984)</i> .....	14
3.3.2 <i>Helsepersonelloven (1999)</i> .....	14
3.3.3 <i>Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)</i> .....	15
3.3.4 <i>Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003)</i> .....	15
3.4 ORAL HELSE.....	15
3.4.1 <i>Biologisk aldring</i> .....	16
3.4.2 <i>Aldersforandringer i munnhulen</i> .....	16
4.0 DEMENSSYKDOM .....	18
4.1 SYMPTOMER OG KJENNETEGN .....	18
4.1.1 <i>Orale utfordringer</i> .....	20

4.2 KOMMUNIKASJON .....	21
<b>5.0 DRØFTING.....</b>	<b>23</b>
5.1 TANNPLEIERS ROLLE PÅ SYKEHJEM .....	23
5.1.1 Tannpleier og rammer .....	23
5.1.2 Tannpleiefaglig aspekter .....	25
5.1.3 Tverrfaglig perspektiv.....	30
<b>6 KONKLUSJON .....</b>	<b>36</b>
<b>7 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>37</b>
<b>8 Vedlegg .....</b>	<b>44</b>

## 1. Innledning

Vi har i denne bacheloroppgaven valgt å fokusere på oral helse hos eldre demente pasienter på sykehjem, da denne pasientgruppen byr på ekstra utfordringer for helse- og pleiepersonell. I tillegg er denne pasientgruppen ofte mer disponert for å utvikle dårlig oral helse enn andre pasienter på grunn av varierende grad av nedsatte kognitive evner, kommunikasjonsevner, og manglende evne til egenomsorg. Dette kan medføre at denne pasientgruppen både kan ha problemer med å ivareta tannhelsen selv, og at de motsetter seg hjelp fra helse- og pleiepersonell (Stenvik & Jacobsen, 2011; Berentsen, 2008). Dårlig oral helse kan også ha stor innflytelse på helsetilstanden mer generelt. Det vil si at psykisk og fysisk velvære kan påvirkes negativt (Willumsen, Wenaasen, Armingohar, & Ferreira, 2008; Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). På bakgrunn av disse pasientenes utfordringer har vi valgt å se nærmere på tannpleierens rolle i det forebyggende og tannhelsefremmende arbeid på sykehjem hos eldre med demenssykdom. Hvordan kan vi som tannpleiere bidra, og hvilken forskjell kan vi gjøre?

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Grunnen til at vi har valgt å fokusere på oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem er fordi den eldre delen av befolkningen øker, og vi ser flere pasienter med aldersdement i Norge som beholder sine egne tenner livet ut (Helsedirektoratet, 2017; Røsjø, 2015). Vi har også hatt mye fokus på eldre i løpet av vår tannpleierutdanning og har vært ute i praksis på sykehjem. Basert på våre erfaringer herfra opplever vi at oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom er et område som kan bli lite prioritert. Dette fikk oss til å bli nysgjerrige og tenke over hvordan vi som fremtidige tannpleiere kan bidra til med å fremme oral helse hos denne pasientgruppen på sykehjem. Noen av spørsmålene vi stiller oss er i hvilken grad det er fokus på tannhelse hos eldre med demens på sykehjem, hvordan møtes utfordringene i møte med demens, og hvilken rolle og funksjon kan tannpleiere ha i denne konteksten.

Vi har på bakgrunn av dette valgt følgende problemstilling:

*«Hvordan kan tannpleiere bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem?»*

## 1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å fokusere på eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem. Vi tar utgangspunktet i WHO definisjon hvor eldre regnes fra 65 år og oppover i vår oppgave. Personer mellom 60-75 år regnes som unge eldre, mens personer som er 75 år eller oppover betegnes som gamle (Kventny & Holmstrup, 2016). De fleste pasientene på sykehjem har kroniske eller langvarige sykdommer som gjør at de er pleietrengende. Grunnen til at vi har valgt å fokusere på eldre med demens på sykehjem er fordi vi ønsker å undersøke tannpleierens funksjon spesielt mot denne pasientgruppen. I tillegg er dette en pasientgruppe som byr på ekstra utfordringer for helse- og pleiepersonell på grunn av deres nedsatte kognitive evner (Willumsen et al., 2008; Kirkevold et al., 2008; Berentsen, 2008). Vi fokuserer heller ikke på en bestemt profesjonsgruppe i det tverrfaglige arbeidet på sykehjem, men alle ansatte som jobber med pasientpleie. Vi har heller ikke valgt en spesifikk avdeling, men sykehjemmet som en ramme for vår oppgave.

## 1.3 Definisjon av sentrale begreper

**Autonomi-** Autonomi betyr selvstyring, å ha evnen til å kunne ta selvstendige valg (Wifstad, 2013).

**Oral Helse-** Oral helse defineres som å være fri fra sykdom og andre smerte/lidelser i munn og ansikt, som begrenser individets kapasitet til å kunne snakke, spise, tygge, samt å oppleve psykososialt velvære (Verdens Helseorganisasjon, 2012). I oppgaveteksten har vi brukt begrepet oral helse og tannhelse som har samme betydning.

**Helse- og pleiepersonell -** Helse- og pleiepersonell omfatter personer som utfører en helsehjelp i en helse- og omsorgstjeneste. Dette gjelder både personer med autorisasjon eller elever/studenter som utfører helsehjelp i forbindelse med helsefaglig opplæring (Helsedirektoratet, 2012).

**Holdning-** Holdning kommer til uttrykk gjennom de meningene, oppfatninger eller innstilling en person har. Det kan være knyttet til kunnskap, innlærte atferdsmønster eller erfaringer (Eide & Eide, 2008).

**Empowerment-** Empowerment er en fremgangsmåte med mål om å sette mennesker i stand til å øke kontrollen over egen helse (Mæland, 2016).

**Sykehjem-** Sykehjem er institusjon for mennesker som ikke klarer å ta vare på seg selv i sitt eget hjem og har behov for omsorg og pleie. I følge vårt valg av pasientgruppe mener vi sykehjem som institusjon med alle de ulike avdelingene fra langtidsopphold til skjermede enheter for personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008).

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Vår bacheloroppgave består av innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I innledningen forklarer vi hva hensikten er med bacheloroppgaven og problemstillingen, valg av tema og avgrensning av tema. I metodedelens beskriver vi fremgangsmåten vi har brukt til å finne litteratur. Hvordan vi har kommet frem til søket, kildekritikk og en beskrivelse av fem utvalgte forskningsartikler. I teoridelen forklarer vi tannpleierens funksjon, yrkesetiske retningslinjer, aktuelle lover og retningslinjer. I tillegg gjør vi rede for oral helse generelt og spesielt inn mot eldre. Til slutt belyser vi hva demens er og praktiske og tannhelseutfordringer vi kan møte hos eldre pasienter med demens. Videre drøfter vi problemstillingen med utgangspunkt i teori, forskning og egne erfaringer, og har fokus på tannpleierens rolle, tannpleiefaglig tilnærming og tverrfaglig samarbeid.

## 2.0 Metode

Olav Dalland (2012) beskriver metode som en fremgangsmåte for hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe svar på ulike problemer og tilegne oss ny kunnskap. Bakgrunnen for bruk av en bestemt metode er at den skal gi oss gode data og belyse vår problemstilling på en faglig og interessant måte. Ved valg av forskningsmetode må vi først finne ut hvilken metode som kan gi oss gode data og informasjon. Det finnes to ulike metoderetninger kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode legger vekt på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle. Kvantitativ metode baserer seg på å forme målbar informasjon om til enheter og statistikk (Dalland, 2012, s. 112). Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som bygger på tidligere publisert forskning og annen litteratur. Litteratur og forskningsartikler vi har valgt har både kvalitativ og kvantitativ karakter.

Vi har i tillegg benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, aktuelle lover og retningslinjer og egne erfaringer.

## **2.1 Etiske overveielser**

I og med at vi har valgt en generell tilnærming til demente pasienter vil det ikke være behov for anonymisering og heller ikke fare for misbruk av data. Denne bacheloroppgaven følger Høgskolen i Innlandets retningslinjer for oppgaveskriving med APA- standarden som mal for referansehåndtering. Dette for å kunne gi forfatterne riktig kreditering og henvisning av litteraturen vi har benyttet.

Vi vil følgende presentere litteratursøk og hvordan det har blitt utført. Videre ønsker vi å se på kildekritikkens betydning og presentere forskningsartiklene vi har valgt.

## **2.2 Litteratursøk**

For å finne relevante og fagfellevurdert aktuelle litteratur i henhold til problemstillingen vår har vi benyttet oss av Høgskolen i Innlandets godkjente søkemotorer og databaser. Som en del av retningslinjene til bacheloroppgaven ble PICO-skjema benyttet i forbindelse med søking. Vi har benyttet PICO-skjema for å finne forskningsartikler publisert i helserelevante tidsskrifter, via databaser som Svemed, ProQuest, Pubmed, Oria, Google Scholar, CINAHL, og BIBSYS. Det er også kjent for oss at de fleste studier er publisert på engelsk, dansk og svensk, og at tilgjengeligheten av norskspråklig forskning er ganske begrenset. Derfor har vi benyttet engelske MeSH-termer og søkeord i tillegg til norske søkeord for å få flest mulige treff i litteratursøk. Vi opplevde det som noe utfordrende å finne relevante artikler som handlet om tannpleieres funksjon på sykehjem eller artikler som berørte og var relevant til vår problemstilling. For å kunne avgjøre om de ulike artiklene var aktuelle for vår oppgave valgte vi å se på overskriftene, om de var av nyere dato og til slutt leste vi sammendrag eller konklusjonen. Vår vurdering er at artiklene vi har valgt fremstår som aktuelle, relevante og interessante for vår problemstilling.



Søkeord og MeSH-termer som ble benyttet i større grad var

*”Oral and dementia,” ”munnstell,” ”tannpleier,” ”Sykehjem,” ”Oral helse,” ”dementia and care,” ”oral health,” ”dementia AND nursing home” , ”dental, coercion AND autonomy”, ”nursing homes”, ”oral care”, ”Attitudes” ”Oral hygiene” , ”dental hygiene” education AND oral health in nursing home, ”compulsory treatment”, ”symptoms and dementia”, ”kunnskap og sykehjem” ”kommunikasjon ved demens”, ”Infection Control”, ”Dental”, ”forebygging”, ”helsefremmende, ”demens og tannhelse”*

Vedlegg 1 viser PICO-skjema og hvordan søkeord ble benyttet for å komme frem til de ulike forskningsartiklene.

