

Munnhelse hos eldre brukere av hjemmetjenester

Hva er utfordringene?

Bojana Popovic og Ole Tuft



Masteroppgave ved det odontologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2017

Veiledere: Lene Hystad Hove og Rasa Skudutyte-Rysstad

Forord

Vi vil gjerne få starte med å takke alle som har bidratt og hjulpet oss med masteroppgaven vår. En spesiell takk rettes mot våre evig tålmodige veiledere, Lene Hystad Hove, og Rasa Skudutyte-Rysstad. Deres innspill, hjelp og tette oppfølging har vært helt avgjørende både under planleggingen og gjennomføringen av masteroppgaven vår. Uten deres faglige veiledning og knusende ærlighet ville vi fremdeles stått fast på planleggingsstadiet.

Videre vil vi takke Torunn Wibe ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune for hennes assistanse med utforming og distribusjon av spørreundersøkelsen i studien vår.

Vi vil også gjerne takke alle på bestillingskontorene i Oslo som har tatt seg tid til å ta oss imot, snakke med oss, og svare på spørreundersøkelsen vår i en travel hverdag. En ekstra takk går også til Heidi Elisabeth Clementz, som fremdeles tar seg tid til å rette sønnens skolestiler en søndagskveld.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1 Innledning til masteroppgave	6
1.1 Munnhelse hos eldre, og dens betydning for velvære og livskvalitet.....	7
1.2 Munnhelses betydning for systemisk helse og morbiditet	8
1.3 Objektive og subjektive behov for munnstell hos brukere i hjemmetjenesten.....	9
2 Fokus på munnhelse i hjemmetjenesten i Oslo: En spørreundersøkelse på bestillingskontorer	11
2.1 Innledning.....	11
2.2 Materiale og metode.....	12
2.3 Resultater	13
3 Diskusjon	17
3.1 Barrierer hos pleiepersonell	17
3.2 Barrierer hos brukerne	19
3.3 Barrierer på bestillingskontorene.....	19
4 Avslutning for masteroppgave.....	24
Konklusjon.....	Error! Bookmark not defined.
Litteraturliste	26
5 Vedlegg	30
5.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv til saksbehandlere på bestillingskontor i Oslo	30
5.2 Vedlegg 2: Spørreskjema til saksbehandlere på bestillingskontor i Oslo.....	31
5.3 Vedlegg 3: Vurdering av meldeplikt fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste .	37

Sammendrag

I denne masteroppgaven ønsket vi å belyse utfordringene og barrierene for å ivareta en god oral helse hos eldre brukere av hjemmetjenester. Det ble utført litteratursøk for å finne tidligere beskrevet barrierer for godt munnstell og munnhelse hos brukere i hjemmetjenesten. I litteraturen fant vi lite eksisterende informasjon om bestillingskontorene og deres arbeidsoppgaver. Bestillingskontorene skal ha ansvar for saksbehandling og ressursforvaltning i hjemmetjenesten. I del to av oppgaven sendte vi derfor ut en spørreundersøkelse til ansvarlige saksbehandlere på bestillingskontorene i samtlige bydeler i Oslo for å kartlegge rutiner for mottak av nye brukere, kunnskaper og holdninger rundt munnstell, og hvordan samarbeidet virker med den praktiserende del av hjemmetjenesten, pleierne.

Basert på spørreundersøkelsen og litteraturgjennomgang fant vi at:

- Det er flere utfordringer med å ivareta munnhelsen hos eldre brukere i hjemmetjenesten.*
- Det er ikke lagt opp for at bestillingskontorene har noe overordnet ansvar og rutiner for ivaretagelse av brukernes munnhelse.*
- Munnhelsen til nye brukere undersøkes sjeldent, og det skrives sjeldent spesifikke vedtak om hjelp med munnstell ved bestillingskontorene.*
- Det innvilges ofte økte ressurser til munnstell av bestillingskontoret der dette blir søkt om av pleierne.*
- Saksbehandlerne på bestillingskontorene ser behov for mer kunnskap og fokus på munnhelse i hjemmetjenesten.*
- Pleierne undersøker sjeldent munnhelsen hos brukerne, har ofte begrenset med tid og opplæring, og har for lite kunnskaper om orale problemstillinger.*

1 Innledning til masteroppgave

Dagens eldre lever lengre enn tidligere, er friskere enn før (1, 2) har flere egne tenner (3), og har så lenge de er friske stort sett en god oral helse (3, 4). Antallet eldre med kroniske lidelser er imidlertid høyere enn tidligere grunnet at flere lever lengre med sykdommene sine (1). Aldring svekker kroppens kompensasjonsmekanismer, som gjør en mer sårbar for sykdommer. En medisinsk utfordring som en yngre person takler, som en mindre infeksjon, kan bli patologisk hos en person som ikke har de samme marginene for helse. Syke eldre er en sårbar pasientgruppe som kan ha vanskelig for å ivareta sin orale helse, og kan etter hvert utvikle et behov for hjelp med munnstell på linje med et øvrig pleie- og omsorgsbehov. Tidligere utførte studier tyder på at behovet for hjelp med oral pleie ofte ikke blir møtt, og utvikling av nye rutiner og behandlingsmetoder for ivaretagelse av oral helse er viktig (19).

Antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester har økt jevnt siden starten av 90-tallet, med en økning fra 186,000 til 223,000 brukere fra 1994 til 2013, men denne veksten utgjøres stort sett av yngre pasienter, med en tredobling i antall over denne perioden (5). Per i dag er andelen brukere av hjemmetjenester 66 år eller yngre omkring 39 % (33). Samtidig skjedde det en stor omstrukturering av Pleie- og omsorgstjenesten, med et større fokus på praktisk bistand i hjemmet, og hjemmesykepleie, fremfor å motta dette på aldershjem. Institusjonene ble i større grad ment for de somatisk syke, mens mer praktiske problemstillinger ble ønsket adressert i hjemmet (5).

Hjemmetjenesten omfatter både hjemmesykepleie, og praktisk bistand.

Hjemmesykepleie er en tjeneste som tilbyr hjelp og pleie utenfor institusjoner, i pasientens eget hjem, og et mål er at så mange som mulig skal få hjemmetjenester ved behov så lenge det lar seg gjøre. Sårstell og hjelp med medikamenter kan da utføres i hjemmet, og avlaste behovene for sykehjems plasser, og til og med sykehus plasser. Praktisk bistand omfatter assistanse med daglige gjøremål dersom man på grunn av sykdom, funksjonshemninger, alder, e.l. ikke lenger er i stand til å utføre dette på egen hånd. Brukere som mottar hjemmesykepleiens tjenester minst en gang i uka i over tre

måneder er en prioritert pasientgruppe (pasientgruppe C2) i den Offentlige Tannhelsetjenesten (DOT) og har krav på rett til gratis behandling innenfor den offentlige tannhelsetjenesten.

