

*Rutiner rundt oral helse og munnstell på
langtidssykehjem i Oslo*

Anne Thea Tveit Sødal og My Tien Diep



Masteroppgave

UNIVERSITETET I OSLO

2016

Veiledere: Lene Hystad Hove og Rasa Skudutyte-Rysstad

Biveileder: Eva Fetscher

Forord

Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke alle som har bidratt i masteroppgaven vår. En spesielt stor takk rettes mot våre trofaste veiledere Lene Hystad Hove og Rasa Skudutyte-Rysstad for samarbeidet under planlegging og gjennomføring av vårt masteroppgavearbeid. Vi vil også takke biveileder Eva Fetscher for god hjelp med Studie 2. Videre vil vi takke Anne Jesperud Kittelsen og Torunn Wibe ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune for hjelp til utforming og gjennomføring av spørreundersøkelsen, samt gjennomføring av sykehjemsbesøkene. Vi setter også stor pris på innspillene vi fikk til spørreundersøkelsen fra klinisk ernæringsfysiolog Evy Szász Nergård ved Sykehjemsetaten ved Oslo kommune. Takk til Hedda Birgitte Tveit Sødal for korrekturlesning. Sist, men ikke minst, vil vi takke alle sykehjemslederne som deltok i spørreundersøkelsen, samt sykehjemmene som tok oss så godt imot for observasjon av munnstell og intervjuer. En spesiell takk til pleierne vi fulgte ved sykehjemsbesøkene.

Innholdsfortegnelse

1	Oral helse på sykehjem – masteroppgaveintroduksjon	1
2	Studie 1. Rutiner rundt oral helse og munnstell på sykehjem: En spørreundersøkelse blant ledere for langtidssykehjem i Oslo	3
2.1	Introduksjon	3
2.2	Material og metode	5
2.3	Resultater	6
2.4	Diskusjon	10
2.5	Konklusjon	13
3	Studie 2. En kvalitativ studie av munnstell på sykehjem	15
3.1	Introduksjon	15
3.2	Material og metode	16
3.3	Resultater	17
3.4	Diskusjon	19
3.5	Konklusjon	23
4	Oral helse på sykehjem – oppsummering og konklusjon av masteroppgave	24
	Litteraturliste	27
	Vedlegg	29
4.1	Vedlegg 1: Spørreskjema til ledere på sykehjem	29
4.2	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til ledere på sykehjem	35
4.3	Vedlegg 3: Observasjonsparametre	36
4.4	Vedlegg 4: Intervjuspørsmål	38

1 Oral helse på sykehjem – masteroppgaveintroduksjon

Fra år 2025 forventes det i Norge en årlig økning på 6-7% i antall personer over 80 år (1). Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester økte med nesten 8% i perioden 2007 til 2013. Blant beboere med langtidsopphold på institusjon har fire av fem omfattende bistandsbehov. I tillegg økte andelen beboere med omfattende bistandsbehov med 12 prosentpoeng i perioden 2007-2013 (2). Denne økningen krever en økt bemanning i pleie- og omsorgstjenesten, og det offentlige står derfor overfor en stor utfordring i eldreomsorgen i tiden fremover. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting §3 står det at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes blant annet nødvendig tannbehandling og ivarettatt munnhygiene (3).

Tannstatus hos eldre har endret seg de siste tiår. Andelen tannløse på sykehjem i Norge har sunket fra 71% i 1988 til 43% i 2004 (4). Samtidig har antall beboere med periodontale lommer på over 4 mm og beboere med karies økt betraktelig i løpet av 16 års-perioden (4). Det daglige munnetilstanden har stor innvirkning på den orale helsen (5, 6), og økningen i andelen sykehjemsbeboere med egne tenner vil føre til behov for et økt fokus på oral hygiene og oppfølging. Dette kan skape behov for endringer av prosedyrer i oral hygiene både i hjemmesykepleien og på sykehjem.

Det finnes lite kunnskap om rutiner og prosedyrer rundt munnetilstand på sykehjem i Norge. I en undersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet rapporterte 63% av sykehjemmene at de hadde individuelle rutiner for beboernes tann- og munnetilstand, men det ble ikke kartlagt hva disse prosedyrene gikk ut på eller hvordan de ble fulgt opp i praksis (7). Formålene med denne masteroppgaven var derfor å kartlegge rutiner rundt munnetilstand på sykehjem fra ledelsens perspektiv (Studie 1) og beskrive utførelsen av munnetilstanden for sykehjemsbeboere i praksis (Studie 2).

I Studie 1 ble det utarbeidet en spørreundersøkelse som ble sendt til ledere på sykehjem med spørsmål om rutiner rundt oral helse. Hensikten var å kartlegge rutiner rundt oral helse på sykehjemmet. For å få et inntrykk av hvordan rutinene blir fulgt opp i praksis, ønsket vi i tillegg å gjøre en observasjonsstudie (Studie 2). Denne studien bestod i å observere morgenstell på utvalgte beboere på 4 sykehjem, med hovedfokus på munnetilstand (del 1), samt

intervju av pleierne som utførte stellet (del 2). Det ble benyttet et kvalitativt studiedesign, hvor vi beskrev observasjonene vi gjorde og svarene vi fikk på intervjuene.

2 Studie 1. Rutiner rundt oral helse og munnstell på sykehjem: En spørreundersøkelse blant ledere for langtidssykehjem i Oslo

2.1 Introduksjon

Alderdommen bringer for mange med seg sykdom og funksjonsnedsettelse, som kan resultere i et stort omsorgsbehov. Blir dette behovet stort nok, tilbringes ofte siste fasen av livet på sykehjem, hvor man har krav på å få hjelp til det man ikke lenger klarer å utføre selv. En studie fra Østfold viste at 40% av eldre på sykehjem har uakseptabel oral hygiene (8). Dette kan tyde på at fokus på munnstell generelt er utilstrekkelig.

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting står det at kommunen skal ”utarbeide skriftlige nedfalte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov”. Med grunnleggende behov menes blant annet ”nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene”.

Et annet grunnleggende behov som skal dekkes er ”fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat” (3). Kostholdet påvirker tannhelsen vår. Karbohydrater i kosten, spesielt sukker, er en viktig etiologisk faktor i utvikling av karies (9). Med vekt på ”helsefremmende kosthold” og ”rimelig valgfrihet”, bør alle beboere få velge hvilken mat de vil spise, og få valget mellom sukkerholdige og sukkerfrie matvarealternativer. Spørsmålet er om dette blir fulgt opp på sykehjem.

Forskningen viser at god oral helse er avgjørende for mange sentrale helsefunksjoner som næringsinntak (10), smak (11), tale og sosial trivsel (12). I tillegg har dårlig munnhygiene og retensjon av plakk stor betydning for utvikling av karies, periodontitt og andre orale infeksjoner (5, 6). Faktorer som for eksempel kognitiv svikt i langtkommen fase og/eller motorisk svekkelse føre til utfordringer med tanke på adekvat munnstell. Redusert motorikk i ansiktsregionen kan føre til at matrester, som ellers ville blitt rensert bort av tunge og kinn, forblir i munnhulen over lengre tid. Mange eldre bruker medisiner som kan gi hyposalivasjon, og mangel på saliva kan føre til redusert ”oral clearance” (13). I tillegg, har

mange eldre et stort antall restaureringer og faste protetiske konstruksjoner (kroner, broer) som kan gjøre det vanskeligere å holde det rent. På grunn av dårlig helsetilstand, er mange ikke i stand til å motta omfattende operativ tannbehandling (14), og det forebyggende arbeidet bør derfor prioriteres høyt. Gode rutiner og tilstrekkelig hjelp til å utføre daglig munnstell er derfor viktige i denne sammenheng. I tillegg vil jevnlig undersøkelse av beboerne, utført av tannhelsepersonell, fange opp sykdomsutvikling på et tidlig stadium. Dette vil kunne spare beboerne for omfattende tannbehandling.

Mange sykehjemsbeboere trenger hjelp med munnhygiene og faktorer som tid, kunnskap, informasjonsutveksling mellom pleierne og utstyr kan påvirke kvaliteten på munnstellet. Pleiere kan ha liten tid til hver enkelt beboer, og munnstellet kan også bli nedprioritert på grunn av manglende kunnskap om konsekvensene av dårlig oral hygiene (15, 16). Mehl et al. undersøkte kvaliteten og sammenlignet utdannelsen til sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter (15). De konkluderte med at pensum ikke var optimalt, og at det er behov for mer fokus på oral helse i utdanningen. Samson et al. konkluderte med at mangler i undervisningen sannsynligvis ikke er hovedårsaken til dårlig oral hygiene på mange langtidssykehjem, fordi resultatene ikke kunne bekrefte at læreplanen i grunnutdanningen var inadekvat (16).

På et sykehjem kan det være ulike pleieansatte på dagvakt, kveldsvakt, nattevakt og ved ferieavvikling. Det er derfor ikke uvanlig at én beboer får hjelp av flere ulike pleiere i løpet av en uke, eller i løpet av bare et døgn. Dette kan vanskeliggjøre oppfølging av ulike problemstillinger som oppstår på en vakt. I tillegg til viktig informasjon om helsehjelpen som er gitt, kan journalen fungere som informasjonsutveksling mellom pleiere.

For å utføre munnstell, er det viktig at nødvendig utstyr er tilgjengelig til enhver tid. Dersom beboeren selv eller pårørende må sørge for at utstyr til munnstellet er tilgjengelig, krever det at informasjon om hjelpemidler er gitt, i tillegg til interesse og kunnskap om hva slags utstyr som skal kjøpes. Begrenset tilgjengelighet av hjelpemidler til å utføre tannpuss kan også redusere kvaliteten av munnstellet.