## **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er en metode som blir brukt for å verifisere om kilden er pålitelig. Med dette menes det at vi må foreta vurdering og karakterisering av de ulike kildene vi benytter (Dalland, 2012). For å vurdere påliteligheten av kildene har vi vært kritiske til artiklenes forfattere og hvor kildene er hentet fra. I tillegg har vi også sett på artiklenes relevans/aktualitet i forhold til problemstillingen vår, og vurdert kildens troverdighet og overførbarhet til tannpleiers rolle. Forskningsartiklene vi har valgt er alle fagfellevurdert og bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Det betyr at de inneholder innledning, metode, resultat, abstrakt og diskusjon. Dette er viktig med tanke på gyldighet. Siden vår oppgave er en litteraturstudie, vil alle disse faktorene være nødvendige å stille seg kritisk til. For å sikre litteratur har vi valgt den nyeste utgaven, altså litteratur innen en ti års periode samtidig har vi benyttet forskningsartikler fra anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. I tillegg har vi benyttet pensumlitteratur og en del andre faglitteratur som er relevante for vår problemstilling (Dalland, 2012).

### **2.3.1 Presentasjon av forskningsartikler**

Vi vil her presentere de forskningsartikler vi fant som relevante for vår oppgave. Vi opplevde det som utfordrende å finne forskningsartikler fra nyere dato som omhandler tannpleierens funksjon på sykehjem. Etter grundig søkt har vi valgt 5 engelskspråklige forskningsartikler som vi mener er relevante å benytte i vår oppgave.

### 2.3.2 *Artikkel 1: Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia*

Denne forskningsartikkelen fant vi på Oria hvor søkeordene var: oral health, dementia AND nursing home. Vi fikk 4795 treff ved å begrense artikkelen fra 2011 til 2017. Artikkelen er publisert i 2011 i Scandinavian Journal of Caring Sciences. Etter å ha sett på overskriften, valgte vi å lese artikkelen *Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia*, som var nr. 3 på første side. Artikkelen er skrevet av forfatterne Lars Sonden, Azita Emami, Hanne Kiljunen, og Gunilla Nordenram. Denne forskningsartikkelen baserer seg på en kvalitativ forskningsstudie og er gjennomført ved fokusgruppediskusjon og intervjuer av helsepersonell og sykepleiere. Hensikten og målet med studien var å karakterisere helsepersonellens oppfatning til munn -og tannhygiene for pasienter med demens på sykehjem og begrunne sin oppfatning rundt dette området. Dette for å betrakte sykepleierens ansvar i forhold til observasjon av dementes orale helse. Gjennom studiet ble det klargjort tre ulike områder i forhold til hvorfor den daglige orale helsen til demente pasienter var dårlig. Det var på grunn av uklarhet til ansvarsforholdene mellom ulike yrkesgrupper, mangel på retningslinjer og rutiner til å utføre munnhygiene, samt mangel på ansvar til å gi yrkesgruppene informasjon (Sonden, Emami, Kiljunen, & Nordenram, 2010).

### 2.3.3 *Artikkel 2: Ethical challenges in care for older patients who resist help*

Denne engelskspråklige artikkelen fant vi i Oria ved å søke på “dental, coercion AND autonomy” og ga 726 treff. Etter en vurdering begrenset vi søket til artikler fra 2011 til 2017 som førte til 302 treff. Vi valgte å bruke “*Ethical challenges in care for older patients who resist help*”. Artikkelen er skrevet av Kari Brodtkorb, Anne Valen-Sendstad Skisland, Åshild Slettebø og Ragnhild Skaar. Artikkelen ble publisert i 2015 i Nursing Ethics, og baserer seg på å kartlegge hvilke etiske utfordringer helsepersonell møter ved behandling av pasienter som vegrer seg til å motta hjelp. Studien viste at helsepersonellet i kommunehelsetjenesten opplever det som faglig utfordrende og belastende å utføre et grunnleggende stell. Helsepersonellet opplever ofte usikkerhet rundt hvor langt de kan strekke seg for å hjelpe pasienten som motsetter seg egenhjelp.

Bedre kunnskap om lovverket, og økt kompetanse til å praktisere i henhold til loven, vil styrke helsepersonellens beslutningsgrunnlag og dermed redusere moralsk usikkerhet og moralsk stress. Dette er en viktig faktor for å hindre ubehagelige situasjoner for både pasienten og helsepersonell (Brodtkorb, Skisland, Slettebø & Skaar, 2015).

#### *2.3.4 Artikkel 3: Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement*

Denne forskningsartikkelen fant vi på Oria hvor søkeordene var: ”nursing homes”, ”oral care”, ”Attitudes”. Vi fikk 5788 treff ved å begrense artikkelen fra 2008 til 2017. Artikkelen er publisert i 2011 i The Gerodontology Society. Etter å ha sett på overskriften, valgte vi å lese artikkelen *Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement*, som var nr. 4 på første side. Artikkelen er skrevet av forfatterne Inger Wårdh, Margareta Jonsson og Maude Wikström. Dette er en kvantitativ studie med spørreskjema som blir utført i Sverige. Hensikten med denne studien var å undersøke holdninger og kunnskap om oral hygiene blant pleiepersonalet i sykehjem. Det var totalt 454 ansatte i sykehjem som deltok i undersøkelsen, hvor det ble brukt et spørreskjema av flervalgsoppgaver som handlet om holdninger og kunnskaper om munn- og tannstell hos sykehjempasienter. Studien konkluderer med at det er behov for opplæring og kunnskapsformidling om utførelse av munn- og tannstell på sykehjem. Det blir også påpekt i artikkelen at det er behov for forbedret samarbeid mellom de ansatte på sykehjem.

I tillegg kan denne artikkelen også rettes mot tverrfaglig samarbeid, spesielt når det gjelder undervisning og opplæring om munn- og tannstell, som er en viktig del av den tverrfaglig samarbeid (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012).

#### *2.3.5 Artikkel 4: Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?*

Denne forskningsartikkelen fant vi på Oria hvor søkeordene var: “Oral hygiene” nursing “homes”. Artikkelen er publisert i 2011 i The Gerodontology Society. Etter å ha sett på overskriften, valgte vi å lese artikkelen, *Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?*. Artikkelen er skrevet av Tiril Willumsen, Line Karlsen, Richard Næss og Sissel Bjørntvedt.

Dette er en tverrsnittstudie med kvantitativ metode som blir utført på 11 sykehjem i Norge. Hensikten med denne studien var å undersøke om pasientene på sykehjem hadde en akseptabel munnhygiene. 358 sykehjemspasienter ble klinisk undersøkt av tannpleier. I tillegg deltok 494 sykepleiere i de samme sykehjemmene i en spørreskjemaundersøkelse, hvor de ulike spørsmålene handlet om helsepersonellens holdninger, adferd og kunnskaper om tann- og munnstell, samt yrkeserfaringer. Resultatet i undersøkelsen viste at mer enn 40% av pasienter bosatt på sykehjem hadde uakseptabel munnhygiene. Pasienter med demens hadde like dårlig munnhygiene som pasienter med «ikke demens». Dette på grunn av mangel på tid, rutiner, kunnskap og pasienter med utagerende atferd. Studien viste også at 80 % av sykepleierne mente kunnskap om oral helse var viktig. 9,1 % av pleiepersonalet syntes ofte det var ubehagelig å utføre tannstell på pasienter, og 97 % opplevde motstand fra pasientene. Studien konkluderer med at munnhygiene i sykehjemmene er dårlig og trenger forbedring (Willumsen, Karlsen, Næss & Bjørntvedt, 2011).

#### *2.3.6 Artikkel 5 : Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff*

Vi fant artikkelen i Oria hvor søkeordene var: “Attitudes”, “dental hygiene” nursing home”. Denne artikkelen er publisert i 2011 og er skrevet av Marianne Forsell, Petteri Sjögren, Erika Kullberg, Olle Johanson, Peter Wedel, Bertil Herbst og Janet Hoogstraate. Hovedfokuset i denne studien var først og fremst å vurdere holdninger og oppfatninger hos sykehjems ansatte om å praktisere munn- og tannstell. Dette var noe som ble vurdert både før og etter at pleierne hadde fått en opplæring i munn- og tannhygiene. I spørreundersøkelsen deltok 105 pleiere (som også ofte var i kontakt med tannhelsetjenesten). Spørsmålene i spørreskjemaet var rettet mot pleiepersonellens tanker og oppfatninger om den daglige munnhygiene. Studien viste at 92 % av Pleiepersonellet svarer at de har tilstrekkelig med tid til å utføre munn- og tannstell. 87 % av pleiepersonellet anså det som ubehagelig å utføre munnstell på pasienter i sykehjem. Aller først på grunn av motstand fra pasientene (dette var noe som minsket etter at pleierne hadde fått opplæringen i munn- og tannhygiene). (Andre grunner var fordi munnen ble sett på som kroppens mest private og intime område). I tillegg ble det nevnt i artikkelen at pleierne var redde for å skade pasientens tenner eller proteser ved utføring av munnstell (Forsell, Sjögren, Kullberg, Johanson, Wedel, Herbst & Janet Hoogstraate , 2011).

### **3 Teori**

Vi vil i teoridelen beskrive tannpleierens funksjon og de yrkesetiske retningslinjene. Videre skal vi ha fokus på relevante lover og retningslinjer, før vi tar for oss oral helse generelt og biologisk aldersforandringer. Deretter belyser hva demens er, orale utfordringer hos eldre med demenssykdom og til slutt har vi fokus på kommunikasjon hos pasienter med demens.

#### **3.1 Tannpleierens funksjon og ansvarsområde**

I følge tannhelsetjenesteloven (1983) skal alle som oppholder seg i det fylket ha tilgang til regelmessig og nødvendig tannbehandling som også er rettet mot et forebyggende perspektiv. Tannhelsetjenestens folkehelsearbeid går i utgangpunktet ut på tiltak med formål om å forbedre tannhelsen til befolkningen slik at de har bedre livskvalitet. «Tannpleierens hovedfunksjon blir primært å ha et helsefremmende og tannpleiefaglig perspektiv hvor pasienten blir møtt som et likeverdig og selvstendig individ» (Hansen, Dahl, & Halvari, (s.a), i tillegg til å styrke tverrfaglig samarbeid (Hansen et al., (s.a); tannhelsetjenesteloven, 1984). I følge tannhelsetjenesteloven skal forebyggende tiltak prioriteres foran kurativt tiltak. Derfor skal tannpleier fokusere på det forebyggende arbeid for å fremme den orale helsen til befolkningen ved å tilby målrettede tiltak. For eksempel ved å gi veiledning i god munnhygiene, kosthold og motivere pasienter og/eller forskjellige målgrupper som barn, unge, voksne og eldre. I tillegg til personer med spesielle behov som bl.a. psykisk og fysisk utviklingshemmede og rusmisbrukere (tannhelsetjenesteloven, 1984). I tannpleier yrket er utadrettet virksomhet også en viktig del av oppgaven. Utadrettet virksomhet går ut på at tannpleier skal ut i andre helsevirksomheter for å veilede befolkningen til en god tannhelse, fremme deres tannhelse. Ved dette tilbudet skal det tilrettelegges slik at befolkningens behov og deres orale helse blir ivaretatt på best mulig måte. Det gjelder spesielt eldre personer med demenssykdom (Hansen, et, al., (s.a); tannhelsetjenesteloven, 1984; Willumsen, et. al., 2008).

