

Institutt for Klinisk Odontologi

Munn- og tannstell for eldre i hjemmetjenesten

En kartlegging av kunnskap og evaluering av utbytte etter kurs

Kristine Fredriksen, Merethe Dahl Larssen og Malene Bergset Rusten
Masteroppgave i Odontologi, ODO-3901, Mai 2022.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1. Introduksjon	4
2. Metode.....	8
3. Resultat.....	16
4. Diskusjon.....	21
5. Referanser.....	31
6. Vedlegg	33

Forord

Vi vil gjerne takke de ansatte i hjemmetjenesten i kommunene Grong, Vestens og Åfjord som har deltatt i denne undersøkelsen. Videre ønsker vi å takke Kompetansesentret Tannhelse Midt for samarbeidet i dette masterprosjektet, og spesielt Katrine Døsvik og øvrige ansatte ved TkMidt som har utarbeidet undervisningsopplegget og gjennomført datainnsamlingen i studiet.

Vi ønsker også å takke våre veiledere førsteamanuensis Dr. Linda Stein og førsteamanuensis Dr. Lars Martin Berg fra UiT Norges Arktiske Universitet for tilbakemeldinger og rådgivning ved arbeidet med denne oppgaven.

Sammendrag

Nøkkelord: Oral helse, hjemmetjenesten, eldre, munnstell, tannstell, kurs og pleiere

Eldre utgjør en økende andel av befolkningen og flere har i dag egne tenner. Tiden som hjemmeboende bærer preg av redusert kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten, og økende kontakt med hjemmetjenesten. Frem til innleggelse på sykehjem viser det seg at mange har en oral helse som har forfalt. Tidligere undersøkelser viser at det er behov for kompetanseheving blant pleiepersonell som yter munn- og tannstell på eldre.

Hensikten med denne studien var å kartlegge kompetansen de ansatte i hjemmetjenesten i kommunene Grong, Åfjord og Vestnes har om munnstell, avtakbare proteser og oral helse, og evaluere utbyttet av et kurs i munn- og tannstell for eldre.

Totalt 94 deltakere avla besvarelse på spørreskjema før kurs, og 70 av disse besvarte et nytt spørreskjema tre måneder senere. Analysen ble utført i IBM SPSS vs.28.

Resultatet viser at deltakerne hadde kunnskap om grunnleggende munn- og tannstell. De hadde minst kunnskap om rengjøring av implantat, tannrøtter og proteser. Omtrent halvparten av de ansatte kjente til oral påvirkning av sovemedisiner og brukernes rettigheter i DOT.

Nesten alle ansatte rapporterte at de hadde utbytte av kurset, halvparten ville ha mer undervisning. Kurset ga størst utbytte om stell av tannrøtter og implantater, samt identifisering og rengjøring av delproteser. Denne studien understreker at det foreligger et behov for kompetanseheving i oral helse for eldre blant pleiepersonell i helse og omsorgstjenesten.

1. Introduksjon

Den eldre populasjonen utgjør en stadig større andel av befolkningen (Petersen & Ueda, 2008). Tall fra Norge viser at innbyggerne lever lenger, samtidig som fruktbarheten, innvandringen og dødeligheten er på vei ned (Gleditsch, 2020). Framskrivninger fra statistisk sentralbyrå viser at det innen 2030 vil være flere eldre (65+ år) enn barn og unge (0-19 år), og hver femte nordmann vil være 70 år eller eldre innen 2060 (Gleditsch, 2020). Veksten blant antall eldre personer forventes å være størst hos de over 80 år (Tønnessen, 2018).

OECD definerer eldre som mennesker med alder på 65+ år (OECD, 2022). Inndelingen gir en øvre aldersdifferanse på opp mot 40 år, noe som gir store individuelle forskjeller innad i gruppen. Samtlige eldre vil oppleve primær aldring med naturlige endringer som kan påvirke kognitiv evne, motorikk, sansefunksjoner og hukommelse (Nordenram & Nordstrom, 2015). Eldre pasienter med nedsatt funksjon og allmentilstand har dårligere tannhelse enn friske eldre (Seim, Kveen, Jakobsen, Olsen, & Willumsen, 2014). Med økt skrøpelighet kan faktorer som aldrende tannsett, nedsatt koordinasjon, medisinbruk, bivirkninger av medisiner og sykdom direkte eller indirekte påvirke oral helse. I tillegg er andelen eldre med egne tenner økende (Samson, Strand, & Haugejorden, 2008). Stadig flere eldre er som følge av dette mer utsatt for karies, periodontitt, munntørrhet og orale infeksjoner (Nordenram & Nordstrom, 2015).

Den orale helsen kan også påvirke pasientens generelle helse. Det er funnet sammenhenger mellom oral hygiene, smaksevne, dårlig tannstatus, kroppsmasseindeks (KMI), orale infeksjoner og mortalitet. Altså har god oral helse verdifull innvirkning på generell helse, tyggefunksjon, næringsinntak, livskvalitet og i ytterste konsekvens livet hos eldre pasienter (Seim et al., 2014).

Oral helsestatus blant eldre

Det er gjort få omfattende studier om oral helse hos eldre (Skott & Wårdh, 2017). En pilotstudie fra Hedmark avdekket at i alt 42% av brukerne med hjemmetjenester hadde uakseptabel munnhygiene (Belegg og slimhinne indeks >4), 67% brukte over 5 medikamenter daglig, 44% følte seg munntørr og 14% fikk hjelp til tannpuss (Seim et al., 2014). Tilsvarende funn ble gjort i en studie som undersøkte 36 sykehjem i Akershus hvor det ble konkludert at munnhygienens var utilstrekkelig hos mer enn 40% av beboerne, og at 20% alltid mottok hjelp

til tannpuss av personalet mens rundt 60% pusset tennene selv (Preus, Aass, & Grytten, 2022). En studie av gjort av Strand avdekket også uakseptabel kvalitet på oral helse, noe som kan vitne om at det er et behov for videre undersøkelser og oppfølging av tematikken. Studien fant videre at 47% hadde behov for tannbehandling og 49% gikk regelmessig til tannlege (Strand, Stenerud, & Hede, 2017).

I Norge føres en politikk der eldre helst skal bo hjemme så lenge de kan. Skott og Wårdh peker på at tiden som hjemmeboende bærer preg av gradvis redusert kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten, og for mange økende kontakt med hjemmetjenesten (Skott & Wårdh, 2017). Willumsen fant i sin studie blant annet at nesten av halvparten (48%) av deltakerne hadde ikke vært hos tannlege på mer enn et år (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010). Årsaker til uteblivelse baserer seg på faktorer som mangel på transport til klinikken, tannklinikker som ikke er tilpasset særskilte behov, tap av fast tannlege, egne helseproblemer og personlig økonomi (Fjæra et al., 2010; Skott & Wårdh, 2017).

Frafall fra bruk av tannhelsetjenesten, utilstrekkelig tid hos de ansatte i hjemmetjenesten og manglende kartlegging av brukernes orale helse er mulige faktorer til at eldre får redusert tannhelse (Skott & Wårdh, 2017).

Hjemmetjenestens rolle i oppfølging av oral helse blant eldre

Ifølge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunen ansvar for individer med behov for oppfølging (Helse- og omsorgstjeneste loven, 2011). Det er da det kommunale helsepersonellets oppgave å følge opp og ivareta disse pasientenes helse, inkludert munn- og tannhelse, samt henviser videre ved behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Eldre som mottar hjemmetjenester minst en gang i uken med forventet varighet over tre måneder, skal få tilbud om nødvendig behandling på en offentlig tannklinikk uten å betale for dette (Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester, 2008).

Undersøkelser viser likevel at det er en betydelig andel eldre som ikke er klar over dette tilbudet. Tidligere studier viser til at henholdsvis 38% av brukere i Oslo var informert om tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), mens halvparten av brukerne i Hedmark oppgav å ha fått informasjon om dette (Fjæra et al., 2010; Seim et al., 2014). Informasjonen om gratis tannhelsehjelp hos DOT når ikke frem til alle, og tannhelsetjenesten slik den er

organisert i dag er ikke tilstrekkelig for å møte de eldre sine tannhelsebehov (Skott & Wårdh, 2017).

Ettersom eldre med hjemmetjenester tidligere har vært en gruppe med få eller ingen gjenværende tenner foreligger det store endringer i behovet for oppfølging. Forutsetningene for god tannhelse, og endringene i eldre sine behov for munn- og tannstell skaper etterspørsel på kompetanse i hjemmetjenesten (Seim et al., 2014). Ved innleggelse på sykehjem viser det seg at mange har en oral helse som alt har forfalt (Seim et al., 2014). Dette indikerer at det forekommer et markant forfall i tannstatus i perioden de eldre er under hjemmetjenestens oppfølging.

