



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

**Kristina Halvorsen og Anne Mellemstuen**

## **Bacheloroppgave i tannpleie**

**4TABA 2012**

**Kunnskap –**

**En viktig faktor for hvordan oral helse blir ivaretatt hos  
eldre pleietrengende?**

Knowledge –

An important factor in how oral health is attended to  
elderly patients?

Antall ord: 11 613

**Bachelor i tannpleie**

**2015**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## **Sammendrag**

Stadig flere eldre beholder egne tenner livet ut. I dagens samfunn er terskelen for å få sykehjemsplass høy, og eldre i institusjon er derfor ofte svært pleietrengende. Denne bacheloroppgaven handler om i hvilken grad utdanning og kompetanse innen oral helse betyr noe for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen hos eldre i sykehjem. Formålet med oppgaven er å gi tannpleier en bedre forståelse for hvilke forutsetninger helsepersonell i sykehjem har, for å se tannhelse som en viktig del av helsefremmende og helseforebyggende arbeid. På bakgrunn av dette kan tannpleier finne måter å samarbeide med helsepersonell på, som vil føre til større fokus på å ivareta oral helse. Bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Vi har også brukt pensumlitteratur samt erfaringer fra praksis, for å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene som litteraturstudien bygger på, hevder at oral helse har lav prioritet i sykehjem. Dette kan få store konsekvenser på ulike måter. I tillegg til at smerter og ubehag fra tenner og munnhule, sammen med dårlig tyggefunksjon anses som dårlig oral helse, kan dette også få betydning for generell helse, verdighet og livskvalitet. Gjennom utdanning og kompetanse kan helsepersonells forståelse og holdninger påvirkes. Videre vil dette få betydning for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen til eldre i sykehjem. Vi har derfor valgt følgende tittel på oppgaven: ”Kunnskap – en viktig faktor for hvordan oral helse blir ivaretatt hos eldre pleietrengende?”

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV OPPGAVE .....	5
1.2 FØRFORSTÅELSE .....	5
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.4. PRESENTASJON AV EGET FAGLIG STÅSTED.....	6
1.5 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.6 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN .....	7
1.7 FORMÅLET MED OPPGAVEN .....	8
1.8 DISPOSISJON .....	8
<b>2 METODE.....</b>	<b>9</b>
2.1 LITTERATURSØK.....	9
2.2 KILDEKRITIKK .....	10
2.3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER .....	10
<b>3 TEORI .....</b>	<b>13</b>
3.1 ALDRING OG ORAL HELSE .....	13
3.2 UTFORDRINGER FOR HELSEPERSONELL I MØTE MED ORAL HELSE HOS PLEIETRENGENDE .....	14
3.2.1 <i>Holdninger og forståelse</i> .....	14
3.2.2 <i>Kompetanse</i> .....	15
3.3 LIVSKVALITET .....	16
3.4 HELSEUTDANNINGER.....	17
3.4.1 <i>Sykepleier</i> .....	17
3.4.2 <i>Vernepleier</i> .....	17
3.4.3 <i>Helsefagarbeider</i> .....	18
3.5 ORAL HELSE SOM TEMA I HELSEUTDANNINGENE .....	18
3.6 UTDANNINGSPROGRAM INNEN ORAL HELSE FOR HELSEPERSONELL I SYKEHJEM .....	19
3.7 LOVVERK OG ANSVAR .....	20
3.7.1 <i>Lover og retningslinjer</i> .....	20

---

3.7.2 <i>Etikk</i> .....	21
<b>4 DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
4.1 UTDANNING OG KOMPETANSE .....	22
4.2 FORSTÅELSE .....	26
4.3 HOLDNINGER .....	28
4.4 LIVSKVALITET .....	30
<b>5 KONKLUSJON</b> .....	<b>34</b>
<b>6 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>38</b>

---

## 1 Innledning

Vår bacheloroppgave handler om et tannpleierelatert tema i emnet ”tannpleie for eldre”. Ifølge Tannhelsetjenesteloven (1984) er eldre i institusjon og hjemmesykepleie, gruppe C, en prioritert gruppe i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Vi er opptatt av at også denne pasientgruppen skal få ivaretatt sin orale helse. Når vi ser at antall eldre med egne tenner øker, vil behovet for forebyggende og helsefremmende tiltak i forhold til oral helse være et viktig satsingsområde. Uten tilstrekkelig kompetanse på dette området vil helsepersonell med ansvar for eldre pleietrengende få store utfordringer. Vi har derfor valgt å se nærmere på i hvilken grad utdanning og kompetanse betyr noe, for hvordan helsepersonell i sykehjem tar vare på eldre sin tannhelse.

### 1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

Prosessen rundt valg av problemstilling for bacheloroppgave i tannpleie startet i forbindelse med en praksisperiode i sykehjem. Hensikten med praksisperioden var å observere hverdagen for pasienter og helsepersonell. Gjennom å måle belegg- og slimhinneindeks på en gruppe pasienter ved sykehjemmet, kunne vi danne oss et bilde av pasientenes orale helse. Vi hadde også med oss et spørreskjema som ble fylt ut av de ansatte. Dette inneholdt spørsmål knyttet til kunnskap om oral helse og eldre. Vi opplevde at mange ga uttrykk for at munn- og tannstell kunne være utfordrende. De kunne fortelle at det var flere årsaker til dette. Svarene fra spørreskjemaene ga oss en liten indikasjon på at kunnskap om oral helse kunne sees i sammenheng med utdanning. Det vi så var at sykepleiere var den gruppen med mest kunnskap, mens hjelpepleiere og helsefagarbeidere svarte at de hadde forholdsvis lite kunnskap om hvordan ivareta oral helse hos eldre pleietrengende. Flere ønsket en kompetanseheving rundt dette temaet. Vi deltok også i stell av de eldre, og fikk se hvordan helsepersonell håndterte munn- og tannstell. På bakgrunn av erfaringene fra praksis, har vi gjort oss en del tanker om hvordan oral helse kan få større fokus blant helsepersonell som jobber i sykehjem.

### 1.2 Førforståelse

Som tannpleiere er vi opptatt av å jobbe helsefremmende og helseforebyggende. Vi mener det er viktig at helsepersonell som skal ta vare på eldre og deres behov, også forstår at munnen er en viktig del av kroppen. Det handler om å opprettholde god tannstatus og tyggefunksjon, forebygge smerte, ubehag og infeksjoner. Det er også viktig at eldre kan ha sosial omgang, og kan kommunisere uten problemer som er forårsaket av tannsettet (Strand,

2006). På den måten blir også verdighet og livskvalitet ivaretatt. Eldre i institusjon og hjemmesykepleie er en prioritert gruppe i Den offentlige tannhelsetjenesten, og har ifølge Tannhelsetjenesteloven (1984) rett til nødvendig tannbehandling for å ivareta oral helse. I tillegg pålegger *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene* (2003) kommunene å ha et system, som blant annet skal sikre at brukere av tjenestene får ivaretatt sin munnhygiene. Ifølge Helsepersonelloven (1999) plikter helsepersonell å gi hjelp og omsorg utfra faglige kvalifikasjoner, arbeidets art og omstendighetene for øvrig. Vi tolker det dithen at helsepersonell derfor har en plikt til å ivareta tannhelsen til eldre pleietrengende. Vår erfaring er at manglende kompetanse kan gjøre dette til en utfordring. Vi mener derfor det er viktig at det finnes muligheter for opplæring i oral helse for helsepersonell. Spesielt bør helsepersonell i ledende stillinger forstå nødvendigheten av å iverksette tiltak, for å ivareta også denne delen av kroppen hos sine pasienter.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

I løpet av våre tre år som tannpleierstudenter, har vi hatt et helt semester med fokus på eldre. Basert på erfaringer fra sykehjempraksis, mener vi at oral helse er et område som blir lite prioritert. Vi så også dårlig tannstatus blant flere av beboerne. Vi mener at ved hjelp av enkle tiltak, som for eksempel tilstrekkelig utdanning og kompetanse blant helsepersonell, kan eldre unngå de tilleggsbelastninger som orale problemer medfører. På dette området har vi et sterkt ønske om å kunne bidra. For å bedre fokuset på oral helse i sykehjem, er det nødvendig å finne ut hvor det svikter, og hvorfor helsepersonell i sykehjem ofte nedprioriterer munn- og tannstell.

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

”Hvilken betydning har utdanning og kompetanse innen oral helse, for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen hos eldre i sykehjem?”

### **1.4. Presentasjon av eget faglig ståsted**

Som studenter har vi arbeidet med tannpleie for eldre på ulike måter. Utenom forelesninger og oppgaveskriving har vi hatt flere praksisperioder i Den offentlige tannhelsetjenesten. En av praksisperiodene handlet spesielt om eldre. I denne perioden var arbeid i klinikk samt helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot helsepersonell og pasienter i sykehjem hovedfokus. I tillegg har vi undervist i munn- og tannstell for ansatte i sykehjem, da utadrettet arbeid er en del av studiet og tannpleieryrket. Vi har også, som tidligere beskrevet,

---

hatt en praksisperiode i sykehjem. Formålet med denne praksisperioden var å observere hverdagen for helsepersonell og pasienter. I den sammenheng tilegnet vi oss kunnskap i samarbeid med ansatte og sykepleierstudenter.

### **1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling**

For å finne svar på problemstillingen, har vi valgt å fokusere på de ulike helseutdanningene som kan gi jobb i sykehjem. Helsefagarbeider erstatter per i dag hjelpepleier og omsorgsarbeider. Vi kommer ikke til å gjøre rede for utdanningene omsorgsarbeider og hjelpepleier i teorien. Siden mange av dagens helsepersonell har denne type utdanning, er de likevel med som en del av drøftingen. Vi kommer heller ikke til å ta for oss hvordan riktig munnstell av pasienter utføres, men oppgaven rettes mot hvilke forutsetninger de ulike yrkesgruppene/helseprofesjonene har for å utføre slikt stell på beboere i sykehjem. I oppgaven omtaler vi de ansatte ved sykehjemmene som helsepersonell, uavhengig av utdanning. Når vi skriver spesielt om de ulike yrkene, presiserer vi yrkestitlene nærmere, som for eksempel sykepleier eller hjelpepleier. Pasienter blir også omtalt som beboere og pleietrengende.