1.1 Munnhelse og oral helse-relatert livskvalitet

Dagens eldre har i større grad enn tidligere sine egne tenner i behold. Studier viser tydelige forandringer i befolkningens orale helse, og deres orale helserelevante adferd fra 1970-tallet og utover. Frekvensen for tannlegebesøk har økt, og spesielt i den eldre delen av befolkningen (6, 7). Typen behandling mottatt hos tannlegen endret seg i retning av mer preventivt arbeid, og mindre ekstraksjoner og protesearbeid (8). Daglig tannpuss og bruk av fluorholdig tannkrem steg også i løpet av 80-tallet (9).

En spørreundersøkelse utført i 2013 fant at over halvparten av pasienter i alle aldersgrupper hadde mottatt hygieneinstruksjon hos tannlegen det siste året. Andelen som fikk utført tannekstraksjoner lå fra 9-17 prosent, uten noen tendens mot flere ekstraksjoner med økende alder (6).

I DOT er preventivt arbeid også lovfestet i Loven om tannhelsetjenestens §1-3 der det står at DOT har ansvar for å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen.

En studie fra 2008 viser at det er en sammenheng mellom det å ha flere egne tenner og høyere oral helserelevante livskvalitet (10). For individer med redusert evne til egenomsorg kan det i blant medføre utfordringer, da gjenværende tenner representerer et oppfølgings- og potensielt behandlingsbehov (3). Der pasienten ikke lenger selv klarer å ivareta egen munnhelse, må helse- og pleiepersonell hjelpe pasienten med dette. Det fordrer gode forebyggende tiltak fra hjelpe- og pleiepersonell, samt god klinisk odontologisk oppfølging. En utfordring er at det per i dag, grunnet taushetsplikten, ikke er mulig for DOT å utøve den samme oppsøkende tjenesten som det er meningen de skal gjøre for utsatte pasientgrupper, som pleie- og omsorgstrengende hjemmeboende.

Eldre rammes oftere av kroniske sykdommer og tilstander, og polyfarmasi er et utbredt problem (11). Noen medikamenter har en direkte negativ innvirkning på den orale helsen, men man ser også en tendens mot at økende antall medisiner generelt predisponerer for hyposalivasjon uavhengig av de enkelte medikamenters potensiale for munntørighet (12, 13). Eldre kan få redusert salivasekresjon fra submandibularis og sublingualis, samt mindre spyttkjertler i lepper og kinn, som er viktige for produksjon av hvilesaliva og myciner. Dette kan føre til at de ofte er plaget av xerostomi og hyposalivasjon (14), som igjen øker risiko for karies betydelig.

Manglende smøring av slimhinner i munn og svelg kan medføre dysfagi, vanskeligheter med å snakke, redusert smakssans og matlyst, og generelt ubehag. Xerostomi kan føre til redusert oral helse relatert livskvalitet (15). Dette problemet kan behandles, forebygges eller lindres i samråd med tannlege og pleiepersonell ved hjelp av salivastimulerende midler, erstatningsprodukter, eller potensielt også ved seponering av enkelte medikamenter i samråd med lege.

Svekket muskulatur i lepper, kinn og tunge gir lavere oral clearance med retensjon av matrester, og kombinert med redusert finmotorikk kan man få store plakkansamlinger. Karies og slimhinnelidelser kan være smertefullt for brukeren, og i tillegg kan det føre til vond lukt, som kan være sjenerende. Det er også viktig å se den orale helsen i sammenheng med den allmenne helsen.

1.2 Munnhelses betydning for systemisk helse og morbiditet

Dårlig munnhelse kan øke risiko for andre sykdommer hos utsatte pasienter. Redusert hosterefleks, mer plakk, og svakere immunforsvar kan føre til aspirasjonspneumonier. En oversiktsartikkel fra 2008 konkluderte med at man på norske pleiehjem kunne oppnådd en absolutt riskreduksjon for pneumoni og luftveissykdom på omkring syv til tolv prosent, og at så mye som ett av ti dødsfall til pneumoni kunne vært unngått ved å bedre oral hygiene (16).

Forskning kan også tyde på en sammenheng mellom orale infeksjoner og visse systemiske lidelser, som kardiovaskulære sykdommer, diabetes mellitus, og bakterielle pneumonier. Flere mekanismer har vært foreslått for hvordan dette kan forklares (17). Brukerens munnhelse bør derfor anerkjennes som en viktig del av den generelle helsen, og må adresseres på linje med andre helsemessige problemstillinger.

1.3 Objektive og subjektive behov for munnstell hos brukere i hjemmetjenesten

Til tross for tannhelsens dokumenterte betydning for oral og generell helse relatert livskvalitet, har manglende fokus på munnstell i pleie- og omsorgstjenesten vært tatt opp som et problem (18). En ny studie utført av tannhelsetjenesten i Hedmark undersøkte munnhygiene hos brukere av hjemmetjenester, og fant at 42% av brukerne hadde uakseptabel oral hygiene med Belegg- og slimhinneindex (et vanlig mål på oral hygiene, fra to til åtte) på over fire, og at nesten halvparten hadde et behov for tannbehandling (19). Dette stemmer over ens med en studie fra Wales som viste at eldre på sykehjem hadde signifikant dårligere munnhelse enn resten av befolkningen (20). Det studien også viser, er at tannhelsen er verre allerede ved innskriving, noe som også er en observasjon fra norske pleiehjem, som vi ikke har funnet noen norske tall på.

I en norsk tverrsnittsstudie fra 2010 (21) fant man at mer enn fire av fem brukere av hjemmetjenesten hadde en eller flere risikofaktorer for karies: nedsatt førlighet, mer enn fem medikamenter per døgn, eller xerostomi. Over halvparten av disse hadde to eller flere risikofaktorer, og omkring én av seks oppgav at de trengte hjelp med tannpuss. Utifra dette virker det som det er en diskrepans mellom de eldres subjektive orale pleiebehov, og hva man utifra statistikken ville anta er et mer objektivt behov.

Et mulig tegn på en svikt i systemet, er at kun omkring halvparten av de som har bedt om hjelp med munnstell har fått det (21). Tidligere nevnte rapport fra Hedmark (19)

viste at omkring en av syv brukere i hjemmetjenesten fikk assistanse med tannpuss, og det virket ikke til at hjemmetjenesten har noe system for vurdering av nye brukeres orale pleiebehov. Rapporten viste også at færre enn en av ti pasienter hadde opplevd at hjemmesykepleien undersøkte munn og tenner, og kun fem prosent oppgav at de hadde blitt spurt om tenner og tannpuss. Når tannhelsestatus og hygienevaner ikke blir undersøkt, finnes det ikke noe adekvat grunnlag for å vurdere et oralt pleiebehov.