I følge tannhelsetjenesteloven (1983) er eldre pleietrengende bosatt i mer enn 3 måneder i institusjon/sykehjem, en prioritert pasientgruppe (tannhelsetjenesteloven, 1984). Denne pasientgruppen skal ha tilrettelagt tilbud slik at deres tannhelse blir ivaretatt på en best mulig måte. Tannpleier i den offentlige tannhelsetjenesten skal også regelmessige kartlegge

tannstatus hos pasienter på sykehjemmet, dette for å tilpasse hver enkelt pasients behov, samt utarbeide pleieplan. For at tverrfaglig kunnskap og informasjon om beboernes individuelle behov blir iverksatt, er viktig at sykehjemspasientens kontaktperson samarbeider med oss tannpleiere i kartlegging av pasientens orale helse. Slik kan vi sammen med pasientens kontaktperson planlegge og tilrettelegge en pleieplan som er gjennomførbar for pleie- og helsepersonell (Willumsen, Wenaasen, Armingohar, & Ferreira, 2008). En pleieplan handler om utfordringer som beboerne på sykehjem ikke klarer og mester innen oral helse, og hvilken pleie som skal gis tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. For å kunne ta vare på eldre dementes orale helse er det avgjørende at både tannpleiere, pleie- og helsepersonellet er bevisste på, og har forståelse for de ulike ansvarsområder yrkene har. Som nevnt tidligere skal tannhelsetjenesten bidra med å ivareta befolkningens orale helse. Tannhelsen til eldre pleietrengende pasienter skal så godt som mulig bli ivarettet på en hensiktsmessig, smertefri og god måte. For å fremme et godt samarbeid mellom andre yrkesgrupper som for eksempel helse- og pleiepersonell på sykehjem er det også viktig at vi tannpleiere handler ut fra etikkens normer og regler ved å følge yrkesetiske retningslinjer. Dette for å sikre god kvalitet i yrkesrollen (Bondevik & Nygaard, 2012).

### **3.2 Yrkesetiske retningslinjer**

Yrkesetiske retningslinjer ble laget for å gi en veiledning om hvordan tannpleier skal gi en faglig forsvarlig behandling til pasienter. Formålet med tannpleierens etiske retningslinjer er først og fremst å sikre at pasienten får en faglig og forsvarlig behandling som tar utgangspunkt i pasientens psykiske, fysiske og sosiale forhold (Norsk Tannpleierforening, 2009).

I tannpleierens yrkesetiske retningslinjer står det også at tannpleieren skal kjenne sine faglige begrensninger/ kompetanseområder, og henvise pasienten til tannlege eller andre spesialisthelsetjenester dersom omfanget av behandlingen strekker seg utenfor de rammene tannpleier jobber i. Tannpleier må til enhver tid holde seg faglig oppdatert innen eget fagfelt /fagområdet. I tillegg være oppdatert om utvikling, forskning og bidra til at ny kunnskap innarbeides, utvikles og brukes i praksis. Det står også at tannpleier skal behandle alle pasienter likt og gi et likt behandlingstilbud til alle pasienter uansett bakgrunn, livssyn eller personlige oppfatninger (Norsk Tannpleierforening, 2009).

Vi vil ta for oss lover og føringer for tannpleiere og helsepersonell og belyse hva dette innebærer i neste kapittel.

### **3.3 Lover og retningslinjer**

Vi har valgt å fokusere på disse to lovene på bakgrunn av at disse er aktuell for tannpleierens rolle hos eldre med demens på sykehjem.

#### *3.3.1 Tannhelsetjenesteloven (1984)*

Formålet med tannhelsetjenesteloven er at fylkeskommunen skal sørge for at alle som bor i det fylket har tilgang til tannhelsetjenester, også hos spesialisttjenester. «Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal spre opplysning om å øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen» (Tannhelsetjenesteloven, 1984). I henhold til lovens § 1-3, skal DOT også gi regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til ulike grupper av befolkningen. Loven har for øvrig tatt for seg befolkningsgruppene som er prioritert henholdsvis høyest, og som har rett til regelmessig og gratis tannlegebehandling. En av de prioriterte gruppene er eldre, langtidssyke og uføre i institusjoner og hjemmesykepleien, som er gruppe C (Tannhelsetjenesteloven, 1984).

#### *3.3.2 Helsepersonelloven (1999)*

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999). «Loven sier også dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell». «Hensikten med Helsepersonelloven (1999) er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten». Loven sier at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt med en faglig forsvarlighet, noe som betyr at helsepersonell skal ikke utføre andre arbeidsoppgaver enn det yrkesgruppens kvalifikasjoner tilsier. Dette betyr også at helsepersonellet må kjenne sine egne faglige begrensninger, samt vurderer pasientens behov, og kunne få hjelp eller innhente hjelp fra andre kvalifikasjoner. Dette for å bidra til sikkerhet, kvalitet og ivareta pasienters behov (Helsepersonelloven, 1999).

### *3.3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)*

«Lovens formål er å bidra til at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Den skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten, samt fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### *3.3.4 Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003)*

I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) legges det vekt på at pasienter skal få tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det nevnes blant annet akseptabel munnhygiene spesielt som et grunnleggende behov. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 beskriver også at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.

I neste kapittel ser vi nærmere på hva oral helse er og generelle biologisk aldringen i kroppen og i munnhulen hos eldre.

## **3.4 Oral helse**

Oral helse omfatter hele munnhulen inkludert lidelser i munnhulen som tannskader, slimhinnelidelser, munnhulekreft etc. (Tenner for livet, 1999; Hansen et al., (s.a). Begrepet oral helse brukes i forbindelse med beskrivelsen av munnhelsen. Oral helse har sammenheng med hvordan helsetilstanden i tennene eller tennenes festeapparat er. Dette i forbindelse med om pasienten har diagnosen karies, gingivitt eller periodontitt, noe som er de vanligste sykdommene ved sviktende oral helse. Oral helse har en sterk sammenheng med vår generelle helse og livskvalitet. Derfor er det viktig å forstå konsekvensene ved dårlig oral helse og se viktigheten av å ivareta den orale helsen (Verdens Helseorganisasjon, 2012). For å definere oral helse er det viktig å vite hva god og dårlig oral helse innebærer. God oral helse er å være fri fra sykdom (kreft), sår, smerter, infeksjoner i slimhinner/gingiva og fri for andre lidelser i munn og ansikt. God oral helse i forhold til livskvalitet vil gi mennesker muligheten til å kunne snakke, spise/tygge og for å unngå ubehag eller forlegenhet (Verdens Helseorganisasjon, 2012). I tillegg har god oral helse stor betydning for både kroppen vår,



næringstilførsel samt oppleve velvære i sosiale omgivelser, verdigheten og ikke minst for å unngå orale sykdommer (Willumsen et al., 2008).

### *3.4.1 Biologisk aldring*

Laake (2001, s.37) beskriver aldring som en naturlig/biologisk prosess som pågår hele livet og kan rammes alle individer og alle kroppens organer bare de lever lenge nok. Gjennom årene svekkes kroppens evne til å tåle stress, belastning og plager, og risikoen for sykdommer øker som følge av aldring. Kroppens funksjonsevner og reguleringsmekanismer blir generelt svekket. Disse er med på å føre til nedsatt reservekapasitet og nedsatt homeostase som vil si kroppens evne til å opprettholde et godt indre miljø. Svekket reguleringsmekanisme (homeostase) kan føre til blodtrykksendring, ujevn væskebalanse og temperaturregulering i kroppen. Alle disse endringene i kroppen er også med på å redusere evnen til å respondere på medisinsk behandling (Nordenram og Nordström, 2001; Laake, 2001). Eldre får også gradvis nedsatt immunsystem som gjør at kroppen blir lettere utsatt for ulike sykdommer, infeksjoner og virus. På grunn av nedsatt immunforsvar vil ikke kroppen klare å bekjempe ulike bakterier, parasitter og virus (Laake, 2001; Bondevik & Nygaard, 2012). Hos eldre blir syn, hørsel, lukt og smakssanser svekket. Spesielt smakssansene er veldig viktige for både appetitt og ernæring. I tillegg blir det også forandringer i nervesystemet som medfører at språket, bevegelser, tempo og kroppsholdninger blir vanskelig. Finmotorikken i kroppen reduseres også hos eldre mennesker. Dette har betydning for daglige gjøremål som for eksempel å kunne utføre tannpuss og ta vare på sin egen tannhelse. Smertesansen blir også redusert, noe som kan medføre til fravær av smerte i munnhulen. Ved ulike tannhelse sykdommer som for eksempel karies, vil eldre mennesker ikke oppleve smerte /kjenne noe før karies har utviklet seg til pulpa(nervesystemet) (Laake, 2001; Bondevik & Nygaard, 2012).

### *3.4.2 Aldersforandringer i munnhulen*

Med alderen skjer det forandringer i munnhulen. Disse aldersrelaterte endringene i munnhulen vil skje på samme måte som kroppen generelt. Munnhulen gjennomgår endringer som oppstår følge endogene årsaker (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010). Ved økende alder blir både farge og formen på tennene endret.

Tennene blir mer sprø, misfargede(gulbrune) og de kan frakturere lettere. Oralmotorikk reduseres på grunn av koordinasjon av muskler og nerver som ikke fungerer optimalt. Det kan føre til at eldre ikke klarer å elte maten eller rense munnen etter måltid. I tillegg kan redusert motorikk gjøre det vanskelig for eldre å holde proteser på plass. Ved alderen blir tannkjøttet også gradvis retrahert og rotoverflaten blottlegges. Dermed kan det føre til at tennene blir mere sensitive og følsomme for varme og kulde, i tillegg til høyt risiko for å bli utsatt for karies på rotoverflater (Samson & Strand, 2010 c; Tenner for livet, 1999).

Munnhulens benvev forandrer seg også til en viss grad med alderen, på grunn av celle -og vevsforandringer i munnen. Derfor kan vi se et visst bentap hos eldre mennesker og dette kan også påvirke Eldres bittavvik. Attrisjon (tanngnissing), tap av tenner eller mangel på antagonist kan også føre til bittavvik der bitthøyden reduseres. Dette er med på å påvirke Eldres utseende og ansiktsmotorikk noe som har veldig stor betydning for de Eldres evne til å spise og tale (Kirkevold et al., 2008). Ved normal aldring reduseres også mucosas elastisitet, den blir tynnere og mer sårbar. Munntørrehet (xerostomi) forekommer med alderen, som er en subjektiv følelse av å være tørr i munnen. Uten at det er forårsaket av noen diagnose og kan derfor også regnes som aldersrelatert endring i munnhulen (Hansson & Ericson, 2014).

I neste kapittel vil vi ta for oss hva demenssykdom er, orale utfordringer hos pasienter med demens og til slutt skal vi gjøre rede for hva kommunikasjon er.