### **1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen**

- Eldre: En betegnelse på mennesker over 67 år. Det er vanlig å skille mellom ”eldre eldre” og ”yngre eldre”. Grensen mellom disse aldersbetegnelse er 80 år (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).
- Kompetanse: Et videre begrep for kunnskap som inkluderer flere begreper: Kunnskap, utførelse, handlinger og atferd (Dalland, 2012).
- Helsepersonell: Ansatte som jobber i sykehjem med ansvar for eldre pleietrengende. Det kan være sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Yrkestitlene forutsetter autorisasjon (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonell kan også være ufaglærte.
- Oral helse/tannhelse: Defineres som fravær av sykdom og andre lidelser i munn og ansikt som begrenser individets evne til å spise og snakke, samt opplevelse av psykososialt velvære (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2012).

- 
- Sykehjem: En bolig for personer med høy alder og/eller pleietrengende behov. De som bor i sykehjem er langtidssyke, eldre og uføre (Kirkevold et al., 2008).

### **1.7 Formålet med oppgaven**

Gjennom å finne svar på vår problemstilling, mener vi at tannpleier bedre kan forstå hvilke forutsetninger helsepersonell i sykehjem har, for å ta vare på tannhelsen hos pasientene. Vi ønsker også å sette fokus på et tema som vi mener er viktig å ta på alvor for å unngå uheldige konsekvenser for pasienter i gruppe C, og anser derfor problemstillingen som relevant for tannpleierfaget. Vi håper at vi, gjennom bacheloroppgaven, kan bli mer bevisste våre samarbeidspartneres forutsetninger, og at vi sammen med dem kan fremme helse og forebygge sykdom ved å ivareta oral helse hos eldre på en god måte.

### **1.8 Disposisjon**

Denne fordypningsoppgaven er delt inn i 5 kapitler. Kapittel 1 er en innledning hvor vi begrunner valg av problemstilling og bakgrunn for oppgaven. Kapittel 2 er metodekapittelet. Det handler om litteratursøk, kildekritikk og beskrivelse av utvalgte forskningsartikler. Kapittel 3 er teoridelen som handler om aldring, og ulike utfordringer helsepersonell kan stå overfor når de skal ta vare på tannhelsen til eldre i sykehjem. Deretter har vi et kapittel om livskvalitet. Videre i oppgaven vil vi belyse de ulike helseutdanningene som finnes i Norge, og se på i hvor stor grad/på hvilken måte disse inkluderer oral helse i sine utdanningsprogram. Vi vil også, med utgangspunkt i to artikler, beskrive et utdanningsopplegg rettet mot svensk helsepersonell, og se på om dette hadde betydning for hvordan tannhelsen ble ivaretatt. Til slutt i teoridelen belyser vi deler av lovverket, forskriftsmessige retningslinjer som gjelder for helsepersonell i sykehjem samt etikk i tilknytning til helseprofesjonene. I kapittel 4 drøfter vi med utgangspunkt i teoridelen. Vi har delt opp drøftingen i underkapitler, og tar for oss viktige punkter fra teorien. Kapittel 5 er konklusjon og avslutning. Her samler vi trådene fra kapittel 3 og 4, og svarer på problemstillingen.



---

## 2 Metode

Olav Dalland henviser i sin bok ”Metode og oppgaveskriving” til sosiologen Vilhelm Aubert, som definerer metode på følgende måte: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (2012, s. 111). Dalland (2012) skiller mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Kvantitativ metode baserer seg på data i form av målbare enheter, og som dermed gir mulighet til å foreta regneoperasjoner. En kvalitativ metode kjennetegnes blant annet ved at den går i dybden på et begrenset område, og har også til hensikt å formidle forståelse og å se helhet. I motsetning til kvantitativ metode, fokuserer kvalitativ metode på opplevelser og meninger som ikke er mulig å måle eller tallfeste. Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på eksisterende kunnskap. Formålet med oppgaven er å komme frem til en helhetsforståelse, ikke å presentere tallbasert informasjon. Bacheloroppgaven vår baserer seg derfor på en kvalitativ forskningsmetode.

Vi har fulgt Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving med standarden til American Psychological Association (APA) som mal for referansehandling.

I tillegg til pensumlitteratur fra alle tre studieår, bygger oppgaven i hovedsak på fag- og forskningsartikler, samt relevante erfaringer fra praksis gjennom hele studieperioden. Lover og forskrifter med tanke på hvilke rettigheter institusjonsbeboere har for å få ivaretatt sin orale helse, og helsepersonells forpliktelser i den sammenheng, er også med på å belyse problemstillingen.

Vi vil videre i dette kapittelet beskrive litteratursøk; altså hvordan vi har funnet frem til kildene vi har brukt, og søkekriteriene vi har lagt til grunn under utvelgelsen av litteratur. Vi vil også presentere fem forskningsartikler, som har vært aktuelle i arbeidet med å belyse problemstillingen.

### 2.1 Litteratursøk

For å finne relevante forskningsartikler, har vi søkt i godkjente databaser og benyttet oss av anbefalte søkemotorer. Databasen vi har brukt er SveMed+. Vi har også benyttet Helsedirektoratet, Kunnskapsdepartementet, Høgskolen i Hedmark sin hjemmeside og søkemotorene Oria og Google Scholar.

Vi startet med å søke i SveMed+, og brukte først norske søkeord for å finne MeSH-termer og gode søkeord på engelsk. Søkeord vi har brukt er ”munnstell”, ”oral helse eldre\*”, ”aged”, ”biologisk og psykologisk aldring”, ”oral care”, ”oral health”, ”dental care”, ”dental hygiene”, ”health care”, ”nursing staff”, ”geriatric nursing”, ”nursing homes”, ”knowledge”, ”education” og ”quality of life”. Deretter valgte vi å kombinere de ulike MeSH-termene med hverandre. Etter å ha funnet gode søkeord i riktige kombinasjoner, fikk vi også færre treff, noe som gjorde det enklere å finne det vi søkte etter. Det var ikke lett å finne relevant forskning skrevet på norsk eller nordisk språk. Derimot fant vi forholdsvis mange engelskspråklige artikler skrevet av norske og svenske forfattere. For å finne ut om artiklene var aktuelle for vår problemstilling, så vi på overskriftene, om de var av nyere dato og til slutt leste vi sammendrag og/eller konklusjon.

## **2.2 Kildekritikk**

Dalland sier: ”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (2012, s. 67). Kildekritikk handler om å kunne vurdere om en kilde både er relevant, troverdig, pålitelig og gyldig. Vi har vurdert om kildene våre er relevante i forhold til oppgavens problemstilling. På bakgrunn av artiklenes forfattere og hvor kildene er hentet fra, har vi vurdert troverdighet. 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 være kritisk til.

## **2.3 Presentasjon av forskningsartikler**

*Munnstell når livet er på hell*, Gunnhild Vesterhus Strand, Heidi Wolden, Linda Rykkje, Åshild Gjellestad, Gro Stenerud (2005), Tidsskrift for Den norske legeforening. Artikkelen fant vi i SveMed+, søkeord ”munnstell”. Søkeordet ga 8 treff. Artikkelen handler om at gjennom å iverksette enkle pleietiltak, er det mulig å bedre sykehjemsbeboeres orale helse vesentlig. Det hevdes at dette kan skje blant annet gjennom økt kunnskap. Siden vi med vår problemstilling ønsker å finne ut om utdanning og kompetanse kan ha betydning for hvordan oral helse i sykehjem blir ivaretatt, mener vi at artikkelen er relevant for oppgaven.

*Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*, Brit Fjæra, Tiril Willumsen, Hilde Eide (2010), Sykepleien Forskning. Artikkelen fant vi i SveMed+, søkeord ”education”, ”oral health”, ”nursing staff”. Søket førte til 9 treff. Artikkelen handler om en studie utført i Oslo.

Studien ser på behovet for oppfølging av oral helse hos eldre i hjemmesykepleien, ettersom de fleste hjemmeboende eldre med hjemmesykepleie har egne tenner. Artikkelen konkluderer med at blant annet mer kunnskap og endring i holdninger hos pleiepersonell er en forutsetning for bedre å ivareta eldre sin tannhelse, både i institusjon og i hjemmesykepleien. Dette vil også få betydning for Eldres generelle helse og livskvalitet hevdes det. Vi anser derfor artikkelen som relevant for vår problemstilling.

*Oral Health Care – A Low Priority in Nursing*, Inger Wårdh, Lillemor R.-M. Hallberg, Ulf Berggren, Lars Andersson og Stefan Sörensen (2000). Vi fant artikkelen i SveMed+, søkeord ”dental care”, ”geriatric nurse”. Søket ga 11 treff. Artikkelen baserer seg på en kvalitativ studie. Hensikten var å undersøke holdninger knyttet til oral helse hos helsepersonell, i håp om at en dypere forståelse ville motivere til mer forskning på området, og derigjennom en bedre oral helse blant eldre. Til tross for at artikkelen handler om helsepersonell i hjemmetjenesten, anser vi den likevel som relevant for vår oppgave. Dette fordi utfordringer helsepersonell møter, i forhold til oral helse i hjemmetjenesten, ofte er de samme som helsepersonell i institusjon opplever.

*Oral care training in the basic education of care professionals*, Heidi Samson, Marjolein Memelink Iversen og Gunhild Vesterhus Strand (2010). Artikkelen fant vi i Oria, søkeord ”geriatric nursing”, ”knowledge”, ”oral health”. Søket medførte 5 treff. Hensikten med denne studien var å se på hvordan oral helse ble vektlagt i de ulike helseutdanningene. På denne måten kunne de danne seg et bilde av hvilke forutsetninger helsepersonell har, for å ta vare på tannhelsen til pasienter i sykehjem. Artikkelen konkluderte med at det trolig også er andre grunner enn innholdet i utdanningene som er årsak til at eldre sin tannhelse kan være utfordrende å ivareta. Vi ønsker å finne ut om utdanning betyr noe for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen til eldre i sykehjem, og anser derfor artikkelen relevant for problemstillingen.

*Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement*, Inger Wårdh, Margareta Jonsson og Maude Wikström (2012). Artikkelen søkte vi opp i Oria, søkeord ”education”, ”nursing homes”, ”oral care”. Søket førte til 422 treff. Vi avgrenset søket til kun å gjelde fagfelleverdret tidsskrift, noe som ga 270 treff. Deretter valgte vi å begrense søket til kun å gjelde artikler utgitt mellom 2010 til 2014, og fikk da 92 treff. Artikkelen handler om at det i 1999 ble vedtatt en lov i Sverige.

Denne loven pålegger helsepersonell i sykehjem opplæring, og en viss grad av kompetanse med tanke på å ta vare på tannhelsen til pasienter. Undersøkelsen var ment som en del av et kvalitetssikringsprosjekt rettet mot arbeid helsepersonell utfører i sykehjem. Konklusjonen ble at holdningen til å ta vare på oral helse generelt var positiv, men at det var rom for forbedring med tanke på kunnskap og kompetanse. Relatert til utdanning og kompetanse anser vi artikkelen som aktuell for vår problemstilling.