Det er fastslått i flere studier at den orale hygien hos eldre på sykehjem generelt har stort forbedringspotensial (4, 8, 17). Den ideelle situasjonen ville være å utelukke alle faktorene som hindrer god gjennomføring av munnstell. Dette er en utfordring. Flere intervensjonsstudier er gjort med hensikten å finne tiltak som kan forbedre munnstell på sykehjem (18, 19). Intervensjonene som er forsøkt er blant andre i) motivasjon og opplæring av pleiepersonalet, ii) billedbaserte munnstellskort, iii) utlevering av munnhygieneutstyr og iii) praktisk implementering av nye rutiner (19). En kombinasjon av alle disse tiltakene viste

seg å ha signifikant positiv effekt på beboernes munnhygiene målt ved BSI. I denne studien ble alle intervensjonene testet samtidig, og det var derfor vanskelig å vite hvor stor rolle hver enkelt intervensjon spilte. En dansk randomisert kontrollert studie viste at undervisning i oral helse for helsepersonell alene kunne forbedret den orale helsestatusen til beboerne (20).

Faste rutiner for munnstell har sannsynligvis grunnleggende betydning for at sykehjemsbeboere skal få den hjelpen de trenger. Det finnes lite informasjon om rutiner for munnstell på sykehjem i Norge. I en undersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet rapporterte 63% av sykehjemmene at de hadde individuelle rutiner for beboernes tann- og munnstell, men det ble ikke kartlagt hva disse prosedyrene gikk ut på (7).

Hovedformålet med den foreliggende studien var derfor å kartlegge rutiner knyttet til oral helse og munnstell på langtidssykehjemmene i Oslo gjennom en spørreundersøkelse til lederne, samt om sykehjemsdriften (ideell, offentlig, privat) og størrelsen på sykehjemmet (antall beboere) påvirker disse rutinene.

2.2 Material og metode

Utviklingscenter for sykehjem i Oslo kommune ble kontaktet angående kvalitetssikring og riktig forankring av prosjektet i tjenesten. Utviklingscenteret var behjelpelig med epostadressene til alle lederne for langtidssykehjem i Oslo kommune med hovedansvar for daglig drift av sykehjemmene. Både kommunale, private og ideelle sykehjem ble kontaktet og invitert til å delta i studien ved å svare på elektronisk spørreskjema. Rene korttidssykehjem ble ekskludert. Førstini sykehjem oppfylte kriteriene. Ved tilbakemelding om at spørreskjemaet ikke var mulig å svare på for institusjonssjef, ble spørreundersøkelsen videresendt til avdelingsledere på sykehjemmene.

Til studien ble det benyttet et spørreskjema utarbeidet av studentene i samarbeid med veiledere (vedlegg 1). Spørreskjemaet ble i forkant av undersøkelsen sendt til Utviklingscenter for sykehjem i Oslo kommune som kom med tilbakemeldinger. Spørreskjemaet inneholdt 37 spørsmål, som omhandlet temaene rutiner rundt munnstell, journalføring av munnstell, utstyr, undersøkelse av tannpleier/tannlege, kosthold, i tillegg til spørsmål rundt undervisning og opplæring av pleiere. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av Quest Back nettbasert datainnsamlingsverktøy. Prosjektet ble meldt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (prosjektnummer 42965).

Sammen med spørreundersøkelsen ble det sendt ut et informasjonsskriv om prosjektet (vedlegg 2). All deltakelse var frivillig og det var mulig å trekke seg underveis. Alle innhentede data ble behandlet anonymt. Det ble sendt en påminnelsemail to ganger i etterkant grunnet mangelfull respons.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble overført til SPSS (IBM SPSS statistics versjon 22) og presentert som frekvensfordelinger. For analyser ble størrelsen på sykehjemmene kategorisert ut ifra antall beboere som lite (19 – 60), middels stort (61 – 130) og stort (131 – 170). Forskjeller i tannhelse- og munnstellersrutiner med hensyn til størrelsen på sykehjemmene ble testet ved hjelp av Chi-kvadrat test. Forskjeller var statistisk signifikante hvis $p < 0,05$.

2.3 Resultater

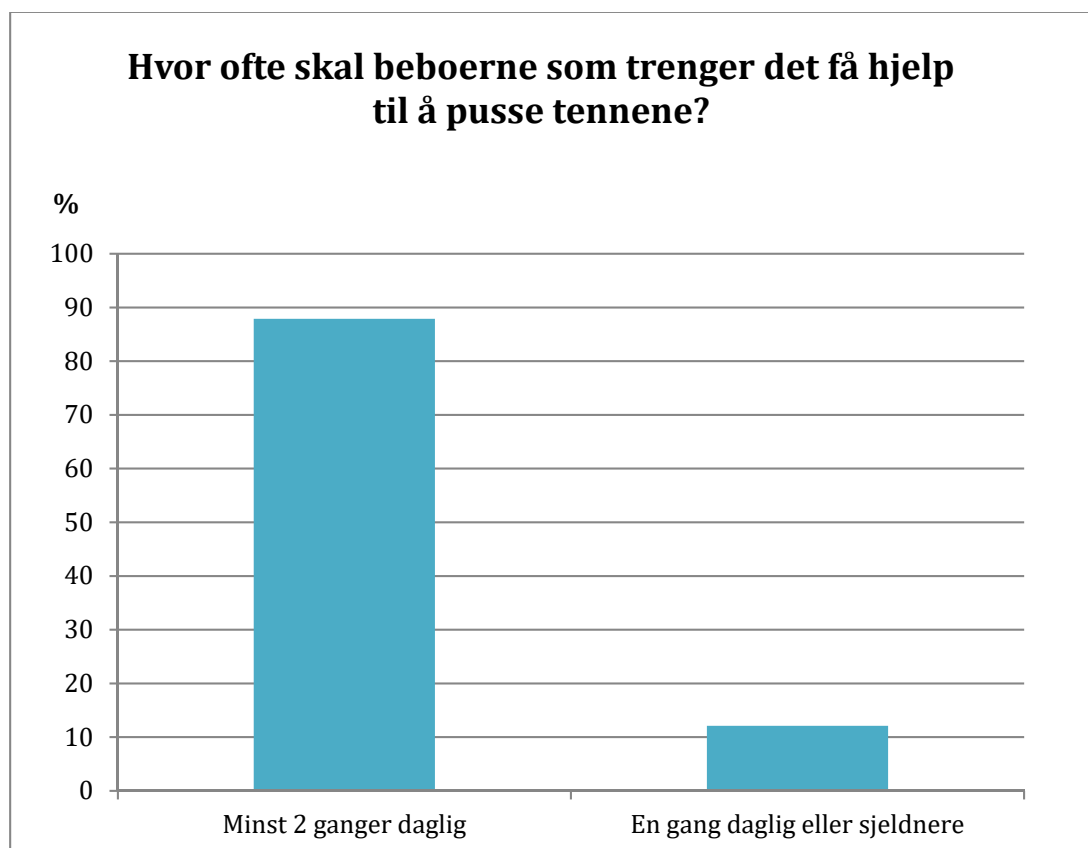
Trettititre av 49 sykehjem (67%) svarte på spørreundersøkelsen, hvorav 27 var langtidssykehjem (82%) og 6 (18%) var både langtids- og korttidssykehjem. Eieformen/sykehjemsdriften var hos 15 (46%) sykehjem offentlig, 12 (36%) privat og 6 (18%) ideell. Antall beboere på sykehjemmene ved undersøkelsestidspunktet strakte seg fra 19 til 170.

Munnhygienerutiner og utstyr

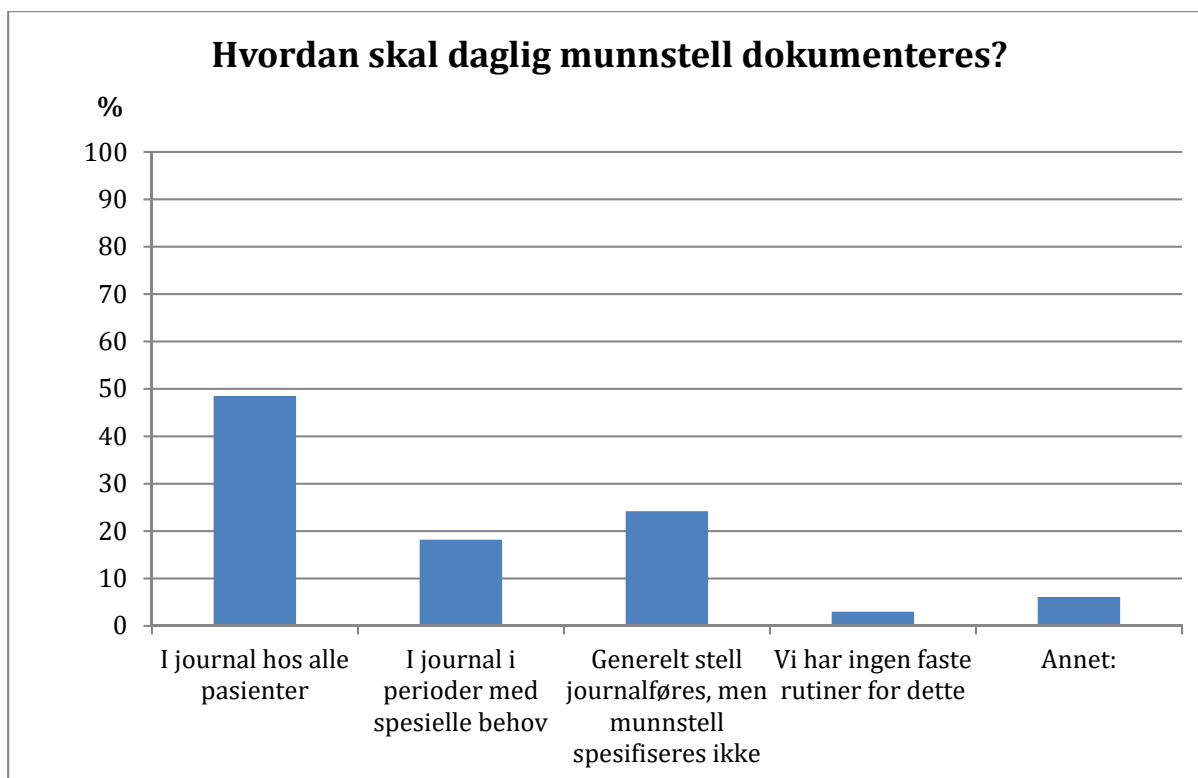
Nesten alle lederne (94%) svarte at sykehjemmet har prosedyrer for munnhygienerutiner. Alle de offentlige og ideelt drevne sykehjemmene svarte at de hadde prosedyrer for munnhygienerutiner. Blant de private sykehjemmene, svarte 17% at de ikke hadde dette. De fleste (79%) oppga at beboerne som trengte det, fikk hjelp til tannpuss to ganger daglig (Fig. 1).