## 4.0 Demenssykdom

### 4.1 Symptomer og kjennetegn

Demens er en fellesbetegnelse på et syndrom som skyldes sykdom eller skade i hjernen, vanligvis hos eldre mennesker. Det som kjennetegner syndromet er forstyrrelse av flere kognitive funksjoner, som hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståelse, taleevne, læreevne med mer. Disse symptomene vil ofte ledsages av nedsatt følelsesmessig kontroll, - sosial atferd og -motivasjon som påvirker dagliglivets aktiviteter (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 19-23; Berentsen, 2008). Det finnes ulike former for demenssykdommer og disse betegnes ut fra hvilke hjernefunksjoner eller -områder som rammes, eller hva som forårsaker dem. De mest vanligste demenstypene regnes å være Alzheimers sykdom, Lewylegemedemens, vaskulær demens, frontotemporale demenser, og demens relatert til hjerne- eller nervesykdommer (Gjerstad et al, 2013, s. 59-110). Det knytter seg en god del usikkerhet på hvor mange som lever med demens i Norge. Helsedirektoratet oppgir at antallet demensrammede i Norge er 78000 (Helsedirektoratet, 2017). Forekomsten av demens er forventet å øke med alderen, og for personer i alder 80-84 år er forekomsten 17 %, mens personer over 90 år er mer enn 40 %. Forskning viser også at omtrent 80 % av beboere i sykehjem er demensrammede og dette vil trolig dobles til om lag 112 000 innen 2030 (Helsedirektoratet 2017). Et fellestegn for de ulike demenstypene er at de ikke bare medfører nedsatt evne til egenomsorg, men også manglende innsikt i behovet for hjelp og bistand (Strand & Hede, 2012b).

De ulike demens typene blir inndelt i tre grupper; degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Symptomene varierer fra person til person etter demenstype og i hvilket utviklingsstadium personen er i. Det kan være alt fra kognitive symptomer, atferdsmessige symptomer til motoriske symptomer. For de fleste personer med demens kan det starte med svekkelse av langtidshukommelsen, som fører til at pasienten vil ha problemer med å huske ting, situasjoner og hendelser. Det kan også være alt fra innlærte vaner til å utføre daglige praktiske handlinger som for eksempel å kle på seg, spise, personlig hygiene etc. (Rokstad, 2008, s. 30; Engedal & Haugen, 2009; Berentsen, 2008).

Språkproblemer er en av de utfordringene i en tidlig fase i demens. Personer med demens har problemer med å finne de riktige ordene og får anatomisk afasi. Etter hvert vil språkforståelsen også avta. Det blir både svikt i tale- og skriftspråk som fører til at man får sensorisk afasi. I tillegg oppstår også agnosi, når pasienten ikke forstår meningen med sanseintrykkene. Denne pasientgruppen får problemer med å uttrykke sine følelser og behov. Det vil også medføre at de vil ha vanskeligheter med å uttrykke og lokalisere smerter. Dermed vil dette etter hvert føre at til nonverbal kommunikasjon får større plass når man skal samarbeide med denne pasientgruppen (Rokstad, 2008, s. 93-108).

Med personer som har demens følger også odontologiske problemer. De har som regel manglende interesse for å ivareta sin hygiene og/eller oral hygiene. På grunn av nedsatt kognitive funksjoner fører det til atferdsendringer i personligheten (utagerende atferd). Denne utfordrende atferd kan være alt fra hallusinasjoner, vrangforestillinger, aggresjon, tilbaketrekning, passivitet, angst, motorisk uro etc. Utagerende atferd skilles mellom fysisk og verbal atferd. Den fysiske utagering er slag, spyting, banking, spark, kloring og lignende. Forsvarsaggressivitet kommer også ofte hos eldre demente pasienter, dette skjer ofte i situasjoner hvor det blir utført stell. Det vil også medføre til at eldre pasienter med demens motsetter seg tannpuss eller behandling fra tannpleiere og pleiepersonellet (Gjerstad et al., 2013; Rokstad, 2008; Berentsen, 2008).

Utagerende atferd kan også komme i forbindelse med kommunikasjonsvansker mellom helse- og pleiepersonell og pasienter med demens, dermed kan dette føre til irritasjon, angst og aggresjon (Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009). Eldre med demenssykdom mister også evnen til å kjenne igjen gjenstander, lyder, ansikter, selv om de kan både se, høre normalt og har god språkevne. Muskelkoordinasjonen blir også endret hos personer med demens, noe som igjen fører til at lepper og kinn ikke klarer å fungere som selvrensende lenger (Willumsen et. al., 2011).

### *4.1.1 Orale utfordringer*

Eldre personer med demenssykdom har høyere risiko for å utvikle orale sykdommer i forhold til eldre uten demenssykdom (Syrjälä et al., 2010). Det er på grunn av kombinasjonen av aldersrelaterte forandringer i munnhulen, redusert helsetilstand, nedsatt førlighet og sykdommer. I tillegg til medikamentbruk og helt klart mangelfullt tannstell som også vil øke fare for orale helseproblemer. Ergo vil dette føre til ulike konsekvenser hos eldre demente pasienter (Willumsen et al., 2008).

Rot karies er et av de økende orale helseproblemer hos eldre med demens. Det er på grunn av rotoverflaten blottlegges idet tannkjøttet trekkes seg tilbake (retraheres), noe som er også en vanlig aldersrelatert forandring. Rotoverflaten inneholder karbonatapatitt, som betyr at disse er mindre motstandsdyktige mot karies og mye mer nedbrytbart materiale enn tannemaljen. Derfor er det mer mottakelig for karies (Samson & Strand, 2010 c; Bondevik & Nygaard, 2012). Eldre personer med demenssykdom har også økt risiko for å utvikle periodontitt og dype periodontale lommer (spesielt når man har dårlig oral helse) (Syrjälä et al., 2010). Ubehandlet periodontitt (over lang tid) kan gi alvorlige konsekvenser som, nedbrytning av tennenes festeapparat og kan i verste fall løsne tennene. Hvor fort periodontitt utvikler seg har ikke noe betydning i forhold til alderen, selv om de fleste eldre mennesker har fra mild til moderat horisontalt festetap på en eller flere tenner (Samson & Strand, 2010 c; Willumsen, et al., 2008).

Munntørret er også en kjent tilstand blant flere eldre med demenssykdom. Det kan se ut som at munntørret øker med alderen, men er også mere assosiert i forbindelse med sykdommer og legemiddelbruk. Willumsen, et al., (2008) skriver også at en rekke legemidler kan påvirke spyttproduksjonen og gi bivirkninger som munntørret. Legemidler som er med på å gi munntørret er medisiner mot høyt blodtrykk, urinveisinfeksjon, antihistaminer, diuretika, og psykofarmaka. Disse legemidlene øker risikoen for munntørret spesielt når de tas i kombinasjon med hverandre. Eldre demente bruker oftest disse typer medikamenter. Munntørret kan også komme av at eldre får i seg lite væske pga. nedsatt tørstfølelse, eller at man ønsker ikke å drikke for å unngå oftere toalettbesøk (Willumsen, et al., 2008).

Saliva har viktige funksjoner, som blant annet å beskytte munnslimhinner og tenner for mekaniske, kjemiske skader og angrep etc. Redusert saliva sekresjonen kan føre til mange konsekvenser, og det kan ha stor skadelig effekt på den orale helsen til eldre med demenssykdom. Det kan gi tygge- og svelgeproblemer, såre og følsomme slimhinner. I tillegg til nedsatt smaksopplevelse, økt risiko for utvikling av karies, sopp og andre infeksjoner. Den mest vanligste formen for soppinfeksjoner hos eldre med demenssykdom er *candida albicans*, som finnes i normalfloraen. Forekomsten øker dersom det skjer forstyrrelse i normalfloraen ved for eksempel sykdom, antibiotika -eller protesebruk (Samson & Strand, 2010 c; Willumsen, et al., 2008).

For at kroppen til eldre pasienter med demens skal kunne fungere normalt, blir det er viktig med at det er en balanse mellom de ulike orale mikroorganismene i munnhulen og immunforsvaret. Ved dårlig oral helse kan det oppstå en ubalanse mellom disse to og dermed kan munnhulen bli en inngangsport for skadelige bakterier. Dette kan igjen føre til en utvikling av skadelig inflammasjon og vevsskade som for eksempel ulcerasjoner, infeksjoner og sen sårtilheling hos eldre pasienter med demens. Konsekvensen kan bli et hinder for både munnstell og matinntak hos denne pasientgruppen. Dette på grunn av sår i munnslimhinnen kan være smertefull og ubehagelig når de spiser eller utfører munnstell (Willumsen et al., 2008).

Eldre med demenssykdom som har dårlig munnhygiene eller mangelfullt munn-og tannstell har økt risiko for mange alvorlige orale infeksjoner og systemiske sykdommer som, aterosklerose, pneumoni, endokarditt, sepsis, og ernærings problemer. Disse sykdommene kan bli livstruende for denne pasientgruppen (Stenvik & Jacobsen, 2011). Dette er på grunn av ved langvarig oppsamling av plakk eller ved ubehandlet soppinfeksjon kan bakteriene/ patogene mikroorganismene transporteres videre til svelget, spiserør og lungene. Det kan verste fall spres videre til blodbanen og kan dermed forårsake alvorlige komplikasjoner (Konradsen, Trosborg, Christensen, Pedersen, 2012; Kirkevold et al., 2008; Gjerde & Fiehn, 2015).

## 4.2 Kommunikasjon

Ifølge Eide og Eide (2008) kommunikasjon er utveksling/formidling av meningsfylte tegn/innhold mellom to eller flere personer. Alle mennesker kommuniserer på en eller annet måte. Det som kjennetegner god og hjelpende kommunikasjon er å ha åpen og tillitsfull samtale som gir begge parter opplevelse av både forståelse, felleskap og trygghet. Som helsepersonell må vi alltid være i stand til å kunne utføre profesjonell hjelpende kommunikasjon. Med dette menes kommunikasjon som er basert på yrkets verdigrunnlag, hvor hovedfokuset er på helsefremmede og forebyggende arbeid. Som helsepersonell skal man gjennom bruk av kommunikasjon, styrke og støtte pasienten slik at han eller hun kan ta vare på sitt egne behov eller ivareta sin orale helse. For å kunne gjøre det, skriver Eide & Eide (2008) at helsepersonellet må ha fagkunnskap og empati for pasienten, samt være målorientert. I tillegg skal helsepersonell kunne innstille seg selv på samme bølgelengde følelsesmessig sett som pasienten (Eide & Eide, 2008).