## 3 Teori

### 3.1 Aldring og oral helse

”Aldring er de forandringer som med tiden rammer alle individer bare de lever lenge nok” sier Knut Laake (2001, s.37). Til tross for fravær av sykdom, får den biologiske aldringsprosessen likevel konsekvenser for oss på ulike måter. Aldring er felles for alle levende organismer, og ligger som en innebygd egenskap i cellene. Biologisk aldring kan være endringer i kroppssammensetning, det vil si redusert vanninnhold og økt fettinnhold. Dette vil blant annet ha betydning for legemiddeldistribusjonen hos eldre pasienter. Et annet resultat av aldring er en generell svekkelse av kroppens organer, noe som fører til nedsatt reservekapasitet og nedsatt homeostase, altså kroppens evne til å opprettholde et godt indre miljø. Homeostatiske mekanismer kan være væskebalanse, blodtryksregulering, temperaturregulering og balansekontroll. Svekkede sanser i form av nedsatt syn og hørsel og dårligere smak- og luktesans, kan også være et resultat av biologisk aldring. I tillegg reduseres smertesansen, noe som kan bidra til å forklare fravær av smerte i for eksempel munnhulen hos eldre pasienter, til tross for alvorlige og omfattende patologiske tilstander (Laake, 2001).

På samme måte som kroppen generelt utsettes for aldersrelaterte endringer, vil også munnhulen gjennomgå ulike forandringer. Aldersrelaterte endringer i munnhulen oppstår som følge av endogene årsaker. Dagens og fremtidens eldre vil i stadig større grad beholde egne tenner, noe som vil gi flere restaureringer i form av fyllinger, kroner, broer og implantater (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010). Tennene blir også mer gulbrune med alderen (Kirkevold et al., 2008). Periodontitt, det vil si patogene forandringer i tennenes festeapparat, oppstår vanligvis i yngre år og behandles da. Det er ikke vanlig å se periodontitt hos eldre (Strand, 2011). En del av normal aldring er forandringer i celler og vev. Dette vil føre til at munnhulens benvev til en viss grad påvirkes og forandres, og det er derfor normalt å se et visst bentap hos eldre. Xerostomi er en subjektiv opplevelse av munntørrehet uten at det foreligger noen diagnose, og kan sees som en aldersrelatert endring i munnhulen (Widenheim, Renvert & Birkhed, 1997). Med årene blir mucosa mindre elastisk, tynnere og mer sårbar. Tungepapillene slites ned og gjør tungen blank og glatt (Kirkevold et al., 2008). Reduksjon av muskelceller og kjertelvev kan også sees som resultat av normal aldring, og påvirker ansiktets utseende og motorikk. Attrisjon kan føre til redusert bitthøyde. Det samme kan tap av tenner og mangel på antagonister gjøre. Dette påvirker utseende. Ansiktsmotorikken kan også bety mye for eldre sin evne til å spise (Kirkevold et al., 2008).

### **3.2 utfordringer for helsepersonell i møte med oral helse hos pleietrengende**

I mange tilfeller viser forskning at oral helse i sykehjem har vært, og fortsatt er, lavt prioritert (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000). Både utfordringer knyttet til hvordan institusjonene som helhet prioriterer i arbeidet med å gi pasientene nødvendig pleie, og utfordringer i forhold til ansattes holdninger, forståelse og kompetanse kan være avgjørende for i hvilken grad pasientene får ivaretatt sin orale helse. Det kan også være andre årsaker. Wårdh et al. (2000) har sett på noen.

Mangel på faste rutiner kan være en grunn til at helsepersonell opplever å ivareta oral helse hos eldre som utfordrende. Forskning antyder at rutiner for hvordan munn- og tannstell skal utføres ofte er dårlig definert. Mangel på prosedyrer eller hjelpemidler og utstyr, kan gjøre det vanskelig å vite hvilke behov for hjelp den enkelte pasient har (Wårdh et al., 2000). Forskning peker også på at helsepersonell som jobber på dagtid, har mindre kunnskap og erfaring når det gjelder oral helse i motsetning til de som jobber på kvelds- og nattskift. Dette begrunnes med at munn- og tannstell ikke foregår på dagtid (Wårdh et al., 2000). Studien viser også at helsepersonell opplevde liten støtte fra pårørende, og følte det var vanskelig å skulle være de eldres talsperson overfor tannhelsetjenesten. Kontakten med tannhelsetjenesten opplevdes lite strukturert, og tannhelsepersonellens råd var vanskelig å etterkomme i praksis (Wårdh et al., 2000). I tillegg ble lite kunnskap, økende arbeidsmengde og personlige utfordringer oppgitt å være årsaker til at oral helse fikk liten prioritet. Mange opplevde at arbeidet med å ivareta tannhelsen ofte kom i konflikt med pasientenes integritet (Wårdh et al., 2000).

#### **3.2.1 Holdninger og forståelse**

En studie gjort i Sverige handler blant annet om helsepersonells holdninger vedrørende eldre pleietrengende og oral helse (Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012). De aller fleste som deltok var helsepersonell med lavere utdanning. Studien viser at 65 % av de spurte, svarte at de hadde hatt undervisning om tannhelse, enten som en del av utdanningen eller i jobbsammenheng. 88 % gikk selv til tannpleier/tannlege en gang i året for kontroll. 89 % var av den oppfatning at å ivareta eldre sin tannhelse var en del av god sykepleie. 60 % så på tannpuss som en av de vanskeligste aktivitetene knyttet til pleie og omsorg (Wårdh et al., 2012). En av grunnene til det var ifølge 80 % av de spurte, at pasienter nekter å samarbeide. For å unngå unødvendig uro, lar mange være å hjelpe. Noen kan oppleve det å ivareta oral

---

helse hos eldre så sterkt som å begå et overgrep. Andre synes det er direkte ubehagelig å skulle pusse andres tenner, eller de er redde for å forårsake skader (Wårdh et al., 2000). Studien peker også på at helsepersonell forventer at pasientene sier ifra når de ønsker hjelp til munn- og tannstell (Wårdh et al., 2012).

Studien viste tilfredsstillende forståelse rundt nødvendigheten av bruk av fluor og fluorens virkningsmekanismer (94 %), samt at bakteriebelegg og sukker gir økt kariesrisiko (70 %). Færre kjente til gingivitt og hvordan dette oppstår. Blødende tannkjøtt førte til at helsepersonell pusset dårligere av frykt for å forårsake ytterligere sykdom og skade (47 %) (Wårdh et al., 2012).

### **3.2.2 Kompetanse**

Kompetanse blant helsepersonell om ulike orale utfordringer, kan i mange sammenhenger være en faktor for å lykkes i arbeidet med å ivareta tannhelsen til eldre i sykehjem.

Aldring er i seg selv ingen risiko for tannhelsen. Derimot når høy alder sees i kombinasjon med sykdom, medikamentbruk, nedsatt førlighet og redusert evne til egenomsorg, kan oral helse fort bli en utfordring. Som følge av blant annet fysiologisk svekkelse, er eldre en sårbar gruppe. Det er også kjent at dårlig oral helse kan ha negativ effekt på den generelle helsen hos eldre. Nedsatt immunforsvar kombinert med dårlig oral helse kan blant annet forårsake alvorlige infeksjoner i hjerte og lunger (Strand, Wolden, Rykkje, Gjellestad & Stenerud, 2005). Et av satsingsområdene til Verdens helseorganisasjon (WHO) er derfor en bedre oral helse hos denne pasientgruppen (Wårdh et al., 2012). At tilstrekkelig kompetanse vil være en faktor for å lykkes, viser studien til Strand et al. (2005). Den sier blant annet at kompetanseheving og motivasjon av helsepersonell ga en betydelig bedring i oral helse hos 40 av 63 beboere. Undervisningen handlet om både teori og praktisk utførelse av munn- og tannstell. Den teoretiske undervisningen fokuserte spesielt på karies, kosthold og måltidenes hyppighet, salivas sammensetning og betydning av å ha god spyttproduksjon, og fluorens virkningsmekanismer. Den praktiske undervisningen handlet om riktig børsteteknikk, spesielt med tanke på rengjøring av proteser, og å unngå rotkaries. Helsepersonell ble også oppfordret til å fortsette å pusse til tross for blødning fra tannkjøttet. Det ble også presentert ulike preparater for å ivareta oral helse hos alvorlig syke og/eller ved soppinfeksjon (Strand et al., 2005).

---

På samme måte som eldre i Norge har lovbestemte rettigheter med tanke på tannhelsen gjennom Tannhelsetjenesteloven (1984), er dette også regulert ved lov i Sverige. Svensk lovgivning pålegger sykehjempersonell opplæring i oral helse (Wårdh et al., 2012). Studien fra Sverige som ser på helsepersonells holdninger, kartlegger også kunnskap om oral helse mer enn fem år etter at denne loven ble innført (Wårdh et al., 2012). Den viser at det er rom for forbedringer med tanke på kompetansenivå. Studien peker på at omtrent 50 % av helsepersonell i sykehjem er av den oppfatning at tap av tenner er en naturlig del av aldringsprosessen. Til tross for et system som har opplæring i oral helse for ansatte i sykehjem regulert ved lov, ligger ansvaret for at dette blir gjennomført hos ledelsen i den enkelte institusjon. I studien hevdes det også at midlertidig ansatte får sjeldent tilbud om opplæring i oral helse. Høyt tempo og mange arbeidsoppgaver blir pekt på som årsaker til at det ikke settes av tid til opplæring i munn- og tannstell. Dette kan ha betydning for kompetansenivået (Wårdh et al., 2012).

