



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet,
Institutt for klinisk odontologi (IKO).

En studie om helsearbeidere sin kunnskap om munnhelse i eldreomsorgen og problemer de møter.

—
Ahmad Naweed Faizi og Anders Kringli

Veileder: Kirsten Solemdal

Masteroppgave i odontologi Juni 2015



Innholdsfortegnelse

1	Abstrakt	1
2	Introduksjon	2
2.1	Mål	4
3	Metode.....	5
3.1	Data analyser	6
4	Resultater.....	6
5	Diskusjon.....	17
5.1	Utdanning/kunnskap	18
5.2	Tilbud om tannbehandling.....	20
6	Styrke og svakheter ved spørreundersøkelsen.....	22
7	Konklusjon.....	23
8	Takk til	23
9	Referanser.....	24

1 Abstrakt

Antall eldre har i løpet av de siste tiårene økt betraktelig. En forbedret tannhelse har ført til at flere beholder sine egne tenner. Dette skaper et større behov for gode rutiner og god kunnskap blant helsearbeidere for å sikre god oral helse blant den eldre befolkningen. Mange eldre rammes etter hvert av sykdommer og blir i større grad avhengig av hjelp til daglig munnhygiene.

Målet med denne studien var å undersøke om pleiepersonellet sin utdanning og kunnskap i munnhelse og munnstell, er god nok for å ta vare på munnhelsen til pleietrengende eldre. Samtidig ønsket vi å finne ut om de eldre får og benytter seg av det tilbudet som de har krav på fra den offentlige tannhelsetjenesten.

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant ansatte på sykehjem, i hjemmetjeneste og i omsorgsboliger, der vi spurte om deres utdanning, deres rutiner og hva de mente om tilbudet som ble gitt til deres brukere. 10 ulike institusjoner deltok og 191 ansatte besvarte spørsmålene.

Vi fant at halvparten av pleierne ikke hadde fått undervisning i munnstell i jobben sin, og at nesten like mange mente at de ikke hadde nok kunnskap for å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Samtidig var det bare halvparten av pleierne som kunne bekrefte at de hadde oppslagsverk om munnstell på arbeidsplassen. Når det gjaldt mer konkret kunnskap om munnhelse, viste det seg at ca. en fjerdepart av pleierne hverken visste om sammenhengen mellom munntørrhet og karies eller kjente til hjelpemidler mot munntørrhet. Hvordan protesene skal rengjøres, var også ukjent hos mer enn 30% av respondentene. Videre fant vi at over halvparten av pleierne ikke kjente til sine brukeres tannstatus. Om det fantes individuell pleieplan for brukerne, var også ukjent hos en betydelig andel. Det rådet også stor usikkerhet om hvor mange brukere som hadde fått tilbud om gratis tannpleie fra den offentlige tannhelsetjenesten. Spesielt gjaldt dette eldre med hjemmesykepleie. Det var i tillegg en vesentlig andel som ikke hadde kjennskap til om deres brukere eventuelt hadde takket ja til tilbudet.

Vår konklusjon: det er et betydelig forbedringspotensial blant pleiepersonell når det gjelder rutiner og kunnskap om munnhelse og munnstell for pleietrengende eldre.

Videre bør oppfølging vedrørende informasjon om deres rett til gratis tannbehandling kvalitetssikres på en bedre måte.

2 Introduksjon

I løpet av de siste 38 årene har antall personer som er 67 år eller eldre økt med 228 756. Det utgjør mer enn en femdel av befolkningsveksten siden 1977. Mesteparten av denne økningen skjedde i aldersgruppen 80 år eller eldre, som har blitt mer enn fordoblet på 38 år. Gruppen vokste fra 105 200 personer i 1977 til 220 437 i 2015. For 38 år siden utgjorde gruppen 2,6% av hele befolkningen, mens den ved inngangen til 2015 sto for 4,4% (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Det har skjedd en betydelig bedring i tannhelsen i alle befolkningsgruppene i løpet av de siste 40 årene. Samtidig har antall eldre med egne tenner økt kraftig. En undersøkelse gjennomført på beboere på sykehjem i 2004 viste at 54% av et utvalg eldre hadde egne tenner (Gimmestad, 2006). Dette var en klar økning fra en tidligere undersøkelse som ble gjennomført i 96/97 (Henriksen, Ambjørnsen, Laake, & Axéll, 2003). Der så man at i aldersgruppen 67-74 år hadde andelen gått fra 33% med egne tenner i 96/97 til 54% med egne tenner i 2004 (Gimmestad, 2006). Det samme gjelder for aldersgruppen 75-84 år hvor personer med egne tenner har økt fra 23% til 39%. For eldre over 85 år var det en økning fra 18% til 27% (Gimmestad, 2006). I Norge på 70- og 80-tallet, var tannhelsen hos eldre i institusjon dominert av tannløshet og proteser (Samson, Strand, & Haugejorden, 2008). På slutten av 80-tallet skjedde det flere positive forandringer innenfor tannhelsen hos den eldre norske befolkningen. Dette har ført til at andelen tannløse eldre i institusjon er blitt redusert fra 71% i 1988 til 43% i 2004 (Samson, Strand, & Haugejorden, 2008). Ved begge tidsperioder har det vært store geografiske forskjeller. Tannløsheten økte jo lenger nord man bodde (Henriksen, T, & K, 2003).

Et stort flertall av eldre i institusjon kommer til å ha mange egne tenner. Disse har gjennom et langt liv mottatt mye tannbehandling. Vi finner i dag en tannstatus hos eldre preget av et økt antall kroner, broer og implantater. Dette er definitivt en positiv tannstatus-utvikling som kommer til å fortsette i årene fremover. Samtidig skaper dette utfordringer for helsepersonell i institusjon. De fleste eldre i institusjon er både fysisk, medisinsk og immunologisk svekket. Det finnes i dag evidens som viser at dårlig oral helse kan ha en negativ effekt på den generelle helsen til slike pasienter (Rautemaa,

Lauhio, Cullinan, & Seymour, 2007) (Desvarieux, et al., 2013). Studier viser også at redusert oral helse kan påvirke kostholdskvalitet og ernæringsinntak på en negativ måte. Dette kan føre til økt risiko for alvorlige systemiske sykdommer (Ritchie, Joshipura, Hung, & Douglass, 2002).

Det er også viktig å huske på at kvaliteten på tannhelsen til pleietrengende eldre måles, ikke bare ut fra antall tenner og tannløshet, men like mye ut ifra kariesproblemer, periodontale forhold, tygge-/svelgeproblemer, slimhinnetilstanden i munnhulen og munntørrhet. Antall tenner som er i behold, gir økende risiko for sykdom i munnhulen, spesielt karies. I tillegg vil nedsatt evne til tannpuss på grunn av lammelser, munntørrhet forårsaket av legemiddelbruk, redusert egenomsorg på grunn av kognitiv svikt og manglende oppfølging av tannhelsepersonell påvirke risikoen i stor grad.

For å kunne gjennomføre et optimalt tannstell og opprettholde en god oral hygiene, er det nødvendig med visse hjelpemidler og nok tid. I 2000 ga Helsedirektoratet ut veilederen *Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid*, hvor de anbefaler tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem som basis. Ferreira og Armingohar har vist at strukturert informasjon og individuell pleieplan for den enkelte bruker sammen med gode rutiner for tannstell, er med på å gi en bedre oral hygiene (Ferreira, Armingohar, & Willumsen, 2006). Det er derfor viktig at både brukerne og pleiepersonalet har tilgang til nødvendige hjelpemidler for å få gjennomført et godt munnstell. Videre at det finnes oversikter/planer over den enkelte brukers tannstatus og munnpleiebehov.

Det er mange eldre i dag som plages av munntørrhet. I motsetning til tidligere da man trodde at munntørrhet var en konsekvens av å bli gammel, viser studier i dag at munntørrhet for det meste skyldes bruk av medikamenter og et kompleks sykdomsbilde (Løkken & Birkeland, 2005). Medikamentelt induisert xerostomi er den hyppigste årsaken til munntørrhet. Mer enn 500 ulike medikamenter kan ha munntørrhet som en mulig bivirkning (Porter, Scully, & Hegarty, 2004). Siden eldre ofte bruker mange ulike typer medikamenter, har de større sjanse for å utvikle munntørrhet. Derfor er det viktig at de ansatte på sykehjem og andre som arbeider med eldre i ulike institusjoner, gjennomfører tiltak overfor munntørre pasienter. Slike tiltak kan være bruk av

spyttstimulerende midler, salivasubstitutter, jevnlig væskeinntak og ekstra inntak av fluor for å begrense kariesskade.

Det er et stort behov for godt munnstell hos eldre i institusjon, som på grunn av svekket helse ikke selv kan ivareta tann- og munnhygiene. I hvilken grad man klarer å dekke behovet for disse tjenestene, kommer kanskje til å være den faktoren som påvirker tannhelsen til pleietrengende eldre mest.