Utfordringer

Strand presenterer flere studier som kartlegger utfordringene relatert til oral helse for eldre (Strand et al., 2017). De fleste er gjennomført på institusjoner, men belyser likevel ulike faktorer knyttet til utfordringer i møte med munn- og tannstell hos eldre pasienter generelt, hvilke forhold som kan tilskrives pleiernes rolle, og aspekter som grunner i den organisatoriske strukturen. Munn- og tannstell hos sårbare eldre med et variert generelt sykdomsbilde skiller seg noe fra munn- og tannstell generelt. Pleierne forteller at faktorer som utilstrekkelig kunnskap, kompetanse, rådende holdninger, samt rutiner og prioriteringer er noe som kan forklare utfordringene med å ivareta orale helse hos de eldre. På organisatorisk nivå belyser studien mangel på føringer fra ledelsen, manglende kommunikasjon og for lite ressurser i form av tid og tilgjengelig utstyr som innvirkende faktorer (Strand et al., 2017; Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012).

Både på institusjon og i hjemmetjenesten rapporteres det om manglende kunnskap og kompetanse hos pleierne om ivaretagelse av Eldres orale helse (Bots-Vant Spijker et al., 2014; Preus et al., 2022; Seim et al., 2014; Strand et al., 2017; Willumsen et al., 2012). Det er en sammensatt gruppe som jobber i helse- og omsorgstjenesten, der flere av disse er ufaglærte assistenter. Et kvalitetsløft i ivaretagelse av oral helse krever at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse. Dette inkluderer også at de får oppfølging av behovet for opplæring på arbeidsplassen (Skott & Wårdh, 2017).

Studier som har sett på hvilken grad pleiepersonell har mottatt formell opplæring i munn- og tannhelse viser at det finnes store variasjoner mellom de ansatte. I 2012 fant en studie at 35%

av pleierne ikke hatt noen form for opplæring i munn- og tannstell (Wardh, Jonsson, & Wikstrom, 2012). Tilsvarende fant en studie fra 2014 at 84% av de spurte pleierne hadde hatt opplæring i tann- og munnstell under utdanningen, men likevel var det 44 % av pleierne som mente de trengte mer veiledning i munnstell (Seim et al., 2014). At pleierne selv rapporterer at de trenger mer opplæring ble også avdekket i arbeidet til Willumsen og medarbeidere. De fant at 24,6% av pleierne anså at de hadde tilstrekkelig med kunnskap om oral helse. Dette er en indikasjon på at nesten tre fjerdedeler av pleierne selv mente at de ikke har nok kunnskap (Willumsen et al., 2012).

Behovet for å gi mer opplæring til helsepersonell som yter munn- og tannstell støttes av artiklene til Seim, Wårdh og Willumsen. Willumsen konkluderte ut fra funnene deres at det var behov for bedre utdanning av pleiepersonalet, mens både Wårdh og Seim kommenterer at det har blitt utført få studier som ser på utbytte av opplæring av helsepersonell (Seim et al., 2014; Wardh et al., 2012; Willumsen et al., 2012).

Hensikt

Hensikten med denne studien var å kartlegge kompetansen de ansatte i hjemmetjenesten i Grong, Åfjord og Vestens har om munnstell, avtakbare proteser og oral helse, og evaluere utbyttet de hadde av et kurs i munn- og tannstell for eldre.

2. Metode

Kompetansehevingprosjekt i Midt-Norge

Det regionale odontologiske kompetansesenteret i Midt-Norge (TkMidt), i samarbeid med DOT og hjemmetjenesten, gjennomførte i 2017 et kompetansehevingprosjekt med sikte på å forbedre tannhelsen hos eldre hjemmeboende med pleiebehov i regionen. Prosjektet ble hovedsakelig finansiert med midler fra Helsedirektoratet. Prosjektet var rettet mot ansatte i hjemmetjenesten i de tre kommunene Grong og Åfjord i Trøndelag, og Vestnes i Møre og Romsdal. I forkant ble det utarbeidet materiell og ressurser tilpasset bruk i undervisning og til veiledning i de ansattes arbeidshverdag. I forbindelse med undervisningen ble det delt ut spørreundersøkelser for å undersøke de ansattes kunnskap, kompetanse, holdninger og rutiner.

Utvalg del 1

Utvalget bestod av 94 ansatte i hjemmetjenesten i kommunene Grong, Åfjord og Vestnes. Kjønnfordelingen blant deltakerne var 95,7% kvinner (n=90) og 4,3% menn (n=4). Alderen på deltakerne varierte fra 18 til 66 år, med en median alder på 46 år (SD=13,15). 25% av deltakerne var 36,0 år eller yngre, mens 75% var 56,5 år eller yngre. Av 94 deltakere var det en deltaker som ikke oppgav alder.

Antallet år deltakerne har jobbet i hjemmetjenesten varierte fra 1-50 år, og ble kategorisert inn i følgende kategorier; 0-5 år (n=20), 6-15 år (n=28) og 16+ år (n=38). I forbindelse med denne oppgaven ble de ansattes arbeidserfaring vurdert som relativ fersk i hjemmetjenesten de første 5 årene, 6-15 år ble vurdert som moderat erfaring med hjemmetjenesten og 16+ år ble ansett som lang erfaring. Flestparten av deltakerne hadde 16+ år med erfaring i hjemmetjenesten (35,7%), deretter 6-15 år (24,4%) og færrest under 5 år (18,8%). En deltaker oppgav 95 år i hjemmetjenesten, dette ble korrigert til 5 år. 10 av deltakerne oppgav ikke arbeidserfaring.

Deltakerne ble videre fordelt i tre yrkeskategorier etter oppgitt utdanningsnivå; universitet- og høyskole, videregående og ufaglærte. Universitet- og høyskole (n=29) inkluderte tjueseks sykepleiere, en vernepleier, en ergoterapeut, og en sosionom. Videregående (n=42) inkluderte

helsefagarbeidere og hjelpepleiere. Ufaglærte (n=13) inkluderte ufaglærte, lærlinger og studenter. 10 av deltakerne oppgav ikke utdanningsnivå.

Samlet sett var det flest deltakere med videregåendeutdanning (39,5%), tett etterfulgt av deltakere med universitet- eller høyskoleutdanning (27,3%). De ufaglærte utgjorde den minste andelen av utvalget (12,2%), og stod for omtrent en tredjedel av de med færrest antall år i hjemmetjenesten.

75,5% av deltakerne som hadde lært om munn- og tannstell under utdanningen. 38,3% hadde hatt noen form for kurs eller opplæring ved nåværende og/eller tidligere arbeidsplass.

Utvalg del 2 (n= 70)

Kun deltakere som hadde svart fullstendig på begge spørreundersøkelsene ble inkludert i analysen som sammenlignet datamateriale fra både før og etter kurs. Det gjenstående utvalget på 70 stykker bestod av 97,1% kvinner (n=68) og 2,9% menn (n=2) med en aldersvariasjon fra 18 til 66 år og en median alder på 48 år (SD=13,18). 25% av deltakerne var 37 år eller yngre, mens 75% var 57 år eller yngre. 1 deltaker oppgav ikke alder.

Antallet år deltakerne har jobbet i hjemmetjenesten varierte fra 1-50 år. 16 deltakere hadde jobbet 0-5 år i hjemmetjenesten, 19 stykker hadde jobbet 6-15 år og 32 stykker hadde jobbet 16 år eller mer. Flestparten av deltakerne hadde 16+ år med erfaring i hjemmetjenesten (45,7%), deretter 6-15 år (27,1%) og færrest under 5 år (22,9%). Tre av deltakerne (4,3%) oppgav ikke arbeidserfaring.

23 deltakere hadde universitet- og høyskole, disse inkluderte 21 sykepleiere, en vernepleier og en sosionom. 25 deltakere hadde videregåendeutdanning. 19 stykker var ufaglærte. 3 av deltakerne oppgav ikke utdanningsnivå. Samlet sett var det flest deltakere med videregåendeutdanning (35,7%), tett etterfulgt av deltakere med universitet- eller høyskoleutdanning (32,9%). De ufaglærte utgjorde den minste andelen av utvalget (27,1%).

Av deltakerne var det 75,7% som hadde lært om munn- og tannstell under utdanningen. 41,5% hadde hatt noen form for kurs i munn- og tannstell etter at de var ferdig utdannet.

MATERIALE

Kurset

Undervisningen ble gitt av en tannlege ansatt ved TkMidt. I en av kommunene deltok i tillegg en tannpleier fra den offentlige tannhelsetjenesten. Undervisningsmaterialet inneholdt en Power point-presentasjon, munnstellkort, brosjyre og en håndbok i munn- og tannstell rettet mot pleiere i hjemmetjenesten.