Når det gjaldt dokumentasjon av behov for hjelp til daglig munnstell, svarte over tre fjerdedeler (79%) at det ble dokumentert i tiltaksplanen. Én leder (3%) spesifiserte at de benyttet munnstellkort på badet. Hos nesten en fjerdedel (24%) av sykehjemmene ble aldri daglig munnstell journalført, selv ikke i perioder hvor beboeren hadde spesielle behov (Fig. 2). Kun generelt stell ble journalført. Blant de små sykehjemmene ble daglig munnstell dokumentert i journal hos alle pasienter i 86% av tilfellene, til forskjell fra middels store og store sykehjem, hvor andelen var under halvparten (henholdsvis 37% og 43%).

I de fleste tilfeller (91%) var det primærkontakten som sørget for at nødvendig utstyr til munnstell var tilgjengelig på rommet til beboerne. Hvem som stod for finansieringen av utstyr til munnhygiene, beboeren/pårørende eller sykehjemmet/kommunen, var svært varierende mellom sykehjemmene. Hos over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende betale for tannbørste/protesebørste (58%), tanntråd, tannstikker, mellomromsbørster (61%) og tannkrem (61%) selv. Ekstra fluortilskudd, antibakterielle skyllemidler, rensmidler til protese og annet nødvendig utstyr ble stort sett finansiert av sykehjemmet/kommunen.



Figur 1: Fordeling (%) av sykehjem med hensyn til hyppighet for hjelp til tannpuss (n=33).

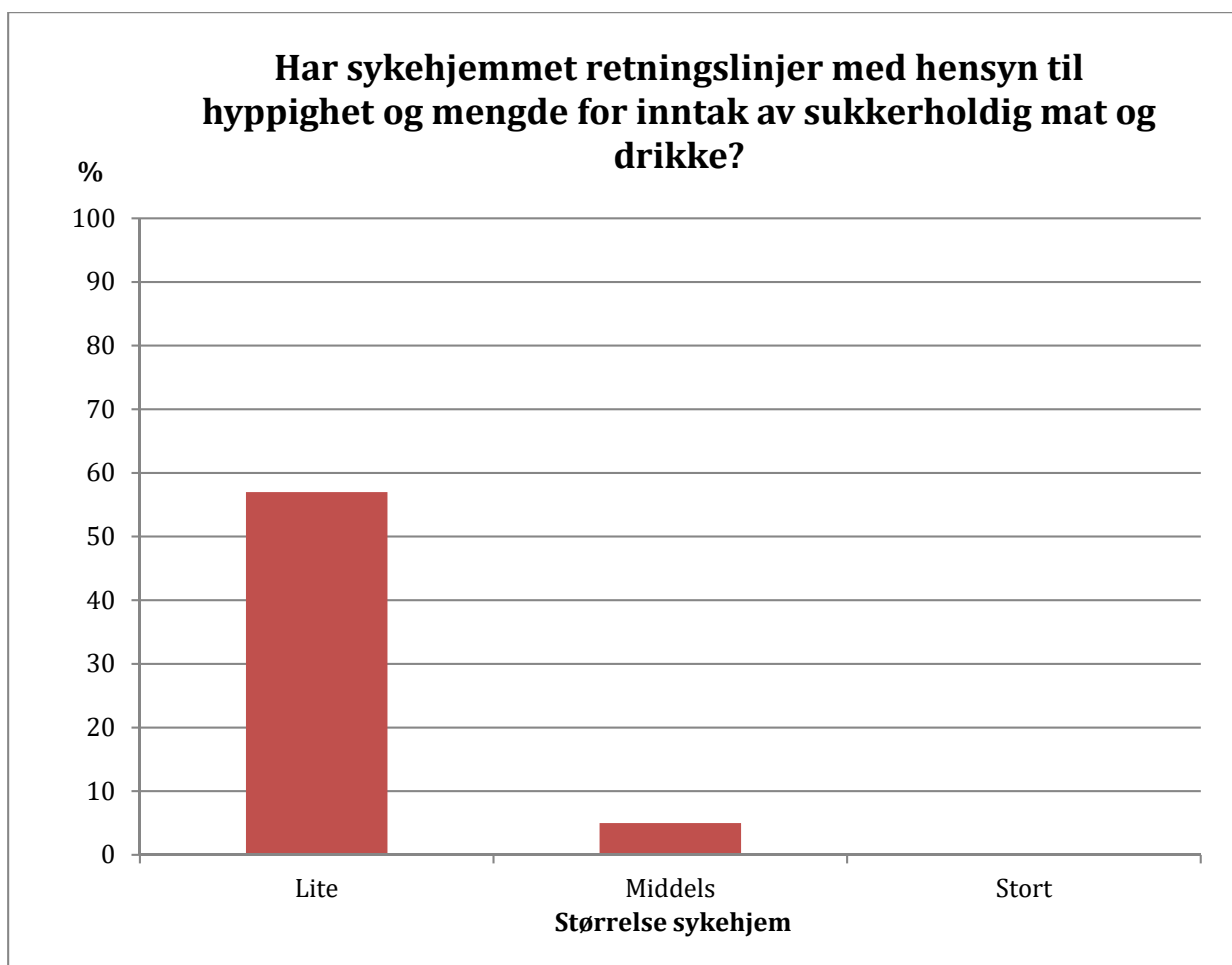


Figur 2: Fordeling (%) av sykehjem med hensyn til dokumentasjon av munnstell (n=33).

Sukkerholdig kosthold

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de fleste sykehjem (85%) ikke hadde retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde for inntak av sukkerholdig mat og drikke. En tredjedel (33%) av sykehjemmene tilbød beboerne sukkerholdig drikke mellom måltider, i tillegg til ved måltider. Ingen av de store og nesten ingen (95%) av de middels store sykehjemmene hadde retningslinjer for inntak av sukkerholdig mat og drikke, med hensyn til hyppighet og mengde. Blant de små sykehjemmene hadde over halvparten retningslinjer for dette (57%). Denne forskjellen var signifikant (Chi-kvadrat test, $p=0,02$). De små sykehjemmene tilbød også sjeldnere sukkerholdig drikke og pålegg. En fjerdedel av de private sykehjemmene tilbød sukkerfrie alternativer til alle beboere. Atten prosent av alle sykehjemslederne krysset av for alternativet «Annet», hvor det i hovedsak ble spesifisert at det kom an på individuelle behov og at det var forskjeller mellom avdelingene.

Omtrent to tredjedeler (67%) av sykehjemslederne oppga at sykehjemmet tilbød sukkerholdig pålegg flere ganger daglig. Også her kunne det i praksis synes å være individuelle variasjoner. Det ble tilbudt kaker eller sukkerholdig snacks hver dag på over halvparten (58%) av sykehjemmene. Omtrent halvparten (52%) av sykehjemmene svarte at beboerne ikke fikk tilbud om sukkerfrie alternativer (Fig. 3).



Figur 3: Fordeling (%) av sykehjem som hadde retningslinjer for servering av sukkerholdig mat og drikke med hensyn til sykehjemmets størrelse. (n=33)

Undersøkelserutiner

På de fleste sykehjem (72%) skulle beboerne få undersøkelse av tannpleier 2-3 ganger i året. Omtrent en femtedel (21%) av sykehjemmene hadde ingen faste rutiner for undersøkelse hos tannlege. På 30% av sykehjemmene var det rutine for at beboere ble undersøkt av tannlege kun ved akutte behov.

På rundt halvparten av sykehjemmene skulle beboere med egne tenner få vurdering av behov for andre fluorprodukter utover tannkrem. Hvem som hadde ansvar for kartlegging av tannstatus hos nye beboere varierte i stor grad og «primærkontakt» ble oftest oppgitt (33%). Noen (9%) svarte at de ikke hadde faste rutiner for dette. Nesten en tredjedel (27%) av alle sykehjemmene hadde ikke tidsfrist for en slik kartlegging. Resultatene viste derimot at alle de ideelt drevne sykehjemmene hadde en tidsfrist på én måned for kartlegging av tannstatus hos

nye beboere, men at 40% av de offentlig drevne og 25% av de privat drevne ikke hadde tidsfrist for dette.

Ansvar for kartlegging av nye beboeres behov for daglig hjelp til munnstell lå også stort sett (61%) hos primærkontakt. Hos de fleste (76%) skulle dette skje innen én uke etter innskrivning.

Omtrent halvparten av sykehjemmene (52%) oppga at pleierne skulle undersøke beboerens munn én gang daglig, mens rundt en tredjedel (33%) ikke hadde faste rutiner for dette. På de små sykehjemmene skulle beboerens munn bli undersøkt av pleierne daglig i 86% av tilfellene. Dette skjedde i mindre grad på de store og middels store sykehjemmene (henholdsvis 29 % og 48%).

Journalføring

Nesten alle (97%) svarte at unormale/patologiske funn i munnhulen skulle registreres i journalen. I tillegg svarte 67% at dette skulle følges opp ved at funn ble rapportert til sykepleier som sørget for å kontakte tannlege/tannpleier.

Undervisning og opplæring av pleiepersonell

Erfarne pleiere hadde ved de fleste sykehjemmene (76%) ansvaret for opplæring i munnstell. Dette foregikk ved at nyansatte fulgte disse pleierne på opplæringsvakter. Det var forskjeller mellom sykehjemmene på hvor ofte de ansatte fikk tilbud om undervisning i munnstell av den offentlige tannhelsetjenesten. På 63% av sykehjemmene fikk de ansatte dette tilbudet én gang i året eller oftere. Mange av sykehjemmene (70%) svarte at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, og dette i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Hos 88% av sykehjemslederene ble det uttrykt at det var ønskelig at undervisning om munnstell var en obligatorisk del av etterutdanningen.