Studier viser at tannhelse og munnhygiene synes å være et forsømt område og en lite prestisjefylt oppgave blant helsepersonell (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012) (Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012). Dessuten viser studiene at kunnskapsnivået er lavt, noe som muligens kan bidra til lav prioritering. Munnen er et personlig område for pasientene, og mange synes derfor at det er vanskelig å pusse andres tenner.

2.1 Mål

Som nevnt har flere studier både i Norge og Sverige vært opptatt av å undersøke pleiepersonells kunnskaper om munnhelse og deres rutiner for munnstell til pasienter med hjemmesykepleie og sykehjemspasienter (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012) (Mehl, Ellingsen, Kjeksrud, & Willumsen, 2014). Så vidt vi vet har ingen undersøkt hvordan situasjonen er på ulike institusjoner i Tromsø og på hjemstedene våre i Nannestad og i Etnedal. Hensikten med oppgaven vår har derfor vært å kartlegge hva slags kunnskap helsearbeidere i Tromsø, Nannestad og Etnedal har om munnstell og oral helse. Videre om ansatte får en tilfredsstillende teoretisk og praktisk opplæring om disse tema under sin utdanning og senere på arbeidsplassen. Gode oppslagsverk på arbeidsplassen for å kunne holde seg faglig oppdatert, kan være til stor hjelp. Et tilleggsmål i denne undersøkelsen har også vært å finne om det finnes litteratur som omhandler munnstell og munnhelse på de ulike arbeidsplassene.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester § 3 slår fast at kommunen skal etablere et system for å sikre kvaliteten på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov, blant annet munnhygiene." Eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie over 3 måneder og minimum en gang per uke har rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider så lenge pleien vedvarer" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983).

Det er de ulike aldersinstitusjonene som må informere brukerne om deres rett til fri tannbehandling, og oppfordre dem til å nyttiggjøre seg tilbudet. På bakgrunn av dette har vi også ønsket å undersøke om brukerne på de ulike institusjonene har fått informasjon/tilbud om gratis tannbehandling, og hvor mange som faktisk har benyttet seg av tilbudet.

3 Metode

Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse i tidsrommet juni til november 2014. Spørreundersøkelsen var rettet mot sykepleiere, hjelpepleiere og andre helsearbeidere. Det ble valgt ut tre ulike arbeidssteder. Dette var sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsboliger. Vi startet undersøkelsen med å kontakte elleve institusjoner i Tromsø, en i Nannestad og to i Etnedal. To av institusjonene i Tromsø ønsket ikke å delta i undersøkelsen, mens to andre ikke hadde eldre brukere under sitt ansvarsområde. Vi endte dermed opp med totalt ti ulike institusjoner, hvorav fem var sykehjem. For å sikre full anonymitet, valgte vi å nummerere de ulike institusjonene i stedet for å navngi dem.

Institusjon	Antall utleverte spørreskjema
T1	20
T2	50
T3	25
T4	100
T5	10
T6	60
T7	30
S1	50
S2	10
S3	34
Sum	389

Spørreskjemaet inneholdt 25 spørsmål hvorav 21 var avkryssings-spørsmål. De fire siste var åpne spørsmål hvor deltakeren kunne vise sine kunnskaper om ulike tema. (SE APPENDIKS 1). I beskrivelsen av resultatene for de fire åpne spørsmålene har vi antatt at respondentene som ikke har kommet med forslag, mangler kunnskap på disse områdene. Derfor har vi valgt å slå sammen prosentene fra «feil svar» og «mangel på svar» i beskrivelsen av resultatene og i diskusjonen.

Dessuten gjorde vi søk i databasen Pubmed (U.S National Library of Medicine National Institutes of Health). Søkord brukt i PubMed: “oral health nursing home Norway”, “oral health nursing homes”. Vi valgte å se nærmere på artikler som omhandlet helsepersonells kunnskap og praksis innen oral helse og pleie, oral helse hos eldre i institusjon, og konsekvenser av dårlig oral helse blant eldre. I tannlegeforeningens tidsskrifter fant vi også et par relevante artikler. I tillegg vurderte vi utvalgte artikler som vi fikk anbefalt av vår veileder.

3.1 Data analyser

For å analysere svarene fra spørreundersøkelsene ble det opprettet en datafil ved bruk av Social Sciences Statistical Package (SPSS) versjon 21. Alle data ble grundig korrekturlest, for å avdekke feil. Det ble laget frekvenser for å blant annet å sammenligne helsepersonellens utdanning, arbeidserfaring, diverse problemer de møter med munnstell, og tannhelsetilbud til de eldre på institusjonene. Vi har laget diagrammer av disse frekvensene for å gjøre informasjonen til leserne av oppgaven enklere.

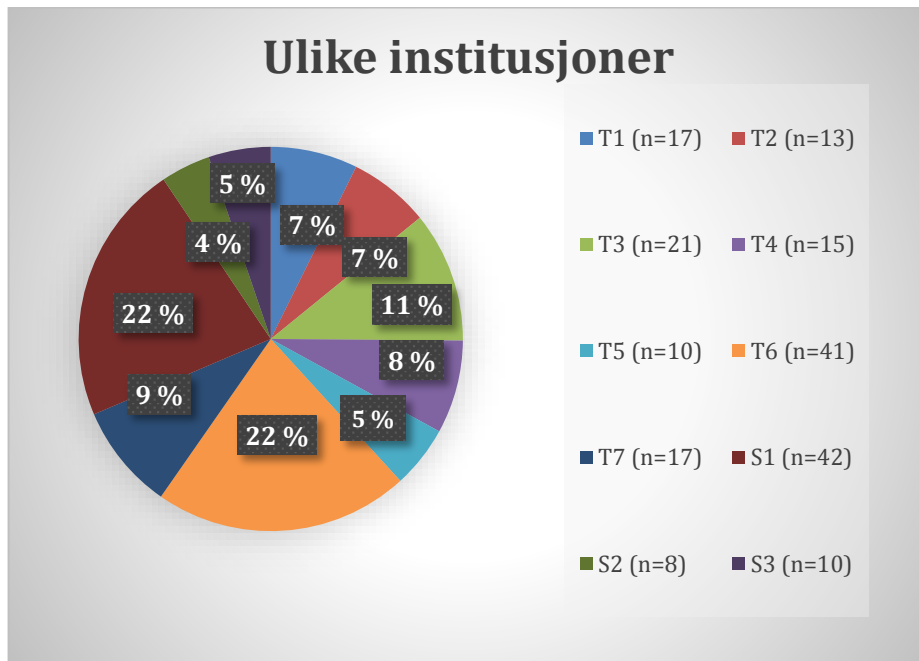
4 Resultater

Vi fikk tilbake 191 spørreskjema av i alt 389 utsendte skjema. Svarprosenten på vår spørreundersøkelse varierte mellom 15% og 100% ved de ulike institusjonene, med en gjennomsnittlig svarprosent på 49,1%. T4 hadde den laveste oppslutningen der kun 15 av 100 spørreskjema kom tilbake. Det var god oppslutning fra S1 og T1, samt fra T5, T6 og S2. Figur 1 viser innbyrdes fordeling av de 191 tilbakemeldingene med flest besvarelser fra S1 og T6.

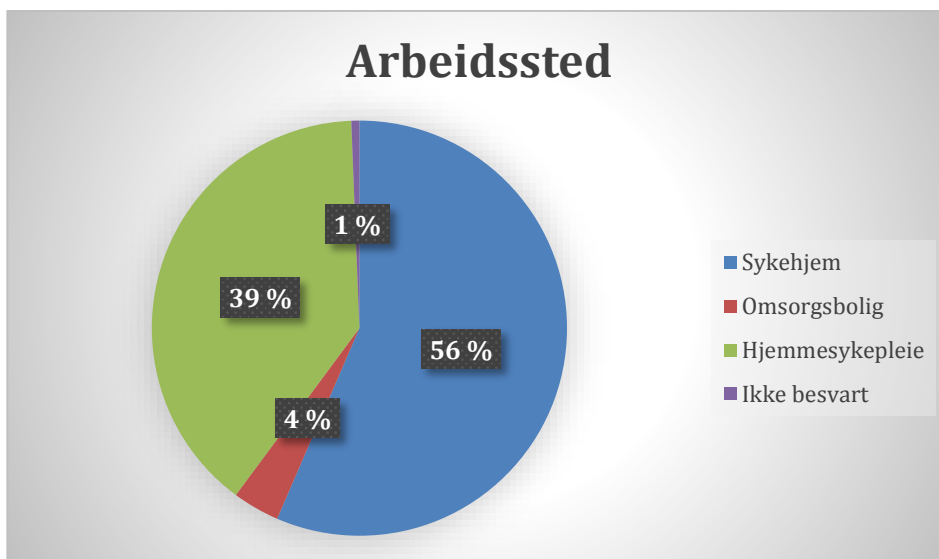
Gjennomsnittsalderen på respondentene var 41 år med et aldersspenn fra 19 til 68 år. Seks av de 191 tilbakemeldingene var ikke besvart med hensyn til alder. De fleste

besvarelsene var fra kvinner (92 %, n=175). Yrkesmessig fordelte respondentene seg som følger: 69 sykepleiere, 87 hjelpepleiere, 12 pleieassistenter og 22 «andre»

108 av respondentene jobbet på sykehjem, 7 jobbet ved omsorgsboliger og 75 jobbet i hjemmesykepleien (figur 2).