Undervisningen var delt inn i en teoretisk del og en praktisk del. I den teoretiske delen ble deltakerne gitt en presentasjon om generell munnhelse. Temaer som ble gjennomgått var generell anatomi, de hyppigst forekommende sykdommene i munnhulen og hvordan man forebygger disse, forskjellige tannerstatninger og deres renhold, rengjøring av munn og naturlige tenner, konsekvenser av manglende munnstell, hjelpemidler som benyttes i munn- og tannstell, bruk av medikamenter, munntørrehet og soppinfeksjoner. Forelesningen inkluderte også en redegjørelse av sentrale lovverk, i tillegg til samarbeid og rutiner mellom hjemmetjenesten og DOT. Den praktiske delen inneholdt en demonstrasjon av modeller av ulike tannerstatninger, samt en gjennomgang av hjelpemidler som benyttes i munn- og tannstell. Deltakerne selv gjorde ingen praktiske øvelser eller undersøkelser. Undervisningen varte i 90 minutter og deltakelsen var obligatorisk for de ansatte i hjemmetjenestene i Åfjord, Grong og Vestnes. Se vedlegg 1.

Munnstellkort

Et munnstellkort er et hjelpemiddel for pleie- og omsorgspersonell som utfører munn- og tannstell. Kortet kan for eksempel settes opp på brukernes bad, og gjengir en kortfattet tannstellprosedyre med tekst og bilder over hvilke behov den enkelte brukeren har. Kortene er trykket med ni ulike tannstellrutiner, slik at hver bruker får et kort som beskriver deres behov. Munnstellkortene er laget av TkMidt i samarbeid med Anvendt Vitenskapelig Forskning (TNO) i Nederland. Kortene er en videreutvikling av munnstellkort som ble utarbeidet av Løvåsen undervisningssykehjem og Institutt for Klinisk Odontologi avd. Gerodontologi ved Universitetet i Bergen (UiB). Se vedlegg 2.

Håndbok i munn- og tannstell

I forbindelse med prosjektet ble det utviklet en håndbok for ansatte i pleie- og omsorgstjenester med sikte på å fylle behovet for veiledning innen munn- og tannstell hos pleietrengende eldre. Veilederen gir gjennom tekst og bilder en innføring i temaer som

hvorfor munn- og tannstell er viktig og hvordan man kan unngå sykdommer i munnhulen, samt gir en oversikt over ulike hjelpemiddel og ulike prosedyrer. Den gir i tillegg en innføring i lovverk og rettigheter. Veilederen har ni vedlegg med ytterligere informasjon og hjelpemidler. Den ble utarbeidet av TkMidt, og er et samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene Grong, Vestnes og Åfjord, DOT i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal, og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Sør-Trøndelag. Se vedlegg 3.

Brosjyre

I forbindelse med prosjektet og undervisningen ble det utarbeidet en brosjyre som de ansatte kunne levere til sine brukere. Den inneholder kortfattet og lettlest informasjon om munn- og tannstell, samt informasjon om rettigheter i DOT og hvor brukerne kan henvende seg for å få hjelp. Se vedlegg 4.

Spørreskjema

Deltakerne fikk utdelt tre ulike spørreskjema; ett rett før undervisning (Q1), ett like etter undervisning (Q2) og ett omtrent tre måneder etter undervisning (Q3). Spørsmålene var utformet med hensikt å kartlegge deltakernes kompetanse, holdninger, rutiner og utfordringer innenfor munn- og tannstell på deres respektive arbeidsplasser. Det ble i tillegg stilt spørsmål om undervisningsutbyttet. Deltakerne fikk ikke tilbakemelding på sine besvarelser underveis. Spørsmålene ble stilt som flervalgsoppgaver.

For å begrense omfanget av denne oppgaven er fokuset begrenset til deltakernes kompetanse før og tre måneder etter undervisningen, samt deltakernes utbytte av kurset i sin helhet. Følgelig er det kun resultater som er relevant for denne problemstillingen som videre presenteres og analyseres.

Under kartleggingen av kompetanse ble deltakerne spurt om hjelpemidler og rutiner for munnstell, stell av avtakbare proteser og temaer som omhandler oral helse hos eldre. Deltakerne ble også bedt om å evaluere deres eget kunnskapsnivå om munn- og tannstell, samt vurdere kursets nytteverdi og behov for mer undervisning.

Analyse og bearbeidelse av spørreskjema

Opplysningene fra de tre spørreskjemaene ble ført inn i IBM SPSS Statistics v. 28.

Datamaterialet som ble brukt for analysen som sammenligner Q1 og Q3 er basert på deltakerne som besvarte begge spørreundersøkelsene (n=70), og svarprosentene fra Q1 ble av den grunn korrigert før analysen ble gjennomført.

For å gjøre resultatene oversiktlig ble besvarelsene fra flervalgsoppgavene i munnstell først omklassifisert. Svaralternativene for hva som er anbefalt som rengjøringsmiddel for henholdsvis “egne tenner”, “egne naturlige tannrøtter” og “implantater” var følgende: “pusser med fluortannkrem”, “pusser kun med vann, uten tannkrem”, “pusser med såpe og vann” og “vet ikke”. Disse alternativene ble omklassifisert til “riktig”, “ikke riktig” og “ikke svart”. Fluortannkrem er det anbefalte rengjøringsmiddelet for “egne naturlige tenner”, “egne naturlige tannrøtter” og “implantater”. Svaralternativet “fluortannkrem” ble følgelig kategorisert som “riktig”. Kategorien “ikke riktig” inneholdt alle de som hadde avgitt svaralternativer som ikke var riktig eller ikke anbefalt i den oppgitte situasjonen samt svaralternativet “vet ikke”. På spørsmål om anbefalt hjelpemiddel mellom tennene for eldre var svaralternativene “tanntråd”, “tannstikkere”, “mellomromsbørster/flaskekoster”, “kun vanlig tannbørste” og “vet ikke”. “Mellomromsbørster/flaskekoster” er anbefalt for rengjøring mellom tennene for eldre, og ble derfor omklassifisert som “riktig”. De andre kategoriene ble samlet under “ikke riktig”. Svaralternativene for hvordan det er anbefalt å posisjonere bruker når man skal gjøre munn- og tannstell var “stående”, “sittende” og “liggende”. “Sittende” er anbefalt posisjon, og ble dermed kategorisert som “riktig”. “Stående” og “liggende” ble kategorisert som “ikke riktig”. De som ikke hadde svart ble samlet i kategorien “ikke svart”.

Deretter ble flervalgsoppgavene for avtakbare proteser omklassifisert. Svaralternativene for identifisering av et bilde av en helprotese var “bro”, “delprotese” og “hel tannprotese/gebiss”, mens svaralternativene for bilde av en delprotese var “implantater”, “delprotese” og “hel tannprotese/gebiss”. De ble omklassifisert til kategoriene “riktig”, “ikke riktig” og “ikke svart”, der riktig svar for bildet av en helprotese var “hel tannprotese/gebiss” og riktig svar for delprotesen var “delprotese”. Videre ble det spurt om stell av avtakbare proteser.

Svaralternativene på hva som er anbefalt rengjøringsmiddel for “hele tannproteser (gebiss)” og for “delprotese (erstatte noen tenner)” var “pusser med fluortannkrem”, “pusser kun med vann, uten tannkrem”, “pusser med såpe og vann” og “vet ikke”. Disse ble omklassifisert til “riktig”, “ikke riktig”, “vet ikke” og “ikke svart”. Anbefalt rengjøringsmiddel for “helproteser” og “delproteser” er “såpe og vann”, og disse alternativene ble derfor kategorisert som “riktig”. Resterende besvarelser som inneholdt svaralternativene som ikke

var riktig eller ikke anbefalt i den oppgitte situasjonen ble omklassifisert som “ikke riktig”, mens de som ikke hadde svart på spørsmålet ble plassert i kategorien “ikke svart”.

Svaralternativene for hvor det er anbefalt å rengjøre en delprotese var “å rengjøre den i munnen til pasienten”, “å rengjøre den utenfor pasientens munn” og “vet ikke”. Disse alternativene ble omklassifisert i “riktig”, “ikke riktig” og “ikke svart”. Riktig svar for hvor det er anbefalt å rengjøre en delprotese er “utenfor pasientens munn”. “Vet ikke” og “å rengjøre den i munnen til pasienten” ble samlet i kategorien “ikke riktig”, og de som ikke hadde svart på spørsmålet ble kategorisert som “ikke svart”.