### **3.3 Livskvalitet**

Livskvalitet kan defineres på forskjellige måter. Begrepet har også ulik betydning i forhold til hva det knyttes opp mot. Det vi hovedsakelig skal utdype i vår oppgave, er livskvalitet sett ut i fra et helsefaglig og odontologisk perspektiv. I følge både Ranhoff (2005) og Wahl, Rustøen og Hanestad (2000) handler livskvalitet om det gode liv. Ranhoff (2005) sier også at livskvalitet er enda viktigere i eldre år, siden de eldre ikke lenger har så stort fokus på fremtids mål som før. Det er derfor viktig at eldre beboere på sykehjem får opprettholdt sin livskvalitet på lik linje med resten av den eldre befolkning. Å ha god livskvalitet er viktig i alle faser av livet (Ranhoff, 2005), men hva er egentlig livskvalitet? ”Livskvalitet i et helsefaglig perspektiv forstås ofte som tilfredshet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved livet knyttet til sykdom” sier Wahl et al. (2000, s. 36). Åstrøm og Berg sier at livskvalitet i et odontologisk perspektiv, handler om: ”...den enkeltes opplevelse av sosiale og psykiske konsekvenser av tannstatus og tannsykdommer” (2000, s. 220). Disse ulike perspektivene går inn i hverandre. Ved å ha god oral helse relatert livskvalitet kan dette videre bidra til å heve livskvaliteten generelt. Livskvalitet er subjektivt, og oppleves ulikt fra person til person. Subjektivt kan forstås på den måten at det er ens egne personlige oppfatning som gjelder. I vår fordypningsoppgave forbinder vi oral helse med ulike grader av livskvalitet. Det sier også artikkelen til Fjæra et al. (2010) noe om. I artikkelen hevdes det at de med flere egne tenner, innehar høyere grad av livskvalitet enn de med proteser og færre egne tenner. For å styrke livskvaliteten til eldre i sykehjem, er det altså viktig at tannhelse



---

blir tatt vare på. Bakgrunnen for denne studien var å kartlegge ulike risiko- og miljøfaktorer som kan få konsekvenser for eldres orale helse, og som dermed også berører livskvaliteten.

### **3.4 Helseutdanninger**

I Norge er de som jobber i omsorgsyrkene utdannet sykepleier, vernepleier, hjelpepleier eller omsorgsarbeider (Samson, Iversen & Strand, 2010). I tillegg har vi per i dag helsefagarbeider. Denne utdanningen erstatter utdanningene hjelpepleier og omsorgsarbeider (Helsedirektoratet, 2013). Det er fortsatt mange i Norge som praktiserer i slike stillinger. Arbeidsoppgavene er stort sett de samme som for dagens helsefagarbeidere. Vi har valgt å utelate ytterligere beskrivelser angående hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanning videre i teorien.

#### **3.4.1 Sykepleier**

Sykepleierutdanning er en treårig bachelorgrad. Kravet for å komme inn på denne type høyere utdanning er realkompetanse eller generell studiekompetanse. Studiet har fokus på å ivareta pasienters grunnleggende behov. Kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid blir også vektlagt (Høgskolen i Hedmark, s.a.). Etter fullført og bestått utdanning får de autorisasjon som sykepleier.

I sykepleieryrket består arbeidsoppgavene i å gi medisinsk pleie og omsorg til pasienter i alle aldre, samt å jobbe tett med pårørende og annet helsepersonell. Arbeidsplassene kan blant annet være i hjemmesykepleie, ambulansetjeneste, sykehus, sykehjem eller bo- og rehabiliteringssentre (Kunnskapsdepartementet, 2015).

#### **3.4.2 Vernepleier**

Vernepleierutdanning er også en bachelorgrad på lik linje med sykepleier og tannpleier. Kravene for opptak er også her realkompetanse eller generell studiekompetanse. Ved fullført studie får de autorisasjon som vernepleier (Kunnskapsdepartementet, 2015).

Som vernepleier består arbeidsoppgavene i å veilede og tilrettelegge for mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvansker. En vernepleier kan også jobbe med mennesker med rusproblematikk eller pasienter med demens. Arbeidsoppgavene varierer etter hvor de arbeider. De kan bestå i å bidra til daglig omsorg, gi sosial støtte og veiledning, legge til rette for egenmestring, opplæring og trening eller vedlikeholde og etablere nye

ferdigheter. Vernepleiere bistår også brukere utenfor hjemmet slik at de kan mestre skolegang eller arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2015).

### **3.4.3 Helsefagarbeider**

Å utdanne seg til helsefagarbeider innebærer to år i videregående skole, for så å være lærling ved en arbeidsplass i to påfølgende år. Første året heter Vg1 helse- og oppvekstfag, mens andre året heter Vg2 helsearbeiderfag. De to årene i Vg3/opplæring i bedrift som lærling, må søkes om innen helse- og omsorgstjenestene, og blir oftest gjennomført på sykehjem, i hjemmesykepleie eller på sykehus. Etter bestått fagprøve får de fagbrev med tittelen helsefagarbeider (Helsedirektoratet, 2013).

Helsefagarbeidere jobber med mennesker i alle aldre. Arbeidsoppgavene består i miljøarbeid, samt å gi pleie og omsorg. Arbeidsplassene kan være i hjemmesykepleie, i sykehjem, på sykehus, i rusomsorg eller innen psykisk helse, i opptrenings- og behandlingssentre eller på skole sammen med barn med spesielle behov (Helsedirektoratet, 2013).

## **3.5 Oral helse som tema i helseutdanningene**

Eldre i institusjon har i følge Tannhelsetjenesteloven (1984) rett til å motta tilstrekkelig hjelp for å opprettholde en god oral helse. I tillegg plikter kommunene i henhold til *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene* (2003) å legge til rette, for at brukere får ivaretatt grunnleggende behov, hvilket inkluderer daglig munn- og tannstell. Likevel viser en nasjonal studie at oral helse hos eldre beboere i institusjon ikke er optimal (Samson, Iversen & Strand, 2010). Ifølge studien har de ansatte i omsorgsyrkene i andre land for lite kunnskap om hvilke konsekvenser dårlig oral helse kan føre til. Som følge av dette blir ikke oral helse tatt vare på, og prioritert på lik linje med den generelle helsen i det daglige stedet. Forskere har derfor gitt uttrykk for at dette kanskje kan skyldes mangel på god nok opplæring i oral helse under utdanning. For å undersøke dette nærmere, gjennomførte Samson et al. (2010) en undersøkelse i 2004/05. Denne skulle kartlegge om mengden og kvaliteten på undervisning innen grunnleggende oral helse var god nok i norske utdanningsprogram, og om det var store forskjeller mellom de ulike utdanningene vi har beskrevet tidligere. Undersøkelsen inkluderer ikke helsefagarbeiderutdanningen, da denne ikke var opprettet på undersøkelsestidspunktet. Undersøkelsen ble gjennomført ved at det ble sendt ut spørreskjemaer til 270 skoler i Norge, som kunne tilby minst en av disse utdanningene. 203

---

skoler deltok i undersøkelsen. 15 av skolene inkluderte ikke oral helse i læreplanen, og ble av den grunn ekskludert. Utdanningsprogrammene på disse skolene var omsorgsarbeider og hjelpepleier. Dermed var det 188 deltakende skoler i studien (Samson et al., 2010). Vi vil se nærmere på funnene fra studien senere i oppgaven.

### **3.6 Utdanningsprogram innen oral helse for helsepersonell i sykehjem**

Ifølge Samson et al. (2010) peker WHO på nødvendigheten av å se sammenhengen mellom oral helse, generell helse og livskvalitet. Til tross for dette, kan det ofte sees en sammenheng mellom orale infeksjoner og komplikasjoner i den generelle helsen hos sykehjemsbeboere, da spesielt aspirasjons pneumoni (Kullberg et al., 2010). For å finne ut om utilstrekkelig kompetanse er en av årsakene til at helsepersonell ikke klarer å ta vare på oral helse hos de eldre, ble det i 2006 utført en studie i Sverige. Studien hadde til hensikt å kartlegge i hvilken grad et utdanningsprogram kunne øke kvaliteten på oral helse for sykehjemsbeboere. Studien inkluderte 43 sykehjemsbeboere, i alder 69- 99 år (Kullberg et al., 2010). Studien gikk ut på at de ansatte deltok i et utdanningsprogram innen oral hygiene. For å danne seg et bilde av forekomsten av gingivitt og bakteriebelegg, foretok en tannpleier klinisk undersøkelse av beboerne. Samtidig undersøkte hun om de ansatte overholdt anbefalingene som gjaldt i forbindelse med daglig munnstell. Deretter ble det gjennomført en muntlig eksamen. Primærkontaktene fikk utdelt instruksjoner basert på beboernes individuelle behov. Videre fikk de praktisk opplæring i børsteteknikk med elektriske tannbørster. Tannpleier holdt også en forelesning for pleiepersonalet hvor hun spesielt la vekt på samarbeid med pasienter med demens, ga råd om oral hygiene og presenterte forskning som sier noe om sammenhengen mellom den orale og generelle helsen hos eldre. Alle beboere fikk utdelt en elektrisk tannbørste, og ble anbefalt å bytte ut vanlig fluortannkrem med klorhexidinglukonat 1 % gel, to ganger daglig i en uke hver måned. Tre uker senere undersøkte hun på nytt beboernes orale helse. Resultatet var at hun så en reduksjon i både gingival blødning og bakterielt belegg. Utdanningsprogrammet hadde på dette tidspunkt gitt en positiv effekt: Helsepersonell klarte å forbedre beboernes orale hygiene (Kullberg et al., 2010).

I 2008, 1,5 år etter denne studien, ble det utført en ny studie med de samme beboerne, for å evaluere langtidseffekten av utdanningsprogrammet. Tannpleier foretok samme kliniske undersøkelse av beboerne for å se om det var forbedring knyttet til gingivalindeks og beleggindeks siden 2006. I følge Sjögren et al. (2010) var det bedring i indeksene noen uker etter det første utdanningsprogrammet pleiepersonellet deltok i. Etter 1,5 år var det ingen

ytterligere endring i indeksene. Konklusjonen ble da at effekten av utdanningsprogrammet ikke hadde gitt signifikant bedring i oral helse blant de eldre etter 1,5 år. Helsepersonell ble anbefalt jevnlig oppdatering på kunnskap og praktiske øvelser, for å oppnå tilfredsstillende oral helse hos beboerne.

### **3.7 Lovverk og ansvar**

#### **3.7.1 Lover og retningslinjer**

Å ivareta oral helse hos eldre i sykehjem er regulert ved lover og forskrifter, noe spesielt helsepersonell i ledende stillinger bør ha kunnskap om. Vi vil se nærmere på Tannhelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene.

I Tannhelsetjenesteloven (1984) heter det at tannhelsetjenesten plikter å gi både et regelmessig og oppsøkende tilbud til ulike grupper av befolkningen. En av disse gruppene er eldre i institusjon og hjemmesykepleien, gruppe C. Tannhelsetjenesteloven (1984) slår fast at alle grupper som nevnes i loven, har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen som de bor i eller midlertidig oppholder seg.