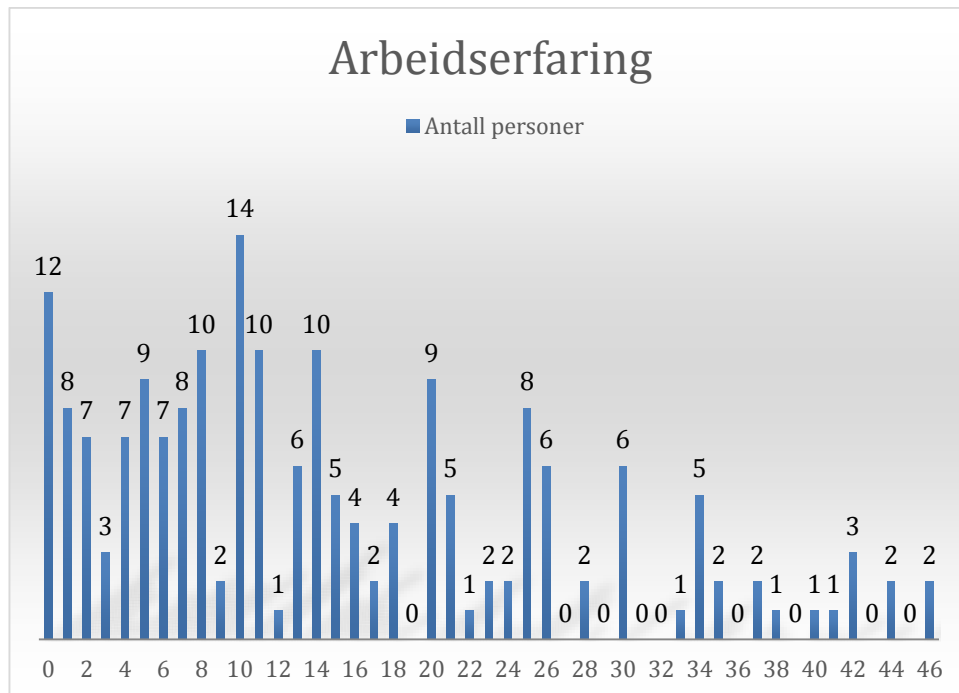


Figur 1: Oversikt over institusjonene som deltok i spørreundersøkelsen (n=10), med prosentvis fordeling av respondentene for hver institusjon.



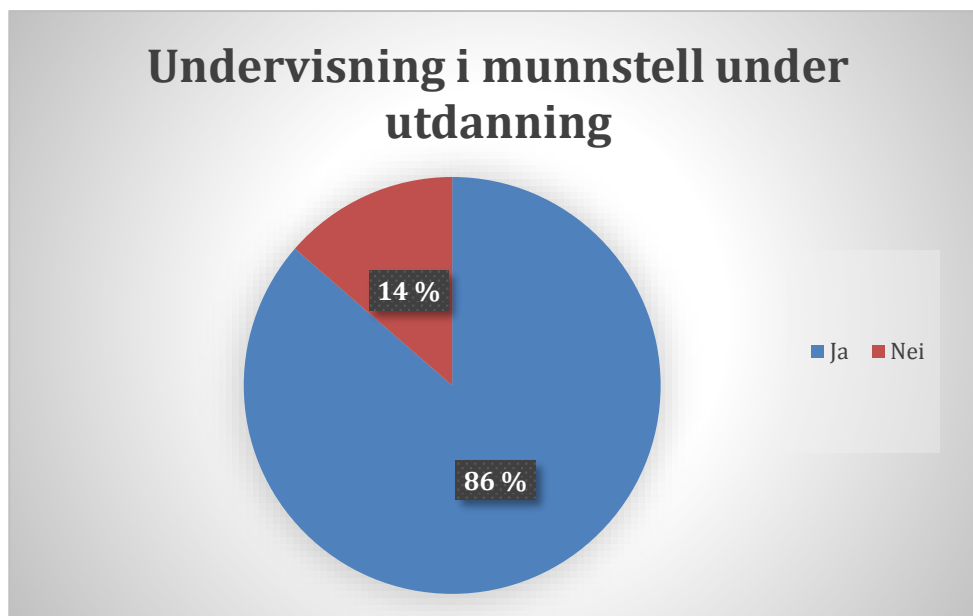
Figur 2: Prosentvis fordeling av deltagerne (n=191) etter type arbeidssted.

Den gjennomsnittlige arbeidserfaringen lå på litt under femten år. En person hadde unnlatt å besvare spørsmålet. Arbeidserfaringen viste stor variasjon i antall år. Noen var helt nyutdannede personer som kun hadde jobbet noen uker. Flere hadde jobbet i over tretti år. Det høyeste antall år i yrket var 46 år (figur 3).

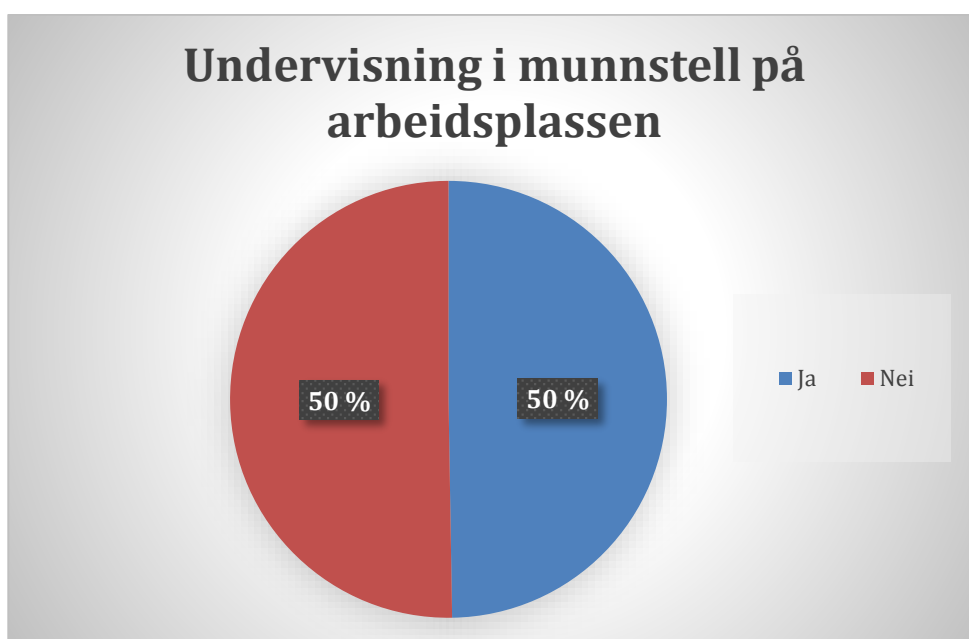


Figur 3: Fordeling av personer (n=191) etter antall år med arbeidserfaring.

De fleste (86%) hadde fått undervisning i munnhelse og munnstell i løpet av utdannelsen sin (figur 4), mens det var langt færre (50%) som hadde fått undervisning i munnstell på arbeidsplassen (figur 5).

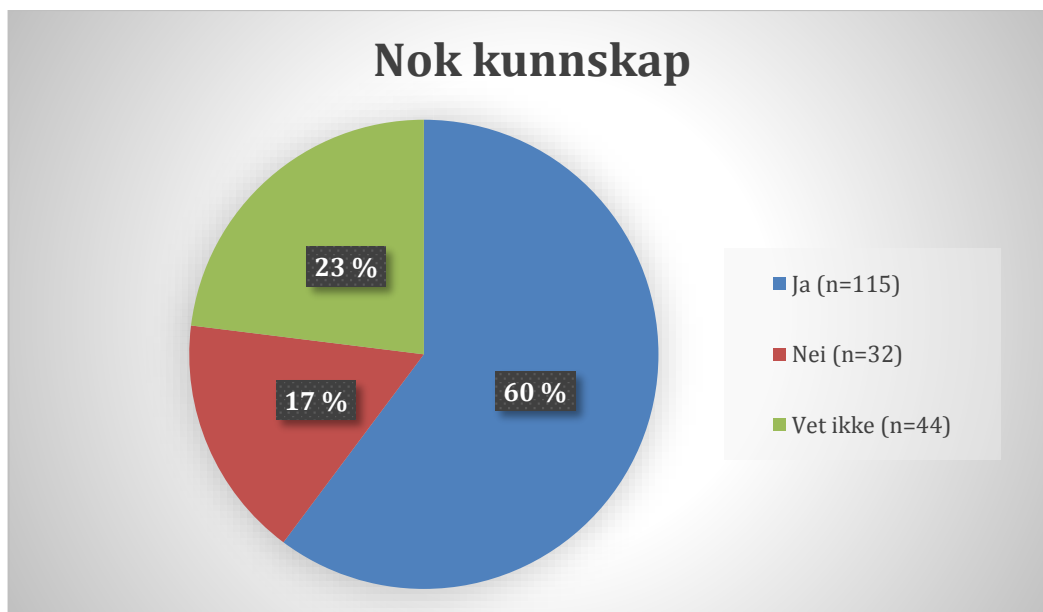


Figur 4: Prosentvis andel av respondentene (n=191) som har fått undervisning i munnstell under sin utdanning. Ja (n=165), nei (n=26).