Som beskrevet tidligere er språkproblemer et av symptomene som kjennetegner og tilhører hos eldre med demenssykdom. Sykdommen innebærer både generelle kognitive og språklige svikt. Dette medfører at bruk av kommunikasjon med demensrammede ofte blir utfordrende og ved kommunikasjonssvikt kan det fort føre til utagerende atferd. Hos eldre med demenssykdom vil nonverbalt kommunikasjon ha en stor betydning og vil være et viktig virkemiddel. Dette i form av kroppslig uttrykk, ansiktsuttrykk/ mimikk, øyekontakt, stemmebruk, intonasjon og berøring. For å få til en god kommunikasjon med demente pasienter er det også viktig at helsepersonellet retter oppmerksomheten mer mot personen enn på sykdommen (Rokstad, 2008; Eide & Eide, 2008). I tillegg fremhever Eide & Eide (2008) respekt som en avgjørende faktor i kommunikasjon med demensrammede. Med respekt menes blant annet å være tålmodig med pasienten, bruke god tid, vise interesse. Det er også viktig å prate om en ting av gangen, være tydelig, bruke korte setninger, og et tydelig kroppsspråk. Pasienter med demenssykdom har som regel nedsatt evne til å ta til seg informasjon, og forvrengt virkelighetsforståelse. Ved uklar eller utydelig kommunikasjon øker risikoen for at pasienter med demens misforstår, får angst, føler seg utrygg eller blir mistenksom. Dette kan føre til at behandlingen/samarbeidet blir utfordrende hos denne pasient gruppen. Det som er også grunnleggende for å kommunisere er å vise empati og ha en positiv holdning. Dette gjøres ved å ta pasienten på alvor og godta pasienten slik han/hun er (Rokstad, 2008; Eide & Eide, 2008).

## 5.0 Drøfting

Med bakgrunn i den ovennevnte teorien utvalgte forskningsartikler og egne erfaringer vil vi nå drøfte problemstillingen: **“Hvordan kan tannpleiere bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem?”**

I drøftingsdelen ønsker vi å se på følgende hovedområder:

Vi tar først for oss hvilke muligheter og utfordringer som ligger i rammene for tannpleiers rolle på sykehjem, deretter ser vi nærmere på tannpleiefaglige tilnærming til eldre pasienter med demenssykdom, før vi til slutt drøfter tannpleiers rolle i et tverrfaglig perspektiv.

### 5.1 Tannpleiers rolle på sykehjem

Her tar vi for oss hvilke rammemuligheter og rammebegrensninger som vil ligge til grunn for utøvelse av tannpleiers funksjon på sykehjem.

#### 5.1.1 Tannpleier og rammer

Som tannhelsepersonell er vår hovedfunksjon primært å ha et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Vi skal forebygge sykdom i tenner og støttevev slik at pasienten kan lettere beholde sine egne tenner livet ut, samt skal vi praktisere yrket med fokus på pasientens beste (Norsk Tannpleierforening, s.a.; tannhelsetjenesteloven, 1984). I følge tannhelsetjenesteloven (1984) skal alle som oppholder seg i det fylket ha tilgang til regelmessig og nødvendig tannbehandling som også er rettet mot et forebyggende perspektiv. (Hansen, Dahl, & Halvari, (s.a); tannhelsetjenesteloven, 1984). Loven presiserer også med eldre pleietrengende som er bosatt mer enn 3 måneder i sykehjem er en prioritert pasientgruppe (tannhelsetjenesteloven, 1984; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006 a). Utgangspunktet er at eldre pasienter med demens på sykehjem har krav på et tilrettelagt tilbud. Hvordan blir så dette ivaretatt? Hvilken rolle har tannpleieren i arbeidet? Innenfor hvilke rammer vil tannpleier kunne utøve sin funksjon?



Her vil flere yrkesgrupper være inn i bildet, både helsepersonell som arbeider direkte med pasienter med demens, og tannpleieren ut ifra en beskrevet funksjon. Dette vil i midlertidig betinge at tannpleieren må være tilknyttet den offentlige tannhelsetjenesten. Her vil tannpleieren både kunne ha en funksjon i samarbeidet med sykehjem, og gjennom å være en del av tilbudet på en tannklinikk.

I følge tannhelsetjenesteloven (1984) skal fylkeskommunen sørge for at alle som bor i det fylket har tilgang til tannhelsetjenester. I tillegg skal helsefremmende og forebyggende tiltak prioriteres fremfor behandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. I henhold til lovens § 1-3, skal Den offentlige tannhelsetjenesten også gi regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til eldre pasienter med demens på sykehjem. Eldre pasienter er en av de prioriterte gruppene som har krav på regelmessig gratis tannbehandling. I følge tannhelsetjenesteloven (1984) skal Den offentlige tannhelsetjenesten også gi oppsøkende tilbud om undersøkelser, diagnostikk og behandling som er nødvendig for å kunne oppnå en akseptabel oral helse hos eldre pasienter med demens. Dermed betyr dette at tannpleier i Den offentlige tannhelsetjenesten skal regelmessig undersøke og behandle eldre pasienter med demens både på tannklinikken og på sykehjemmet. Hvordan kan så forholdene legges til rette for at tannpleier kan utøve denne i funksjonen i tråd med intensjonene, og gitte rammer?

Fylkeskommunen har inngått forpliktende avtaler (arbeidsavtale) mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunene ved å sikre at eldre pasienter med demens på sykehjem for regelmessig gratis tannhelsetilbud (tannhelsetjenesteloven, 1984, § 2-1). For å kunne legge forholdene til rette vil tannpleier kunne ha aktiv rolle inne på sykehjemmet, hvor det både utføres behandling/undersøkelse av pasienter, samt gjennomføres screeningrunder regelmessig. I tillegg vil tannpleier ha en rolle på tannklinikken, hvor eldre pasienter med demens blir innkalt for behandling på tannklinikken. Det gjelder spesielt de som har egne tenner og som har kapasitet til å komme til tannklinikken. Her vil et alternativ også være at tannpleier fra den offentlige tannhelsetjenesten er ansatt på sykehjem eller at tannpleieren kan ha aktiv rolle på sykehjem faste dager, som for eksempel to dager i måneden. På denne måten kan tannpleier regelmessig følge opp og undersøke eldre pasienter med demens, samt tilrettelegge helsefremmende og forebyggende tiltak på sykehjem. For å kunne bidra til å ivareta orale helsen til denne pasient gruppen.

Innen for disse rammene vil vi nå drøfte hvordan tannpleierfunksjon kan utøve direkte og hvordan kan vi bidra til tverrfaglig samarbeid.

### *5.1.2 Tannpleiefaglig aspekter*

Ut i fra mulighetsrommet som ble skissert i 5.1.1 vil tannpleiere kunne være i en behandlende relasjon til pasienter med demenssykdom på sykehjem, både der de er og på tannklinikk. Den tannpleiefaglige tilnærmingen i møte med pasienten vil imidlertid i hovedsak være den samme.

I dette kapittelet vil vi drøfte hvordan vi tannpleiefaglig kan bidra til å ivareta den orale helsen hos disse pasientene på en behandlende og forebyggende måte.

Som tannpleier fokuserer vi på helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot helsepersonell og pasienter. Vi skal forhindre orale sykdommer, samt hindre videre utviklingen. Dette ved å tilrettelegge helsefremmende og forebyggende tiltak ved å ta hensyn til pasientens individuelle behov, og tilpasse helsehjelpen deretter (Norsk Tannpleierforening, 2014 b; Statens helsetilsyn, 1999). Pasienter med demenssykdom er en risikogruppe og er dermed mer utsatt for alvorlige orale sykdommer. Det gjelder spesielt med tanke på at i dag har flere eldre en tannstatus preget av kroner, broer og implantater, i tillegg til egne tenner. Dermed vil det stille økt behov for både forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010). Det gjelder spesielt hos eldre med demenssykdom som på grunn av nedsatt kognitive funksjoner ikke er i stand til å ivareta sin egen tannhelse (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). I tillegg er det også på grunn av kombinasjonen av biologisk aldersforandringer i kroppen, - forandringer som også omfatter munnhulen. Disse endringene kan i seg selv føre til en forverring av tannhelsen (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010; Laake, 2001). Dersom enkelte orale sykdommer og -tilstander ikke blir behandlet hos eldre pasienter med demens, gjerne i kombinert med andre diagnoser og generelt nedsatt immunforsvar og allmenntilstand, kan det i vertfall føre til at pasientens liv og helse er i fare. Det gjelder spesielt ved store ansamlinger av plakk eller tannstein som kan føre til karies med påfølgende smerter og økende behandlingsbehov.

I tillegg kan det også føre til pulpitt eller infeksjoner i gingiva/slimhinner.

Dette kan på sikt medføre omfattende periodontitt, som konsekvensen i verstefall blir tanntap. En annen risiko er spredning av bakterier til lunger og blodbane, i tillegg til cyster eller tumorer i munnhulen. Alle disse ulike tilstandene vil kunne medføre unødvendige plager i form av nedsatt tyggeeve og påfølgende redusert næringsinntak, smerter, infeksjoner, eller metastase hos denne pasientgruppen (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008 ; Willumsen, et. al., 2008).

For å kunne forebygge tannhelsen til eldre pasienter med demens, er det viktig med at vi utøver både behandlende og forebyggende tiltak. Dette ved utførelse av klinisk undersøkelse, veilede og informere pasienten, så langt som pasienten er i stand til eller har evne og kapasitet til å forstå. Vi skal vurdere ut i fra undersøkelsen og pasientens nåværende generelle sykdomstilstander, medisiner, samt helseatferd om hva slags behandlingsbehov pasienten har. Selv om eldre pasienter med demenssykdom har kognitiv svikt og som regel blir fulgt av en pleiepersonell, skal vi allikevel inkludere pasienten i behandlingen. Det gjelder spesielt når vi gir råd, veiledning og informasjon om viktigheten av munnstell og hvilken hjelpemidler/tannpleieprodukter det skal benyttes ved utførelse av munn-og tannstell, samt hvilke konsekvenser man får dersom det ikke utføres regelmessig etc. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, har eldre pasienter med demens rett til å medvirke når han eller hun mottar nødvendig tannhelsehjelp. De har rett på den informasjonen som er nødvendig for at han/hun skal få innsikt i egen tannhelsetilstand. Som tannpleier er vi pliktet til å informere pasienten om de ulike funnene vi gjør, i tillegg motivere pasienten til å være delaktig så mye som pasienten er i stand til. Ved å involvere eldre pasienter med demens til å bli delaktig i egen behandlingssituasjon, vil det dermed medføre at pasienten føler seg autonom og kompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Men på den andre siden kan det også bli utfordrende å få eldre pasienter med demens til å bli delaktig i egen behandlingssituasjon. Dette med tanke på at pasienter med demens har nedsatt kognitiv funksjonsevne, og i tillegg følger odontologiske problemer også hos denne pasientgruppen. De har som regel manglende interesse for å ivareta sin oral helse og dermed kan utagerende atferd ofte forekomme under tannbehandling hos denne pasientgruppen (Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009). I slike situasjoner kan det oppstå en etiske problemstilling, der pasientens rett til autonomi settes opp mot vår ønske som tannpleier om å yte hjelp hos denne pasientgruppen.

Det kan da vanskeliggjøre og ikke minst umuliggjøre samarbeidet og gjennomføringen av det tannpleier oppfatter som en nødvendig tannbehandling. Hvordan kan vi som tannhelseperson komme i en behandling posisjon og i relasjon med denne pasientgruppen?