Hensikten med Helsepersonelloven (1999) er å bidra til sikkerhet, kvalitet og tillit: Sikkerhet for pasienter, at tjenester som tilbys er av god kvalitet og at det skapes tillit mellom pasient og helsepersonell. Helsepersonell plikter å utføre jobben sin på bakgrunn av faglige kvalifikasjoner, arbeidets art og øvrige omstendigheter. Ifølge Helsepersonelloven (1999) har helsepersonell en individuell plikt til å ivareta pasienters behov.

*Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003)* bidrar til å sikre at personer som mottar pleie og tjenester i henhold til Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine behov med respekt for selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskriften skal styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Den enkelte bruker skal få de tjenestene vedkommende har behov for uavhengig av bosted. Brukeren skal oppleve å bli respektert, tjenestene skal oppleves som forutsigbare og de skal føles trygge.

*Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003)* legger vekt på at brukere eller pasienter skal få tilfredsstillende grunnleggende behov. Akseptabel munnhygiene nevnes spesielt som et grunnleggende behov.

På bakgrunn av nevnte lover og forskrifter ser vi at både myndigheter, forstått som fylkeskommune og kommune, og enkeltindivider i kraft av å være helsepersonell, har ulike forpliktelser overfor eldre i sykehjem.

### **3.7.2 Etikk**

Etikk handler om hvordan vi som mennesker forholder oss til hverandre, og oppfatninger vi har om hva som er rett og galt. Disse oppfatningene er subjektive. Etikk er kort forklart teorien bak våre handlinger, og grunnlaget for etikken er vårt eget personlige ansvar (Lingås, 2008). I sammenheng med helse- og sosialfagarbeidere ligger hovedfokuset på den normative etikken. Den handler om å ta stilling til hva som er rett og galt, godt og ondt (Lingås, 2008). Et eksempel på normativ etikk er yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere. Innen helseprofesjonene finnes det fire viktige etiske prinsipper som danner kjernen i den medisinske etikken: Prinsippene om velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet.

## 4 Drøfting

I tannpleieryrket legges det vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid. Hovedformålet med dette er å ivareta god tannhelse i alle deler av befolkningen. Eldre i institusjon som naturlig nok er en del av befolkningen, har blant annet gjennom Tannhelsetjenesteloven (1984) rettigheter i forhold til å få hjelp med å ivareta oral helse. Det kan blant annet bidra til å redusere risikoen for alvorlige komplikasjoner i den generelle helsen, og fremme livskvalitet. Vår erfaring er at forståelse og holdninger kan påvirkes gjennom utdanning og kompetanseheving. Som følge av økt forståelse og holdningsendring, er det grunn til å tro at pasienters livskvalitet og verdighet vil være viktig å ha fokus på i pleie- og omsorgstjenestene. Dette vil igjen få betydning for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen til eldre i sykehjem. På bakgrunn av dette vil vi drøfte vår problemstilling med spesielt fokus på tre faktorer: Forståelse, holdninger og livskvalitet.

### 4.1 Utdanning og kompetanse

I følge studien til Wård et al. (2000) er oral helse i sykehjem for lite prioritert. En annen studie viser at sykepleiere ser på oral helse som en viktig del av god sykepleie, men at dette nødvendigvis ikke blir gjennomført i praksis (Wård et al., 2012). Konklusjonen i sistnevnte studie ble at tross positive holdninger til å ivareta den orale helsen hos eldre, er det rom for forbedringer når det gjelder kunnskap og praktisk gjennomføring. Det kan dermed tyde på at helsepersonell innehar for lite kompetanse.

Som nevnt tidligere har Samson et al. (2010), gjennomført en studie i Norge for å finne ut om de ulike helseutdanningene gir tilstrekkelig undervisning i oral helse, slik at studentene får god nok kompetanse innen temaet. Undersøkelsen inneholdt ulike spørsmål Samson et al. (2010) ønsket svar på: Hvor mye undervisning som ble gitt i oral helse, både teoretisk og praktisk, hvor stor del av pensumlitteraturen som inneholdt noe om oral helse, hvor mye av læreplanen som inneholdt temaet oral helse, utdanningsbakgrunnen til foreleserne, om skolene som deltok så på munnhygiene som viktig og om de mente den praktiske treningen i å gi munnstell var god nok. Resultatene fra undersøkelsen viser at sykepleierstudiet scorer høyest på de fleste variablene som ble undersøkt, spesielt når det gjelder undervisningstimer og praktisk trening i munnstell. Dernest kommer henholdsvis omsorgsarbeider, vernepleier og hjelpepleier. En relativt stor andel av skolene (128/174) har tre timer eller mer med undervisning i oral helse. Med tanke på pensumlitteratur, hevdes det at 93 % av den mest brukte læreboka på høgskolenivå omhandler oral helse. I videregående skole derimot

inneholdt to av de mest brukte bøkene henholdsvis 40 % og 50 % om dette temaet. Det kan altså se ut til at utdanningene på høgskolenivå også stiller sterkest når det gjelder pensumlitteratur. Det er oppgitt at kun en av bøkene som ble brukt, inneholdt noe om sammenhengen mellom oral og generell helse. Hvilken utdanning dette gjaldt, er ikke nevnt. Dette kan sees på som uheldig, og kan kanskje være en av årsakene til at spesielt helsepersonell med lavere utdanning ikke ser hvordan oral helse henger sammen med generell helse. I WHO arbeides det for å bedre den orale helsen hos eldre. I den sammenheng sier WHO at helseutdanningene må fokusere mer på at studentene lærer om sammenhengen mellom oral helse, generell helse og livskvalitet (Referert i Samson et al., 2010). Det er ikke nok at studentene blir gode i praktisk utførelse av munnstell (Samson et al., 2010). Kan dette være et positivt bidrag til å heve kompetansen blant helsepersonell, og dermed bedre sykehjemsbeboere sin orale helse? Studien hevder også at det er større sannsynlighet for at utdanningene på bachelornivå inkluderer oral helse som en større del av læreplanen enn utdanningene på videregående nivå. Når oral helse blir inkludert i læreplanen, kan det være grunn til å tro at temaet blir tatt mer på alvor. Kanskje er det viktig å få denne vinklingen av tema inn i læreplanen til alle skoler som utdanner helsepersonell? I studien vises det også til at 15 skoler som fikk spørsmål om å være med i undersøkelsen, ikke deltok av den grunn at oral helse ikke inngikk i læreplanen. Dette vil vi komme tilbake til.

Forelesernes utdanningsbakgrunn er også vurdert. 88 % av skolene brukte sykepleiere til å undervise i oral helse og munnstell, mens kun 31 % brukte tannhelsepersonell. Tannpleier- og tannlegeyrket er en profesjon på lik linje med sykepleieryrket (Helsepersonelloven, 1999). Av den grunn vil det være naturlig, på den ene siden, å tenke at tannhelsepersonell har mer kunnskap, og dermed bedre forutsetninger for å undervise i oral helse enn sykepleiere. I kraft av å være tannhelsepersonell kan foreleserne formidle sitt budskap på en måte som kanskje vekker større interesse, og påvirker forståelse og holdninger i sterkere grad enn det forelesere med sykepleierbakgrunn gjør. Det kan dermed være grunn til å tro at dette vil få positive ringvirkninger på sikt, og få betydning for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen til for eksempel eldre i sykehjem. På den andre siden har sykepleiere kanskje mer kunnskap og erfaring knyttet til eldre som pasienter, og hverdagen i de ulike institusjonene. Det gjør at de kan gjenspeile hverdagen som sykepleier for studentene på en annen måte enn hva tannhelsepersonell kan. Av undersøkelsen går det også frem at de skolene som brukte tannhelsepersonell til å undervise, oftest hadde flest undervisningstimer i oral helse (Samson et al., 2010). Kan det tenkes at tannhelsepersonell er mer grundig med

tanke på hva som er viktig å ha med i undervisningen? Kanskje samarbeid mellom sykepleiere og tannhelsepersonell i utdanningsforløpet, kan bidra til at oral helse sees som en viktig del av den totale helsen allerede under utdanningen? Det kan være grunn til i det minste å tenke tanken. Undersøkelsen kom også frem til at 91 % av skolene mente at undervisningen i oral helse var en viktig del av utdanningene. 54 % mente at undervisningen om temaet var bra nok, 39 % mente at undervisningen var bra nok til en viss grad, mens 7 % mente det ikke var bra i det hele tatt. Dette viser at forbedringspotensialet er relativt stort. På den ene siden konkluderer Samson et al. (2010) med at undervisningen som blir gitt i oral helse, både på høgskolenivå og i videregående skole, ikke er optimal. På den andre siden hevdes det at alle utdanningene skal gi tilstrekkelig kompetanse, slik at helsepersonell kan ivareta oral helse hos eldre i sykehjem på en tilfredsstillende måte. Det er derfor grunn til å spørre seg om utdanningene faktisk gir tilstrekkelig kunnskap i faget.

Som tidligere nevnt ble 15 skoler utelatt fra undersøkelsen av den grunn at oral helse ikke inngikk i læreplanen. Disse institusjonene utdannet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (Samson et al., 2010). Altså er det en del helsepersonell, i betydningen hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som ikke har fått opplæring i oral helse i utdanningssammenheng. Det bekrefter også våre erfaringer fra praksis. I forbindelse med en praksisperiode i sykehjem, hadde vi med oss et uhyøytidelig spørreskjema knyttet til kunnskap om oral helse hos eldre som helsepersonell svarte på. Resultatet viste at nettopp hjelpepleiere og omsorgsarbeidere var blant dem med minst kunnskap, og som sterkest ønsket mer opplæring. Sannsynligheten er derfor stor for at denne gruppen helsepersonell har forholdsvis liten forutsetning for å forstå sammenhengen mellom aldring, oral helse og generell helse. Til tross for at sykehjemsinstitusjoner samarbeider med Den offentlige tannhelsetjenesten i arbeidet med å ivareta beboernes orale helse, er daglig tannstell et sykepleieansvar i den enkelte institusjon (Fjæra et al., 2010). I praksis har vi også sett at det ofte er de med lavere utdanning som har ansvar for morgen- og kveldsstell. Sykepleiere har oftere ansvar for oppgaver som krever mer kompetanse, for eksempel sårstell og utdeling av medisiner. På den ene siden er det viktig at helsepersonell i ledende stillinger sørger for at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse knyttet til sine arbeidsoppgaver. På den andre siden er det viktig at Den offentlige tannhelsetjenesten gjør sin del av jobben. Den består i å gi eldre på sykehjem god forebyggende og helsefremmende behandling, samt nødvendig tannbehandling (Tannhelsetjenesteloven, 1984).