Flervalgsoppgavene for oral helse ble også omklassifisert. Svaralternativene på spørsmålet “kan tannhelsen påvirke den generelle helsen”, “kan sovemedisiner påvirke tannhelsen?” og påstanden “mennesker som er munntørre er mer utsatte for å få hull i tennene” var “ja”, “nei” og “vet ikke.” Riktig alternativ for de tre spørsmålene var “ja”, denne variabelen ble derfor omklassifisert som “riktig”. “Nei” og “vet ikke” ble omklassifisert som “ikke riktig”. På spørsmålet “har grupper av eldre, langtidssyke og uføre som har hjemmesykepleie rett til gratis tannbehandling i Den Offentlige Tannhelsetjenesten” var svaralternativene følgende; “Ja, alle eldre, langtidssyke og uføre som har vedtak om hjemmesykepleie, uavhengig av varighet, har rett til gratis tannbehandling”, “ja, alle eldre, langtidssyke og uføre som har hatt hjemmesykepleie i minst 3 måneder har rett til gratis tannbehandling”, “ja, alle eldre, langtidssyke og uføre som har hatt hjemmesykepleie i minst 1 år har rett til gratis tannpleie”, “nei, ingen eldre, langtidssyke eller uføre som har hjemmesykepleie har rett til gratis tannbehandling i Norge” og “vet ikke”. Riktig svaralternativ var “ja, alle eldre, langtidssyke og uføre som har vedtak om hjemmesykepleie i minst 3 måneder har rett til gratis tannbehandling”, og ble derfor omklassifisert til “riktig”. De andre kategoriene ble omklassifisert til “ikke riktig”. Svaralternativene på spørsmålet “har du behov for mer undervisning i munn- og tannstell” var “ja”, “nei” og “ikke svart. Disse ble ikke omklassifisert.

De fire kategoriene “riktig”, “ikke riktig”, “vet ikke” og “ikke svart” ble til slutt omklassifisert til de to variablene “riktig” og “ikke riktig”, der variabelen “ikke riktig” inneholdt alle som svarte galt, vet ikke eller ikke svarte.

Spørsmålene som omhandlet de ansattes utbytte av kurs og egevaluering av kunnskapsnivå ble også omklassifisert. På spørsmålet om kurset i munn- og tannstell har hatt noen nytte for deltakeren var svaralternativene “Ja, veldig mye. Jeg føler meg mye sikrere på hvordan jeg

skal utføre munnstell”, “Ja, den del. Jeg føler meg litt sikrere på hvordan jeg skal utføre munnstell”, “Ja, men jeg føler meg fremdeles usikker på hvordan jeg skal utføre munnstell”, “Nei, jeg føler at jeg kan like lite om munnstell som før kurset”, “Nei, jeg føler at jeg hadde god nok kunnskap om munnstell før kurset”, “Nei, jeg syntes kurset var bortkastet tid” og “vet ikke”. De ble omklassifisert til følgende kategorier; "ja, veldig mye, føler meg mye sikrere på hvordan jeg skal utføre munnstell", "ja, en del, føler meg litt sikrere på hvordan jeg skal utføre munnstell", "ja, men føler meg fremdeles usikker på hvordan jeg skal utføre munnstell", "nei" og "vet ikke". Variabelen “nei” inneholdt de tre svaralternativene "nei, jeg føler at jeg kan like lite om munnstell som før kurset", "nei, hadde god nok kunnskap om munnstell før kurset" og "nei, jeg synes kurset var bortkastet tid".

Svaralternativene for i hvilken grad de ansatte var enige i følgende utsagn “Jeg har nok kunnskap og ferdigheter om munn- og tannstell”, “jeg synes det er vanskelig å gjøre munn- og tannstell” og “jeg føler meg usikker på hvordan jeg skal utføre munn- og tannstell” var “Svært enig”, “enig”, “uenig” og “svært uenig”. “Svært enig” og “enig” ble omklassifisert til “enig”, mens “uenig” og “svært uenig” ble omklassifisert til “uenig”.

Analyse ble gjennomført ved bruk av SPSS Statistics v.28. Variablene var kategoriske og det ble derfor benyttet Pearson Chi-Square (2-sided) eller Fisher Exact (2-sided). Variablene fra Q1 og Q3 var kategorisert i “riktig/ikke-riktig” eller “ja/nei”.

For tabeller med 4 celler bør datamaterialet fordele seg jevnt i alle cellene for å benytte Pearson Chi-Square. Dersom noen av cellene inneholder under 20% av datamaterialet vil ikke verdiene bli riktig. 20% av datamaterialet i denne studien tilsvarte mindre enn 5 besvarelser per celle i krysstabellen. Fisher Exact Test ble derfor benyttet for utregning av p-verdier på spørsmål som hadde under 5 besvarelser i 1 eller flere av cellene. I tabeller med mer enn 5 besvarelser i alle celler var det tilstrekkelig datamateriale for Pearson Chi-Square, og den ble derfor benyttet. Signifikansnivået ble satt til en p-verdi på 0,05.

Resultatene fra analysen av Q1 og Q3 er presentert i følgende kategorier: munnstell, avtagbare proteser, oral helse, egenvurdert kompetanse og utbytte av kurs.

ETISK VURDERING:

Prosjektet var ikke meldepliktig til REK da studien regnes som et kvalitetsforbedringsprosjekt. Det ble innhentet anonymiserte data fra spørreskjema i papirform, så godkjenning av NSD er ikke nødvendig. Kun prosjektgruppen har hatt tilgang på data, og all data ble oppbevart i skylagring via Microsoft Teams og slettet etter bruk.

3. Resultat

DEL 1: DELTAKERNES KUNNSKAPSNIVÅ Q1 (n=94)

Før kurset svarte deltakerne på spørsmål hvis hensikt var å kartlegge deres kunnskap og ferdigheter om munnstell, avtakbare proteser og oral helse. De ble også bedt om å vurdere noen utsagn om egne ferdigheter og tilnærminger til å utføre munn- og tannstell på andre.

Munnstell

Resultatet viste at 97,9% av deltakerne visste at fluortannkrem er det anbefalte rengjøringsmiddelet som brukes på naturlige tenner. 56,4% visste at fluortannkrem er det anbefalte rengjøringsmiddelet for rengjøring av tannrøtter. For rengjøring av implantater oppgav 42,6% av deltakerne at fluortannkrem anbefales som rengjøringsmiddel for rengjøring av implantat. Når gjelder interdental renhold svarte 71,3% av deltakerne at de ville anbefalt mellomromsbørster/flaskebørster som hjelpemiddel for renhold mellom tenner på eldre. 81,9% av deltakerne oppgav sittende posisjon som korrekt posisjonering av bruker under tannstell. Resultatene er oppsummert i tabell 1.

Tabell 1: Kunnskap om munnstell (n=94), andel korrekt svar er oppgitt i % (n)¹

	Q1 % (n)
Rengjøringsmiddel naturlige tenner	97.9 (92)
Rengjøringsmiddel implantat	42.6 (40)
Rengjøringsmiddel tannrøtter	56.4 (53)
Hjelpemiddel mellom tennene	71.3 (67)
Posisjonering av bruker	81.9 (77)

¹ Deltakere som har svart på Q1 del 1

Avtakbare proteser

Deltakerne ble bedt om å navngi to varianter av tannproteser ut ifra to bilder. Resultatet viste at 91,5% av deltakerne kunne identifisere en helprotese og 74,5% kunne identifisere en delprotese. På spørsmålet om hvor det anbefales å rengjøre delproteser svarte 84,0% at delproteser bør tas ut av munnen før rengjøring. 34,0% av deltakerne visste at helproteser anbefales å bli rengjort med såpe og vann, og tilsvarende visste 21,3% at såpe og vann også er anbefalt som rengjøringsmiddel for delproteser. 17,0% var kjent med at tannproteser anbefales å oppbevares tørt i en boks om natten. Resultatene er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2: Kunnskap om munnstell (n=94), andel korrekt svar er oppgitt i % (n)¹

	Q1 % (n)
Identifisere helprotese	91.5 (86)
Identifisere delprotese	74.5 (70)
Rengjøringsprosedyre	84 (79)
Rengjøringsmiddel helprotese	34 (32)
Rengjøringsmiddel delprotese	21.3 (20)
Oppbevaring av avtakbar protese om natten	17 (16)

¹ Deltakere som har svart på Q1 del 1

Oral helse

Resultatet viste at 95,7% av deltakerne var kjent med at tannhelsen kan påvirke den generelle helsen og 52,1% visste at sovemedisiner kan påvirke tannhelsen. 68,1 % (n=64) av deltakerne var enige med påstanden om at munntørrhet gir økt risiko for hull i tennene. Når gjelder brukernes rettigheter var det 44,7% av deltakerne som svarte at grupper av eldre, langtidssyke og uføre har rett til gratis tannbehandling i DOT. Resultatene er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3: Kunnskap om oral helse (n=94), andel korrekt svar er oppgitt i % (n)¹

	Q1 %(n)
Tannhelses påvirkning på generell helse	95.7 (90)
Sovemedisiners påvirkning på oral helse	52.1 (49)
Økt kariesrisiko som følge av munntørrhet	68.1 (64)
Brukernes rettigheter i DOT	44.7 (42)

¹ Deltakere som har svart på Q1 del 1

Egenvurdering

Deltakerne ble spurt om å vurdere ett sett med utsagn om munn- og tannhelse samt å svare om de har behov for undervisning i munn- og tannstell. Resultatet viste at 81,9% av deltakerne mente at de har behov for undervisning. Videre var det 50,0% av deltakerne som var enige i utsagnet om at de hadde nok kunnskap og ferdigheter om munn- og tannstell. 27% var enige i påstanden om at de føler seg usikre på hvordan munn- og tannstell skal utføres, mens 30% av deltakerne oppgav at de synes det er vanskelig å gjøre munn- og tannstell.