Eide & Eide (2008) skriver for å kunne arbeide behandlende og forebyggende hos eldre pasienter med demens, vil det være viktig at vi som tannpleier oppnår tillitt og skaper en god relasjon med pasienten. Dette ved å vise respekt, å være tålmodig med pasienten, og å snakke langsomt og tydelig (Eide & Eide, 2008). Vi skal behandle eldre pasienter med demens på samme måte som vi behandler alle andre mennesker. Slik vi har nevnt tidligere skal vi som helsepersonell utøve vår yrke etter etiske retningslinjer som handler om at vi skal opptre hensynsfullt, drive faglig forsvarlig behandling, og ha fokus på pasientens ve og vel. I tillegg ha fokus på hvordan vi skal handle riktig som helsepersonell når vi havner i et etisk dilemma (Norsk Tannpleierforening, 2014 b). Ved behandling av eldre pasienter med demens vil det også være viktig med å ta seg god tid, vise interesse, bruke korte setninger, og et tydelig kroppsspråk. For å kunne håndtere behandlings situasjonen hos denne pasientgruppe på en best mulig måte, vil bruk av riktig kommunikasjons metode være også svært viktig (Engedal & Haugen, 2009). Empowerment i form av tillitsskapende kommunikasjon er et viktig virkemiddel som tannpleier kan benytte for at pasienter med demens skal oppleve mestring, og får en opplevelse av selvbestemmelse. Ved god kommunikasjon medfører også at tannpleier blir kjent med pasienten, forstår og rustes til å møte vedkommendes behov. Tannpleieren får nærhet og kjennskap til pasienten, noe som kan ha stor betydning for pasientens trygghetsfølelse, samt samarbeidsferdigheter ved tannbehandling. Det er også et faktum at i samarbeid med eldre pasienter med demenssykdom vil vår holdning også være svært viktig. Kroppsspråket vårt sier mye om vår holdning, og eldre pasienter med demens er var for vår sinnsstemninger og kroppsspråk (Eide & Eide, 2008; Rokstad, 2008). Wårdh, Jonsson, & Wikström (2012) hevder at positive holdninger er viktig både for å skape et velfungerende samarbeid, dette med tanke på ved tannbehandling, samt tilrettelegge helsefremmende og forebyggende tiltak (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012).

Eldre pasienter med demens er en sårbar gruppe. Derfor skal vi som tannhelsepersonell utøve vår arbeid på en slik måte uten at pasienten med demens føler seg ydmykt eller blir krenket, men at deres integritet og verdighet blir ivaretatt (Norsk Tannpleierforening, 2014 b; Rokstad, 2008). Det er viktig at vi ser pasienten bak sykdommen, samt ta hensyn til

hvordan sykdommen kan påvirke pasientens oppførsel. Dette er noe som er nødvendig for å få god relasjon til pasienten, spesielt med tanke på behandling av denne pasient gruppen (Kirkevold et al., 2008). Det er også viktig når det skal utføres tannbehandling hos eldre pasienter med demens at tannpleieren informerer pasienten hele tiden om hva som skal skje underbehandlingen. På denne måten vil pasienten også ha kontroll, føle seg trygg og at dens autonomi blir ivaretatt. Dermed reduserer både risikoen for at pasienten utøver utagerende atferd eller gjør motstand under tannbehandling (Travelbee, 2011; Fjørtoft, 2006).

Som tannpleier har vi fokus på å tilrettelegge ulike tiltak som kan bidra til å forhindre at det forekommer en videreutvikling av orale sykdommer hos eldre pasienter med demenssykdom. Vi skal også forhindre tilbakefall av kroniske tilstander eller at eksisterende orale problemer forverrer seg (Helsedirektoratet, 2011; Statens helsetilsyn, 1999). Hovedfokuset med helsefremmende og forebyggende tiltak er at eldre pasienter med demens unngår unødig ubehag og smerter, for en best mulig livskvalitet, samt sikre gode munnstell rutiner. Vi skal også sørge for at denne pasient gruppen unngår konserverende og endodontisk behandling. Dette med tanke på nedsatt kognitivt funksjonsnivå som dermed fører til at eldre pasienter med demens ikke har kapasitet til å samarbeide ved langvarig og krevende tannbehandling. Derfor vil helsefremmende og forebyggende tiltak være svært viktig hos denne pasientgruppen (Strand, 2011a ; Norsk Tannpleierforening, 2014 b).

For å bidra til å ivareta oral helse hos pasienter med demenssykdom på en behandlende og forebyggende måte vil en forebyggende tiltak være hyppig og regelmessig innkalling på tannklinikken (gjelder de av pasientene som har behov) . Forebyggende tiltak kan være for eksempel enkle kliniske undersøkelser, samt utførelse av Depurasjon, hvor vi utfører dypere tannsteinsrens både over og under tannkjøttet, puss av fyllinger og ujevnheter, fjerne både belegg, plakk og tannstein. På denne måten vil flere orale sykdomstilstander kunne holdes i sjakk, i tillegg til at eldre pasienter med demens unngår ubehag og smerte uten å måtte gjennomgå omfattende tannbehandling. Dersom pasienten ikke er stand til å komme på tannklinikken vil et tiltak også være at tannpleier undersøker pasienten regelmessig på sykehjem. Ved gjennom tett oppfølging på tannklinikken eller på sykehjem vil pasienter med demens også få mer kjennskap til tannpleieren. Dette med tanke på at tannpleieren får bygget en god relasjon med pasienten noe som er viktig for skape en trygg behandlingssituasjon (Strand, 2011a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007 b).

Som nevnt tidligere eldre pasienter med demenssykdom har nedsatt kognitive funksjoner som medfører til nedsatt evne til å ta til seg informasjon samt manglende innsikt i behovet for hjelp og bistand (Gjerstad et al., 2013; Strand & Hede, 2012). Dermed vil veiledning, kunnskapsformidlingen om hvordan ivareta sin oral helse bli ekstra utfordrende, og av og til tilnærmet umulig hos denne pasientgruppen (Rokstad, 2008; Engedal & Haugen, 2009). I situasjoner som dette vil det være viktig at eldre pasienter med demenssykdom blir fulgt på tannklinikken av en pleiepersonell som pasienten har god relasjon og tillit til. Støtte og råd fra personer pasienten stoler på vil kunne være i stor grad til hjelp og virke positivt forsterkende når det kommer til både tannbehandling og til å ta egne avgjørelser ved tannbehandling (Solvoll og Granum, 2016). Ved å forebygge ytterligere problemer for denne pasientgruppen kan vi også gi behandlinger som profesjonell tannrengjøring, kostholdsveiledning og informasjon om tannpuss og bruk av andre tannpleiehjelpemidler.

Siden eldre pasienter med demenssykdom har både nedsatt kognitivt funksjon, samt nedsatt motorisk funksjon har de dermed ikke kapasitet til å utføre det daglige tannstell. I og med at vi som tannhelsepersonell har kunnskap om ulike tannpleieprodukter kan vi dermed veilede og informere pleiepersonell (som er med pasienten på tannklinikken) om viktigheten av munnstell hos eldre pasienter med demens, og hva konsekvensene kan blir dersom det ikke utføres to ganger daglig. Dersom pleiepersonellet følger de veiledningene som blir gitt av oss tannpleiere, og samt videre formidler det til andre helse-og pleiepersonell på sykehjem. Vi vil dermed både på denne måten bidra til å opprettholde god oral helse, samt minke forverring av orale problemer hos denne pasientgruppen. Vi kan også legge til rette om hvordan de ulike tannpleieprodukter kan benyttes ved utførelse av munnstell ved å knytte til pasientens individuelle behov. Vi kan demonstrere riktig pusse teknikk og utførelse av interdental renhold ved bruk av interdental børster etc. Dersom for eksempel pasienten er plaget av munntørrehet, noe som er vanlig hos eldre pasienter, vil dermed bruk av spyttstimulerendemidler /spytterstatningsmidler som for eksempel xerodent (sugetablett med Fluor) være en alternativ. Eller hvis pasienten bruker proteser vil grundig rengjøring to ganger daglig av proteser være svært viktig, samt at proteser skal oppbevares tørt over natten etter grundig rengjøring ( Willumsen, et. al., 2008). Eldre pasienter som har egne tenner vil bruk av Duraphat /fluortannkrem være et forebyggende alternativ (Statens helsetilsyn,1999; Strand, 2011a ).

### *5.1.3 Tverrfaglig perspektiv*

Her vil tverrfaglig samarbeid være hovedtema og vi vil drøfte tannpleiers rolle ut ifra dette perspektivet. Vi legger her til grunn at tidsrammer for tannpleiers rolle er tilrettelagt og tilpasset.

Både Den offentlige tannhelsetjenesten og Pleie- og omsorgstjenesten har et ansvar i å ivareta den orale helsen hos eldre med demenssykdom. Dette via utnyttelse av faglig kompetanse og godt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007 b). I tannpleieryrket er helsefremmende og forebyggende arbeide en viktig del av vår oppgave. Utadrettet virksomhet vil være en måte å samarbeide på med helse og pleiepersonell på sykehjem. For å kunne ivareta Eldres tannhelse med demenssykdom på sykehjem vil tverrfaglig samarbeid dermed være en viktig faktor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007 b).

Ved tverrfaglig samarbeid kan det være et alternativ at det blir avtalt regelmessige møter mellom tannpleier og lederne/kontaktperson på sykehjemmet. I møtet bør det legges vekt på oppdatering og kalibrering av kunnskap, samt behov for tilrettelegging av god tannhelse hos eldre med demens på sykehjem. Tannpleiere kan også bidra med å tilpasse hjelpemidler og ulike prosedyrer, samt tilrettelegge ulike tiltak. Slik at tiltakene blir individuelt tilpasset til hver enkelte eldre pasient med demenssykdom. Her vil kunnskapsformidling også bli en sentral del av samarbeidet. Flere studier påpeker at det er behov for opplæring og kunnskapsformidling om utførelse av munn- og tannstell på sykehjem (Wårdh et al., 2012; Willumsen, et. al., 2011). Wårdh et al., (2012) skriver i sin forskningsartikkel om at pleiere - og helsepersonell er avhengig av å få opplæring og tilstrekkelig med kunnskap av tannpleiere om oral helse. Dette for å kunne utføre et best mulig munn -og tannstell hos beboere på sykehjem. Et av tiltakene studien peker på er tverrfaglig samarbeid/utadrettet virksomhet. Ved å ha undervisning kan tannpleier bidra til økt kunnskap, samt økt forståelse om oral helse hos helse -og pleiepersonell. Økt kunnskap om oral helse bidrar til økt forståelse over nødvendigheten av munn-og tannstell hos eldre pasienter med demens. Noe som igjen kan bidra til bevissthet på hva konsekvensene kan bli ved dårlig eller forsømt munnstell hos denne pasientgruppen (Wårdh et al., 2012).