Figur 5: Prosentvis andel av respondentene (n=191) som har fått undervisning i munnstell på arbeidsplassen. Ja (n=95), nei (n=96).

På spørsmål om de ansatte følte at de hadde nok kunnskap om munnhelse og munnstell for å kunne utøve sitt yrke på en god måte, svarte 60% ja, 17% nei og 23% vet ikke.

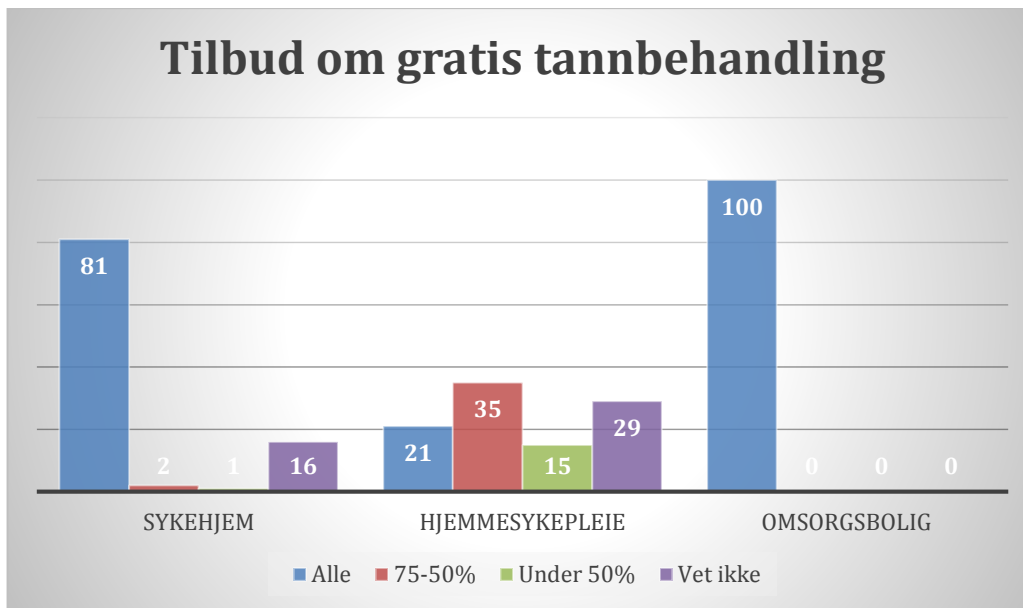


Figur 6: Prosentvis fordeling over følelsen de ansatte har om de har nok kunnskap om munnhelse og munnstell, for å kunne gjennomføre sitt arbeid på en god måte.

Spørsmål 9 dreide seg om det fantes oppslagsverk om munnstell/munnhelse på arbeidsplassen. Der svarte 50% (n=96) *ja*, 15% (n=28) *nei* mens 35% (n=67) ikke visste om arbeidsstedet hadde slikt oppslagsverk.

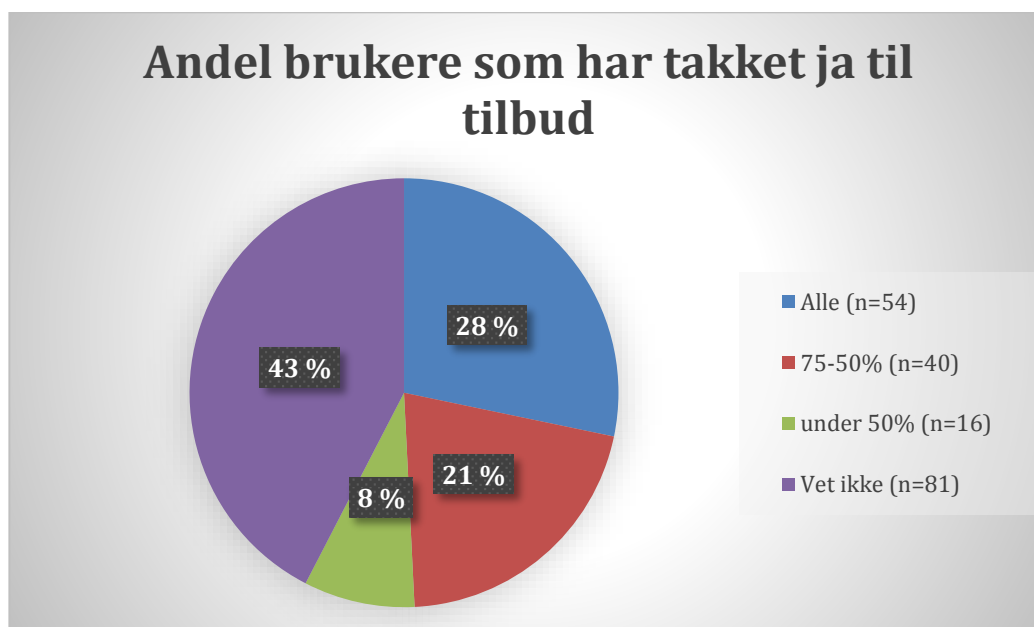
Spørsmål 10, 11 og 12 dreide seg om hvorvidt pleiepersonellet hadde kjennskap til om brukerne hadde fått tilbud om gratis tannbehandling i henhold til lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) §1-3, om hvor stor andel av disse som faktisk hadde benyttet seg av tilbudet, og i så fall hva slags behandling de hadde fått. På spørsmålene 10 og 11 var svaralternativene fordelt på fire grupper (alle, 75-50%, under 50%, og vet ikke). Nærmere 60% (n=112) av pleierne svarte at alle hadde fått tilbud, 15% (n=28) svarte at 75-50% hadde fått tilbud, 6% (n=12) svarte at under 50% hadde fått tilbud, mens 20% (n=39) svarte vet ikke.

Figur 7 viser fordelingen mellom de ulike institusjonene, når det gjelder kunnskap om hvor mange brukere som hadde fått tilbud om gratis tannbehandling i den offentlige Tannhelsetjenesten. Kun 21% (16 deltagere) i hjemmetjenesten svarte at alle brukerne hadde fått tilbud, i motsetning til 81% (88 deltagere) fra sykehjem og 100% (7 deltagere) av ansatte i omsorgsboliger.



Figur 7: Fordelingen av hvor stor andel i prosent, av pleierne som har kjennskap til om brukere har fått tilbud om gratis tannbehandling, fordelt på de ulike arbeidsstedene.

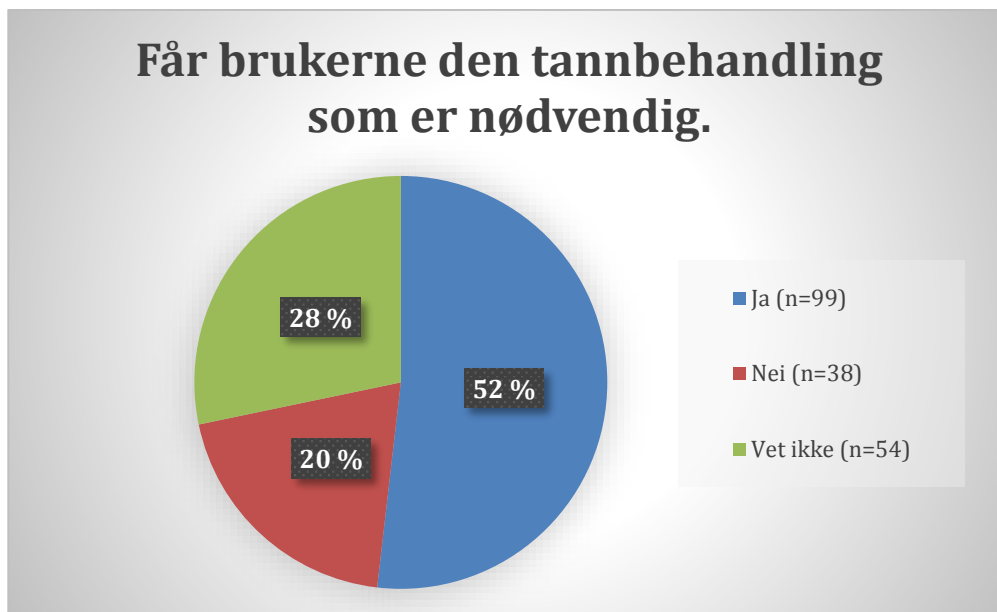
Figur 8 viser at en stor andel av pleierne (43%, n=81) ikke visste om deres brukere hadde takket ja til tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten.