PRESENTASJON AV DEL 2 (n=70)**Munnstell**

På spørsmål angående munnstell har vi målt at signifikant flere oppgir riktig svar om rengjøringsmiddel av tannrøtter ($p=0,001$), og rengjøringsmiddel for implantater ($p=0,03$). Det var ingen signifikant forskjell mellom Q1 og Q3 på spørsmålene om rengjøringsmiddel for naturlige tenner ($p=1,00$), hjelpemiddel mellom tennene ($p=0,37$) og posisjonering av bruker ($p=1,00$). Se tabell 4.

Tabell 4: kunnskap om munnstell før og etter kurs ($n=70$)³, andel korrekt svar er oppgitt i % (n).

	Q1 %(n)	Q3 %(n)	p-verdi
Rengjøringsmiddel naturlige tenner	97,1 (68)	98,6 (69)	1,00 ²
Rengjøringsmiddel implantat	42,9 (30)	50,0 (35)	0,03 ¹
Rengjøringsmiddel tannrøtter	57,1 (40)	78,6 (55)	0,001 ¹
Hjelpemiddel mellom tennene	72,9 (51)	72,9 (51)	0,37 ¹
Posisjonering av bruker	81,4 (57)	95,7 (67)	1,00 ²

¹ Benyttet Chi-square test

² Benyttet Fisher Exact Sig (2-sided)

³ Deltakere som både svarte på Q1 og Q3

Avtakbare proteser

For spørsmålene for avtakbare proteser ser vi forskjell mellom Q1 og Q3. Identifisering av delproteser ($p=0,03$), og kunnskapen om at delproteser skal rengjøres utenfor munnen ($p=0,03$) har økt, men er ikke signifikant. En stor økning kunne observeres angående rengjøringsmiddel for helproteser ($p=0,09$), delproteser ($p=0,12$) og hvordan disse skal oppbevares på natten ($p=0,09$). Andelen som svarte korrekt økte mye, men var ikke statistisk signifikant. Mange kunne identifisere helprotese riktig både før og etter kurs, tallene viste ingen statistisk signifikans ($p=0,37$). Se tabell 5.

Tabell 5: kunnskap om avtakbare proteser før og etter kurs ($n=70$)³, andel korrekt svar er oppgitt i % (n).

	Q1 %(n)	Q3 %(n)	p-verdi
Identifisere helprotese	91,4 (64)	92,9 (65)	0,37 ²
Identifisere delprotese	72,9 (51)	81,4 (57)	0,03 ²
Rengjøringsprosedyre	82,9 (58)	92,9 (65)	0,03 ²
Rengjøringsmiddel helprotese	30,0 (21)	81,4 (57)	0,09 ²
Rengjøringsmiddel delprotese	17,1 (12)	52,9 (37)	0,12 ¹
Oppbevaring av avtakbar protese om natten	15,7 (11)	67,1 (47)	0,09 ²

¹ Benyttet Chi-square test

² Benyttet Fisher Exact Sig (2-sided)

³ Deltakere som både svarte på Q1 og Q3

Oral helse

Analysene viste ingen statistisk signifikante forskjeller før og etter kurs på kunnskap innen oral helse. Andelen som svarer korrekt angående sovemedisiners påvirkning på oral helse økte med 35 prosentpoeng ($p=0,16$), kjennskap til økt risiko for karies som følge av munntørrhet økte med 29 prosentpoeng ($p=0,53$) og kjennskap til brukernes rettigheter i DOT økte med 32 prosentpoeng ($p=0,38$). Kunnskap om tannhelsens innvirkning på generell helse økte med 15%, men det var ikke mulig å utarbeide en p-verdi for med metoden Fisher Exact ettersom 100% av deltagerne svarte riktig i Q3. Se tabell 6.

Tabell 6: kunnskap om oral helse før og etter kurs ($n=70$)³. andel korrekt svar oppgitt i % (n)

	Q1 %(n)	Q3 %(n)	p-verdi
Tannhelses påvirkning på generell helse	95,7 (67)	100,0 (70)	Ikke mulig
Sovemedisiners påvirkning på oral helse	57,1 (40)	92,9 (65)	0,16 ²
Økt kariesrisiko som følge av munntørrhet	68,6 (48)	97,1 (68)	0,53 ²
Brukernes rettigheter i DOT	45,7 (32)	78,6 (55)	0,38 ¹

¹Benyttet Chi-square test

²Benyttet Fisher Exact Sig (2-sided)

³Deltakere som både svarte på Q1 og Q3

Utbytte og kunnskapsevaluering

Før kurset oppgav 47,0% av deltakerne at de hadde nok kunnskap og ferdigheter om munn- og tannstell. Tre måneder etter kurset var prosenten gått ned til 42,4%. Dette var en signifikant nedgang ($p=0,01$). 13,4% oppgav før kurset at de syntes munn- og tannstell var vanskelig. Andelen økte til 16,4% etter kurset, men dette var ikke en signifikant økning ($p=0,59$). 0,1% følte seg usikre angående utføring av munn- og tannstell både før og etter kurset ($p=0,01$).

Ved evaluering av kurset etter tre måneder oppgav 98,6% av deltakerne at de hadde hatt et utbytte av kurset. Av disse var det 44,3% som svarte at de hadde stort utbytte og følte seg mye sikrere på munn- og tannstell, 47,1% som opplevde at de hadde utbytte og følte seg litt sikrere, og 4,3% som hadde hatt nytte av kurset, men som fremdeles følte seg usikre. 1,4% av de spurte visste ikke om de hadde hatt noen nytte av kurset. Ingen av deltakerne svarte at kurset ikke hadde vært nyttig.

Før kurset svarte 87,1% at de hadde behov for undervisning i munn- og tannstell. 8,6% svarte ikke på spørsmålet. Prosentandelen av de som hadde behov for mer opplæring fordelte seg på følgende måte etter utdannelsesnivå; 100% av deltakerne med høgskole- og universitetsutdanning, 95,8% av de med videregående utdanning og 88,2% av de ufaglærte. Tre måneder etter kurset var andelen av de som sa de hadde behov for undervisning redusert til 48,6%. Den prosentvise fordelingen var nå 60,0% av de med universitets- og høgskoleutdanning, 40,0% med videregående utdanning og 47,4% som var ufaglært. Se tabell 7.

Tabell 7: Evaluering av kunnskap og utbytte av kurs(n=70), andel korrekt svar oppgitt i % (n).

	Q1 % (n)	Q3 % (n)	P-verdi
Jeg har nok kunnskap og ferdigheter i munn- og tannstell.	47,0% (31)	42,4% (28)	0,01 ²
Jeg synes det er vanskelig å gjøre munn- og tannstell.	13,4% (9)	16,4% (11)	0,59 ¹
Jeg føler meg usikker på hvordan jeg skal utføre munn- og tannstell.	0,1% (6)	0,1% (3)	0,01 ²

¹ Benyttet Chi-square test

² Benyttet Fisher Exact Sig (2-sided)

³ Deltakere som både svarte på Q1 og Q3

4. Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var todelt. Først diskuteres funn som er relevante fra Q1 for kartleggingen av kompetansen til de ansatte i hjemmetjenesten i Grong, Årfjord og Vestnes. Deretter blir det gjort en evaluering av de ansattes utbytte av et kurs i munn- og tannstell basert på funn fra Q1 og Q3.

DEL 1: Kartlegging av kompetanse

Munnstell

Resultatene fra Q1 beskriver kunnskapsgrunnlaget til deltakerne før undervisning. De scoret fra 70-95% riktig på spørsmålene om grunnleggende rutiner for munnstell på eldre, og viste dermed et godt kunnskapsnivå. I Norge er store deler av befolkningen vokst opp med tilgang på tannhelsetjenester. Fluor har lenge vært anbefalt rengjøringsmiddel for naturlige tenner og kan av den grunn tenkes å være et minimumsnivå av forventet kunnskap om tannstell for ansatte som har vokst opp i Norge. Deltakerne viste god kunnskap om at interdentalbørster er anbefalt hjelpemiddel for rengjøring mellom tennene for eldre. Dette funnet antyder at de har mer kunnskap enn det man gjerne forventer av resten av befolkningen, og kan indikere at de har tilegnet seg noe høyere kompetanse om munnstell når det kommer til eldre. Dette synes også å være oppdatert kunnskap, da tannleger tidligere gjerne anbefalte tannstikker eller tanntråd mellom tennene. Dette reflekteres også i arbeidet til Preus og medarbeidere som så at de eldre selv i høy grad foretrakk tannstikkere som hjelpemiddel for interdental renhold, mens mellomromsbørster beskrives av forfatterne som ukjent for de eldre (Preus et al., 2022).