2.4 Diskusjon

Hvilke munnstellrutiner sykehjemmene har og hvordan disse følges opp, kan være av avgjørende betydning for at beboere skal få den hjelpen de trenger. Denne studien hadde som formål å kartlegge rutiner rundt oral helse og munnstell på sykehjem i Oslo ved hjelp av spørreskjemaer rettet mot daglige ledere av sykehjemmene, med utgangspunkt i at lederne bør ha oversikt over rutinene eller vite hvor denne oversikten finnes. Det ble gjort flere interessante funn.

Nesten alle lederne (94%) svarte at sykehjemmet har prosedyrer for munnhygienerutiner. De fleste (79%) oppga at beboerne som trengte det, fikk hjelp til tannpuss to ganger daglig. Dette er oppløftende tall og svært positivt for ivaretagelse av den orale helsen og i tråd med Helsedirektoratets anbefaling (5). Likevel viste en tidligere norsk studie at over 40% av eldre på sykehjem hadde uakseptabel oral hygiene (8). Det er mulig at rutinene på tannpuss to ganger daglig ikke følges og kvaliteten på pussingen kan variere. Dette viser at det er behov for flere studier som ser på hvordan munnstell utføres i praksis.

Majoriteten av sykehjemsledere svarte at behov for hjelp til daglig munnstell ble dokumentert i tiltaksplanen. Dette er viktig, men det er også av avgjørende betydning at dette følges opp. Dokumentasjon i journal kan bidra til at alle involverte blir informert om at hjelpen er gitt, samt om andre forhold av betydning for oral helse. Denne studien viste derimot at hos nesten en fjerdedel av sykehjemmene ble aldri daglig munnstell journalført, selv ikke i perioder hvor beboeren hadde spesielle behov. Dette kan gjøre det vanskelig å følge opp eventuelle symptomer, samt å bli oppmerksom på manglende munnstell over lengre tid. På grunn av blant annet skiftordninger, vil det være mange ulike pleiere som hjelper beboere med morgenstell og kveldsstell, noe som gjør det enda vanskeligere å få oversikt over hva som blir gjort hos hver enkelt beboer. Dersom tannpussen hoppes over en kveld fordi beboeren er i dårlig form, vil det ikke få noen store konsekvenser. Men hvis dette skjer hver dag i flere uker, bør det vurderes å sette i gang tiltak. Dette kan oppdages gjennom journalføring av daglig munnstell, og kan gjøre at oppfølgingen blir bedre.

Munnstellkort er en måte for tannhelsetjenesten å kommunisere med pleiepersonell om beboerens behov rundt munnstell. Dette er individuelt tilpassede, billedbaserte kort om hvordan munnstell hos beboeren skal utføres. Studier tyder på at dette kan gi forbedring av munnhygien på sykehjem (19, 21). I vår studie var det kun ett av sykehjemmene som oppga at de brukte munnstellkort. I spørreundersøkelsen ble det ikke spurt spesifikt om bruk av munnstellkort, og det kan ikke utelukkes at flere hadde svart bekræftende hvis dette spørsmålet hadde vært med.

På over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende betale for tannbørste/protesebørste, tanntråd, tannstikker, mellomromsbørster og tannkrem selv. Tilgjengeligheten på utstyr i disse tilfellene kan da i stor grad være avhengig av om pårørende får informasjon om hva beboeren trenger til en hver tid. Det kan bli mange ledd før informasjonen om beboers behov når frem til pårørende.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de fleste sykehjem ikke hadde retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde for inntak av sukkerholdig mat og drikke. I «Anbefalinger

om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet» utgitt av Helsedirektoratet (22) anbefales det at hyppig inntak av matvarer med høyt sukkerinnhold bør unngås for å redusere risikoen for karies. Beboerne bør i hovedsak få spise og drikke det de ønsker, men alle bør få tilbud om sukkerfrie alternativer dersom kravet om vekt på ”helsefremmende kosthold” og ”rimelig valgfrihet” skal innfris, etter forskriftene (3). Det er imidlertid ikke gitt at beboerne vil velge de sukkerfrie alternativene. Vi ser også utfordringer knyttet til ivaretagelse av pasientens ernæringstilstand med negative konsekvenser for tannhelsen. Helsedirektoratet skriver for eksempel i ”Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten” at det for eldre med risiko for utvikling av underernæring, anbefales energi- og næringstett kost (23). Her står blant annet ”Dessert/kake kan gjerne serveres daglig”, ”Drikke kan gjerne berikes med karbohydratpulver...”. Det anbefales to mellommåltider om dagen, som også kan være sukkerholdige. Fordeler og ulemper ved et slikt kosthold bør vurderes i hvert enkelt tilfelle, hvor den orale helsen også vektlegges. I tilfeller hvor det ernæringsmessig er riktig med et karbohydratrikt kosthold, bør dette balanseres med økt lokal fluortilførsel og økt fokus på munnhygiene.

De fleste av sykehjemslederne svarte at beboerne på sykehjemmet skulle få undersøkelse av tannpleier 2-3 ganger i året, mens rundt en tredjedel svarte at beboerne bare ble tilbudt undersøkelse hos tannlegen ved akutte behov. Det er derfor viktig at undersøkelsen hos tannpleier er grundig. Dette kan være utfordrende å få til på sykehjemsrommet, hvor man heller ikke får tatt røntgenbilder. Mangelfull undersøkelse kan føre til at orale sykdommer som karies, periodontitt og annen oral patologi på tidlige stadier blir oversett. Dette vanskeliggjør det forebyggende arbeidet som skal til for å spare beboeren for operativ behandling.

I en spørreundersøkelse gjort blant ledere på sykehjem i England, ble det rapportert ved en tredjedel av sykehjemmene at beboerne ikke fikk vurdert den orale helsen ved innskriving (24). Dette samsvarer med funnene i vår undersøkelse. På spørsmålet om kartlegging av nye beboeres tannstatus svarte omtrent en tredjedel av lederne på sykehjemmene at de ikke hadde noen tidsfrist. I den britiske studien ble det også diskutert at den intraorale undersøkelsen var viktig for adekvat planlegging av omsorgen. Ellers tyder også deres studie på at det var manglende rutiner rundt undersøkelse utført av tannhelsetjenesten. Data fra denne spørreundersøkelsen ble, til forskjell fra i vår studie, ikke behandlet anonymt. Dette kan ha spilt en rolle for hvilke sykehjemsledere som ønsket å svare. Det kan tenkes at en større andel av sykehjem med få rutiner unnlot å svare. Dette kan ha gitt et bedre inntrykk av situasjonen enn den virkelig var.

Erfarne pleiere, som nyansatte fulgte på opplæringsvakter, hadde som oftest ansvaret for opplæring i munnstell. Dette forutsetter at de erfarne pleierne har tilstrekkelig kunnskap om oral hygiene, ellers kan det ende opp i en ond sirkel av feilinformasjon. Et problem med denne opplæringsordningen kan være at det er lenge siden de erfarne pleierne selv fikk undervisning i munnstell. Tannstatus hos sykehjemsbeboere har endret seg mye og mange flere har egne tenner (4). Undervisningen de erfarne pleierne har fått kan derfor være ”utdatert”. For eksempel er det i dag økt behov for fluor og større krav til pusseteknikk. Mange ledere ga uttrykk for at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, helst i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Det var et generelt ønske at undervisning om munnstell var en obligatorisk del av etterutdanningen. Dette tyder på at ledelsen ser forbedringspotensial i pleiernes kunnskap om temaet og at et tettere tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten kunne vært ønskelig.

Størrelsen på sykehjem og eieform hadde ikke tydelig sammenheng med funnene. Den eneste signifikante forskjellen var at små sykehjem oftere hadde retningslinjer for inntak av sukkerholdig mat og drikke sammenlignet med middels store og store sykehjem.

Trettitre sykehjem er et lite utvalg, men av totalt 49, blir svarprosenten på 67% likevel relativt stor. Datagrunnlaget kan derfor anses som representativt for langtidssykehjem i Oslo, gitt at utvalget av non-respondere var tilfeldig. Det er mulig at de som ikke svarte hadde manglende rutiner, men dette har vi ikke grunnlag for å si.

Det er tidligere blitt gjort få undersøkelser om oral helse på sykehjem rettet mot ledelsen. Funnene i denne studien har bidratt med viktig informasjon rundt prioriteringen av oral helse fra sykehjemsledelsens side. Vi håper derfor at denne undersøkelsen kan være et utgangspunkt for videre nasjonal kartlegging av rutiner rundt oral helse på sykehjem.

2.5 Konklusjon

Det er behov for bedre samordnede rutiner for munnstell på sykehjem. Funnene i denne studien viser variasjon mellom sykehjemmene.

Våre resultater viser også at det er forskjeller mellom sykehjem med hensyn til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhygiene og retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde for inntak av sukkerholdig mat og drikke.

Det er fra sykehjemsledelsens side ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, og at dette bør være en obligatorisk del av etterutdanningen.

Denne studien tyder på at det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, for å etablere gode rutiner rundt oral helse og munnstell for sykehjemsbeboere, samt økt fokus på undervisning av pleiepersonell.

3 Studie 2. En kvalitativ studie av munnstell på sykehjem

3.1 Introduksjon

Det forventes en økning i antall eldre personer i Norge i årene som kommer (1). Dette vil føre til økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Den orale helsen har stor innvirkning på en persons generelle helse og sosiale trivsel (25). I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting §3 står det at det skal utarbeides skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (3). Tannstatus hos eldre personer er endret, flere har egne tenner, og andelen beboere med periodontale lommer på over 4 mm og behandlingskrevende karies har økt betraktelig (4). Denne utviklingen vil kreve økt fokus på munnhygiene i forhold til tidligere.