Et annet punkt av interesse, er hvor mange brukere som oppgir at de kjenner til tilbud om gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Bare 38% oppgav å ha fått informasjon om tilbudet, til tross for at alle som får tilbud om hjemmesykepleie i kommunen skal bli informert per post fra tannhelsetjenesten.

Statistikk over behandlingsbehov og prevalens av lammelser, xerostomier og stort antall medikamenter samsvarer ikke med det antall pasienter som får assistanse med munnstell (19, 21). Det er trolig et antall brukere som hadde hatt et behov for oppfølging og hjelp med munnstell fra pleiere som ikke får det. Som har vært beskrevet i en tidligere studie, så utgjør dette et brudd på forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, da kommunehelsetjenesten er pliktig å etablere et system som evner å ivareta brukernes grunnleggende behov, og da inkludert munnhygiene (22).

Eldre med sammensatte helseutfordringer og økt omsorgsbehov trenger tettere oppfølging fra helse- og omsorgstjenester, og dette krever gode rutiner for oppfølging og ivaretagelse av munnhelse. Vårt mål med denne masteroppgaven var å skape en oversikt over utfordringer for å ivareta god oral helse hos eldre brukere av hjemmetjenester som eksisterer hos pleierne, brukerne, og på et mer administrativt nivå i hjemmetjenesten. I den sammenheng har vi gjennomført en spørreundersøkelse på bestillingskontorene, og gjennomgått studier som fokuserer på munnhelse og munnstell hos brukere i hjemmetjenesten.

2 Fokus på munnhelse i hjemmetjenesten i Oslo: En spørreundersøkelse på bestillingskontorer

2.1 Innledning

Nedsatt fysisk og kognitiv funksjon samt sykdom kan føre til at flere eldre får behov for å få tildelt pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Etter at brukeren eller pårørende søker kommunen om slike tjenester, er det saksbehandlere på bestillerkontorene som vurderer brukerens pleiebehov. Hjemmetjenesten i Norge er lagt opp slik at pasienter ved innskriving behovsprøves på et bestillingskontor, som har som oppgave å avgjøre hvilket overordnet pleiebehov pasienten har, og skrive vedtak om hjelp med dette. Dette leddet i innskrivingsprosessen er viktig i vurderingen av behov for hjelp når det gjelder forskjellige tiltak i egenpleie, inkludert munnstell.

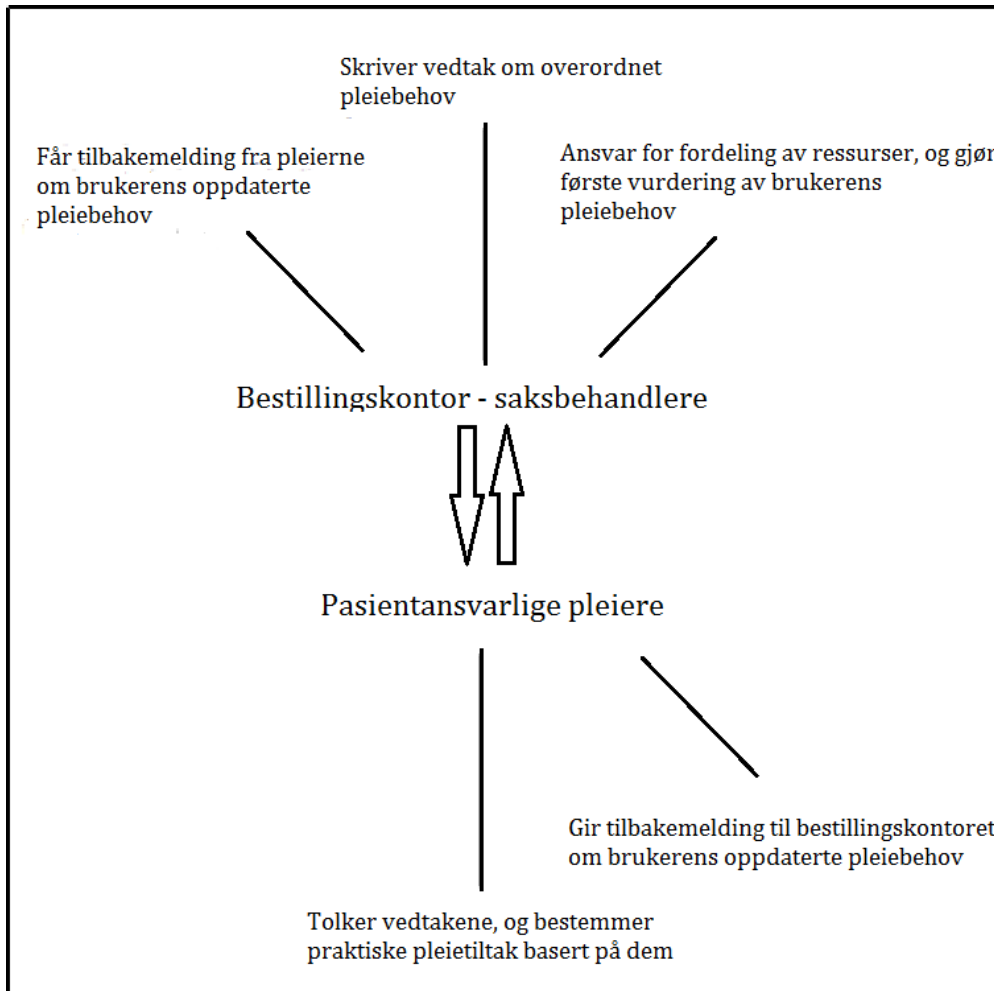
Deretter er det fagutviklingssykepleiere og andre pasientansvarlige pleiere sin oppgave å utarbeide et regime med mer praktiske tiltak for å adressere disse vedtakene, samt å komme med tilbakemelding til saksbehandlerne om oppdaterte ressursbehov og tilstander (Fig. 1).

I Oslo er hjemmetjenesten inndelt etter bydel, og det er per i dag 15 bydeler, hver med sitt bestillingskontor. Det er avgjørende at brukerens orale helse ivaretas på lik linje med allmenn helse og velvære, men hvorvidt dette er tilfelle er ukjent.

I forbindelse med denne masteroppgaven, ble det utført litteratursøk for å finne dokumentasjon relatert til rutiner og retningslinjer som ansatte i hjemmebaserte tjenester forholder seg til når det gjelder munnstell, men ingen publisert og allmenn tilgjengelig informasjon vedrørende rutiner på bestillingskontorene ble funnet.

Det er lite informasjon om innskrivingsprosessen ved tildeling av tjenester. Det er også veldig lite tilgjengelig informasjon om hvordan pasientens munnhelse vurderes og ivaretas allerede fra innskrivingen og den første fatningen av nødvendige vedtak.