Det finnes ulike måter vi tannpleiere kan legge opp opplæring- og undervisningsprogrammer på. Dette kan være ved å ha forelesninger, vise forskjellige kasus, instruksjonsvideoer og demonstrasjoner. Det som er veldig viktig er å ha både praktisk undervisning i tillegg til den teoretiske. Det å kun ha teori alene vil ikke være nok. Tannpleier kan holde en undervisningsøkt som handler om hvordan en frisk munn skal se ut sammenlignet med vanlige orale sykdommer. Det kan også inkluderes med en presentasjon og en praktisk demonstrasjon av hvordan de ulike munnstellprosedyrene skal brukes basert på om pasienter med demenssykdom har sine egne tenner, implantater, partielle/helproteser etc. Det kan også være nyttig å la pleiepersonell delta i diskusjoner av ulike kasus og få dem til å prøve ut ulike munnstellprosedyrene på fantomhoder eller modeller (Forsell et al., 2011).

Ved å ha opplæring- og undervisning om oral helse for helse-og pleiepersonell vil de på den ene siden kunne ha muligheten til å utføre enkle observasjoner av munnhulen og kan identifisere/skilte mellom hva som er frisk eller syk munn. På den andre siden kan dette være et nødvendig tiltak for å videreføre kunnskapen til nyansatte/ufaglærte (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012). Ferreira & Armingohar, (2006) viser til i sin prosjektoppgave at ved mangel på personale på sykehjem må de ansette flere ekstravakter som er ufaglærte, og som mangler de kunnskapsnivåene som hjelpepleiere og sykepleiere har. Derfor vil det også være viktig og avgjørende at helse-og pleiepersonell på sykehjem viderefører kunnskapen til vikarer/ ufaglærte, og gir videre opplæring i hvordan munn-og tannstell skal utføres hos eldre pasienter med demens (Ferreira & Armingohar, 2006, s.35; Samson et. al., 2009 a).

Ved å ha lite kunnskap om oral helse og ikke forstå viktigheten av munnstell kan det bli vanskelig for helse -og pleiepersonell å forebygge infeksjoner eller forstå konsekvenser av hva dårlig munnhygiene kan føre til (Ferreira & Armingohar, 2006, ; Samson et. al., 2009 a). I forskningsartikkelen til Forsell et al., (2011) ble det gjort før og etter spørreundersøkelse. I undersøkelsen deltok 105 pleiere. Før pleiepersonell på sykehjem hadde fått opplæringen i munn- og tannhygiene viste resultatet at 87 % av pleiepersonell anså det som ubehagelig å utføre munnstell på pasienter i sykehjem. Dette var fordi munnen ble sett på som kroppens mest private og intimt område. I tillegg ble det nevnt i artikkelen at pleierne var redde for å skade pasientens tenner eller proteser ved utføring av munnstell, spesielt hos eldre med demenssykdom som gjorde motstand. Disse resultatene reduserte etter at pleiepersonell på sykehjem hadde fått opplæringen i munn- og tannhygiene fra tannpleier (Forsell et al, 2011).



I forskningsartikkelen ble det også konkludert med for å få best mulig resultat når det kommer til utførelse av munn- og tannstell er det avhengig av hvor mye kunnskap og kompetanse pleieren eller den som utfører munnstellet har (Forsell et al., 2011).

På den andre siden viser studien til Wårdh et al., (2012) at en stor andel av pleiepersonell på sykehjem er ufaglærte. I og med at det blir stadig flere eldre som beholder sine egne tenner livet ut, samt har allerede flere eldre både kroner, broer og implantater, og det blir enda flere eldre med protetiske erstatninger i årene som kommer (Willumsen et al., 2008; Strand, 2011a). Hvordan disse protetiske erstatninger skal ivaretas og holdes vedlike med tanke på rengjøring er viktig for de Eldres tannhelse, spesielt de med demenssykdom. På denne måten forebygges sykdom og andre orale skader hos denne pasienten gruppen. Vi ser derfor på opplæring og kunnskapsformidling om utførelse av munn- og tannstell hos helse- og pleiepersonell som nødvendig, og som et av tiltakene for å kunne bidra til å ivareta Eldres tannhelse med demenssykdom på sykehjem.

Selv om undervisning oppleves som unødvendig bruk av tid for helse - og pleiepersonell, eller at de muligens føler seg «angrepet» av tannpleierne; i og med at vi ønsker å forbedre orale helse til eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem. Dermed kan de føle at vi er ”ute etter dem og skal påpeke feil”. På denne måten kan det bli en utfordring for tannpleier, når det gjelder å legge opp undervisning- og opplæringsplan slik at tannpleiere kan øke oppmerksomheten rundt munnstell hos helse- og pleiepersonellet på sykehjemmet, samt at de skal bli motiverte for å ivareta tannhelsen hos eldre med demens. Hensikten med undervisning/opplæring er å forbedre ferdigheter slik at helse og pleiepersonell kan ivareta tannhelsen til eldre med demens på en best mulig måte. Dermed er det ikke rettet mot helse - og pleiepersonell utførelse av tannstell. Ved jevnlig samarbeid med helse- og personell, samt tettere oppfølging på sykehjem vil helse- og pleiepersonell oppleve kontakten med tannpleiere mer strukturert, og dermed vil veiledning, opplæring og råd fra tannpleier blir lettere å gjennomføre i praktisk på sykehjem. I samsvar med forskningen har vi tro at undervisning og opplæring for helse - og pleiepersonell vil ha en stor betydning for å ivareta oral helse til pasienter med demens på sykehjem (Forsell et al, 2011; Wårdh et al., 2012). Dersom munnstell ikke blir prioritert som en naturlig del av daglige rutine på sykehjemmet, på grunn av tidspress/tidsbegrensing og at pleiepersonell ikke har tid for undervisning/ opplæring, kan en annen løsning/alternativ være å ansette en tannpleier på sykehjemmene. Det betyr at tannpleier har hovedansvaret i å utføre all tannhelse relatert pleieoppgave på sykehjemmet. På denne måten får pleiepersonellet spart mere tid til å utføre andre

pleieoppgaver, samt "slipper/unngår" eldre med demenssykdom å komme til klinikken for tannbehandling. Det kan diskuteres med at dette kan bli økonomisk belastende i motsetning til å ha opplæring og undervisning for helse-og pleiepersonell. Dette med tanke på at opplæring og undervisning er allerede en del av tannpleierens oppgave (Regjeringen, 2015).

Tannpleier i den offentlige tannhelsetjenesten skal ha regelmessig kartlegging av Eldres tannstatus på sykehjem. Dette for å både tilpasse hver enkelt pasients behov, samt utarbeide pleieplan. For at tverrfaglig kunnskap og informasjon om beboernes individuelle behov blir iverksatt, kan det også være et alternativ at sykehjemspasientens kontaktperson/ledelsen på sykehjemmet bidrar med tannpleiere i kartlegging av pasientens orale helse. På denne måten kan vi sammen med pasientens kontaktperson/ledelsen på sykehjemmet planlegge og tilrettelegge en pleieplan som er gjennomførbar for pleie-og helsepersonell (Willumsen, Wenaasen, Armingohar, & Ferreira, 2008). Dette trenger nødvendigvis ikke å bety at helse- og pleiepersonell på sykehjem ikke gjør en god nok jobb med pleieplan. En pleieplan handler om utfordringer som pasienter med demens på sykehjem ikke mestrer innen oral helse, og hvilken pleie som skal gis tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. På denne måten kan det også bli lettere for pleierne å vite hvordan den orale helsen til pasienten er og hvordan det ser ut inn i munnen til pasienten. For å kunne ivareta oral helse hos eldre med demens er det avgjørende at både tannpleiere og pleie-og helsepersonellet lager denne planen hvor de har et felles mål om å ivareta tannhelsen hos eldre med demenssykdom. Viktigheten med samarbeidet er at det skal først og fremst sikre et godt tilbud om tannhelse relatert omsorg, samt gir et grunnlag for videre arbeid og måloppnåelser hos denne pasientgruppen. For å kunne få til et godt samarbeid avhenger dette av at både tannpleier og pleiepersonell viser respekt ovenfor hverandre, samt viser engasjement og lærevillighet. Et godt samarbeid avhenger også av god profesjonell kommunikasjon. Dårlig kommunikasjon kan føre til konflikt eller dårlig arbeidsmiljø, og virke som en hinder for måloppnåelsen i samarbeidet (Eide & Eide, 2008). På denne måten kan det også gå negativt utover helsetilbud hos eldre pasienter med demenssykdom. I tillegg blir det også viktig med å ta hensyn til pleiepersonellens arbeidsrutiner å tilpasse tilbudet slik at det ikke blir ekstra belastning for både pleierne og pasientene på sykehjem (Willumsen et. al., 2009 b).

Et tiltak og en god ressurs for å ivareta tannhelsen til eldre med demens kan også være at det ble opprettet/fastsatt en «tannkontakt» på hver avdeling i sykehjem. Tannkontakten kan samarbeidet og være regelmessig i direkte kontakt med tannpleieren. De skal sørge for at tannhelsen til eldre pasienter med demens blir ivaretatt på en helhetlig måte, samt kvalitetssikre tilbudet det blir gitt i den avdelingen (Strand, et. al., 2005 c; Strand V. G., Stenerud G., & Hede B. 2017 d). Tannkontaktene kan ha klare retningslinjer som de skal følge i samarbeid med tannpleieren. De skal oppdatere om nye pasienter på sykehjem, om det er noe endringer i tannhelse tilstanden til pasienter med demens, samt oppdatere informasjonen om beboerens helsetilstand. I tillegg tilpasset forebyggende tiltak dersom det er nødvendig. Tannkontakten skal sørge for å adekvat utstyr/ munnpleieprodukter på sykehjemsavdelingene, og i tillegg gi opplæring til alle nye ansatte om munn -og tannstell på sykehjemmene. På denne måten blir de nye ansatte også orientert om rutinene som angår munn-og tannstell, og at de får den nødvendige opplæringen. På den andre siden kan tannpleier i samarbeid med tannkontakt også utarbeide individuell pleieplan for eldre pasienter med demens. Hvor individuelle behov blir vektlagt for utforming av hjelpemidler som f.eks. munnstellkort (Strand V. G., Stenerud G., & Hede B. 2017 d; Løvåsen sykehjem, 2010). Munnstellkort er et godt og effektivt hjelpemiddel for både ansatte og for pasienter med demens på sykehjem. Det er spesielt et bra hjelpemiddel for hjelpepleiere eller de som er ufaglærte og som har lite kjennskap om tannhelse og munnstell. I tillegg vill munnstellkort også være nyttig i avdelinger på sykehjem som består av mange pasienter. Ved bruk av munnstellkort kan helse-og pleiepersonell få informasjon om hva slags tannstatus pasienten har og hvordan munnstell skal utføres på enkelte pasienter. På denne måten kommer helse-og pleiepersonell til å ha kontroll over hver enkelt pasients tannstatus, samt blir det lettere å finne frem hvilke prosedyrer og hjelpemidler som skal benyttes på enkelte pasienter med demens. Dermed kan dette gjøre både arbeidet enklere for de ansatte på sykehjem, i tillegg til å kunne hjelpe denne pasientgruppen med utførelse av munnstell på en effektiv måte (Wårdh, 2008; Samson, 2009b). På den andre siden kommer helse og pleiepersonellet også til å spare tid, og ha kontroll over hvert enkelte pasienters tannstatus. Ved at munnpleieproduktene står på munnstellkortet blir det også mye enklere å finne frem hvilke prosedyrer og hjelpemidler som skal benyttes på enkelte pasienter med demenssykdom (Wårdh, 2008). Det kan synes som om at rutiner på munn -og tannstell kan av og til svekkes eller bli ”glemt” på grunn av hektiske hverdager på sykehjem (Willumsen, et. al., 2011). Derfor kan det også være en fordel med å ha en tannkontakt på hver avdeling.