For å forebygge karies og periodontal sykdom anbefales tannpuss to ganger daglig (5, 6). Studier viser at personer bruker i gjennomsnitt 45 sekunder på tannpuss. Dersom tiden økes til to minutter kan dette føre til en ytterligere plakkfjerning, som vil kunne virke positivt på den orale helsen (26). Tiden som brukes på tannpuss og kvaliteten av munnstellet viser seg å være like viktig som hyppigheten (27). Dette krever at beboeren selv, og eventuelt pleier som hjelper til med munnstellet, har fått tilstrekkelig opplæring.

Adekvat interdentalhygiene krever interdentalbørste, tannpirker eller tanntråd. Siden utvikling av karieslesjoner og periodontale lesjoner hyppigst forekommer approksimalt, er denne delen av munnhygien svært viktig. Hjelpemidlene som benyttes til interdental hygiene må være individuelt tilpasset brukeren (28). Dette krever kunnskap blant pleiere om beboerens behov og tilgang til utstyret.

Lokal tilførsel av fluor har vist å ha karieshemmende effekt. Som basistiltak anbefales daglig bruk av fluortannkrem som en del av kariesprofylaksen, og det er også vist at den karieshemmende effekten øker med hyppigere tannpuss (29). Mengde og hyppighet av fluorbruk må tilpasses etter individets kariesrisiko (6). Hyposalivasjon forekommer hyppig hos eldre, oftest på grunn av polyfarmasi, men kan og skyldes enkelte systemiske sykdommer. Hyposalivasjon vil være en indikasjon for ekstra fluortilskudd (30). Fluorens virketid lokalt i munnen er viktig for dens karieshemmende effekt. For å forlenge denne tiden, bør munnen ikke skylles med vann etter tannpuss med fluortannkrem (6).

Plakkansamlinger som følge av dårlig protesehygiene kan føre til protesestomatitt. Dette kan gi brennende ubehag og vond smak hos protesebæreren. Det anbefales en kombinasjon av mekanisk og kjemisk rens av proteser, minimum én gang daglig (31). Dette krever at det er tilgjengelig utstyr og at pleierne har kunnskap om protesehygiene. For å oppdage eventuelle protesestomatitter, kreves også kunnskap om dette.

Helsedirektoratet ga i 2012 ut ”Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten” hvor det finnes retningslinjer og veiledning til et sunt kosthold i ulike grupper i samfunnet. Her finnes det også veiledning i kosthold for å sikre god oral helse, hvor det anbefales vann som tørstedrikk og få karbohydratrike mellommåltider (23).

Willumsen et al. konkluderte i en studie fra 2009 at den orale hygienepå sykehjem trenger forbedringer etter å ha funnet at 40% av pasientene hadde uakseptabel oral hygiene (8). Til tross for dette, viste resultatene i Studie 1 at de fleste (79%) av sykehjemmene hadde rutiner for at beboere som trenger det skal få hjelp til munnetil to ganger daglig. Coleman et al. har gjort en studie på sykehjem i New York hvor det ble kartlagt klare mangler med tanke på det daglige munnetil (32). Det er imidlertid ikke gjort studier i Norge tidligere hvor man har observert hva som faktisk utføres av daglig munnetil på sykehjem. Vi ønsket derfor å gjøre en pilotstudie hvor vi ved bruk av et kvalitativt studiedesign undersøkte hvordan rutiner for munnetil ble fulgt i praksis. Denne studien (Studie 2) består av observasjoner av morgenstell og intervjuer av pleiere på fire utvalgte sykehjem i Oslo kommune.

Formålet med denne studien var å beskrive hvordan daglig munnetil gjennomføres i praksis, samt belyse pleiepersonalets synspunkter rundt dette.

3.2 Material og metode

Denne studien kan anses som et kvalitetssikringsprosjekt, og består av observasjoner av morgenstell hos beboere på fire sykehjem i Oslo kommune. Sykehjemmene som ble besøkt, ble valgt ut i samarbeid med utviklingscenteret for sykehjem i Oslo kommune.

Institusjonssjefer ble kontaktet per telefon med spørsmål om å delta i studien etter å ha fått muntlig informasjon om hva studien gikk ut på. All deltakelse var frivillig og data ble innsamlet anonymt. I forkant av observasjonene besøkte studentene sykehjemmene for å skrive under på taushetserklæring, skjemaer for MRSA og tuberkulose, samt for å avtale hvilken avdeling som skulle besøkes.

Hvert sykehjem ble besøkt to påfølgende dager og studentene fulgte én pleier på hver sin avdeling begge dagene. Pleierne som ble fulgt hadde lang erfaring med å jobbe på sykehjem. Både helsefagarbeidere og pleieassistenter ble inkludert i studien. Pleieren ble grundig informert på forhånd om å utføre stellet som vanlig og at studentene kun skulle observere passivt hva som ble utført. Det ble lagt vekt på å informere godt om at dette ble gjort for kartlegging og avdekking av eventuelle faktorer som vanskeliggjør munnstellet og å observere forhold rundt andre faktorer som kan påvirke den orale helsen. Muntlig samtykke fra beboeren ble innhentet av pleier før studentene ble med inn på rommet.

Før besøket på sykehjemmet ble det, i samarbeid med veiledere, utarbeidet et skjema med en rekke observasjonsparametre som skulle registreres av studentene (vedlegg 3). Dette skjemaet var inspirert av studien til Coleman et al. (32). Skjemaene ble tatt med og krysset av etter hvert stell. Antall stell varierte fra dag til dag. Til sammen ble det observert 34 stell.

Etter observasjon av stell ble pleieren intervjuet med spørsmål om munnstell og eventuelle utfordringer rundt dette (vedlegg 4). Disse intervjuene støttet seg til en forhåndsformulert intervjuguide (33), utarbeidet av studentene i samarbeid med veiledere.

Data fra observasjonene ble systematisert etter observasjonsparametrene og deretter sammenfattet i en beskrivelse. Observasjoner utover de forutbestemte parametrene ble beskrevet i tilfeller hvor disse hadde klar betydning for kvaliteten på munnstellet. Data fra intervjuene ble analysert og beskrevet etter Giorgis fenomenologiske metode¹ (34).

3.3 Resultater

Observasjon

Totalt ble det observert 34 stell. Fire beboere ble observert to ganger. Tretti beboere hadde egne tenner og i 7 av stellene ble tennene ikke pusset med tannbørste og tannkrem. I 3 av tilfellene ble tennene pusset med tannbørste og Corsodyl gel (GlaxoSmithKline Healthcare) som ikke inneholder fluor. Disse beboerne fikk heller ikke fluortilskudd. Én pleier fortalte at det kan gå måneder fra beboere går tom for tannkrem eller mister tannbørsten til dette blir gjenskaffet, siden det er pårørendes ansvar å kjøpe dette. Dette sykehjemmet hadde ingen engangsbørster eller tannkrem å tilby beboerne. Det ble observert at beboernes tunger ikke

¹ Giorgis fenomenologiske metode er en kvalitativ metode for behandling av data hvor man skriver en sammenfatning, kategoriserer hovedfunn, fortolker dem og til slutt gir en sammenfattende beskrivelse av resultatene fra det valgte perspektiv.

ble rensset med tannbørste eller tungeskrape i noen av tilfellene. Det ble brukt tanntråd i ett av stellene, ellers ble det ikke utført noen form for interdental hygiene.

Hos de fleste beboerne ble munnstellet utført før frokost. Én beboer, som utførte munnstellet etter frokost, fikk hjelp til dette.

Tjue av beboerne skylte munnen med rikelige mengder vann etter tannpuss. Én beboer skylte med Corsodyl etter anbefaling fra tannpleier. Denne anbefalingen ble fulgt den første dagen, men ikke den neste. Én annen beboer skylte med 0,05% natriumfluorid munnskyll (Nycodent). Bortsett fra fluorskyll hos én beboer, fikk ingen av beboerne fluortilskudd utover tannkrem. Én pleier med medisinsansvar fortalte at hun hadde blitt forklart at fluortabletter kan føre til munntørhet.

Fjorten av beboerne hadde proteser og i fem av stellene ble ikke protesen pusset med børste og såpe/tannkrem eller rengjort med annet rensmiddel. Hos en av beboerne var pleieren, som hjalp til under morgenstellet første observasjonsdag, ikke klar over at beboeren hadde en overkjeveprotese og denne ble derfor ikke tatt ut. Pleier som hjalp til under morgenstellet andre dag, tok ut protesen og rensset denne. Det lå mye matrester under protesen og beboerens slimhinne var rød og hoven.

Gjennomsnittlig ble det brukt 27,5 minutter totalt på morgenstellet per beboer. Tiden som ble brukt varierte fra 13 minutter til 53 minutter. Gjennomsnittlig ble det brukt 1,5 minutter på munnstellet. Det ble observert tilfeller hvor det ikke ble utført noe munnstell i det hele tatt, maksimalt ble det brukt tre minutter.

Seksten munnstell ble utført av kun pleier. I 14 av tilfellene utførte beboeren munnstellet selv. I de resterende fire stellene samarbeidet beboer og pleier. Det ble observert flere beboere med dårlig motorikk og lite krefter i hendene, men som selv utførte et (etter observatørens mening) utilstrekkelig munnstell, uten å bli tilbudt hjelp. Sted for stell varierte fra seng, servant på rommet til eget bad på rommet.

Det ble gjort observasjoner på både kommunale og privateide sykehjem. Selv om fasilitetene var nyere og mer moderne på de privateide sykehjemmene, var kvaliteten av munnstellet ikke avhengig av sykehjemets drift.

Intervju

Totalt ble 13 pleiere intervjuet. Alle pleierne hadde minimum ett års erfaring med arbeid på sykehjem. De fleste av pleierne var faglærte, noen var ufaglærte.

Dersom beboeren hadde smerter i munnen, oppga de fleste pleierne at de ville undersøkt for å se om de kunne se noen patologi og eventuelt rapportere videre. Ingen av sykehjemmene som ble besøkt hadde noen faste rapporteringsrutiner for dette.