Figur 8: Prosentvis fordeling over de ansattes (n=191) kunnskap om hvor mange av deres brukere som hadde takket ja til tilbud om gratis tannbehandling.

Av de som hadde takket ja til tilbudet om gratis tannbehandling, svarte 37% (n=71) av respondentene at brukeren hadde vært på undersøkelse hos tannpleier, 27% (n=52) hos tannlege, mens 36% (n=68) ikke visste noe om dette.

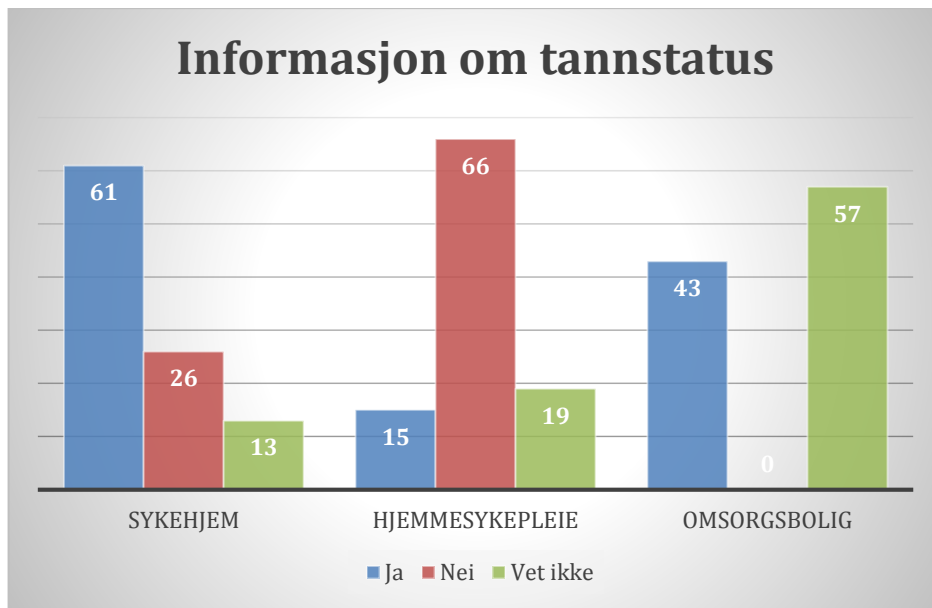
På spørsmålet om de ansatte etter sitt syn mener at brukerne får den tannbehandlingen som er nødvendig for dem, svarte 52% *ja*, 20% *nei*, mens 28% svarte *vet ikke* (figur 9).



Figur 9: Prosentvis oversikt over om de ansatte(n=191) mener deres brukere har fått den tannbehandling som er nødvendig.

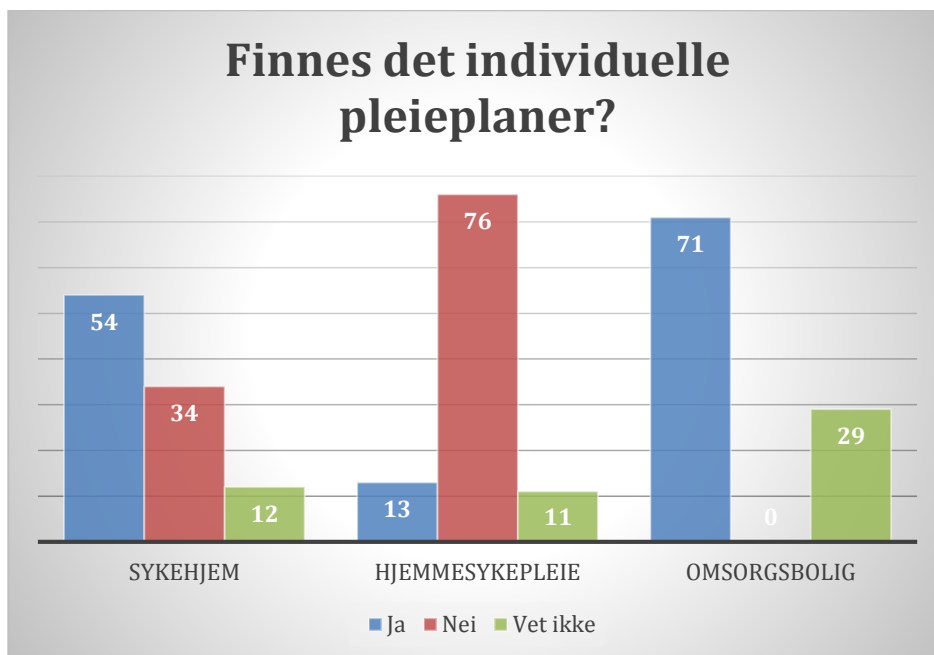
Mange pleietrengende eldre har behov for å få hjelp til munnstell. I spørreskjemaet spurte vi derfor pleierne hvor ofte de spurte sine brukere om de trengte hjelp til munnstell. Vi spurte også om hvor ofte brukerne selv ba pleierne om hjelp. Her delte vi svarene inn i ja og nei. Av de 191 som deltok i undersøkelsen var det tre som ikke svarte på disse spørsmålene.

De aller fleste pleierne (95%, n=179) svarte at de spør brukerne om de trenger hjelp til munnstell, men det var bare 37% (n=70) av deres brukerne som ønsket hjelp. Svært mange av pleierne (72%, n=136) gjorde munnstell på sine brukere både morgen og kveld, mens 24% (n=45) gjorde dette om kvelden. Hygieneartikler til nødvendig munnstell var i stor grad tilgjengelig fordi institusjonene skaffet dette (48%, n=92) eller fordi pårørende sørget for dette selv (43%, n=82). Kun 3% (n=6) svarte *nei* på spørsmålet om deres brukere hadde de hygieneartikler som trengtes, og 6% (n=11) svarte *vet ikke* på dette spørsmålet.



Figur 10: Grafer som viser fordelingen (i prosent), av om det finnes tannstatusinformasjon tilgjengelig hos de ulike arbeidsstedene.

Når det gjelder informasjon om brukernes tannstatus, var det kun 42 % av respondentene som hadde kjennskap til dette. Figur 10 viser de ulike institusjonene separat, her ser man at det var en langt høyere andel av pleierne på sykehjem (61%, n=66) som svarte at denne informasjonen var tilgjengelig, sammenlignet med andel pleiere i hjemmesykepleien (15%, n=11).

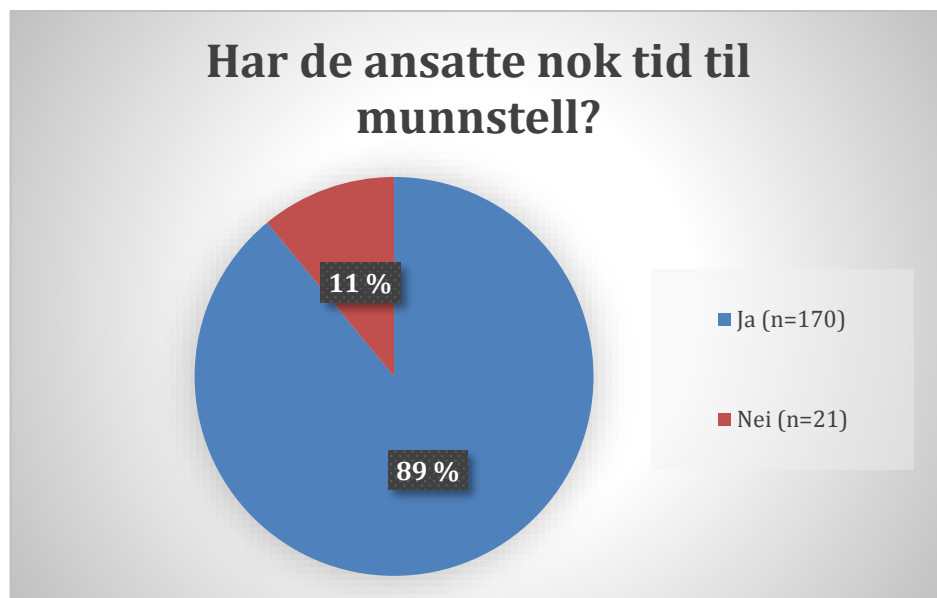


Figur 11: Graf som viser prosentvise forskjeller som finnes mellom de ulike arbeidsstedene, om det finnes individuelle pleieplaner for de eldre eller ikke.

Spørsmål 19 dreide seg om pleierne hadde kjennskap til om det fantes en pleieplan for den enkelte bruker vedrørende munnstell. Kun 39% (n=73) hadde kjennskap til dette.

Figur 11 viser at det er en langt større andel av pleiere på sykehjem som har kjennskap til individuelle pleieplaner enn i hjemmesykepleien, (54%, n=58 vs. 13%, n=10). Det er også mange pleiere som arbeider i omsorgsboliger (71%, n=5) som er kjent med individuelle pleieplaner.