De ansatte ser ut til å være godt kjent med hvordan de skal posisjonere brukeren for å best mulig utføre munn- og tannstell. Det er nærliggende å tenke at dette likevel ikke alltid er gjennomførbart i praksis. I artikkelen til Preus og medarbeidere påpekes det at arbeidsforholdene til pleiepersonalet gjør oppgaven utfordrende. Studiet deres fra Akershus trekker frem forhold som lys, arbeidsstilling og vanskelig tilgjengelighet som faktorer som kompliserer oppgaven (Preus et al., 2022). Brukere som sitter i rullestol eller som er sengeliggende kompliserer forholdene ytterligere. Å stille inn bruker i rett posisjon virker ut fra dette ikke å være nok for å kunne utføre tilfredsstillende munn- og tannstell alene. Kunnskapen om hva som er anbefalt er til stede, men virkeligheten ser ut til å by på utfordringer. Det kan være nærliggende å anta at dette er noe av grunnen til hvorfor

sykepleierne i arbeidet til Svensli etterspurte mer praktisk opplæring i tannstell (Svensli, Flåskjer, Ryste, & Helberget, 2019). Det er ut fra dette verdt å diskutere om teoretisk kunnskap om rett posisjon alene er tilstrekkelig for å kunne utføre adekvat munn- og tannstell.

De ansatte hadde minst kjennskap til rengjøring av implantater. Det anses som viktigere med interdental og subgingival rengjøring rundt implantater enn rundt naturlige tenner, men implantater kan likevel rengjøres på samme måte uten at konsekvensene er store. En situasjon som derimot kan være mer uheldig er manglende kunnskap om munnstell på brukere med implantatforankret protetik, som for eksempel avtakbare proteser. Avtakbare proteser som festes på implantater, også kjent som trykk-knapp protese, er en tannerstatning som må tas av for å rengjøres på lik linje som løse proteser. Disse forekommer, men imidlertid viste studiet til Preuss og medarbeidere at disse variantene ikke var vanlige hos eldre (Preus et al., 2022). Det er likevel nærliggende å tro at det vil være mer utbredt i fremtiden da implantat oftere blir førstevalget for retensjon av protetiske konstruksjoner sammenlignet med tidligere (Schropp & Størksen, 2013; Størksen, Neppelberg, Midtbø, & Gjengedal, 2010). Løse proteser kan av den grunn bli mindre etterspurt (Størksen et al., 2010). Deltakerne ble ikke spurt om deres kunnskap til disse protetik-variantene i denne studien. Sett i et helhetlig perspektiv kan det i fremtiden bli en utfordring dersom pleierne ikke har tilstrekkelig kjennskap til implantater og renhold av disse.

Funnene kan indikere at deltakerne hadde grunnleggende kunnskaper om munn- og tannstell, og at det ikke var utfordringer knyttet til teoretisk kunnskap om rengjøringsmiddel, hjelpemiddel for rengjøring mellom tennene og posisjonering av bruker. Hvor høyt kunnskapsnivå deltakerne hadde om de mer kompliserte konstruksjonene og tannerstatningene i munnen kunne ikke dataene i prosjektet gi svar på.

Avtakbare proteser

Færre deltakerne gjenkjente delproteser enn helproteser. Et overraskende funn var at flere visste at en delprotese skal rengjøres utenfor munnen (84,0%) enn som kunne identifisere en delprotese på et bilde (74,5%). Det kan indikere at flere deltakere visste hva en delprotese var, men uten å kjenne til navnet på den. Når det kommer til hva som er anbefalt rengjøringsmiddel for både hel- og delproteser viste resultatet at henholdsvis 34,0% og 21,3%

av deltakerne var kjent med at løse proteser bør rengjøres med såpe og vann. Scoren var også lav for kjennskap til at en løs tannprotese bør oppbevares tørt om natten (17,0%).

Deltakerne var altså godt kjent med hel- og delproteser som konstruksjon, og hvor de rengjøres. De var i mindre grad kjent med hva man skal stille dem med og hvordan man skal oppbevare de for å opprettholde et godt oralt miljø. Funnene fortalte også at deltakerne var mer trygge på helproteser enn delproteser, selv om de skal behandles likt. I den grad det forelå en kunnskapsmangel om avtakbar protetik i gruppen, så ser den ut til å være sentrert på det praktiske kunnskapen rundt valg av rengjøringsmiddel og oppbevaring enn faktisk utførelse av renhold og gjenkjenning av konstruksjonen i munnen.

Oral helse

Tallene indikerte at deltakerne har en grunnleggende forståelse for viktigheten av godt renhold av munnhulen med tanke på den generelle helsen. Det ble derimot ikke kartlagt på hvilken måte, eller i hvilken grad tannhelsen kan påvirke generell helse, så hvor inngående kunnskap deltakerne hadde om dette forelå det ikke datagrunnlag til å si noe om.

Omtrent to av tre var enige i påstanden om at munntørrehet er en risikofaktor for økt kariesaktivitet. Dette viste at det kan foreligge et mindre kunnskapshull når gjelder munntørrehet og karies. Videre visste om lag halvparten av deltakerne at sovemedisiner kan påvirke tannhelsen. Dette kan indikere noe manglete kunnskap om munntørrehet relatert til sovemedisin. Da brukere av hjemmetjenesten ofte står på et flertall medikamenter, som kan inkludere sovemedisiner, er kjennskap til risikoen dette medfører viktig. Manglende forståelse for medikamentell påvirkning kan derfor være en utfordring når man skal opprettholde et godt oralt miljø hos brukerne.

Under halvparten av pleierne var kjent med brukernes rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Hjemmetjenesten har et juridisk ansvar for å ivareta og følge opp helsen til brukerne, noe som også inkluderer munnhelsen. At under halvparten av deltakerne i studien var kjent med hjelpeapparatet de skal henvise brukerne videre til kan resultere i at denne informasjonen ikke når frem til brukerne. Tidligere funn i to studier har vist at henholdsvis 38% og 49% av gruppe C-pasienter (brukere av hjemmetjeneste og sykehjem) var informert om krav på gratis tannhelsetjenester i DOT (Fjæra et al., 2010; Strand et al., 2017). Studiene til Fjæra og Strand sier ingenting om hvorvidt de ansatte er kjent med

rettighetene, men det er bemerkelsesverdig at informasjonen ikke når frem til over halvparten av brukerne.

Det kan tenkes at kunnskapsnivået til de ansatte i Grong, Vestnes og Åfjord kan gjenspeiles i resten av landet. Da kan manglende kunnskap blant pleiepersonell være en forklaring på hvorfor så få brukere kjente til tilbudet. En potensiell årsak kan være utilstrekkelig kommunikasjon, da tjenestene er organisert på to ulike strukturelle nivå. Denne tanken støttes av artikkelen til Svensli og medarbeidere som viser til at kontakten mellom sykehjem og tannhelsetjenesten preges av lite struktur og dårlig kommunikasjon mellom partene (Svensli et al., 2019). En annen mulig faktor kan være at kommunikasjonen internt i hjemmetjenesten er mangelfull, enten mellom de ansatte, eller mellom ansatte og brukere. En tredje mulig forklaring kan være knyttet til at en mindre andel av deltakerne ikke har hatt noen form for opplæring i tann- og munnhelse før de startet å jobbe i hjemmetjenesten. Det er en mulighet for at disse også utgjør en stor del av gruppen som ikke visste om rettighetene tilknyttet DOT, men om dette faktisk er tilfellet har ikke denne studien undersøkt.

Vurdering av kompetanse

Halvparten av deltakerne mente at de hadde nok kunnskap og ferdigheter om munn- og tannstell. Dette samsvarer med tidligere studier. Willumsen og medhjelpere fant at kun en fjerdedel anså at de hadde tilstrekkelig med kunnskap om temaet, og Seim med medhjelpere fant at rett under halvparten (44%) av sykepleierne trengte mer veiledning i munnstell (Seim et al., 2014; Willumsen et al., 2012). Det synes derfor å være enighet om at det eksisterer et behov for å ytterligere kompetanseheving til pleiepersonell som yter munn- og tannstell. Til tross for at halvparten mente de hadde nok kunnskap og ferdigheter, mente 81,9% at de også hadde behov for mer undervisning. Det vil si at rundt 30% opplevde å ha nok kunnskap samtidig som de rapporterte et behov for ytterligere kunnskap. Dette er et noe motstridende funn, og kan vise svakheten ved en subjektiv evaluering.

Et stort flertall ønsket mer undervisning i munn- og tannstell. Dette samsvarer med funn som er gjort i flere tidligere studier (Fjæra et al., 2010; Seim et al., 2014; Strand et al., 2017; Svensli et al., 2019; Willumsen et al., 2012). Det er bred enighet om behovet for mer opplæring av pleiere i primærhelsetjenesten. Med et økende antall eldre forventes det flere brukere med et sammensatt sykdomsbilde og økt kompleksitet vedrørende tannstatus. Uten kompetanseheving kan det tenkes at kunnskapsmangelen blir et økende problem. Arbeidet til

Fjæra og medarbeidere støtter dette synet (Fjæra et al., 2010). Videre forskning bør ta sikte på å undersøke nærmere hvilke temaer deltakerne behøver mer kunnskap om. Det at 8,1% av deltakerne ikke svarte på spørsmålet om de hadde behov for undervisning i munn- og tannstell kan indikere at det var et utfordrende spørsmål å ta stilling til.