---

Årsakene til at den orale helsen hos eldre på sykehjem blir neglisjert kan være flere og sammensatte. For det første spiller utnyttelsen av allerede eksisterende kunnskap en viktig rolle. Til tross for at studien til Samson et al. (2010) viser at utdanningene gir god nok basiskunnskap, kan det på den ene siden virke som om helsepersonell ikke alltid klarer å anvende teori i praksis. Det synes å være sprik mellom kompetanse og praktisk gjennomføring av munnstell (Forsell et al., 2011). På den andre siden er det ikke alltid helsepersonell ser sammenhengen mellom generell og oral helse, og hvordan dette kan påvirke de eldre (Samson et al., 2010). Kan det forstås på den måten at utdanningene kanskje ikke legger vekt på sammenhengen mellom oral og generell helse, men underviser i dette hver for seg? Forskning antyder at det i liten utstrekning finnes lærebøker hvor denne sammenhengen vektlegges (Samson et al., 2010). Hvis studentene ikke forstår at dårlig oral helse kan føre til alvorlige komplikasjoner, ser de kanskje heller ikke viktigheten av å ivareta en god oral hygiene hos pasienter i sykehjem. Her har utdanningsinstitusjonene et ansvar. I løpet av studiet har vi brukt mye tid på å søke etter forskningsartikler som kan gi oss svar på problemstillinger i forbindelse med oppgaveskriving. I den sammenheng har vi funnet forholdsvis mange artikler knyttet til eldre og aspirasjonspneumoni. At ekstremt dårlig munnhygiene kan påvirke den generelle helsen, er viktig å forstå for å forhindre sykdom og ytterligere forringet generell helse hos eldre. Andre ytre faktorer kan også spille inn. Det kan på den ene siden være mangel på rutiner. Wårdh et al. (2000) hevder at helsepersonell som jobber på dagtid har mindre kunnskap om tannhelse enn de som jobber på kveld og natt. Grunnen er at tannstell stort sett skjer på kveldstid. Mangel på kommunikasjon dem i mellom kan bidra til at de ansatte blir lite samkjørte, og at dette igjen har betydning for hvilke rutiner som blir fulgt. På den andre siden kan liten tid og utfordringer knyttet til samarbeid med ledelse og kollegaer, være en medvirkende årsak til at tannhelsen ikke blir ivaretatt godt nok.

Mangel på tid hører vi ofte som en grunn til at tannhelsen ikke blir prioritert. Forskning på området viser paradoksalt nok at det ikke først og fremst handler om mangel på tid (Forsell et al., 2011). Erfaringer fra praksis i sykehjem kan understreke dette ytterligere. Etter at morgenstell og frokost var unnagjort, var det tid nok til å utføre tannstell. Vi opplevde at helsepersonell oppfattet dette som en typisk morgen- eller kveldsrutine, og ikke benyttet for eksempel ledig tid midt på dagen til å ivareta oral helse. I den sammenheng snakket vi om at det er bedre å pusse en gang i døgnet enn ingen ganger. I tillegg var det viktig for oss å få frem at fluor må tilføres tennene to ganger daglig, for å forebygge optimalt mot karies.

---

Fluortabletter vil da være et godt supplement. Kan holdninger spille en viktig rolle i denne sammenheng, og kan utdanning og kompetanse påvirke helsepersonells holdninger? Dette vil vi komme tilbake til.

I en studie blir det også pekt på at hvorvidt helsepersonell er fast ansatt eller ikke, kan ha betydning for kompetansenivået (Wårdh et al., 2012). Til tross for at opplæring er et lederansvar i den enkelte institusjon, hevdes det at dette ikke blir gitt til midlertidige ansatte i særlig utstrekning. De kommer kanskje inn i et fra før presset arbeidsmiljø. Det kan være vanskelig for en midlertidig ansatt å skaffe seg oversikt over arbeidsoppgaver og hva som er viktig å prioritere. De blir dermed prisgitt kollegers erfaringer og kompetanse i forhold til å ivareta de eldre sine behov. I institusjoner som har mange midlertidig ansatte kan dette bli et problem, og føre til at tannhelse ikke blir prioritert. Som midlertidig ansatt kan det også være utfordrende å bryte innarbeidede rutiner, til tross for at nye tiltak kan ha positiv effekt.

#### **4.2 Forståelse**

Kan forståelse basert på kompetanse ha betydning for hvordan oral helse blir tatt vare på? Hvilken betydning har helsepersonells holdninger i denne sammenheng? En del av vår teoridel omhandler aldring og hvordan dette kan sees i sammenheng med oral helse. Vi har også forsøkt å få frem at tannhelse kan bli en utfordring når eldre blir syke, og ikke klarer å ta vare på seg selv, og hva som er viktig å vite noe om i den sammenheng. Wårdh et al. (2012) peker på at omtrent halvparten av helsepersonell i sykehjem er av den oppfatning at tap av tenner er en naturlig del av aldringsprosessen, og at helsepersonell også forventer at pasientene gir beskjed når de ønsker hjelp til tannstell. Hvilke konsekvenser kan denne type forståelse få? Kanskje kan dette være en unnskyldning for ikke å ta vare på tannhelsen til for eksempel eldre som nekter å samarbeide. Som følge av en slik forståelse, kan helsepersonell også se på prioritering av å ivareta oral helse som meningsløst, og føre til at andre oppgaver går foran. Er helsepersonell av den oppfatning at tannhelse er noe som bare berører yngre mennesker?

I studien til Wårdh et al. (2012) svarer 89 % av de spurte at det å ivareta oral helse er en del av god sykepleie. I tillegg svarte et stort flertall av skolene som deltok i undersøkelsen til Samson et al. (2010) at oral helse var en viktig del av utdanningsprogrammet. Nesten halvparten mente imidlertid i varierende grad at undervisningen i emnet ikke var god nok. Kan dette påvirke helsepersonells forståelse for at det finnes en sammenheng mellom oral og

generell helse? I teorien har vi blant annet nevnt orale utfordringer hos eldre som munntørrehet og karies. Grunnen er at disse faktorene kan få alvorlige konsekvenser for eldre sin orale helse (Wyller, 2011). I ytterste konsekvens kan det også ramme den generelle helsen. Vår erfaring fra praksis er at terskelen for å få sykehjems plass er høy, og eldre i sykehjem har ofte stort behov for pleie. Mange har en eller flere sykdommer og står på flere typer legemidler. Munntørrehet er dermed en risikofaktor for mange. Tilstrekkelig kunnskap om dette er viktig i det forebyggende arbeidet. Forebygging kan handle om enkle tiltak som et glass vann på nattbordet, sukkerfrie drops, saliva-gel, spyttstimulerende tabletter eller fuktighetsgivende olje på lepper og munnslimhinner (Fjæra et al., 2010). Som følge av munntørrehet øker også risikoen for karies (Wyller, 2011). På den ene siden peker forskning på at forståelsen blant helsepersonell er relativt god med tanke på bruk av fluor og fluorens virkningsmekanismer, og for at bakterier og sukker er en uheldig kombinasjon i forhold til karies (Wårdh et al., 2012). På den andre siden har vi erfart at det ikke alltid er sammenheng mellom teori og praksis. Denne forståelsen bør komme til uttrykk, for eksempel ved at helsepersonell forstår at vann som tørstedrikk bør velges fremfor saft, begrense mellommåltider eller ved at fluortabletter er et viktig og nyttig supplement i tillegg til tannkrem. En spesiell hendelse i praksis kan illustrere dette. Helsepersonell ved en avdeling ønsket at vi skulle pusse tenner på en pasient med langt fremskreden demens. Pasienten hadde sine egne tenner, i utgangspunktet en veldig god tannstatus, men tydelig gingivitt som følge av mangel på tannpuss. Påførende ønsket at helsepersonell skulle bruke elektrisk tannbørste, men pasienten hadde liten erfaring med dette fra tidligere og var redd. De ansatte syntes dette var vanskelig. Vi ble spurt om vi ville prøve å få til tannpuss, og valgte vanlig tannbørste, noe pasienten responderte godt på og var svært fornøyd med å få ren munn. Det første som skjedde etter tannpuss, var at de ansatte serverte pasienten saft og kake. Vi snakket om det i ettertid. Vi prøvde å få frem det orale aspektet ved hendelsen, og hvilke råd tannpleier gir til ulike pasientgrupper i Den offentlige tannhelsetjenesten: Vann istedenfor saft, viktigheten av at fluor får virke over lengre tid, og at sukkerholdige mellommåltider bør begrenses.

I motsetning til god forståelse for bruk av fluor, og at bakterier og sukker er en risikofaktor for karies, viser forskning at helsepersonell mangler kunnskap om gingivitt. Dette gjelder både årsakssammenhenger og forebyggende tiltak. Hvis de opplevde at en pasient hadde blødende tannkjøtt, lot flertallet være å pusse i frykt for å forårsake ytterligere sykdom og skade (Wårdh et al., 2012). Vi har sett at sykepleierutdanningen er den utdanningen som best

inkluderer oral helse i sitt utdanningsprogram. Altså vil det si at sykepleiere bør vite noe om kroppens svar på infeksjoner. De ulike kardinaltegnene som rubor, tumor, dolor og calor bør være kjent. Disse gjelder også for munnhulen. Til tross for at helseutdanningene skal gi tilstrekkelig kompetanse i oral helse: Kan det også her tyde på at helsepersonell ikke ser sammenheng mellom munn og kropp?

Stadig flere eldre beholder sine egne tenner, men det er fortsatt noen som bruker proteser. Kunnskap om hvorvidt den enkelte beboer har proteser eller egne tenner, er også viktig med tanke på å ivareta tannhelsen. Proteser i kombinasjon med dårlig renhold kan på den ene siden forårsake soppinfeksjon i munnhulen. Kunnskap om enkle tiltak som regelmessig rengjøring av protesene samt inspeksjon av slimhinner, kan på den andre siden forhindre soppinfeksjon (Øilo & Bakken, 2012).