Informasjon om grad av samarbeid og kommunikasjon mellom pleierne og saksbehandlere, når det gjelder munnstell og oral helse blant brukerne mangler.



Figur 1. – Oppgaver, ansvarsfordeling, og relasjon mellom saksbehandlere og pleiere i hjemmetjenesten i Oslo (31,32)

Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge rutiner, prioriteringer og holdninger blant ansatte på bestillingskontorer som er instans for delegering av ressurser og vedtak, for brukere av hjemmebaserte tjenester.

2.2 Materiale og metode

For å belyse hvor mye fokus bestillingskontorene har på munnhelse, ble det gjennomført en spørreundersøkelse. I undersøkelsen ble det benyttet et spørreskjema utviklet av studentene i samarbeid med veiledere og Senter for fagutvikling og

forskning ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo (Vedlegg 2). Skjema ble elektronisk sendt via Senter for fagutvikling og forskning i Oslo til alle bestillingskontorer i Oslo (n=15) hvor en saksbehandler med høyest ansiennitet fra hvert kontor svarte. Utfylte skjema ble samlet inn manuelt av studentene.

Spørreskjemaet inneholdt 18 semi-strukturerte spørsmål, som omhandlet rutiner, holdninger og kunnskap blant ansatte på bestillingskontorene, samt grad av samarbeid mellom forskjellige deler av hjemmetjenesten. Prosjektet har blitt fremlagt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og vurdert som ikke meldepliktig i tråd med personopplysningsloven (Vedlegg 3). For å analysere de innsamlede resultatene ble deskriptive analyser benyttet.

2.3 Resultater

I alt ble alle 15 bestillingsenheter kontaktet, hvorav fem besvarte skjema. Tre kontorer ønsket ikke å delta. Fire bestillingskontorer klarte vi ikke å få kontakt med, hverken per telefon eller e-post. Tre stykker ba om å få tilsendt spørreskjema på nytt, med beskjed om at de skulle svare ved anledning, men gjorde ikke dette innen innsamlingsfristen. Av de som meldte avbud svarte to at de ikke hadde tid, og en syntes ikke at spørsmålene gav noe godt inntrykk av arbeidet de gjorde.

Rutiner ved innskriving

Det var tre bestillingskontorer som svarte at vurderingen av pasientenes pleiebehov var basert på både sjekklister og en skjønnsmessig vurdering, mens to kontorer svarte at vurderingen kun var basert på skjønn (Tabell 1). Fire bestillingskontorer svarte at de sjeldent skrev egne vedtak på hjelp med munnstell, og to svarte at dette ble gjort på pasient eller foresattes ønske. En svarte altså på begge.

Fire svarte at vedtak om munnstell, når det skrives, baseres på skjønn eller ønsket til brukeren. To har notert under 'annet' at dette skjer når hjemmepleierne vurderer det som nødvendig.

Tabell 1. Vurderinger av hjelp med munnhygiene ved tildeling av hjemmetjenester. Fordeling av besvarelser fra bestillingskontorene (n=5, flere svaralternativer mulig).

Spørsmål	Alltid	Kun ved ønske fra bruker/pårørende	Sjelden	Aldri
Ved innskriving				
-blir munnhelsen hos nye pasienter undersøkt og registrert på vedtakskontoret?	0	1	1	3
- hvor ofte skriver vedtakskontoret spesifikke vedtak om hjelp til munntørr?	0	2	4	0

Tabell 2. Medisinske hensyn i forhold til vurderinger av hjelp med munnhygiene ved tildeling av hjemmetjenester. Fordeling av besvarelser fra bestillingskontorene (n=5).

Spørsmål	Alltid	Ofte	Noen ganger	Sjelden
Ved vurdering av hjelp med munnhygiene				
- tas det hensyn til om pasienten har funksjonsbegrensninger?	2	2	0	1
-tas det hensyn til om pasienten har kognitiv svikt?	2	2	0	1
-tas det hensyn til hvilke medikamenter pasienten bruker?	0	2	1	2
-tas det hensyn til om pasienten er munntørr?	0	2	2	1

Bestillingskontorene ble også spurt om hva man tar hensyn til ved vurdering av hjelp med munnhygiene (Tabell 2).

Funksjonsbegrensninger og kognitiv svikt tas det jevnt over hensyn til, med lik svarfordeling, der fire av fem svarer at de ofte eller alltid tar hensyn til funksjonsbegrensninger og kognitiv svikt i deres vurdering av behov for hjelp med munn/oral hygiene. Det var variasjon mellom bestillingskontorene i hvorvidt medikamentbruk og munntørrehet ble tatt hensyn til i vurderingen av hjelp til munnstell.

Brukeroppfølging og samarbeid med pleierne

Det ble også spurt om samarbeid mellom bestillingskontorene og pleierne i forhold til løpende oppfølging av brukerne i hjemmetjenesten. Resultatene viste at tre av fem bestillingskontorer sa de sjeldent fikk tilbakemelding fra pleierne vedrørende et økt oralt pleiebehov, og to av fem sa det bare var noen ganger. Derimot rapporterer fire av fem at de ofte eller veldig ofte innvilger økte ressurser for ivaretagelse av pasientens munnhelse der pleierne spør om det.

Et av fokusområdene i undersøkelsen var å kartlegge hvor mye fokus bestillingskontorene hadde på oppfølging av brukere med hensyn til tannlegebesøk. Tre av fem av bestillingskontorene svarte at pasientenes innmelding i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) ble registrert av pleierne. To svarte at innmeldingen følges opp av bestillingskontorene selv, og spesifiserer at de får innmeldingsskjema til DOT tilsendt som vedlegg.

Det er ingen av bestillingskontorene som visste noe om hvorvidt pasientene ble fulgt opp angående fremmøte til tannlegetimer.

Behov for kompetanse og tilgang på tannhelsepersonell

Tabell 3 viser tilgang på tannhelsepersonell og munnhelse-relatert kunnskapsbehov ved bestillingskontorene.

Tabell 3. - Fokus på, og kunnskapsbehov for, munnhelse i hjemmetjenesten, og tilgang på tannhelsepersonell. Fordeling av besvarelser fra bestillingskontorene (n=5).

Spørsmål	Ja	Nei
Har vedtakskontoret mulighet til å konsultere tannpleier eller tannlege?	4	1
Om nei, tror du det er behov for en slik tjenesteperson?	0	1
Synes du munnhelse får et stort nok fokus i hjemmetjenesten?	0	5
Ser du behov hos ansatte i hjemmetjenesten/vedtakskontoret for mer teoretisk kunnskap om munnpleie og sykdommer i munnhulen?	4	1

Fire av fem av bestillingskontorene svarte de hadde tilgang på fagspesifikk kompetanse innen tannhelse og munnstell. Ett kontor svarte nei, og oppgav at de heller ikke så noe behov for dette.