Resultatet viste at 75,5% av deltakerne hadde lært om munn- og tannstell under utdanningen. Tidligere studier fant at 65% av pleierne hadde hatt munn- og tannstell som en del av sin formelle utdanning, mens en annen studie fant at 84% hadde dette (Seim et al., 2014; Wardh et al., 2012). Det er en viss grad av variasjon i disse funnene. Om økning i andel ansatte med formell utdanning kan foreskrives geografiske forskjeller eller økt fokus på munn- og tannstell hos utdanningsinstitusjonene kan ikke disse tallene forklare.

Det er videre problematisk at bare 38,3% av deltakerne hadde hatt kursing i munn- og tannstell etter at de startet i arbeid. Når de ansatte ikke har hyppigere kursing kan det være utfordrende å henge med på utviklingen innenfor munn- og tannstell. Dette kan muligens illustreres av at deltakerne viste lavest kunnskap om rengjøring og stell av avtakbare proteser. Tradisjonelt sett har man oppbevart løse proteser i et glass vann om natten. I dag foreligger kunnskap om at protesen bør oppbevares tørt på grunn av risiko for oppblomstring av mikroorganismer. Dette gjelder særlig munntørre brukere som er ekstra mottakelig for soppinfeksjoner. At ny kunnskap ikke når frem kan muligens også belyses av funnet der rundt 30% ikke mente at mellomromsbørster var anbefalt for interdental rengjøring hos eldre. Før mellomromsbørstene ble utviklet anbefalte man gjerne tannstikkere til renhold mellom tennene og manglende kunnskapsoppdatering kan forklare det lave antallet korrekte svar. Manglende kursing kan også resultere i at ufaglærte, som er avhengige av opplæring fra kollegaer, mottar mangelfull eller utdatert kunnskap. Dette understreker viktigheten av kontinuerlig opplæring av helsepersonell.

Til tross for at en god andel av pleierne har lært om munn- og tannstell i grunnutdanningen, blir det rapportert om store behov for mer undervisning. Det reflekteres både i funnene fra denne undersøkelsen, og understøttes av funn fra tidligere undersøkelser (Seim et al., 2014; Wardh et al., 2012; Willumsen et al., 2012). Dette kan illustrere at den opplæringen de har fått til nå enten ikke er tilstrekkelig eller at den er organisert på en slik måte at den ikke gir et tilstrekkelig undervisningsutbytte.

DEL 2: EVALUERING AV KURSUTBYTTE

Munnstell

Kurset viste størst utbytte i kompetanse vedrørende rengjøring av implantat og naturlige tenner. Til tross for en signifikant endring i kjennskap til rengjøring av implantater, visste kun halvparten av de ansatte hvordan man rengjør disse. Det har med andre ord vært et utbytte, men halvparten av deltakerne mangler fremdeles denne kunnskapen. Endringen for rengjøringsmiddel av naturlige tannrøtter var også signifikant, og de med korrekt svar (78,6%) utgjør en høy andel av de ansatte. Det er mulig at en begrepsopklaring har vært noe av årsaken til denne endringen, da de ansatte kanskje ikke hadde et klart bilde av hva som mentes med naturlige tannrøtter før kurset. Med mindre man jobber utelukkende med tannhelse er kanskje ikke tannrøtter noe man forholder seg til i særlig høy grad. Det er mulig at de ansatte kan ha tenkt på tannrøttene som en del av den kliniske kronen slik den presenteres i pasientenes munn. Å inneha en forståelse om at disse to anatomiske strukturene på tannen har ulike egenskaper gir ikke så mange praktiske følger i forhold til munnstellet. Klinisk synlige tannrøtter er dog hyppig forekommende hos eldre, og det vil være nærliggende å tro at rotkaries kommer til å bli en økende utfordring etter hvert som flere eldre beholder sine egne tenner ut livet. Det kan av den grunn være nyttig innsikt for pleierne å kjenne til tannrøtter da kariesutviklingen for eksempel går raskt på eksponerte tannrøtter. Det kan tenkes at en økt forståelse av sykdomsprosessene i munn kan skape mer bevissthet rundt kvaliteten på munnstellet.

Avtakbar protetik

Et signifikant utbytte av kurset innenfor området avtakbar protetik så man på identifisering av delproteser og for rengjøringsprosedyre av disse. Dette var i utgangspunktet noe de ansatte også hadde relativt høy kunnskap om. Videre så man en stor endring i kunnskap om bruk av rengjøringsmiddel fra 17,1% til 52,9% for delprotese og fra 30,0% til 81,4% for helprotese. Til tross for at det ikke var signifikant er det veldig gledelig at så mange flere nå kjenner til anbefalt rengjøringsmiddel. Det at pleierne hadde utbytte av kursing i rett bruk av rengjøringsmiddel viser muligens at det er behov for kursing i forhold til vedlikehold av dentale restaureringer. Det er ikke nødvendigvis intuitiv kunnskap at bruk av vanlig fluortannkrem som vanligvis inneholder slipemidler kan forringe levetiden på hel- og delproteser. Funnene antyder at deltakerne har hatt et kunnskapsutbytte både når det gjelder

rett rengjøringsmiddel og for korrekt oppbevaring av løs protetik. Funnene kan også indikere at deltakerne var mer trygge på helproteser enn delproteser, selv om de skal behandles likt.

Oral Helse

Etter kurs svarte flere at de var klar over sammenhengen mellom munntørrehet og kariesrisiko, som er et viktig utbytte av kurset hos deltakerne. Økt kunnskap om at dette gjør brukerne mer utsatt for hull i tennene kan være med å styrke forståelsen for hvorfor munn- og tannstell er viktig for munntørre. Kurset kan også ha oppklart manglende forståelse eller kunnskap hos deltakerne om at sovemedisiner kan forårsake et tørt oralt miljø. Det ble ikke spurt om relasjon mellom legemidler generelt og munntørrehet.

Det var en gledelig økning i andel pleiere som nå kjente til tannhelsetilbudet i DOT, da flere brukere kan bli orientert om sine rettigheter. Har man forstått sammenhengen mellom legemidler, munntørrehet og kariesrisiko, kan det tenkes at pleierne bedre tilrettelegger og prioriterer at brukerne får kommet seg til tannlegetimer. Det kan også tenkes at oppfølgingen brukerne mottar både under og etter besøk hos DOT blir styrket. Uten denne forståelsen er det mulig at terskelen kan være høyere for å gi tannhelse prioritet.

Evaluering av kursets utbytte

Omtrent alle deltakerne oppga at kurset var nyttig for dem, og flertallet følte seg sikrere i møte med munn- og tannstell. Dette kan antyde at kurset har hatt et innhold som dekket aspekter ved munn- og tannstell deltakerne har savnet kunnskap om. Det kan også indikere at det ble undervist med en metode som har vært til nytte for mange.

Imidlertid følte nesten halvparten av deltakerne at de hadde behov for mer undervisning etter kurset. Dette var betydelig færre sammenlignet med før kurs, og kan tyde på at det fremdeles er temaer som ikke er dekket tilstrekkelig. Behovet innad i yrkeskategoriene ble endret fra 100% til 60% for bachelor og høyskole, fra 95,8% til 40% for videregående utdanning og fra 88,2% til 47,4% for ufaglærte. Det var gruppen med høyest utdanning som rapporterte størst behov for mer undervisning etter kurset. En mulig årsaksforklaring kan være at økt kunnskap generelt kan gi bevissthet om egne begrensninger. Det er en signifikant nedgang på de som oppgir å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter etter kurset. Gitt den lave svarprosenten før kurset, kan det tenkes at deltakerne nå hadde mer kompetanse til å ta stilling til hvorvidt den

kunnskapen deres er tilstrekkelig eller ikke.

Fremtidens brukere av hjemmetjenesten forventes å ha andre behov for oppfølging av oral helse. Kompetansenivået om munn- og tannstell blant pleiepersonell ser ikke ut til å være tilstrekkelig til å møte disse behovene, og pleierne etterlyser mer kompetanse. Økende kompleksitet i eldre sin munn- og tannstatus, kombinert med kompetansenivået i dagens hjemmetjeneste indikerer et behov for videre opplæring i hjemmetjenesten. Det vil være behov for kontinuerlig kurs i munn- og tannstell med fokus på teoretisk, praktisk og emosjonell kompetanse. Dette med bakgrunn i at hjemmetjenesten er preget av utskiftning av personale og at fagområder innen oral helse er i stadig utvikling.