### **4.3 Holdninger**

Vi har hittil sett på hvilken betydning utdanning og kompetanse om oral helse har for forståelsen til helsepersonell i sykehjem. Vi har erfart at også holdninger kan utgjøre en forskjell med tanke på helheten i pleie- og omsorgstjenestene. Det er grunn til å tro at helsepersonell med grunnleggende positive holdninger, vil lykkes bedre i arbeidet med å utføre munn- og tannstell hos eldre. Holdninger kan skapes gjennom utdanning og økt kompetanse. Dette kan vi belyse gjennom et samarbeidsprosjekt tannpleierstudentene hadde med sykepleierstudentene ved høgskolen vi studerer ved. I forkant av sykepleierstudentenes første praksisperiode som skulle foregå i sykehjem, hadde vi et undervisningsopplegg for dem knyttet til oral helse og eldre. Deretter deltok vi på sykepleierstudentenes øvingsklinikk. To og to studenter skulle foreta tannstell på hverandre. Den ene studenten skulle pusse på den andre som spilte syk, og var sengeliggende. Vår oppgave var å observere, samt bistå studentene med råd om hvordan best mulig gjennomføre munn- og tannstell på sengeliggende pasienter. Vi opplevde at sykepleierstudentene fikk en ny forståelse for temaet oral helse. Hensikten med samarbeidsprosjektet var å bevisstgjøre studentene, og skape positive holdninger i forhold til tannhelsen hos eldre.

Atferd og holdninger hos ledelsen på en arbeidsplass kan også påvirke helsepersonells holdninger, og ha stor betydning for arbeidsplassen som helhet. Har ledelsen gode holdninger og mener oral helse er en viktig prioriteringssak, kan dette mest sannsynlig smitte over på de ansatte som har ansvar for daglig stell. Forsell et al. (2011) peker på at ulike

---

holdninger og oppfatninger om oral helse ofte forårsaker et sprik mellom kunnskap og atferd. Dette kan forklare hvorfor helsepersonell kan unnlate å utføre utfordrende og upopulære oppgaver, som for eksempel munn- og tannstell til tross for at de vet behovet er til stede.

Går vi tilbake til kapittelet om holdninger tidligere i oppgaven, ser vi at 60 % av sykepleierne som deltok i studien, mente at tannpuss var en av de vanskeligste oppgavene å utføre (Wårdh et al., 2012). En av årsakene, og den årsaken som oftest ble pekt på i denne sammenheng, var pasienter som nektet å samarbeide. Helsepersonell kan la være å utføre tannstell, da dette fort kan skape unødig uro hos beboere som ikke samarbeider. Her ser en kompetanseheving ut til å ha positiv effekt. Etter endt opplæring mente mange at manglende samarbeidsvilje fra pasientene opplevdes som mindre utfordrende (Forsell et al., 2011). Noen sitter også med en vegring mot å pusse andre sine tenner. Her kan vi spørre: Har dette oppstått som følge av holdninger? På den ene siden kan det oppfattes som en negativ holdning. Helsepersonell burde sette sine egne ”behov” og følelser til side, for å gjøre det som er til det beste for beboerne. Gode holdninger gjenspeiler seg i interessen for å ville det beste for beboerne. Det beste for beboerne i en slik sammenheng er vel at den orale helsen blir tatt vare på? På den andre siden hevdes det at ubehaget mange føler ved å pusse andre sine tenner, handler om usikkerhet knyttet til ansvar og pasientenes behov og krav (Forsell et al., 2011). Det kan synes som holdninger påvirkes av både indre og ytre faktorer. På den ene siden kan de avstå fra å hjelpe, fordi å hjelpe andre med tannpuss fremstår som avskyelig og ekkelt. Mange opplevde også at munn- og tannstell lett kunne komme i konflikt med pasienters integritet (Wårdh et al., 2000). På den andre siden kan manglende rutiner og kompetanse føre til at pleieren ikke vet hvilke behov de ulike beboerne har i forhold til munn- og tannstell. Et nærmere samarbeid med tannpleier kan derfor være et tiltak som bidrar til både bedre rutiner, og økt kompetanse blant pleiepersonellet på sykehjemmet. Kanskje kan et slikt samarbeid også bidra til en holdningsendring blant de ansatte? Det kan også være grunn til å tro at tettere oppfølging kan føre til at helsepersonell opplever kontakten med tannhelsetjenesten mer strukturert, og at råd fra tannpleier blir enklere å gjennomføre. Nettopp dette med lite struktur i forhold til kontakten med tannhelsetjenesten, ble pekt på som en utfordring for helsepersonell i arbeidet med oral helse i sykehjem (Wårdh et al., 2000).

Vi kan også sette spørsmålstegn ved hvor de eventuelle negative holdningene hos helsepersonell stammer fra. Er det holdninger de har fra før, eller holdninger som forsterkes ytterligere under utdanning? Bidrar miljøet på den enkelte arbeidsplass til å forsterke denne type holdninger? Om det skyldes utdanning, kan det ha noe med utilstrekkelig kunnskap å gjøre? Spørsmålet videre da er på den ene siden om utdanningen gir for lite kompetanse i faget, eller på den andre siden om det er studentene som av ulike grunner ikke tilegner seg læring. I studien til Wårdh et al. (2000) sier helsepersonell at kompetansen innen oral helse ikke er særlig tilfredsstillende. Mange hevder at grunnen til det er at de var unge og uerfarne når de utdannet seg, og ikke så nødvendigheten av all pensumlitteratur. Det har resultert i at de ikke så på oral helse som viktig, og har heller ikke hatt spesielt fokus på dette som yrkesaktive. Noen få har tatt videreutdanning i voksen alder, og mener de er mer opptatt av å ta vare på tannhelsen til pasienter nå enn før (Wårdh et al., 2000). Er det grunn til å tro at både utdanningsprogrammets innhold og fokus, og studentenes holdninger til temaet, kan spille inn? Bør utdanningene også fokusere mer på bevisstgjøring i forhold til for eksempel oral helse? På denne måten kan kanskje fremtidens helsepersonell opparbeide seg positive holdninger allerede gjennom studiet.

#### **4.4 Livskvalitet**

Studien til Wårdh et al. (2012) undersøker helsepersonells holdninger og kunnskap knyttet til å ta vare på tannhelsen til eldre i sykehjem. Den viser at 89 % av de spurte gikk regelmessig til tannpleier eller tannlege for kontroll. Det kan derfor tyde på at flertallet av dagens helsepersonell er opptatt av å få ivaretatt sin egen orale helse. Betyr det det samme som at helsepersonell med ansvar for eldre pleietrengende lett kan sette seg inn i pasientenes situasjon? Kan de enkelt forstå at for eksempel tannpuss om kvelden gir følelse av velvære? I arbeidet med å få til en holdningsendring, viser forskning at fokus bør rettes mer inn mot nettopp livskvalitet og det sosiale aspektet ved å ha en frisk munn (Forsell et al., 2011). Det blir mer og mer vanlig å relatere livskvalitet til helse. WHO definerer helse som: "En tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser" (Regjeringen, 2014). Altså inngår livskvalitet som en viktig del av å ha god helse. Livskvalitet oppleves ulikt fra person til person. Det kan forklares ved at for eksempel mennesker med til dels store plager kan oppgi at de har tilfredsstillende livskvalitet, mens andre uten plager (objektivt sett) kan oppgi at deres livskvalitet er lite tilfredsstillende (Åstrøm & Berg, 2000). For å se sammenhenger, er det viktig at helsepersonell lærer noe om livskvalitet i utdanningsammenheng. Ved å tilegne seg kunnskap og forståelse for

---

livskvalitet gjennom utdanningen, er det kanskje lettere også for nyutdannede å vurdere hva som kan bidra til å øke denne hos beboere i sykehjem. Det er grunn til å tro at helsepersonell med lang erfaring, har mer kompetanse om hvordan livskvalitet hos eldre pleietrengende kan opprettholdes eller ytterligere høynes enn nyutdannede. I den sammenheng vil det for det første være viktig at helsepersonell med erfaring deler sin kunnskap med uerfarne og nyutdannede. For det andre er det viktig at nyansatte bruker kollegers kunnskap og erfaring for egen læring, og tar imot råd fra dem. Dette kan være viktige faktorer for å heve kompetansen til helsepersonell.

Også erfaringer fra praksis tilsier at dette med livskvalitet er noe helsepersonell forstår og kan identifisere seg med. I løpet av praksisperiodene i Den offentlige tannhelsetjenesten, gjennomførte vi flere undervisningsopplegg for helsepersonell ansatt i sykehjem. Dette var ment som et helsefremmende og helseforebyggende tiltak med tanke på å bedre den orale helsen til eldre pleietrengende. Vi valgte å fokusere på de eldres livskvalitet, og brukte ofte munntørrhet som eksempel. Vi ønsket å få frem hvordan helsepersonell kan avdekke dette gjennom blant annet å stille pasientene enkle spørsmål: ”Føler du deg oftest tørr eller våt i munnen?” ”Føles munnen tørr når du spiser?” ”Har du problemer med å svelge maten?” Vi opplevde at helsepersonell ble mer bevisste på at livskvalitet også kan knyttes til oral helse. På den ene siden ser vi at god mat og drikke er en viktig del av god livskvalitet for mange. I tillegg vet vi at riktig og tilstrekkelig ernæring betyr mye for den generelle helsen til eldre. Underernæring og dehydrering kan få alvorlige konsekvenser. På den andre siden kan god oral helse også bety mye for graden av sosialt fellesskap og samvær med andre. Vond lukt og dårlig tannstatus kan i verste fall føre til isolasjon og ensomhet, noe som igjen gir dårlig livskvalitet. Mange kan oppleve en ustelt munn og dårlig tannstatus som nedverdiggende i sosiale sammenhenger. Gjennom å yte litt ekstra i tillegg til det som blir dem pålagt, kan helsepersonell kanskje bidra til å styrke eldres livskvalitet og verdighet. Økt fokus på livskvalitet, sett i et odontologisk perspektiv, kan få betydning for hvordan helsepersonell tar vare på eldre sin tannhelse i sykehjem.

I tillegg til at utdanningene skal sikre god nok undervisning om oral helse og sykdom, peker forskning på at studentene også bør lære mer om kommunikasjon og samarbeid, for å kunne hjelpe pasienter på en god måte. Det hevdes at dette bør inngå som en større del av utdanningsprogrammet for sykepleiere (Sjögren et al., 2010). Ved å fokusere mer på kompetanse innen kommunikasjon og samarbeid i utdanningsforløpet kan dette også føre til

at helsepersonell, for det første blir mer bevisste på å se den enkelte pasient. For det andre er det grunn til å tro at gjennom å se den enkelte, kan helsepersonell bli mer interessert i å tilegne seg tilstrekkelig kompetanse om for eksempel tannhelse. Det igjen gjør dem bedre i stand til å imøtekomme de eldre sine behov, og dermed fremme livskvalitet og verdighet. Med tanke på livskvalitet relatert til oral helse, viser forskning at de som beholder egne tenner inn i alderdommen, oppgir å ha bedre livskvalitet enn eldre uten egne tenner eller med proteser (Fjæra et al., 2010). Ved å sørge for at eldre i institusjon får ivaretatt oral helse, vil livskvaliteten høynes på flere måter. De eldre unngår kanskje smerter og ubehag i munnhulen, og det sosiale aspektet ved å ha en frisk munn blir tatt hensyn til.