Alle respondentene var enige i at munnstell ikke fikk nok fokus i hjemmetjenesten, og fire av fem mente også at det var et behov for økt teoretisk kunnskap om munnpleie og orale sykdommer, blant ansatte i hjemmetjenesten og på vedtakskontorene.

På et åpent spørsmål om hva som måtte til for at mottakere av hjemmesykepleie skal få en så optimal munnhelse som mulig, var faktorer som ble nevnt flere ganger kompetanseheving, både hos pleiere og på bestillingskontoret, samt økt fokus på munnhelse ved bestemmelse av vedtak. Ett bestillingskontor svarte at bedre sjekklister på sykdommer og tilstander som påvirker behov for hjelp med munnstell ville være til hjelp.

3 Diskusjon

3.1 Barrierer hos pleiepersonell

Det er mange utfordringer knyttet til det å få til optimal tannhelse og munnstell hos individer med nedsatt helse og økt omsorgsbehov. Utgangspunktet for denne oppgaven var munnhelsen hos eldre brukere i hjemmetjenesten, men flere av våre funn og diskusjonspunkter kan også være relevante for et økende antall av yngre brukere av hjemmetjenesten.

I litteraturen kommer det frem at manglende fokus på munnstell kan være resultat av at det ikke avsettes store nok ressurser fra det administrative sin side, og pleierne rapporterer tidspress i forbindelse med stor arbeidsmengde (23). En annen forklaring kunne være at kunnskap om munnhelse blant pleiepersonell ikke alltid er tilfredsstillende. I en studie der innholdet i pleierutdanninger i Norge (24) ble undersøkt, fant de at selve utdannelsen er kvalitetsmessig manglende med hensyn til munnhelse. En masterstudie fra Universitetet i Tromsø (25) viste halvparten av pleierne ikke hadde fått noen opplæring i munnstell via jobben sin, og at etterutdanningstilbudet var mangelfullt. Omtrent halvparten mente heller ikke de kunne nok til å utføre arbeidet sitt godt nok. Tilgang på oppslagsverk og kilder til kunnskap om munnhelse og munnstell på jobben var også manglende.

Det er flere studier hvor pleieres kunnskap, holdninger og vaner relatert til tannhelse har vært kartlagt (19, 24, 25). Funnene viste manglende kunnskaper om blant annet renhold av proteser, sammenheng mellom munntørrehet og karies, og om hjelpemidler mot munntørrehet. Seim et al. (19) fant liknende tall i en norsk studie fra 2014, med nesten halvparten av pleierne som oppgav at de trengte mer opplæring i munnpleie. Studien rapporterte også at det var dårlig samsvar mellom pleiernes vurdering av egne rutiner, og de faktiske forhold. Pleierne som hadde høyest egen oppfatning av sine rutiner og kunnskaper var også fra området med dårligst BSI. Dette tyder på at pleiernes

selvrapporterte behov for opplæring i munnstell er en underestimering av det faktiske antall pleiere som kunne hatt nytte av videre opplæring.

Samtidig viser forskning at opplæring i munnhelse og munnstell for pleiepersonell kan ha effekt. Resultater fra en skandinavisk studie hvor sykepleiere fikk spesialopplæring i munnstell og oral helse, viste ved ett års oppfølging at sykepleierne fremdeles jobbet hardt, og følte seg ansvarlig for pasientenes munnhelse (26). Noe som kom frem i samme studien var at det ble ytet passiv motstand fra medarbeidere uten den samme opplæringen, noe som gjorde arbeidet med munnstell vanskelig.

En randomisert-kontrollert studie fra India 2014 (30) viste betydelig forbedring av kunnskaper om oral helse i intervensjonsgruppen, som fikk teoretisk, og praktisk opplæring i oral hygiene på modell.

I en svensk studie hvor holdninger til munnstell blant pleiepersonell ble undersøkt ble det funnet at oral pleie kan anses som mindre attraktivt enn andre tiltak, og at holdninger blant pleiepersonell ofte var negativ (18). Det er flere andre studier som har vist lignende funn, med gjennomgående lav prioritering av munnstell, og negative holdninger blant pleiepersonell (27, 28). Dette kan tyde på at implementering av nye tiltak i det etablerte systemet kan være utfordrende, og at det kan være vanskelig for enkeltpleiere å skape endringer, og å forsøke å bedre ivareta brukernes munnhelse.

Manglende fokus på munnhelse i hjemmetjenesten kan skyldes flere faktorer, eksempelvis mangel på etablerte rutiner og fokus på munnstell i administreringen, pleiernes egne oppfatninger, kunnskaper og opplæring, samt brukernes evne og vilje til å motta hjelp. For å få mer fokus på munnhelse er det viktig at nye brukere av hjemmetjenester får tilskrevet egne vedtak på oral hygiene, og at dette ikke bare foreligger som en ekstra post om man har tid under hjelp med personlig hygiene. Resultatene fra vår spørreundersøkelse viste at det sjeldent foregikk.

Som vi kom inn på tidligere, opplever få brukere av hjemmetjenester å bli spurt om, eller få undersøkt munn og tenner av pleiere fra hjemmetjenesten (19). Fortrinnsvis er

dette noe som burde gjøres gjentatte ganger på samtlige pasienter, for å ha nødvendig faglig informasjon til å vurdere oppdaterte tiltak for hver pasient.

Et bedre samarbeid og informasjonsutveksling mellom hjemmetjenesten og DOT ville også være nyttig for bedre å ivareta brukernes orale helse, da tannhelsepersonell kan gi tilbakemelding til pleierne om økt oralt pleiebehov. Som nevnt har utleveringen av informasjon om rett til gratis tannbehandling rom for forbedring, med få eldre brukere som rapporterer at de har mottatt informasjon. Hjemmetjenesten opplyser ikke DOT om hvem som har rett til fri tannbehandling på grunnlag av vedtak om hjemmetjenester før pasienten eller pårørende eksplisitt godtar tilbudet. Dette gjør systemet veldig avhengig av at hjemmetjenesten har gode rutiner for informasjon og oppfølging av pasientens rettigheter hos DOT (29).

3.2 Barrierer hos brukerne

En annen potensiell utfordring for ivaretagelse av brukernes munnhelse, er deres evne og vilje til å motta hjelp med munnstell. Som er nevnt tidligere, er de eldre ofte ikke selv oppmerksomme på sitt økte pleiebehov. Det kan også være en betydelig barriere å overlate munnstell til pleiepersonell. Stahet og motsettelse mot pleie er svært vanlige problemer, som rapporteres ofte av pleierne (23).

Det finnes ellers lite i litteraturen angående problemstillinger omkring brukerne av hjemmetjenesten, og deres evne og vilje til å ta imot munnstell, og denne problemstillingen blir ikke vektlagt i denne oppgaven.