Tannkontakt er som regel tilstede på sykehjem og på denne måten kan han/hun kvalitetssikre utførelse av munn-og tannstellet regelmessig og at de ulike munnpleieproduktene, samt munnstellkort blir tatt i bruk (Løvåsen sykehjem, 2010). Tannkontakten kan ha ansvar for en fast avdeling, og dermed ha ansvar til å kjøpe inn tilpassede munnpleieprodukter hjelpemidler for hver enkelt pasient med demens i den avdelingen. Mangel på tilpasset utstyr og hjelpemidler ved munn - og tannstell skal ikke hindre utførelsen av munnstell. Det skal være tilgjengelig med munnpleieprodukter hos hver enkelt pasient for å kunne utføre et bra munnstell. I tillegg er sykehjemmene pliktet til å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for hver enkelt sykehjemsbeboer etter individuelle behov (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, § 3). Derfor er det viktig at tannkontakt bestiller ulike munnpleieprodukter som pasienter med demens kommer til å få bruk for. Tannpleier kan også veilede og informere tannkontakten om hvilken type tannpleieprodukter det er behov for og hva som bør bruke av de nødvendige munnpleieprodukter. Slik at hver enkelte pasients behov blir vektlagt. Et eksempel kan være at en elektrisk tannbørste som et bedre alternativ hos eldre pasienter med demens (med egne tenner) i forhold til manuell tannbørste på grunn av deres nedsatte motorikk (Bondevik & Nygaard, 2012; Løvåsen sykehjem, 2010). Ved å ha tannkontakt på sykehjem vil dette være en stor fordel, både i å ivareta tannhelsen til eldre pasienter med demens, samt kan tverrfaglig samarbeid bli forenklet for både tannpleieren og for helse -og pleiepersonell på sykehjem. Det kan virke hensiktsmessig at helse-og pleiepersonell på sykehjem tar ansvaret som tannkontakt, i og med at utførelse av munn- og tannstell hos eldre pasienter med demens på sykehjem er et helse - og pleiepersonell ansvar. I tillegg skal det legges vekt på tverrfaglig samarbeid hvor tannpleier skal bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demens ved opplæring, undervisning og kliniske undersøkelser. (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010).

## 6 Konklusjon

Vi ønsket gjennom vårt arbeid med denne oppgaven å belyse problemstillingen; «Hvordan kan tannpleiere bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem?».

Vi ser at det er tre hovedretninger som peker seg ut. For det første gis det et mulighetsrom innenfor rammen for tannhelsetilbudet, at tannpleiere kan ha en aktiv og målrettet rolle inn mot pasientgruppen eldre med demens. For det andre finner vi gjennom drøftingen at innenfor gitte rammeforutsetninger kan tannpleiere gjennom sin profesjonsfaglige kompetanse bidra med undersøkelse, behandling og forebyggende tiltak i den direkte relasjonen med pasienten. Og for det tredje vil tannpleier gjennom undervisning og veiledning til det tverrfaglige miljøet rundt pasientene, bidra til å øke kunnskap om, og forståelse av betydningen av oral helse.

Oppgaven forteller oss at dersom det tilrettelegges planmessig for at tannpleiere kan utøve sin funksjon inn mot eldre pasienter med demenssykdom, vil dette være et godt utgangspunkt for å ivareta et ønsket tannhelsetilbud til denne pasientgruppen.

## 7 Litteraturliste

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God sykepleie til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal Akademiske. s.18-187. (Antall sider 169 )

Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (2012). *Tverrfaglig geriatri - en innføring 3. utg.* Bergen: Fagbokforlaget.

\*Brodtkorb, K., Skisland, A.-V.S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2015). Nursing Ethics. *Ethical challenges in care for older patients who resist help* 22(6), 631–641  
(Antall sider 11 )

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og helse.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, FOR-2003-06-27-792. § 3. (2003).

Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

Ferreira, J. & Armingohar, Z.(2006). *Munnstell i sykehjem: Effekt av individuelle instruksjonskort*. (23-35) .Det odontologiske fakultet, avdeling for gerodontologi. Lokalisert på: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/33091?show=full>

( Antall sider 12)

\*Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). *Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*. Lokalisert fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien> (Antall 7 sider)

\*Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). *Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff*. *Int J Dent Hygiene*, 2011; 199–203. [DOI: 10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x] (Antall sider 5 )

Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer - Årsaker, diagnostikk og behandling*. (19-110). Oslo: Gyldendal Akademisk  
( Antall sider 91 )

Gjerde, C. & Fiehn N. E. (2015). Kan en tann være livstruende? I P. Holmstrup (Red.), *Aktuel Nordisk Odontologi 2015* (s. 29-50). København: Munksgaard.  
(Antall 30 sider)

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

Helsepersonelloven. (1999). LOV-2016-06-17-49. Hentet April 22, 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

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

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

Helsedirektoratet (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-8/2012). Oslo: Direktoratet

Hansson, B. O. & Ericson, D. (2014). *Karies: Sjukdom och hål* (3. utg.). Stockholm: Gothia.

Helsedirektoratet (2017). *Nøkkeltall: Primærhelsetjenesten; Demens*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-primerhelsetjenesten#demens>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. (2008). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk

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 (Antall sider 9 )

Kventny, J., M. & Holmstrup. (Red). (2016) *Aktuel Nordisk Odontologi* (1 utg.) . Oslo: Universitetsforlaget.

Laake, K. (2001). *Aldring – biologisk, psykologisk og odontologisk*. Tandläkartidningen, 93(1), 36-41. Lokalisert på [http://www.tandlakartidningen.se/media/1076/Laake\\_1\\_2001.pdf](http://www.tandlakartidningen.se/media/1076/Laake_1_2001.pdf) (sider 6)

Løvåsen sykehjem, undervisningssykehjem (2010). *Veiledningshefte for munn- og tannstell: For helsepersonell i sykehjem og i hjemmesykepleien*. Lokalisert på: <http://www.tannvern.no/images/munnstellkort/Veiledningshefte%20for%20munn-%20og%20tannpleie%20-%202010.pdf>



Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

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

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

Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, (2017).

\*Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens – møte og samhandling*. (1. utg., s. 28-195). Oslo: Akribe AS.  
(Antall sider 169 )

Røsjø, B. (2015). *Frykter 400 000 med demens i Norge*. Lokalisert på  
<http://forskning.no/aldring-helsepolitikk-alzheimer/2015/04/demens-kan-bli-en-samfunnstrus>

Regjeringen. (2015). *Tannpleieren som ressurs og samarbeidspart i helsetjenesten*.  
Lokalisert på : <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tannpleieren-som-ressurs-og-samarbeidspart-i-helsetjenesten/id2425601/>  
<http://forskning.no/aldring-helsepolitikk-alzheimer/2015/04/demens-kan-bli-en-samfunnstrussel>

Statens Helsetilsyn, Statens veiledningsserie 1:1999. (1999). *Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid*. (IK- 2659). Lokalisert på  
[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner\\_livet\\_ik-2659.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf)

\*Strand, G. V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å. & Stenerud, G. (2005 c). *Munnstell når livet er på hell*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 125(11), 1494-1496. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2005/1494-6.pdf>

Samson, H. (2009 a). *Oral health and institutionalised elderly*. Department of Clinical Dentistry. (Gerodontology Faculty of Medicine and Dentistry University of Bergen, Norway). Lokalisert på :  
<http://www.utviklingscenter.no/getfile.php/1617410.1875.fpcxfespydy/Oral+health+and+institutionalised+elderly.+PhD.+Heidi+Samson.pdf>

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

Samson, H., & Strand, V. G. (2010 c). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 267 - 273). Oslo: Gyldendal Akademisk. (7 sider)

\*Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2010). Care providers perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(1), 92-99. (Antall 8 sider)

\*Syrjälä, A.M., Ylöstalo, P., Ruoppi, P., Komulainen, K., Hartikainen, S., Sulkava, R., & Knuuttila, M. (2010). Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *The Gerodontology Society*, 29(1): 36-42. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2010.00396.x (6 sider)

Stenvik, R. & Jacobsen, S. (2011). *Norsk Tannvern i 100 år, Reisen til Helseland*. Oslo: Merkur Trykk AS

\*Strand, G. V. (2011a). *Tenner for hele livet*. Den norske tannlegeforenings Tidende, 121(2), 104-109. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/asset/2011/P11-02-104-9.pdf>  
(Antall sider 9 )

Strand, G. V. & Hede, B. (2012 b). Behandling under tvang?. P. Holmstrup (Red.), *Aktuel Nordisk Odontologi 2012*. Oslo: Universitetsforlaget

Solvoll, B-A. & Granum, V. (2016). Autonomi i sykehjem for pasienter med demens. *Sykepleien*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en>

Strand V. G., Stenerud G., & Hede B. (2017 d). *Munnstell i sykehjem*. Den norske tannlegeforenings Tidende, 117: 138- 143. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e925>  
(Antall sider 6 )

Tannhelsetjenesteloven. (1984). *LOV-1983-06-03-54*. Hentet April 22, 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. Utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

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

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

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008 a). *Sykepleie og oral helse. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 16- 89 (Antall sider 73 )

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

\*Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2011 c). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29: 11, 748-755. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x (8 sider)

\*Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel - an area in need of improvement. *The Gerodontology Society*, 29 (2), 787-792. (Antall sider 6 )

Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Antall sider med selvvalgt litteratur er: 529

## 8 Vedlegg 1

<b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b>			
Oral helse hos eldre pasienter med demens på sykehjem			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
«Hvordan kan tannpleiere bidra til å ivareta oral helse hos eldre pasienter med demenssykdom på sykehjem?»			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
Eldre  Dementia  Aged  Symptoms and dementia Coercion AND autonomy  Nursing homes  Oral health and dementia  Dental Hygienists	Nursing staff  Oral hygiene  Education  Oral care knowledge  Munnstell  Kunnskap og sykehjem		Oral helse  Oral health  Forebygging  Helsefremmende