Ved blødning fra tannkjøttet ved tannpuss var responsen blant pleierne svært varierende. Noen pleiere svarte utfyllende at dette skyldes bakterier og at behandlingen er bedre tannpuss, andre fortalte at de unngår puss med tannbørste og lar beboer skylle med vann og eventuelt Corsodyl.

Det var enighet blant pleierne som ble intervjuet at det er lettest å utføre munnstellet under morgenstellet og kveldsstellet. Noen pleiere mente at det ofte blir liten tid til munnstell og at andre deler av stellet da blir prioritert. Ett av sykehjemmene som ble besøkt hadde spesifisering av munnstell i journalen ved kveldsstellet, de tre andre sykehjemmene hadde ingen faste rutiner for dette.

De fleste pleierne som ble intervjuet fortalte at de selv vurderte om beboeren trenger hjelp til munnstellet ut ifra beboerens tilstand. Det var ikke enighet blant pleiere om de hadde tilstrekkelig informasjon om beboerens behov for hjelp til munnstell. Noen pleiere fortalte at dette står i tiltaksplaner og at tannpleier informerer om dette hvert år, andre mente at de burde få bedre opplæring og informasjon. Disse oppfatningene varierte også mellom pleiere på samme avdeling ved samme sykehjem.

Pleierne fortalte at de har liten tid til munnstell og opplever det vanskelig å gjennomføre et godt munnstell dersom beboeren ikke vil. Disse problemstillingene gikk igjen blant alle pleierne som ble intervjuet. En av pleierne som ble intervjuet fortalte at beboerne på sykehjemmet stadig er sykere når de kommer til sykehjemmet enn før, og at de derfor trenger mer hjelp. Pleieren mente at bemanningen ikke har økt selv om beboerne har behov for mer hjelp og antallet beboere er like høyt.

Hva slags drikke beboere tilbys varierer mye. Til frokost blir det ofte tilbudt melk, juice, biola, kaffe, te eller saft. Mellom måltidene forteller pleierne om et stort safttilbud. På ett av sykehjemmene var de opptatt av å servere sukkerfri saft, på de resterende tre sykehjemmene var det hovedsakelig beboere med diabetes som ble tilbudt sukkerfri saft. Resten av beboerne fikk sukkerholdig saft.

3.4 Diskusjon

Studien ”Rutiner rundt oral helse og munnstell på sykehjem: En spørreundersøkelse blant lederne for langtidssykehjem i Oslo” (Studie 1) søkte å belyse hvilke rutiner som finnes med hensyn til oral helse på sykehjem i Oslo. Svarene fra denne spørreundersøkelsen ga et bilde av situasjonen sett fra sykehjemsledelsens perspektiv, men hvordan følges disse rutinene opp i praksis? I denne kvalitative studien ønsket vi derfor å belyse faktorer og eventuelle barrierer som vanskeliggjør utførelsen av det daglige munnstellet ved observasjoner og intervjuer. Det ble registrert at det var stor variasjon og forbedringspotensial med tanke på det daglige munnstellet på sykehjemmene som ble besøkt.

Under observasjonene og intervjuene uttrykte pleierne interesse for og ønske om å utføre et godt munnstell. Det ble til tross for dette observert mye usystematisk pusseteknikk og manglende interdental hygiene. Pleierne ga uttrykk for at de var interesserte i å få mer praktisk opplæring rundt munnstell. Dette kan tyde på at det er de praktiske ferdighetene som er mangelfulle og i mindre grad interessen for å utføre et godt munnstell. Observasjonene i denne studien kan tyde på at det bør gjøres flere undersøkelser med tanke på ferdigheter rundt munnstell. Mangelfulle ferdigheter kan være et tegn på at det er et behov for mer praktisk undervisning i oral helse i pleiepersonalets grunnutdanning. Funnene kan også være en indikasjon på at det er behov for en obligatorisk etterutdanning rundt temaet oral helse. Dette kan også bidra til å få et økt fokus på oral helse på sykehjemmene. I tillegg kan det være behov for å evaluere det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom sykehjemmene og tannhelsetjenesten.

Pleierne i studien informerte om at tannpleiere kommer til sykehjemmet og undersøker beboere årlig. Observasjonene av utførelsen av munnstell tyder på at informasjonen om beboernes tannstatus og spesielle tiltak ikke når frem til pleierne på en systematisk måte. Dette inntrykket forsterkes også av intervjuene hvor det er uenighet blant pleierne om de får nok informasjon om beboernes behov med tanke på hjelp til munnstell. Dette kan være svært uheldig for beboernes orale helse. På sykehjem får beboeren hjelp av ulike pleiere i løpet av dagen og over flere dager. Dette kan vanskeliggjøre informasjonsutveksling mellom pleierne og for eksempel føre til at spesielle tiltak som anbefales av tannpleier ikke følges opp systematisk. Journalføring av daglig munnstell vil trolig kunne bidra til at pleierne lettere kan få en oversikt over behovet til hver enkelt beboer. Resultatene fra Studie 1 i denne masteroppgaven antyder at hos nesten en fjerdedel av sykehjemmene ble aldri daglig munnstell journalført, selv ikke ved spesielle behov.

I foreliggende studie fortalte pleierne at de selv avgjør om beboeren trenger hjelp til munnstellet. Det ble observert gjentatte ganger at beboere med lite krefter i hendene og dårlig

motorikk ikke fikk tilbud om hjelp. Mange av pleierne mente at de hadde fått for dårlig informasjon om hvilke beboere som trengte hjelp til munnstellet. Dersom vurderingen hadde blitt tatt av fagpersonell, som tannpleier eller tannlege, ville dette trolig vært med på å sikre et bedre munnstelltilbud for alle beboere, forutsatt at informasjonen kom frem til pleierne. Kun ett av sykehjemmene i Studie 1 svarte at det ble benyttet munnstellkort. Studier tyder på at slike individuelt tilpassede billedkort, utarbeidet av tannhelsepersonell, kan gi forbedring av munnhygiene på sykehjem (19). Dersom munnstellkort med informasjon om beboerens behov for hjelp/veiledning under munnstell hadde vært lett tilgjengelig på beboerens rom, kunne dette vært til stor hjelp for pleierne i en travel sykehjemshverdag.

Noen pleiere påpekte at det er viktig å opprettholde beboernes grunnleggende daglige funksjoner (Activities of Daily Living-ADL). Dette kan for eksempel være at de selv utfører munnstellet. Men når kreftene og motorikken blir dårligere, kan det være viktig for beboeren å få hjelp etter å ha pusset selv. Dette vil kunne sikre at munnstellet blir ivaretatt, noe som er avgjørende for å forebygge sykdommer i munnen, som igjen kan ha en innvirkning på den generelle helsen. I spørreundersøkelsen i Studie 1, svarte 94% av sykehjemslederne at de hadde prosedyrer for munnhygienerutiner og 79% oppga at beboere som trengte det får hjelp til tannpuss to ganger daglig. Dette samsvarer ikke med observasjonene som ble gjort i denne studien.

Det er tidligere gjort studier på hva utdanningen av helsefagarbeidere og sykepleiere inneholder når det kommer til munnstell (15, 16) og om undervisning er tilstrekkelig for å sikre god oral hygiene hos brukere. De to studiene konkluderer noe ulikt. Mehl et al. konkluderer med at det finnes noen svakheter i studieplanen som bør bedres for å styrke kvaliteten av munnstellet på sykehjem. I studien av Samson et al. ble det derimot ikke konkludert at læreplanen var inadekvat med tanke på undervisning i oral hygiene, og at det trolig finnes andre faktorer som er årsak til den dårlige orale hygiene blant mange sykehjemsbeboere. En årsak kan være at det på sykehjem jobber mange ufaglærte pleieassistenter i tillegg til helsefagarbeidere. En mangel ved de overnevnte studiene var at deres opplæring ikke ble undersøkt. Dersom ufaglærte pleiere hovedsakelig får opplæring av andre pleiere på sykehjemmet, kreves det at disse veiledningspleierne har kunnskapen som skal til for å tilby beboere adekvat hjelp til munnstellet. En avgjørende faktor er også at disse pleierne har pedagogiske evner, i tillegg til både tid og interesse for å formidle sin kunnskap. Ettersom tannstatus hos eldre personer nå er i endring (1), krever dette at pleiernes kunnskap er oppdatert. Munnstellet vil fremover kreve mer omfattende kunnskaper og ferdigheter enn det gjorde tidligere da beboere hadde få egne gjenværende tenner.

Funn i denne studien tilsier at det er behov for et tett og systematisk tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonell samlæring mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten. Ved et slikt samarbeid er det viktig å tilrettelegge kunnskapsformidling på et riktig nivå slik at mottakeren forstår både viktigheten av munnstell og hvordan dette best mulig utføres. Uten kunnskapen om hvor viktig munnstell er, også for den generelle helsen og sosial trivsel, er det lett å nedprioritere dette i en travel sykehjemshverdag. Dersom kunnskapen bedres vil det trolig prioriteres annerledes.

Det er allerede et økt fokus på den tverrprofesjonelle samlæringen fra regjeringens side. I rapporten fra Universitets- og høyskolerådet "Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet" fra 2016 legges det vekt på bedre samarbeid mellom profesjonene og utdanningene innen helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å iverksette et mer omfattende forebyggende arbeid i påvente av samfunnsutviklingen, hvor en større andel innbyggere blir pleietrengende og en mindre andel blir arbeidsføre (35). Vår studie belyser viktigheten av at tannhelsetjenesten bør være en viktig del av dette samarbeidet.

Det ble i gjennomsnitt brukt 1,5 minutter på munnstell. Dette er 30 sekunder mindre enn det som er anbefalt (26). Det ble imidlertid observert tilfeller hvor det ikke ble utført munnstell i det hele tatt og tidsbruk opp til tre minutter. Det var enighet blant pleierne om at de hadde liten tid til munnstell. Én av pleierne kommenterte også at nye beboere som kom til sykehjemmet stadig er mer pleietrengende. Dette samsvarer med statistikk fra pleie- og omsorgstjenesten, hvor rapporterte tall viser at andelen beboere med omfattende bistandsbehov økte med 12 prosentpoeng i perioden 2007-2013 (2). Dette, i sammenheng med forventningen om økning i andelen eldre (1) i årene som kommer, vil skape utfordringer for samfunnet med tanke på utbygging av sykehjemsplasser og bemanning på sykehjemmene.