3.3 Barrierer på bestillingskontorene

Vår spørreundersøkelse gjennomført blant bestillingskontorene i Oslo er den første som kartlegger rutiner og fokus på hjelp med munnstell ved tildeling av hjemmebaserte tjenester for eldre med omsorgsbehov.

Kun en tredel av alle bestillingskontorene i Oslo svarte på undersøkelsen, noe som betyr at det er vanskelig å generalisere resultatene, og funnene må tolkes med forsiktighet. Likevel er spredningen i besvarelsene på de fleste spørsmål nokså liten, og funnene viser noen tydelige trender. I tillegg er lav besvarelsesprosent et interessant funn i seg selv. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til bestillingskontorene via Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester. Senteret er en nasjonal satsing for utvikling av gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene, delvis finansiert av Helsedirektoratet. Selv om man kan spekulere at dette ville øke interessen for studien hadde kun et fåtall hørt om mailen og undersøkelsen når besvarelsene ble samlet inn. Vi var så på gjentatte besøk der vi snakket med avdelingsledere ansikt til ansikt og per telefon. Vi endte med at omkring en tredel av bestillerenhetene besvarte skjemaet. Årsaken til den lave svarprosenten er noe uviss, og vanligste nevnte grunn til manglende svar var for lite tid. Man kan spekulere om dette også kan skyldes utilpasshet med spørsmålene, eller at de enkelte bestillingskontorene ikke valgte å prioritere det.

Vår undersøkelse fokuserte på bestillingskontorene, som tildeler hjemmebaserte tjenester i Oslo. Svært lite data er innhentet fra denne delen av hjemmetjenesten fra før av. Det er få andre studier vi kan sammenligne funnene våre med, og det bør nok fortrinnsvis følges opp med flere og større studier nasjonalt for å få en bedre oversikt.

Selv om spørreundersøkelsen hadde begrensinger, viser funnene at oral helse har begrenset fokus ved tildeling av hjemmebaserte tjenester for eldre. De fleste kontorene som svarte mente at undersøkelse av brukerens munnhelse sjeldent ble vurdert. Som har vært observert i flere andre studier (23, 28), har pleiere i hjemmetjenesten sjeldent rutine for å undersøke pasientenes munnhelse. Dette kan også støttes av vårt funn om at de fleste bestillingskontorene bare sjeldent fikk tilbakemelding om økt behov for ressurser til hjelp med munnstell.

Det ble bemerket i eget notat i en av besvarelsene at det heller ikke er meningen at bestillerenheten gjennomgående skal undersøke pasientens munnhelse. Slik systemet fungerer i dag, har hverken saksbehandlere eller pleiere noen klare rutiner for å

undersøke og vurdere pasientens behov for munnstell. Dette kan ha ført til en noe uklart ansvarsfordeling, der hverken pleierne eller saksbehandlerne på bestillerenhetene opplever det som sin jobb å behovsprøve for hjelp med munnstell. Dette kan øke risikoen for at brukerne med behov for hjelp ikke blir oppdaget i tide.

På spørsmål om hvor ofte bestillingskontorer skriver vedtak om hjelp til munnstell, svarer de fleste at det sjeldent gjøres, og eventuelt på pasient eller foresattes ønske. Det som da legges til grunn for denne vurderingen, er en kombinasjon av sjekklister på sykdommer og tilstander, samt saksbehandlerens skjønn. Ett av bestillingskontorene etterlyste bedre sjekklister som noe som kunne hjulpet for å ivareta brukernes munnhelse på en bedre måte. Et forslag til forbedring av dagens system, kunne være en lavere terskel for å skrive spesielle notater/vedtak på at brukeren kan ha behov for hjelp til munnstell fra bestillerenhetens hold.

Funksjonsbegrensninger, som pareser, lammelser, og nedsatt førlighet kan gjøre tannpuss vanskelig på egen hånd. Kognitiv svikt kan føre til at man glemmer ting, og apraksi, vansker med å gjennomføre praktiske gjøremål, er en vanlig konsekvens av demens. Dette rapporteres det i spørreundersøkelsen vår at saksbehandlerne på bestillingskontorene tar høyde for i vurderingen av pasientens behov for hjelp med munnstell, som peker på et visst kunnskapsnivå omkring vanlige utfordringer med å utføre personlig tannstell for brukere med nedsatt funksjonsevne. Bestillingskontorene i spørreundersøkelsen svarte også at de hadde god tilgang på faglig kompetanse innen munnstell. Dette gir gode muligheter for økt tverrfaglig samarbeid. Samtidig ser vi at få brukere får egne vedtak på hjelp med munnstell, og disse faglige ressursene blir kanskje ikke fullt utnyttet.

Brukerens funksjonsevne ser ut til å ha betydning for saksbehandlerens vurdering av tiltak, men kanskje ikke i tilstrekkelig grad. En justering av allerede eksisterende innskrivingsrutiner med økt fokus på munnstell kan kanskje lede til at brukerens munnhelse blir bedre ivaretatt. Eksempelvis kan man senke terskelen for vedtak om

hjelp med munnpleie, og eventuelt samarbeide tettere med tannpleier eller tannlege.

Samtidig er det viktig at pleierne bevisstgjøres deres ansvar for å undersøke brukernes orale pleiebehov. Et slikt initiativ kunne kombineres med videre opplæring av pleierne om oral pleie, og orale sykdommer og problemstillinger, og å avklare i større grad viktigheten av rutinemessige undersøkelser av pasientenes orale helse og orale pleiebehov.

Bestillingskontorene i undersøkelsen rapporterte at tannhelse ikke fikk nok fokus i hjemmetjenesten, og det var også enighet om at det var et behov for økt kunnskap om orale sykdommer og tilstander. På spørsmål om hva som skulle til for å optimalisere brukernes tannhelse, kom det frem at det var behov for større fokus på munnhelse ved innskrivning, og kompetanseheving i hjemmetjenesten. Tidligere studier viser at kompetansehevende tiltak med fokus på munnhelse for ansatte i hjemmetjenesten kan gi positivt utslag på ivaretagelsen av brukernes munnhelse (19).

Svarene på spørsmål om fokus og kunnskap om munnstell kan tyde på bevissthet rundt at det er utfordringer med hjemmetjenestens håndtering av oral helse hos sine brukere, og viser motivasjon for å løse disse utfordringene.

Brukere av hjemmetjenester som tilhører pasientgruppe C2 får tilbud om gratis behandling innenfor DOT, som det rutinemessig skal informeres om av hjemmetjenesten. Det er imidlertid usikkert hvorvidt hjemmetjenesten så har oversikt om brukerne tar imot tilbudet. Svarene på denne undersøkelsen kan tyde på at dette følges opp i en begrenset grad. Noen av bestillingskontorene sa de selv hadde oversikt, og spesifiserte at de mottok innmeldingsskjema til DOT. Resten mente pleierne fulgte opp dette. Undersøkelsen viste at ingen av bestillingskontorene visste noe om brukerne ble fulgt opp til tannlegetimer. Informasjon om hvorvidt brukerne er under oppsyn hos DOT, og om de møter opp til timene kan være viktig informasjon for hjemmetjenesten for å vurdere pasientenes behov for ekstra oral oppfølging.