SVAKHETER OG STYRKER

Studien har flere svakheter. Kun tre kommuner deltok i undersøkelsen, men fordelingen og skjevheten mellom disse fremkommer ikke. Av den grunn hadde det vært nyttig å be deltakerne om å oppgi hvilken kommune de tilhørte. Studiet kan ikke utelukke regionale forskjeller i eksempelvis strukturering og organisering av tjenestene i de tre tidligere fylkene. Inkludering av deltakere fra flere kommuner i samme fylke kunne utjevnet eventuelle strukturelle forskjeller, samt økt antall deltakere.

Utvalget på deltakere var relativt lite (n=94), og ble ytterlige redusert på del 2 (n=70). Mulige årsaker for frafall kan være at undersøkelsen ble gjennomført en dag deltakerne hadde turnusfri eller at det hadde skjedd utskiftninger av ansatte. Studier som strekker seg over en lenger tidsperiode kan være utfordrende i en bransje preget av utskiftninger, mange deltidsstillinger og turnusarbeid. Spørsmål med lav svarprosent kan ha vært oversette, vanskelig å forstå eller utformet slik at deltakerne ikke ønsket å svare. Et digitalt spørreskjema med krav om å oppgi svar på alle spørsmål kunne økt svarprosentene og muligens redusert frafallet.

Studiet kartlegger kun teoretisk kompetanse i forbindelse med munn- og tannstell. I to tidligere studier oppgir henholdsvis 80% og 97% av pleierne at uttrykk for motstand fra brukerne var en av utfordringene ved å yte munn- og tannstell (Wardh et al., 2012; Willumsen et al., 2012). Samtidig kan man lese i artikkelen til Svensli og medarbeidere at "Sykepleierne lar ofte være å utføre munnstell på pasienter som motsetter seg hjelp, for ikke å skape unødig uro" (Svensli et al., 2019). Dette kan indikere at grunnleggende munnstell hos eldre ikke bare

krever teoretisk og praktisk kompetanse, men også emosjonelle ferdigheter for å kunne ivareta oral helse hos sine brukere. Emosjonell kompetanse omfatter ferdigheter som kan læres, og utrunder pleierne i møte med motvillige pasienter i forbindelse med munnstell (Wardh et al., 2012; Willumsen et al., 2012). Dette studiet beskriver utelukkende det teoretiske aspektet av munn- og tannstell, og er dermed ikke tilstrekkelig for å vurdere den helhetlige kompetansen pleierne har om munn- og tannstell.

Spørreskjemaene tok ikke for seg spørsmål om gjenkjenning og rengjøring av brokonstruksjoner eller implantat-festet proteser. Det ville derfor vært av interesse å videre redegjøre for deltakernes kunnskap om renhold av fast protetik, slik som for eksempel en brokonstruksjon. Det ble heller ikke spurt om hyppig forekommende tilstander som tannkjøttsykdommer, soppinfeksjoner og vanlige protesekomplikasjoner, som også er viktig for generell helse. Periodontitt er påvist i en stor andel av befolkningen (72,4%) (Stødle, Verket, Høvik, Sen, & Koldslund, 2021). Korrekt daglig renhold er den viktigste intervensjon for å holde tannkjøttbetennelsen stabil, og dermed forebygge tanntap og forhindre forverring av systemiske tilstander som revmatoid artritt, diabetes, respirasjonssykdommer og hjertekarsykdommer.

Obligatorisk deltakelse for alle ansatte i hjemmetjenesten var en styrke i studiet, og følgelig at alle yrkesgrupper var inkludert. Prosjektet ble også gjennomført i en annen landsdel enn tidligere studier. Dette er positivt da en stor andel av studiene om oral helse og eldre har vært utført i den sørøstlige delen av landet.

Det ble i forkant av kurset utarbeidet hjelpemidler som munnstellkort og håndbok i munnstell. Materialet utarbeidet i forbindelse med studiet er et godt hjelpemiddel, og kan fortsette å styrke kompetansen i dagens og fremtidens hjemmetjeneste.

En annen styrke er at undersøkelsen ikke kun kartla kompetansen deltakerne hadde i munn- og tannhelse før intervensjon, men også testet deltakernes kunnskap og utbytte tre måneder etter at de hadde gjennomført kurset. Dette gav muligheten til å teste hvordan kunnskapen innen munn- og tannstell var over tid.

Konklusjon

Før kursintervensjon hadde de ansatte i hjemmetjenesten i Grong, Åfjord og Vestnes et godt kunnskapsnivå om grunnleggende rutiner for munnstell på eldre. De hadde minst kunnskap om rengjøring av implantat og tannrøtter. Flere var godt kjent med helproteser, men hadde forbedringspotensial om rengjøring og håndtering. Omtrent halvparten av de ansatte kjente til oral påvirkning av sovemedisiner og brukernes rettigheter i DOT, flere visste om at risikoen for hull i tennene øker med munntørrhet.

Nesten alle ansatte rapporterte at de hadde utbytte av kurset, halvparten ville ha mer undervisning. Færre deltakere mente at de hadde nok kunnskap om munn- og tannstell etter kurset. Det var flere som hadde kunnskapsutbytte om stell av tannrøtter og implantater, og om identifisering og rengjøring av delproteser.

Denne studien understreker at det foreligger et behov for kompetanseheving i oral helse for eldre blant pleiepersonell i helse og omsorgstjenesten.

5. Referanser

- Bots-Vant Spijker, P. C., Vanobbergen, J. N. O., Schols, J. M. G. A., Schaub, R. M. H., Bots, C. P., & de Baat, C. (2014). Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol*, 42(2), 113-121. doi:10.1111/cdoe.12068
- Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 5(2), 100-108. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0065
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester. (2008). Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (FOR-2008-11-25-1265). Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268>
- Gleditsch, R. F. (2020). Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>. Retrieved 29.04.22, from Statistisk sentralbyrå
- Helse- og omsorgstjeneste loven. (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester §3-2. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene §3. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Nordenram, G., & Nordstrom, G. (2015). *Tannpleie for eldre*: Kommuneforlaget AS.
- OECD. (2022). Elderly population (indicator). *OECD.org*. Retrieved from <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
- Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). *Oral health in ageing societies : integration of oral health and general health : report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan, 1-3 June 2005*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43531?locale-attribute=en&locale=ar>
- Preus, H. R., Aass, A. M., & Grytten, J. (2022). Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 132 (4): 320-6. Retrieved from [https://www.tannlegetidende.no/journal/2022/4/m-61/Munnhelse_i%20sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus](https://www.tannlegetidende.no/journal/2022/4/m-61/Munnhelse_i%20sykehjem_%20en_undersokelse_gjort_i_Akershus)
- Samson, H., Strand, G. V., & Haugejorden, O. (2008). Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*, 66(6), 368-373. doi:10.1080/00016350802378654

- Schropp, L., & Størksen, K. (2013). Implantater kontra tradisjonell protetisk rehabilitering. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 123 (2): 94 - 103 Retrieved from https://www.tannlegetidende.no/journal/2013/2/dnt-506963/Implantater_kontra_tradisjonell_protetisk_rehabilitering
- Seim, A. S., Kveen, E., Jakobsen, H. N., Olsen, R. H., & Willumsen, T. (2014). Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester: en pilotstudie i Hedmark. Patients in home-care nursing and dental health - a pilot study in Hedmark. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 124 (9): 712-17
- Skott, P., & Wårdh, I. (2017). Mind the gap – förlora inte din äldre patient! *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 127 (2): 130-6. Retrieved from <https://www.tandlakartidningen.se/vetenskaplig-artikel/mind-the-gap-forlora-inte-%EF%BF%BCdin-aldre-patient/>
- Strand, G. V., Stenerud, G., & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Oral hygiene and dental treatment for institutionalized old people*. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 127(2): 138-43
- Stødle, I. H., Verket, A., Høvik, H., Sen, A., & Koldsland, O. C. (2021). Prevalence of periodontitis based on the 2017 classification in a Norwegian population: The HUNT study. *Journal of clinical periodontology*, 48(9), 1189-1199. doi:10.1111/jcpe.13507
- Størksen, K., Neppelberg, E., Midtbø, M., & Gjengedal, H. (2010). Dental implantatbehandling – pasientvurdering og behandlingsplanlegging. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*, 120 (1): 22-31
- Svensli, G., Flåskjer, A., Ryste, T. O., & Helberget, L. (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. *Sykepleien forskning (Oslo)*(78077), e-78077. doi:10.4220/Sykepleiens.2019.78077
- Tønnessen, M. (2018). Lavere befolkningsvekst framover. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-framover>. Retrieved 29.04.22, from Statistisk sentralbyrå
- Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikstrom, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel--an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), e787-792. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x
- Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), e748-e755. doi:10.1111/j.1741 - 2358.2011.00554.x Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x

6. Vedlegg

Vedlegg 1: Kurspresentasjon

Vedlegg 2: Munnstellkort

Vedlegg 3: Håndbok i munn- og tannstell

Vedlegg 4: Brosjyre til brukere