En stor overvekt av respondentene (89%) svarer at de har tid nok til å utføre munnstell på sine brukere (figur 12).

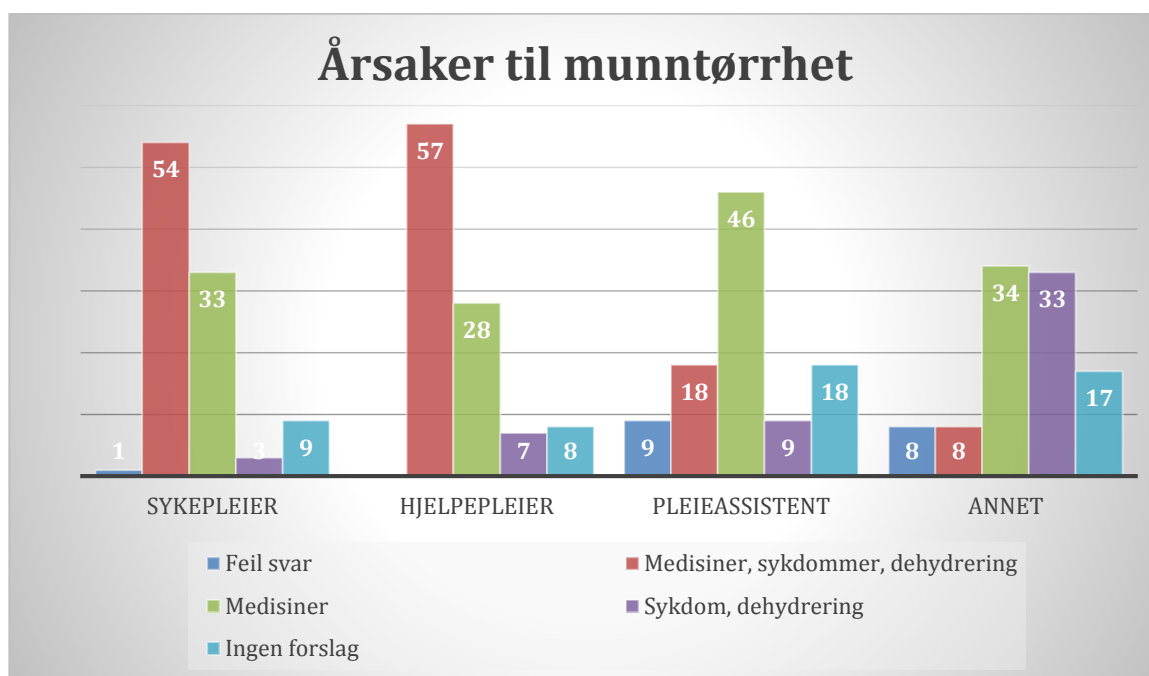


Figur 12: Prosentvis oversikt som viser om de ansatte (n=191) mener de har nok tid til å gjennomføre et godt munnstell på sine brukere.

Vi spurte også de ansatte om hva det største problemet med å få gjennomført munnstell på brukerne var. Her var det mulig å krysse av ulike alternativer. Av årsakene som oftest ble nevnt, var det enten at brukeren ikke ønsket å få gjort munnstell eller at brukeren ikke samarbeidet. Tre personer svarte at det manglet utstyr for å få gjennomført munnstellet, mens andre oppga at brukeren heller ville gjøre munnstellet selv. Syv personer besvarte ikke spørsmålet.

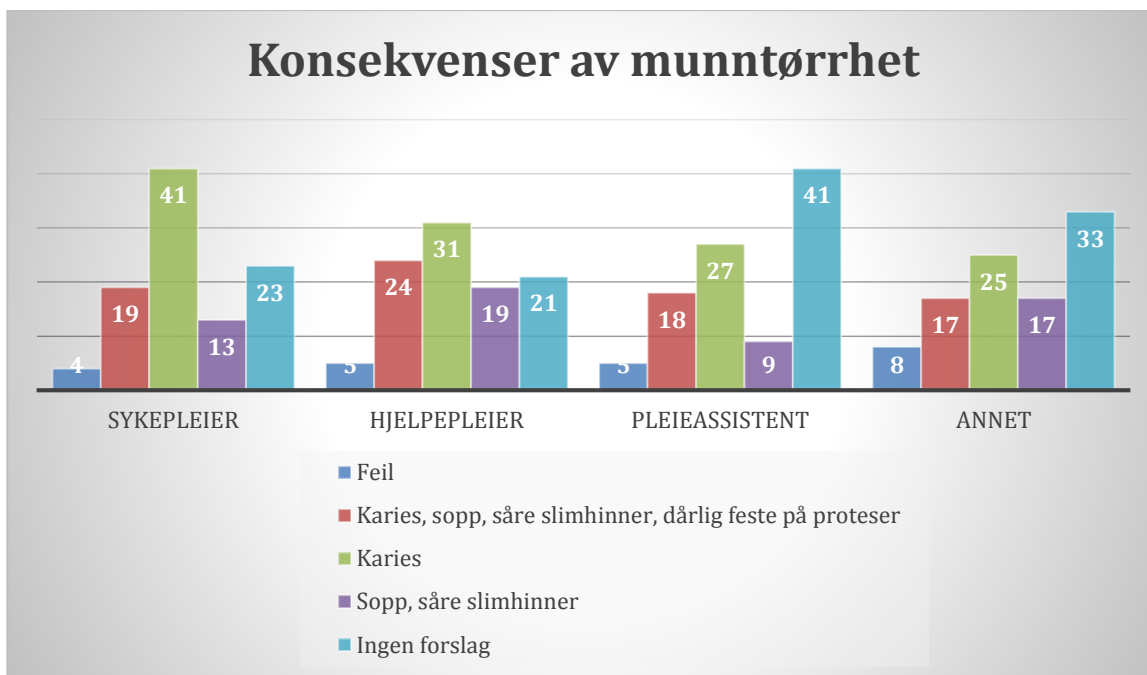
De fleste respondentene kjente til diverse årsaker til munntørrhet. Kun 12% av respondentene svarte enten feil eller unnlot å besvare spørsmålet. Vedrørende hvilke konsekvenser munntørrhet kan ha for tennene, svarte derimot 46% av deltakerne feil eller unnlot å svare. Nesten en firedel (23%) svarte enten feil eller var uten forslag når det gjaldt hjelpemidler mot munntørrhet. En relativt stor andel (32%) var også ukjent med hjelpemidler for proteserengjøring.

På bakgrunn av disse resultatene, valgte vi å splitte opp svarene på de forskjellige yrkesgruppene (figur 13, 14, 15, 16). Kun resultatene for sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter er kommentert her, da gruppen «andre» er ukjent med hensyn til deres yrkesbakgrunn.



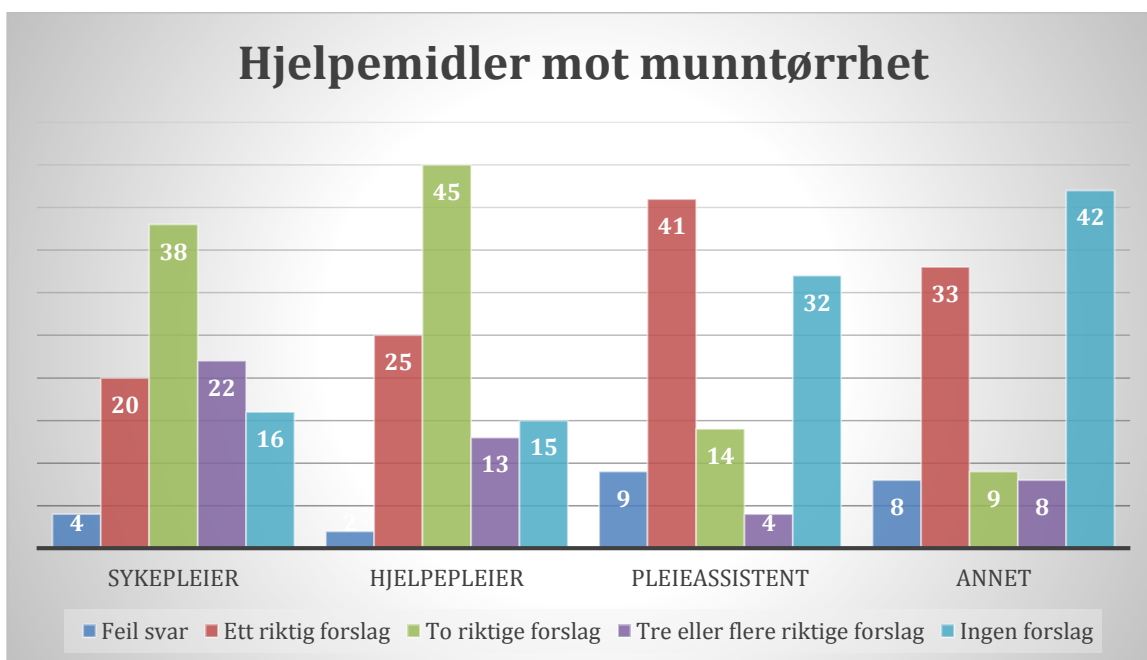
Figur 13: Prosentvis oversikt over de ansattes (n=191) kunnskap om årsaker til munntørrhet, og hvilke alternativer de ga i sine besvarelser, fordelt på de ulike yrkesgruppene.