Tettere samarbeid mellom hjemmetjenesten og DOT er forhindret grunnet problemstillinger rundt taushetsplikten. DOT får ikke automatisk innsyn i hvem som tilhører pasientgruppe C2. Hadde tannhelsepersonell innsyn kunne de selv tatt kontakt, men slik det er i dag anses det som et brudd på taushetsplikten, og tilbudet må formidles via hjemmetjenesten.

En annen utfordring er at hjemmetjenesten får oversikt over brukere som meldes inn i DOT, men ikke følger opp brukere som takker nei til tilbudet. Mange eldre kjenner ikke til sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, eller kan ikke huske å ha hørt om et slikt tilbud. Dette kan føre til at hjemmetjenesten overser de som ikke er under tannlegetilsyn, og de som burde fått en påminnelse om tilbudet.

Eldre i hjemmetjenesten har nedsatt fysisk og kognitiv funksjon, og sykdommer som øker risiko for karies, periodontitt og sykdommer i munnhulen. For å opprettholde god munnhelse i denne gruppen, er gode rutiner og tverrfaglig samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenester og tannhelsepersonell avgjørende.

4 Avslutning for masteroppgave

Utfordringene for å opprettholde syke eldres orale helse er mange. Brukernes sykdommer og medikamentbruk kan gi bivirkninger i munnhulen, og man må ha gode metoder og rutiner for å undersøke, pleie og ivareta brukernes orale helse.

Det er krevende for pleierne å vurdere og ivareta brukernes munnhelse, med begrenset opplæring og kunnskaper. De har ofte lite tid og ressurser, og et miljø som ikke oppfordrer til og prioriterer munnpleie.

Det vi har sett nærmere på i denne masteroppgaven, som ikke er undersøkt tidligere, er hvilke utfordringer som kan foreligge hos saksbehandlerne på bestillingskontorene i hjemmetjenesten. På grunn av få svar kan funnene våre ikke generaliseres til alle bestillingskontorer, men de kan peke på noen faktiske forhold, og danne grunnlaget for oppfølgende studier.

Basert på våre funn, legger ikke dagens system opp for noen stor grad av ansvar for munnhelsen på dette nivået av hjemmetjenesten. En positiv faktor er at bestillingskontorene er dyktige til å innvilge økte ressurser til munnstell der pleierne rapporterer et behov for dette.

Funn fra denne oppgaven kan tyde på at bestillerenhetene, med enda mer kunnskaper om orale problemstillinger, og et større fokus på munnhelse med lavere terskel for å skrive spesifikke vedtak om oral pleie kunne vært en ressurs i ivaretagelsen av pasientens munnhelse. Dette ville bedre hjemmetjenestens oversikt over brukernes munnhelsestatus og behov for munnstell.

5 Konklusjon

Det er flere utfordringer med å ivareta munnhelsen hos eldre brukere i hjemmetjenesten, og det er ikke lagt opp for at bestillingskontorene har noe overordnet ansvar og rutiner for dette. Munnhelsen til nye brukere undersøkes sjeldent, og det skrives sjeldent spesifikke vedtak om hjelp med munnstell ved bestillingskontorene.

Det innvilges ofte økte ressurser til munnstell av bestillingskontoret der dette blir søkt om av pleierne.

Saksbehandlerne på bestillingskontorene ser behov for mer kunnskap og fokus på munnhelse i hjemmetjenesten.

Pleierne undersøker sjeldent munnhelsen hos brukerne, har ofte begrenset med tid og opplæring, og har for lite kunnskaper om orale problemstillinger.

Litteraturliste

1. Folkehelseinstituttet. Sosiale helseforskjeller i Norge 2016. Rapport: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet
2. Folkehelseinstituttet. Helse hos eldre i Norge 2015. Rapport: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet
3. Ambjørnsen E, Axéll T, Henriksen B. Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2002;112:272-4.
4. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Dental caries among the elderly in Norway. *Acta Odontol Scand.* 2004;62(2):75-81.
5. Otnes B. Utviklingen i pleie-og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2015(1) :48-61.
6. Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014(124):276-83.
7. Heloe LA, Holst D, Rise J. Development of dental status and treatment behavior among Norwegian adults 1973-85. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988;16(1):52-7.
8. Heloe LA. Changes of dental treatment pattern in Norway in the 1970s. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1978;6(2):53-6.
9. Sogaard AJ, Grytten J, Holst D. Recent changes in health related dental behaviors in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991;19(5):241-5.
10. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Qual Life Res.* 2008;17(2):227-35.
11. Folkehelseinstituttet. Legemiddelbruk i Norge 2015. Rapport fra Reseptreseptregistret 2007- 2011. Oslo: Folkehelseinstituttet
12. Nederfors T. Xerostomia and hyposalivation. *Adv Dent Res.* 2000;14(1):48-56.

13. Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol.* 2001;46(5):413-23.
14. Løkken P, Birkeland J. Munntørrhet–årsaker og aktuelle tiltak. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005;115:642-6.
15. Willumsen T, Fjæra B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology.* 2010;27(4):251-7.
16. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(11):2124-30.
17. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev.* 2000;13(4):547-58.
18. Wårdh I, Andersson L, Sörensen S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology.* 1997;14(1):28-32.
19. Seim AS, KE, Jakobsen HN., Olsen RH., Willumsen T. Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014;124:712-7.
20. Karki A, Monaghan N, Morgan M. Oral health status of older people living in care homes in Wales. *Br Dent J.* 2015;219(7):331-4.
21. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien: en tverrsnittsstudie. *Sykepleien Forskning.* 2010;5(2):100-8.
22. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene i kort versjon, 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., § 3, . In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 1991.Omsorgstjenestene.
23. 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.
24. Mehl AE, Ellingsen ØG, Kjeksrud J, Willumsen T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology.* 2014;33(2):23-9
25. Kringli A, Faizi AN. En studie om helsearbeidere sin kunnskap om munnhelse i eldreomsorgen og problemer de møter (Masteroppgave). Tromsø: UiT Norges arktiske universitet; 2015:1-23

26. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aides: One-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(3):250-6.
27. Weeks J, Fiske J. Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology.* 1994;11(1):13-7.
28. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care—a low priority in nursing. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(2):137-42.
29. Tannhelsetjenesteloven.1983.Lov om tannhelsetjenesten m.v. av 1983 -06-03 nr 54.
30. Khanagar S, Kumar A, Rajanna V, Badiyani BK, Jathanna VR, Kini PV. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge, attitudes, and practices: a randomized controlled trial. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry.* 2014;4(2):122.
31. Helsenorge. Helsetjenester i hjemmet 2015 .Internett. Oslo: Helsenorge 2017.Hentet 21.05.2017. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsetjenester-i-hjemmet>.
32. Oslo kommune. Søk om helse- og omsorgstjenester. Internett. Oslo: Oslo kommune 2017. Hentet 21.05.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/sok-eller-klag-pa-helse-og-omsorgstjenester/sok-helse-og-omsorgstjenester/>
33. Statistisk sentralbyrå. Tabell: 06969: Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter alder og tenestetype (F). Internett: Statistisk sentralbyrå. Hentet 22.05.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=IPLOShjemInstTj&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=pleie&StatVariant=&checked=true>

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv til saksbehandlere på bestillingskontor i Oslo

Forespørsel om å være med i en spørreundersøkelse

Munnhelse i hjemmetjenesten

Bakgrunn og formål

Målet med denne spørreundersøkelsen er å kartlegge rutiner rundt tannhelse og munnstell for pasienter som får vedtak om tildeling av hjemmebaserte tjenester. Denne undersøkelsen er en del av vår masteroppgave i odontologi ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og sendes til alle tildelingskontorer Oslo.

Vi ber at en fagansvarlig med lengst ansiennitet fra hvert kontor svarer på spørreskjema.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen i studien innebærer utfylling av et enkelt papirskjema. Spørsmålene vil omhandle rutiner for vurdering av hjelp til munnstell samt kartlegge fokus på tannhelse i hjemmetjenesten.

Ved å svare på spørreskjema hjelper du oss for å sette økt fokus på dette området og forhåpentligvis kartlegge faktorer som vil kunne gjøre at brukere av hjemmebaserte tjenester får bedre hjelp til å ivareta sin tannhelse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Data i denne undersøkelsen skal samles inn, analyseres og publiseres anonymt. Det vil ikke bli mulig å knytte svarene til den enkelte bydel. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juli 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, men det er viktig for resultatene at flest mulig er med. Merk utfylt skjema «masterstudenter odontologi» og legg det i resepsjonen innen 7.12.2016.

Vi kommer rundt til kontorene og samler inn svarene for hånd i uke 49 (8-9/12). Send gjerne en e-post til: lenehh@odont.uio.no når skjemaet er klart til å hentes.

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

Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, har vurdert studien som ikke meldepliktig.

Med vennlig hilsen Ole Tuft og Bojana Popovic,
tannlegestudenter ved Universitetet i Oslo

6.2 Vedlegg 2: Spørreskjema til saksbehandlere på bestillingskontor i Oslo

Spørreskjema for masteroppgave

Rutiner ved vedtak om tildeling av hjemmetjenester

1. Foregår vurdering av pasienters pleiebehov ut ifra

- Sjekkliste
- Skjønnsmessig vurdering

2. Ved innskriving, blir munnhelsen hos nye pasienter undersøkt og registrert på vedtakskontoret?

- Alltid
- Kun ved ønske fra bruker/pårørende
- Sjelden
- Aldri

3. Ved innskriving, hvor ofte undersøker personell på vedtakskontoret om bruker har behov for bistand med munnstell?

- Alltid
- Kun ved ønske fra bruker/pårørende
- Sjeldent
- Aldri

4. Ved innskriving, hvor ofte skriver vedtakskontoret spesifikke vedtak om hjelp til munnstell?

- Alltid
- Kun ved ønske fra bruker/pårørende
- Sjeldent
- Aldri

5. Hva avgjør om brukere får spesifikke vedtak for hjelp med munnstell?

- Sjekkliste på sykdommer og tilstander
- Skjønnsmessig vurdering
- Bruker/pårørende spør om det
- Annet, spesifiser:

6. Ved vurdering av hjelp med munnhygiene, tas det hensyn til om pasienten har funksjonsbegrensninger?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent

7. Ved vurdering av hjelp med munn/oral hygiene, tas det hensyn til om pasienten har kognitiv svikt?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent

8. Ved vurdering av hjelp med munn/oral hygiene, tas det hensyn til hvilke medikamenter pasienten bruker ?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent

9. Ved vurdering av hjelp med munn/oral hygiene, tas det hensyn til om pasienten er munntørr?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent

10. For eldre i hjemmetjenesten, hvor ofte får du tilbakemelding fra pleierne om at den eldre har behov for ekstra hjelp med munnstell?

- Veldig ofte
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent

11. I tilfeller der pleierne ber om ytterligere ressurser til ivaretagelse av pasientens munnhelse, omtrent hvor ofte innvilger dere dette?

- Veldig ofte
- Ofte
- Noen ganger
- Sjeldent
- Aldri

12. Eldre som mottar hjemmesykepleie en gang i uken i mer enn tre måneder har krav på gratis tannbehandling av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Blir innmeldinger til DOT fulgt opp av vedtakskontoret?

- Ja, vi følger opp
- Nei, dette følges ikke opp
- Nei, dette følges opp av pleier
- Vet ikke

Om ja, blir dette dokumentert skriftlig?

- I tiltaksplanen
- I journalen
- Annet, spesifiser:
- Blir ikke dokumentert

13. Er det rutine på at brukere av hjemmetjenester blir fulgt opp i forhold til fremmøte til tannlegetimer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Om ja, blir dette dokumentert skriftlig?

- I tiltaksplanen
- I journalen
- Annet, spesifiser:
- Blir ikke dokumentert

14. Har vedtakskontoret mulighet til å konsultere personell med faglig kompetanse innen munnstell? (f.eks. tannpleier eller tannlege)

- Ja
- Nei

Om nei, tror du det er behov for en slik tjenesteperson?

- Ja
- Nei

15. Synes du munnhelse får et stort nok fokus i hjemmetjenesten?

- Ja
- Nei

16. Hva mener du skal til for at mottakere av hjemmesykepleie skal få en så optimal munnhelse som mulig?

17. Ser du behov hos ansatte i hjemmetjenesten/vedtakskontoret for mer teoretisk kunnskap om munngleie og sykdommer i munnhulen?

- Ja
- Nei

18. Har du til slutt noen kommentarer til undersøkelsen? Noter:

6.3 Vedlegg 3: Vurdering av meldeplikt fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste



Lene Hystad Hove

Institutt for klinisk odontologi Universitetet i Oslo

Postboks 1109 Blindern

0317 OSLO

Vår dato: 18.10.2016

Vår ref: 50153 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50153

Munnhelse i hjemmetjenesten

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Lene Hystad Hove

Student

Ole Tuft

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ole Tuft oletuf@student.odont.uio.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfågres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50153

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

-direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.) -indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.) -via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)

-eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.