Gjennom tannpleierstudiet har vi arbeidet mye med etikk og hvordan etikken berører tannpleieryrket. I helseprofesjonene er det særlig fire etiske prinsipper som står sentralt: Prinsippet om velgjørighet/ikke skade, prinsippet om autonomi og prinsippet om rettferdighet (Wifstad, 2013). I tilknytning til denne fordypningsoppgaven, er det naturlig å fremheve velgjørighet- og autonomiprinsippet. Siden etiske prinsipper står sterkt i de ulike helseprofesjonene tolker vi det dithen at helsepersonell i sykehjem, spesielt sykepleiere, har god kunnskap om dette. Prinsippet om velgjørighet innebærer et ønske om å gjøre det som er til det beste for pasientene, og ville dem vel (Wifstad, 2013). I vårt tilfelle kan det å ville en pasient vel, handle om å gi vedkommende et pleie- og omsorgstilbud som dekker grunnleggende behov. Basert på empiri og forskningsresultater kan man spørre seg om ikke det å ta vare på tannhelsen er et grunnleggende behov. I flere tilfeller har vi sett at velgjørhetsprinsippet lett kan komme i konflikt med prinsippet om autonomi. Autonomi betyr selvbestemmelsesrett (Lingås, 2008). Hvis pasientene motsetter seg munnstell, kan det bli vanskelig for helsepersonell å oppfylle begge disse prinsippene samtidig. Dersom helsepersonell lar være å utføre munnstell som følge av pasienter som nekter å samarbeide, beholder pasienten sin autonomi mens velgjørhetsprinsippet brytes. Kan helsepersonells holdninger til tannhelse hos eldre i sykehjem styres av disse prinsippene? Kanskje er de mer opptatt av å ivareta pasientenes autonomi enn å ivareta velgjørhetsprinsippet. På den måten kan de føle at de slipper lettere unna med vanskelige oppgaver, eller de kan rett og slett velge å overse pasientenes behov. De velger altså å la være å ta stilling til etiske spørsmål. I så fall kan dette påvirke eldre sin totale helse, og i verste fall føre til alvorlige konsekvenser.



---

De som mottar pleie- og omsorgstjenester etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, skal gjennom *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene* (2003) få ivarett sine behov med respekt for menneskets autonomi, egenverd og livsførsel. Altså skal helsepersonell ikke bare sørge for at pleietrengende til enhver tid får dekket sine behov. Det skal også gjøres på en måte som kan ha betydning for den enkeltes livskvalitet. Med tanke på tannhelse, er det ikke alltid at eldre ser behovet for å prioritere dette. Dersom pasienter motsetter seg munnstell, er det grunn til å tro at helsepersonell søker andre løsninger for eventuelt å bedre situasjonen. Det kan for eksempel være tiltak som å finne et annet tidspunkt for tannpuss enn morgen eller kveld. Kanskje vil det være enklere å få til tannpuss et annet tidspunkt på dagen? Her vil det være viktig å se den enkelte pasient og vurdere individuelle behov. Helsepersonell kan også benytte seg av pårørende i tilfeller hvor dette er mulig. Kanskje kan pårørende som står pasienten nær, få vedkommende til å forstå viktigheten av daglig munnstell. *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene* (2003) peker på at brukere skal få tilfredsstilt grunnleggende behov. Her nevnes spesielt akseptabel munnhygiene. Forskning vi har brukt i forbindelse med vår fordypningsoppgave, sier at oral helse i sykehjem ikke er godt nok ivarett (Wårdh et al., 2000). Det er viktig at helsepersonell, i tillegg til jevnlig samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten, har grunnleggende forståelse for hva myndighetene faktisk pålegger dem av ulike krav. Det er også viktig at helseutdanningene vektlegger dette, slik at nyutdannede er oppmerksomme på lover og forskrifter som til enhver tid gjelder. På den ene siden bør sykepleiere med kompetanse i oral helse vite at havarete tannsett gir tilleggsbelastninger, som mennesker i livets slutfase ikke skal behøve å ha. På den andre siden har god oral helse betydning for livskvalitet og verdighet. Det å ivareta enkeltmenneskers verdighet betyr mye i alle faser av livet. Vår oppfatning er at livskvalitet er en viktig faktor å vurdere når beslutninger som berører etikk og etiske verdier skal fattes.

## 5 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at utdanning og kompetanse kan ha stor betydning for hvordan tannhelsen til eldre i sykehjem blir ivaretatt. Artikkene vi har brukt for å finne svar på problemstillingen, peker på at nettopp manglende kunnskap er en av årsakene til at oral helse i sykehjem ikke ivaretas godt nok. Vi ønsket derfor å se nærmere på om den stadige nedprioriteringen av tannhelsen skyldtes for dårlig opplæring i utdanningsforløpet. Vi fant at den utdanningen med størst fokus på oral helse er sykepleierutdanningen. Til tross for at sykepleierstudiet kom best ut, hevdes det at alle helseutdanningene, både på høghskolenivå og videregående nivå, gir tilstrekkelig kompetanse i oral helse. Vi tolker det dithen at basert på utdanning, bør helsepersonell ha grunnleggende forståelse for at munn og kropp henger sammen, og forståelse for at enkle tiltak kan bidra til god tannhelse. Vår erfaring tilsier at helsepersonell med bachelorutdanning likevel har mer kunnskap om oral helse enn de med yrkesfaglig utdanningsbakgrunn. Det er også et faktum at en del helsepersonell etterlyser bedre opplæring og jevnlig oppfølging fra tannhelsetjenesten, for å sikre at munn- og tannstell inngår i daglig stell. Helsepersonell hevder også i varierende grad at kunnskapen de har om oral helse ikke er optimal. Her vil tannpleier være en viktig ressurs i forhold til kontinuerlig oppfølging av både pasienter og helsepersonell. Et nærmere samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten for å oppdatere seg på kunnskap, men også å skape ny forståelse, og derigjennom økt kompetanse, vil være et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Uansett utdanning mener vi det er viktig at helsepersonell tar med seg lært kunnskap ut i yrkeslivet, og utøver den pleie og omsorg de er kvalifisert for. På den måten kan eldre i sykehjem få opprettholdt god oral helse også i livets slutfase, noe som betyr mye for livskvaliteten. Vi håper at fokuset på oral helse i sykehjem blir mer synlig i fremtiden, og at kunnskapen studentene tilegner seg gjennom ulike helseutdanninger gjenspeiler seg i frisk munnhule og tenner blant eldre i sykehjem.

## 6 Litteraturliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Fjæra, B., Willumsen, T. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 5(2), 100-108. Lokalisert på <http://sykepleien.no>

\*Forsell, M., Sjöberg, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(3), 199-203.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x>

Hansson, B. O. & Ericson, D. (2008). *Karies – sjukdom och hål*. Stockholm: Gothia Förlag.

Helsedirektoratet (2013). *Helsefagarbeidernes utdanning*. Lokalisert på <http://sites.helsedirektoratet.no/sites/helsefagarbeider/utdanning/Sider/default.aspx>

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

Høgskolen i Hedmark (s.a.). *Bachelor i sykepleie*. Lokalisert på <http://www.hihm.no/utdanning/studietilbud/helse-og-idrett/bachelor-i-sykepleie#kortomstudiet>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. & Johansson, O. (2010). Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1273-1279. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x>

Kunnskapsdepartementet. (2015). *Sykepleier*. Lokalisert 6. April 2015, på <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier>

---

Kunnskapsdepartementet. (2015). *Vernepleier*. Lokalisert 6. April 2015, på <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, FOR-2003-06-27-792.

\*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)

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Ranhoff, A. H. (2005). *GODT LIV. Helsehåndbok for eldre*. Kristiansund: Kom forlag as.

Regjeringen. (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Lokalisert 12. Mai 2015, på <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

\*Samson, H., Iversen, M. M. & Strand, G. V. (2010). Oral care training in the basic education of care professionals. *The Gerodontology Society*, 27(2), 121-128. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00304.x>

\*Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst B. & Forsell, M. (2009). Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 345-349. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05181.x>

\*Strand, G. (2006). Bedre helse med en sunn munn. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (2. utg., s. 289-294). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Strand, G. V. (2011). 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>

\*Strand, G. V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å. & Stenerud, G. (2005). 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>

---

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. (2014).

Verdens helseorganisasjon. (2012). *Oral health*. [Fact sheet N 318]. Lokalisert 12. Mai 2015, på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

\*Wahl, A., Rustøen, T. & Hanestad, B. R. (2000). Livskvalitetsforskning. *Vård i Norden*, 20(1), 36-41. <http://dx.doi.org/10.1177/010740830002000108>

Widenheim, J., Renvert, S. & Birkhed, D. (1997). *Förebyggande tandvård*. Stockholm: Gothia Förlag.

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

\*Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Wårdh, I., Hallberg, L. R.-M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care – A Low Priority in Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 137-142. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf199d32-59f9-43e3-a448-00667ef11513%40sessionmgr113&vid=1&hid=123>

\*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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

\*Øilo, M. & Bakken, V. (2012). Biofilmdannelse på orale proteser. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 122(5), 346-351. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/asset/2012/P12-05-346-51.pdf>

\*Åstrøm, A. N. & Berg, E. (2010). Påvirker tannstatus livskvaliteten? *Aktuel Nordisk Odontologi*, 36(1), 219-230. [http://aktuel-nordisk-odontologi.munks.gyldendal-uddannelse.dk/fileadmin/filer/ubeskyttede\\_filer/2011/15\\_Paavirker\\_tannstatus\\_livskvaliteten\\_.pdf](http://aktuel-nordisk-odontologi.munks.gyldendal-uddannelse.dk/fileadmin/filer/ubeskyttede_filer/2011/15_Paavirker_tannstatus_livskvaliteten_.pdf)

## Vedlegg 1

<b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b>  <b>Kunnskap – En viktig faktor for hvordan oral helse blir ivaretatt hos eldre pleietrengende?</b>			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>  Hvilken betydning har utdanning og kompetanse innen oral helse, for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen hos eldre i sykehjem?			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>  <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>  <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
Aged  Eldre  Geriatric nursing  Nursing homes  Biologisk og psykologisk aldring	Munnstell  Oral care  Healt care  Dental care  Dental hygiene	Nursing staff  Knowledge  Education	Oral helse  Oral health  Quality of life