I Studie 1 oppga de fleste lederne at det ikke finnes retningslinjer for mengde og hyppighet for inntak av sukkerholdig mat og drikke. Dette bekreftes i observasjonene i foreliggende studie. Under intervjuene fortalte pleierne at det ofte tilbys saft til og mellom måltider. Sukkerfrie alternativer ble ofte kun tilbudt til beboere med diabetes. Selv om beboere på sykehjem selv skal kunne velge type mat og drikke, ville kanskje flere valgt sukkerfrie alternativer dersom de fikk tilbud om dette. Flere av pleierne svarte at det er blitt en vane å tilby sukkerholdig drikke til pasientene. Intervjuene kan tyde på at informasjonen i Kosthåndboken utgitt av Helsedirektoratet (23) ikke når frem til pleiere. Kosthåndboken inneholder blant annet veiledning i kosthold for å sikre god oral helse, hvor det anbefales vann som tørstedrikk og få karbohydratrike mellommåltider. I boken står det derimot lite

spesifiserte retningslinjer med tanke på eldre i institusjon. Dersom dette hadde vært mer spesifisert, slik det for eksempel er for barnehage, ville dette kanskje i større grad også følges i sykehjemminstitusjonene. I Kosthåndboken anbefales det for spesielle grupper mennesker en energi- og næringstett kost. Dette innebærer mye karbohydratrik mat. Underernærte sykehjemsbeboere kan bli satt på et slikt kosthold. Dette vil være svært uheldig for den orale helsen, og i disse situasjonene er det derfor ekstra viktig med fokus på god munnhygiene og økt fluortilførsel for å unngå karies.

Resultatene i denne studien gir et inntrykk av at situasjonen er svært lik på de fire sykehjemmene som ble besøkt. Dette til tross for at både kommunale og privateide sykehjem ble inkludert, og at fasilitetene ved sykehjemmene som ble besøkt var svært varierende. Det at et sykehjem var nyoppusset og hadde fasiliteter som la til rette for å utføre et godt munnstell, var ikke utslagsgivende for kvaliteten på munnstellet. Dette tyder på at høy standard og moderne fasiliteter ikke alene kan anses som virkemiddel for å oppnå bedre munnstell. Det er derimot viktig å påpeke at på grunn av det begrensede utvalget observasjoner i denne studien, er det ikke mulig å konkludere med om resultatene er representative for alle sykehjemmene i Oslo kommune.

Resultatene i denne studien samsvarer i stor grad med observasjonene Coleman et al. gjorde i sin studie fra USA (32), som viste klare mangler med tanke på det daglige munnstellet. Foreliggende studie søker ikke å generalisere de funn som er registrert ved observasjoner og intervju, men den kan forhåpentligvis være et bidrag til å få en utvidet forståelse for utfordringer rundt oral helse og også vekke interessen for videre forskning innen dette temaet.

Observasjonene i denne studien var begrenset til morgenstellet. Ved videre forskning vil det være hensiktsmessig å inkludere observasjoner av kveldsstell for å få et mer helhetlig bilde av hvordan det daglige munnstellet på sykehjem foregår.

3.5 Konklusjon

Denne studien tyder på at den praktiske utførelsen av munnstellet hos sykehjemsbeboere er varierende og har et stort forbedringspotensial. Resultatene tyder også på at det tverrfaglige samarbeidet og den tverrprofesjonelle samlæringen mellom sykehjemstjenesten og tannhelsetjenesten bør styrkes, spesielt med tanke på opplæring i munnstell.

4 Oral helse på sykehjem – oppsummering og konklusjon av masteroppgave

Med denne masteroppgaven ønsket vi å belyse rutiner og eventuelle barrierer som kan påvirke utførelsen av det daglige munnstell for sykehjemsbeboere. Den kvantitative studien ”Rutiner rundt oral helse og munnstell på sykehjem: En spørreundersøkelse blant lederne for langtidssykehjem i Oslo” (Studie 1) ble supplert med den kvalitative studien ”En kvalitativ studie av munnstell på sykehjem” (Studie 2).

Resultatene tyder på at det finnes flere barrierer for gjennomføring av adekvat munnstell på et sykehjem (Fig. 1). Målet bør være å opprettholde en god oral helse hos eldre på sykehjem. Man kan se for seg et hinderløp som starter på ledelsesnivå, fortsetter med omsorgspersonalet, og avsluttes på beboernivå. På veien er det flere faktorer som kan opptre som barrierer og som kan påvirke resultatet. Sykehjemsledelsen kan, ideelt sett, definere hva som skal gjøres ved å formidle klare rutiner og retningslinjer. Disse kan være hentet fra kommunen, som etter loven har ansvar for utarbeidelsen av ”skriftlig nedfelte prosedyrer” om blant annet munnhygiene (3). Hvis det ikke finnes klare retningslinjer for hvordan den orale helsen skal ivaretas, slik som våre studier kan tyde på, blir standarden på munnstell mer overlatt til hver enkelt pleier. Dette er uheldig med hensyn til å skape et godt tilbud til alle sykehjemsbeboere.

Neste nivå er omsorgspersonalet (Fig. 1). I Studie 2 viste noen av observasjonene og intervjuene at det er opp til pleierne hva slags hjelp til munnstell som blir tilbudt beboerne. Dette tilbudet vil kunne påvirkes av pleiernes kunnskap, praktiske ferdigheter og holdninger, men også eventuelt tidspress og informasjonsutveksling mellom pleierne. Dersom pleieren ikke har evne eller vilje til å gjennomføre et adekvat munnstell hos en beboer som er avhengig av hjelp, sier det seg selv at resultatet blir dårlig munnhygiene. Det er gjort flere studier på dette barrierenivået (8, 15, 16, 19, 20, 36). Våre funn tyder på at omsorgspersonalet er interessert i å utføre et adekvat munnstell, men etterlyser mer opplæring på dette området.

Det siste barrierenivået er beboerne (Fig. 1). Hva som faktisk blir gjennomført, avhenger også til syvende og sist av beboerens samarbeidsvilje og -evne. At beboeren motsetter seg nødvendig hjelp til munnstell, har blitt fastslått som en viktig barriere i flere studier (8, 17). Vi har imidlertid ikke fokusert på dette temaet i vår masteroppgave. Vi tror at minimering av barrierene omtalt i denne masteroppgaven også vil bidra til god kvalitet på munnstell når

man omsider kommer igjennom hos disse pasientene, enten ved tilvenning eller bruk av tvang.

Barrierer for gjennomføring av adekvat munnstell på sykehjem



Figur 1: Figuren gir en forenklet illustrasjon på barrierene for gjennomføring av adekvat munnstell på et sykehjem. Det ulike faktorer som kan opptre som barrierer på de ulike nivåene.

Hovedkonklusjoner:

- Det er behov for økt fokus på rutiner rundt oral helse på sykehjem, spesielt når det kommer til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhigiene i tillegg til retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde for inntak av sukkerholdig mat og drikke.
- Det er fra sykehjemsledelsens side ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, og at dette er en obligatorisk del av etterutdanningen.
- Den praktiske utførelsen av munnstellet varierer og har stort forbedringspotensial.
- Det var enighet blant pleierne om at de hadde liten tid til munnstellet.
- Det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid og økt tverrprofesjonell samlæring mellom eldreomsorgen og tannhelsetjenesten.

Vi håper at problemstillingene som denne oppgaven belyser, på lang sikt, kan bidra til et økt fokus på oral helse og munnstellersrutiner på sykehjem, og at dette kan være et bidrag for å forbedre den orale helsen hos sykehjemsbeboere som er avhengig av hjelp til munnstell.

Litteraturliste

1. Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet, 2014.
2. Pleie- og omsorgstjenesten - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. 2013:4.
3. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting §3 etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
4. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2008;66(6):368-73.
5. Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid Statens helsetilsyn, 1999.
6. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? *British Dental Journal*. 2003;195(3):135-41.
7. Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Den norske tannlegeforenings Tidende*. 2006;116:268-73.
8. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjorntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*. 2012;29(2):e748-55.
9. DT. Z, P. M, Lingstrom P, Birkhed D. In: Fejerskov O, E. K, editors. *The Disease and its Clinical Management 2008*. p. 335.
10. Rothenberg E JI. Äldres matvanor i ett socialt, medisinskt och odontologiskt perspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid* ; 111: 118-25. 2001.
11. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PloS one*. 2012;7(5):e36557.
12. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):644.
13. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2001;85(2):162-9.
14. Henriksen BM, Ambjornsen E, Laake K, Axell TE. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2004;24(5):254-9.
15. Mehl AE, Ellingsen OG, Kjeksrud J, Willumsen T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology*. 2014.
16. Samson H, Iversen MM, Strand GV. Oral care training in the basic education of care professionals. *Gerodontology*. 2010;27(2):121-8.
17. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012;29(2):e420-6.
18. Strand GV. Munnstell når livet er på hell. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 11, 2005; 125. 2005.
19. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *European Journal of Oral Sciences*. 2009;117(5):575-9.

20. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001;29(4):289-97.
21. Armingohar Z, Ferreira J. Munnstell i sykehjem: Effekt av individuelle instruksjonskort [Masteroppgave, UiO, Det odontologiske fakultet, Avdeling for kariologi og gerodontologi]2006.
22. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet Helsedirektoratet 2014.
23. Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten Helsedirektoratet, 2012.
24. Watson F, Tomson M, Morris AJ, Taylor-Weetman K, Wilson KI. West Midlands Care Home Dental Survey 2011: part 1. Results of questionnaire to care home managers. *British Dental Journal*. 2015;219(7):343-6.
25. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health*. 2012;102(3):411-8.
26. Creeth JE, Gallagher A, Sowinski J, Bowman J, Barrett K, Lowe S, et al. The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal in vivo. *Journal of Dental Hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association*. 2009;83(3):111-6.
27. Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2005;3(3):135-40.
28. Loe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*. 2000;50(3):129-39.
29. Lussi A, Hellwig E, Klimek J. Fluorides - mode of action and recommendations for use. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin/ SSO*. 2012;122(11):1030-42.
30. Stein P, Aalboe J. Dental Care in the Frail Older Adult: Special Considerations and Recommendations. *Journal of the California Dental Association*. 2015;43(7):363-8.
31. de Souza RF, de Freitas Oliveira Paranhos H, Lovato da Silva CH, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA. Interventions for cleaning dentures in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(4):CD007395.
32. Coleman P, Watson NM. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(1):138-43.
33. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Den nasjonale forskningsetiske komiteer for medisin og helsefag (NEM), 2009.
34. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family practice*. 1993;10(2):201-6.
35. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Universitets- og høyskolerådet, 2016.
36. Unfer B, Braun KO, Ferreira AC, Ruat GR, Batista AK. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):e324-30.

Vedlegg

4.1 Vedlegg 1: Spørreskjema til ledere på sykehjem

Bakgrunnsinformasjon	
1) Kryss av for type institusjon:	Langtidssykehjem Korttidssykehjem Begge deler
2) Sykehjemsdriften er:	Offentlig Privat Ideell
3) Antall beboere på sykehjemmet:	
Prioritering av munnhygiene i det daglige	
4) Har dere prosedyrer for munnhygienerutiner?	Ja Nei
5) Hvor ofte skal beboerne som trenger det få hjelp til å pusse tennene?	Mer enn 2 ganger daglig 2 ganger daglig 1 gang daglig Vi har ingen faste rutiner for dette Annet:
6) Hvordan dokumenteres behov for hjelp med daglig munnstell?	I tiltaksplan for alle pasienter I tiltaksplan i perioder med spesielle behov Generelt stell dokumenteres, men munnstell spesifiseres ikke

	Annet:
7) Hvordan skal daglig stell dokumenteres?	<p>I journal hos alle pasienter</p> <p>I journal i perioder med spesielle behov</p> <p>Generelt stell journalføres, men munnstell spesifiseres ikke</p> <p>Vi har ingen faste rutiner for dette</p> <p>Annet:</p>
8) Hvem skal sørge for at nødvendig utstyr for munnstell er tilgjengelig på rommet til beboere?	<p>Sykepleier</p> <p>Primærkontakt</p> <p>Vi har ingen faste rutiner for dette</p>
9) Hvem skal betale for utstyret?: Tannbørste/protesebørste	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
10) Hvem skal betale for utstyret?: Tanntråd/tannstikker/mellomromsbørster	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
11) Hvem skal betale for utstyret?: Tannkrem	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
12) Hvem skal betale for utstyret?: Tannkrem med ekstra høyt fluorinnhold (Duraphat)	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
13) Hvem skal betale for utstyret?: Andre fluorprodukter (skyllemidler, tablett osv.)	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
14) Hvem skal betale for utstyret?: Corsodyl eller andre antibakterielle skyllemidler	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>
15) Hvem skal betale for utstyret?: Rensemidler til protese	<p>Beboeren/pårørende</p> <p>Sykehjemmet/kommunen</p>

16) Hvem skal betale for utstyret?: Annet nødvendig utstyr til munnhygiene	
Kosthold	
17) Har sykehjemmet retningslinjer med hensyn til hyppighet og mengde for inntak av sukkerholdig mat og drikke?	Ja Nei
18) Hvor ofte får beboere tilbud om sukkerholdig drikke (saft, brus, juice, kaffe med sukker)?	Hver dag til måltider og mellom måltidene Flere ganger daglig til måltider 1 gang om dagen Vet ikke Annet:
19) Hvor ofte får beboere tilbud om sukkerholdig pålegg (syltetøy, honning eller lignende)?	Flere ganger om dagen 1 gang om dagen Annet:
20) Hvor ofte får beboere tilbud om kaker eller andre sukkerholdige snacks?	Hver dag 4-6 ganger i uken 2-3 ganger i uken 1 gang i uken eller sjeldnere Vet ikke Annet:
21) Skal alle beboere få tilbud om sukkerfrie alternativer?	Ja Nei
Screening og tannbehandling	

22) Hvor ofte skal beboere få undersøkelse av tannpleier?	2-3 ganger i året 1 gang i året eller sjeldnere
23) Hvor ofte skal beboerne få undersøkelse av tannlege?	2-3 ganger i året 1 gang i året eller sjeldnere Kun ved akutt behov Vi ingen har ingen faste rutiner for dette
24) Har dere rutiner for at beboere med egne tenner skal få vurdering av behov for andre fluorprodukter utover tannkrem (fluortabletter, fluorskyll, høykonsentrert fluortannkrem)?	Ja Nei Vet ikke
25) Hvem har ansvar for kartlegging av nye beboeres tannstatus (egne tenner, proteser, broer)?	Primærkontakt Sykepleier Tannpleier Lege Vi har ingen faste rutiner for dette
26) Hva er tidsfristen for en slik kartlegging?	Innen en måned etter innskriving Over en måned etter innskriving Har ikke tidsfrist
27) Hvem har ansvar for kartlegging av nye beboeres behov for daglig hjelp til munnstell (om de trenger hjelp eller ikke)?	Primærkontakt Sykepleier Vi har ingen faste rutiner for dette

28) Hva er tidsfristen for en slik kartlegging?	Innen en uke etter innskriving Innen en måned etter innskriving Har ikke tidsfrist
Håndtering av unormale/patologiske funn i munnhulen	
29) Hvor ofte skal pleierne undersøke beboerens munn?	1 gang daglig 1 gang i måneden Kun ved akutt behov Vi har ingen faste rutiner for dette
30) Registreres unormale funn i journalen?	Ja Vi har ingen faste rutiner for dette
31) Hvordan skal dette følges opp?	Funn rapporteres til sykepleier som sørger for å kontakte tannlege/tannpleier Pleier som gjør funnet tar selv kontakt med tannlege eller tannpleier Funn tas opp ved legevisitt Vi har ingen faste rutiner for dette Annet:
Kunnskap om oral helse og munnstell	
32) Hvem har ansvar for opplæring av nyansatte i munnstell?	Erfarne pleiere som nyansatte følger på opplæringsvakter Sykepleier Tannpleier

	Vi har ingen faste rutiner for dette
33) Hvor ofte får de ansatte tilbud om undervisning i munnstell av den offentlige tannhelsetjenesten?	2 ganger i året eller oftere 1 gang i året Sjeldnere enn 1 gang i året Tannhelsetjenesten har ikke noe fast/regelmessig tilbud
34) Ønskes mer undervisning i munnhelse og munnstell for ansatte enn dagens praksis?	Ja Nei Vet ikke
35) Hvilken type opplæring ønskes for de ansatte?	Film/video Teoretisk kurs Praktisk kurs/demonstrasjon Annet:
36) Er det ønskelig at slik undervisning er obligatorisk del av etterutdanningen?	Ja Nei Vet ikke

4.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv til ledere på sykehjem

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Kartlegging av rutiner rundt munnstell på sykehjem i Oslo»

Bakgrunn og formål

Målet med denne spørreundersøkelsen er å kartlegge rutiner og retningslinjer for munnstell for eldre på institusjon. Undersøkelsen er en del av vår masteroppgave i odontologi ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og sendes til institusjonsledere ved alle langtidssykehjem i Oslo.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen i studien innebærer utfylling av elektronisk spørreskjema. Spørsmålene vil omhandle rutiner for munnstell, kosthold, journalføring, rapporteringssystemer for unormale funn i munnhulen og samhandling med tannhelsetjenesten. Vi har også inkludert noen spørsmål om undervisningstilbudet vedrørende tannhelse for de ansatte på sykehjem. Ved å svare på spørreskjema hjelper du oss med å sette økt fokus på dette området og forhåpentligvis kartlegge faktorer som vil kunne gjøre det lettere for pleiere å hjelpe sykehjemsbeboere med adekvat munnstell.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Innsamlede data skal anonymiseres og e-post adressene slettes etter at datainnsamlingen er ferdig. Alle resultatene fra undersøkelsen vil publiseres anonymt. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juli 2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder, førsteamanuensis Lene Hystad Hove (tlf.22 85 21 42).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen My Tien Diep og Thea Sødal, tannlegestudenter ved Universitetet i Oslo

4.3 Vedlegg 3: Observasjonsparametre

Ting som skal registreres			
Har pasienten protese?	Ja	Nei	
Har pasienten egne tenner?	Ja	Nei	
Blir tennene pusset med tannbørste og tannpasta?	Ja	Nei	
Blir protesen pusset med tannbørste og tannpasta?	Ja	Nei	
Blir tungen pusset med tannbørste/tungeskrape?	Ja	Nei	
Brukes tanntråd?	Ja	Nei	
Brukes IDB?	Ja	Nei	
Brukes tannpirker?	Ja	Nei	
Skyller beboeren munnen med vann etter tannpuss?	Ja	Nei	
Bruker beboeren munnskyll? I så fall, hva slags?	Ja	Nei	
Får pas ekstra fluor? I så fall, hvilket preparat?	Ja	Nei	
Hvem utførte munnstellet?	Pleier	Beboer	Begge
Hvor foregår munnstellet?	Seng	Servant på rom	Eget bad på rom
Tid på stellet:			
Tid på munnstellet:			

Kommentar (ytterligere faktorer med klar betydning for kvaliteten på munnstellet)			

4.4 Vedlegg 4: Intervjuspørsmål

Hva slags bakgrunn har du?	
Hva gjør du hvis pasienten har smerter i munnen?	
Hva gjør du hvis det blør fra tannkjøttet når du hjelper beboer med å pusse tennene?	
Når på dagen synes du det er best å utføre munnstell?	
Tilbyr du alle pasienter hjelp til munnstell? Hvis ikke, hva skal til for at du tilbyr dem hjelp?	
Hva er utfordringene med munnstell?	
Føler du at du får tilstrekkelig med info om pasientens behov med tanke på hjelp til munnstell?	
Hva tilbys beboere av drikker til måltidene?	