Når det gjaldt de ansattes kunnskap om årsaker til munntørrhet, var det 10%(n=7) av sykepleierne, 8%(n=7) av hjelpepleierne og 27%(n=24) av pleieassistentene som ikke kom med forslag eller hadde feil svar (figur 13).



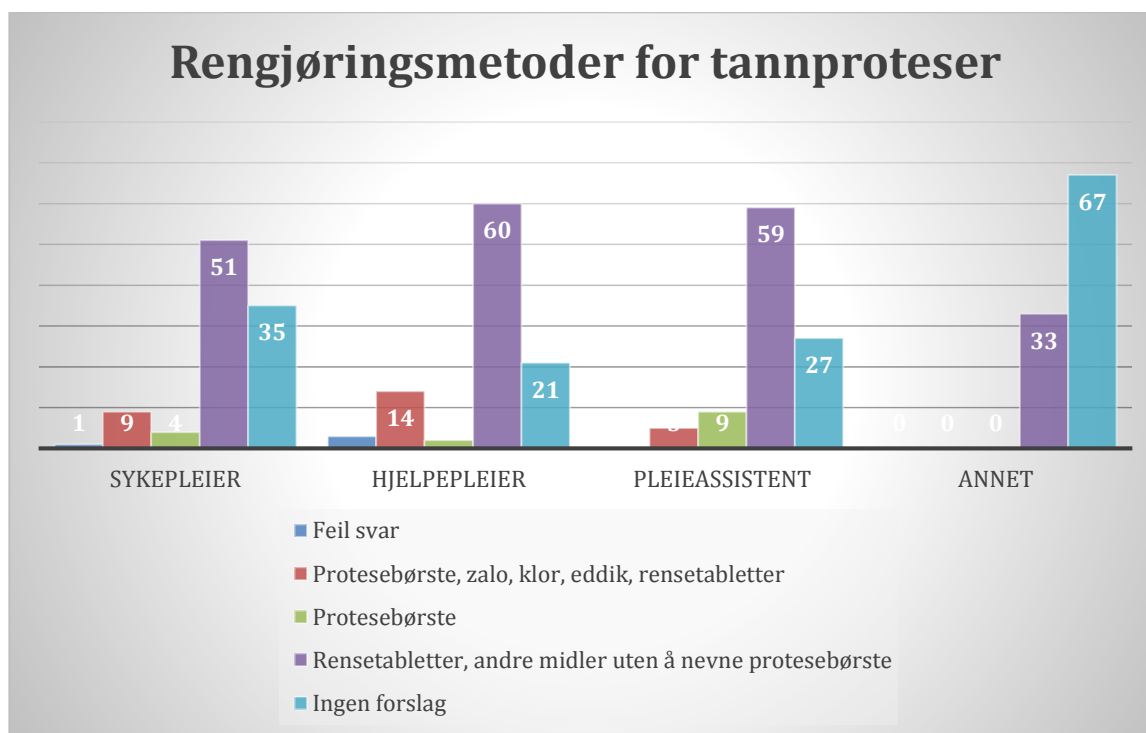
Figur 14: Prosentvis oversikt over de ansattes (n=191) kunnskap om konsekvenser av munntørighet, og hvilke alternativer de ga i sine besvarelser fordelt på de ulike yrkesgruppene

Figur 14 viser at mange ikke visste at munntørighet kan føre til karies. Denne kunnskapen var ukjent for 40%(n=28) av sykepleierne, 45%(n=39) av hjelpepleierne og 55%(n=12) av pleieassistentene.



Figur 15: Prosentvis oversikt over de ansattes (n=191) kunnskap om hjelpemidler mot munntørighet, og hvilke produkter de foreslår i sine besvarelser fordelt på de ulike yrkesgruppene.

Figur 15 viser at 20%(n=14) av sykepleierne, 17%(n=15) av hjelpepleierne og 41%(n=9) av pleieassistentene enten hadde feil svar eller unnlot å komme med forslag når det gjaldt hjelpemidler mot munntørrehet.



Figur 16: Prosentvis oversikt over de ansattes (n=191) kunnskap om rengjøringsmetoder for tannproteser, og hvilke hjelpemidler de foreslår.

Vedrørende forslag til rengjøringsmetoder for proteser (figur 16) hadde 36%(n=25) av sykepleierne, 24%(n=21) av hjelpepleierne og 27%(n=6) av pleieassistentene feil svar eller var uten forslag.

5 Diskusjon

I denne studien har vi vist at halvparten av pleierne ikke hadde fått undervisning i munnstell i jobben sin, og at nesten like mange mente at de ikke hadde nok kunnskap for å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Samtidig var det bare halvparten av pleierne som kunne bekrefte at de hadde oppslagsverk om munnstell på arbeidsplassen. Når det gjaldt mer konkret kunnskap om munnhelse viste det seg at ca. en fjerdepart av pleierne hverken visste om sammenhengen mellom munntørrehet og karies, eller kjente til hjelpemidler mot munntørrehet. Hvordan protesene skal rengjøres, var også ukjent for mer enn 30% av respondentene.

Videre fant vi at over halvparten av pleierne ikke kjente til sine brukeres tannstatus. Om det fantes individuell pleieplan for brukerne, var også ukjent hos en betydelig andel.

Det rådet også stor usikkerhet om hvor mange brukere som hadde fått tilbud om gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten, spesielt gjaldt dette eldre med hjemmesykepleie. Det var i tillegg en vesentlig andel som ikke hadde kjennskap til om deres brukere eventuelt hadde takket ja til tilbudet.

5.1 Utdanning/kunnskap

De aller fleste hadde hatt undervisning i munnhelse i løpet av utdannelsen sin, men bare halvparten hadde fått undervisning på jobben. Dette samsvarer i stor grad med en studie fra 2014 utført i Hedmark (*Seim, Kveen, Jakobsen, Olsen, & Willumsen, 2014*).

I våre litteratursøk har vi funnet lite informasjon om mengden og graden av etterutdanning/opplæring som blir gitt til pleiepersonell i oral helse og munnstell. I en svensk studie fra 2011 sier pleiepersonellet at de synes det er positivt å kunne få opplæring og etterutdanning i munnstell for å kunne sikre en god oral hygiene hos sine brukere. Samtidig mener de dette er positivt fordi det sikrer at de som ikke kan noe fra tidligere får en grunnleggende opplæring (*Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012*). Studier viser også at munnhygienen bedret seg hos brukerne etter at pleierne hadde fått ekstra opplæring i munnstell (*Frenkel, Harvey, & K, 2001*).

60% av de ansatte mente selv at de hadde nok kunnskap om munnhelse og munnstell for å kunne utøve sitt yrke på en tilfredsstillende måte. Vårt funn står i motsetning til en norsk studie fra 2011, der det oppgis at kun 25% av sykepleierne mener at de har nok kunnskap i alle situasjoner (*Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012*). Ser vi derimot på analyser fra de som svarte at de hadde nok kunnskap i munnstell, finner vi at mange av disse ansatte, likevel ikke har kunnet svare tilstrekkelig på spørsmål som omfatter aktuelle problemstillinger innen munnhelse for eldre. Kun 50-60% av de som mente de selv hadde nok kunnskap, svarte riktig på kunnskapsspørsmålene, dette gjaldt spesielt for gruppen pleieassistenter /andre (ikke vist i resultatdelen).

Pleieassistentene og gruppen «andre» svarte også generelt svakere på kunnskapsspørsmålene enn de andre yrkesgruppene. Pleieassistentene oppgav også selv i noe større grad enn de andre gruppene, at de ikke hadde nok kunnskap om emnet til å kunne utøve sitt arbeid på en tilfredsstillende måte. Resultatene fra

pleieassistentene må tolkes i lys av det lave antall deltakere fra denne yrkesgruppen. I tillegg med at 40% av alle respondentene oppga at de ikke hadde nok kunnskap eller at de ikke visste om de hadde nok kunnskap i tannhelse og munnstell, tyder dette på at behovet for økt kunnskap er både ønsket og nødvendig.

Et viktig tiltak for å utføre munnstell på pleietrengende eldre, er at man har god oversikt over den enkeltes situasjon og behov. Dette kan, som nevnt tidligere, oppnås gjennom at det lages individuelle oversikter over tannstatus og pleieplaner for den enkelte bruker. Det blir da enklere for ulike ansatte å gjennomføre en god og tilfredsstillende oral pleie. I vår undersøkelse fant vi at slike oversikter i liten grad er tilgjengelig for ansatte i hjemmesykepleien. Dermed kan munnstell hos disse brukerne bli lite strukturert hvis mange ulike ansatte skal yte hjelp til brukeren i løpet av en tidsperiode.

Selv om mange av de ansatte hadde kunnskap om årsaker til munntørrhet, viste likevel våre funn at 12% enten ikke visste, eller hadde svart feil på spørsmålet om hva som forårsaker munntørrhet. Denne andelen mener vi er uakseptabel når vi vet hvor vanlig munntørrhet er, og hvor store problemer det kan skape for brukere som er plaget av dette. Hele 30% visste ikke eller hadde svart feil på spørsmålet om konsekvensene av munntørrhet for tannhelsen. Dette er for dårlig med tanke på hvor viktig det er for ansatte i ulike institusjoner å ha god kunnskap om dette temaet. Samtidig stiller vi oss spørsmål om alle de ansatte er klar over hva sykdommen karies er. Ved gjennomgang av besvarelsene så vi gjentatte ganger at tannrøte og karies var nevnt som to ulike konsekvenser. Begrepet «svak emalje» var også noe som gikk igjen i mange besvarelser. Vi valgte å kategorisere dette som feil da det blir for lite spesifikt.

Det var stor variasjon i besvarelsene fra de forskjellige ansatte om hjelpemidler mot munntørrhet. Riktignok viser flere besvarelser (15% har - tre eller flere riktige forslag) et stort kunnskapsnivå om dette, men det er likevel nærmere en fjerdedel av deltagerne som ikke oppgir noe kjennskap til slike hjelpemidler.

Det er fortsatt en stor andel eldre på institusjoner og i andre omsorgstjenester som har proteser. God kjennskap til hvordan slike tannproteser skal rengjøres, er viktig for de som arbeider i pleie og omsorgssektoren. Etter en diskusjon med vår veileder bestemte vi oss for å sette protesebørsten som det viktigste hjelpemiddelet. Ulike rensemidler og vaskemidler er også viktige, men i forhold til dette med effektivitet, enkelhet og kvalitet

sett under ett, mener vi at å bruke en protesebørste er et minimum. Ved gjennomgangen av besvarelsene fant vi at så mye som en tredjedel enten hadde svart feil eller ikke hadde forslag til rengjøringsmetoder. Dette er et viktig funn siden vi vet at det fortsatt er mange protesebærere spesielt i vår nordligste landsdel. Dette viser også at det er nødvendig med stor innsats for å gi mer opplæring til de ansatte, både for å styrke deres kunnskap om munnhelse, og for å sikre optimalt oralt renhold hos eldre.

Mangel på kunnskap og sprik i kunnskapsnivå kan ha sammenheng med hva som undervises på de forskjellige lærestedene. På forhånd hadde vi sett på fagplanene til høyskoler/universitet som utdanner sykepleiere/hjelpepleiere, men der fant vi få eller ingen spesifikke mål for hva sykepleiere/helsearbeidere skal kunne når det gjelder tannhelse og munnstell. Dette til tross for at en norsk studie fra 2009 viser at 93% av høyskolene har oral helse inkludert i sitt utdanningsprogram (Samson, Iversen, & Strand, 2010). For å undersøke mer grundig hva ulike læresteder underviser sykepleierstudenter, med hensyn til munnhelse, kontaktet vi Høgskolen i Gjøvik, Høgskolen i Oslo Akershus og Universitetet i Tromsø per telefon, og snakket med dem som var ansvarlige for fagplanen på de ulike studiestedene. De kunne generelt opplyse at det meste av undervisningen i munnstell/oral helse foregår som en del av praktisk læring sammen med annen personlig hygiene. Det er et tankekors at ingen av stedene har spesifikke mål i deres fagplan over hva studentene skal kunne om munnstell. Dette til tross for at alle sier at dette er et viktig tema. Teoretisk opplæring i emnet er det lite av. Kun noen minutter hvor de diskuterer munnstell som en del av personlig hygiene. Et av lærestedene fortalte at det tidligere hadde vært vanlig at tannhelsepersonell hadde stått for den teoretiske opplæringen. På grunn av lite ressurser var munnstell nå blitt en del av den generelle hygieneopplæringen.

5.2 Tilbud om tannbehandling

Når det gjelder tilbud om gratis tannbehandling varierer svarene fra de ansatte innad i samme institusjon. Dette kan blant annet skyldes at de ansatte jobber på ulike avdelinger hvor det er ulik praksis i hvordan brukerne blir informert om det tilbudet de har rett på. Det kan også bety at noen av institusjonene mangler et velfungerende system for å kunne informere brukerne deres om tannhelsetilbudet. Dette gjelder spesielt for ansatte i hjemmesykepleien. Der fant vi at de i mindre grad enn de andre

gruppene, hadde kjennskap til hvor mange av deres brukere som hadde fått tilbud om gratis tannbehandling. I Prosjekt tannhelse, et utviklingsprosjekt finansiert av Fylkesmannen i Oslo og Akershus (Balstad, Orlund, & Rørvik, 2011), oppgir 53% at de har rutiner for å gi informasjon om det frie tannhelsetilbudet til brukere i hjemmetjenesten. I studien fra Hedmark oppgis det at alle fra pleie- og omsorgstjenesten gir informasjon om tannhelsetilbudet, men kun 49% av brukerne oppgir å ha mottatt tilbudet (Seim, Kveen, Jakobsen, Olsen, & Willumsen, 2014).

Selv om vår studie ikke kan sammenlignes direkte med disse to undersøkelsene, tyder likevel våre og andres funn på at det råder mye usikkerhet blant ansatte i flere av våre fylker, når det gjelder hvem som har mottatt tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten og hvem som har akseptert tilbudet.

Likeledes er det stor usikkerhet når det gjelder respondentenes kjennskap til om deres brukere har vært til undersøkelse hos tannhelsepersonell, og hvorvidt deres munnhelsebehov blir godt nok ivaretatt. 36% av ansatte visste ikke hva slags tannbehandling brukerne hadde mottatt, 27% opplyser om at de har vært hos tannlege og 37% oppgir at de har fått behandling hos tannpleier. Dette kan tyde på at de ansatte også har lite kontroll og kjennskap til hva slags oppfølging som blir gitt til den enkelte bruker.

Undersøkelsen vår viser videre at de aller fleste av de ansatte spør brukerne om de trenger hjelp til munnstell. På den andre siden er det kun 37% av brukerne som spør de ansatte om hjelp med munnstell. Det er viktig at de ansatte er nøye på dette selv om de eldre ikke spør direkte om hjelp. Dette på grunn av at mange eldre i institusjoner og under tilsyn ikke er i stand til å utføre munnstell på seg selv på en optimal måte. I en norsk studie fra 2011 oppgir 97% av helsepersonellet at de møter motstand fra brukere som har behov for hjelp med tannstell, men ikke ønsker hjelp (Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012). I vår undersøkelse oppga helsepersonellet at det største problemet med å få gjennomført munnstell på brukerne, var at brukeren ikke samarbeidet under munnstellet. Eldre med demens kan tenkes å utgjøre et flertall i denne gruppen (Helstad & Rønningen, 2013). Munnstell på disse pasientene er komplisert fordi de ofte ikke forstår hva pleieren skal gjøre og hvorfor.

I veilederen for helsefremmende og forebyggende arbeid, publisert av helsedirektoratet, anbefales det tannpuss med fluortannkrem morgen og kveld (Kjønsvik, EA, & Toven, 1999). I vår undersøkelse oppga tre firedeler av pleierne at munnstell ble gjennomført morgen og kveld, mens en firedel ble gjennomført kun på kveld. De fleste oppgir også at de har nok tid til å gjennomføre munnstell på sine brukere. Om dette virkelig er tilfellet, må dette oppfattes som positivt. Likevel viser flere studier at munnhygien er dårlig hos pleietrengende eldre (Zuluaga, Ferriera, Montoya, & Willumsen, 2012). Hvordan munnhygien er hos de eldre som våre respondenter har ansvaret for, har vi dessverre ingen informasjon om.

6 Styrke og svakheter ved spørreundersøkelsen

Denne studien er basert på en spørreundersøkelse. Det var vanskelig å komme i kontakt med de fleste av institusjonene. Vi startet våren 2014 med å prøve å få telefonkontakt med enhetslederne på de ulike stedene, men det tok oss mye lengre tid enn beregnet med å komme i kontakt med de relevante personene. Dette skyldes at vedkommende enten ikke svarte på telefonen, eller at vi ble satt over automatisk til andre ansatte som ikke kunne svare på vår forespørsel. Etter hvert sendte vi derfor e-post til de forskjellige avdelingslederne som vi ikke hadde lyktes å få kontakt med på telefon. Da flere av disse e-postene heller ikke ble besvart, prøvde vi på nytt med kontakt per telefon. Til slutt fikk vi avtalt et samarbeid med ti ulike institusjoner.

Vi valgte å reise ut personlig både for å levere ut og hente spørreskjemaene. Selv om dette tok mye tid, mente vi at dette ville gi en høyere svarprosent enn om vi hadde sendt ut spørreskjemaene elektronisk.

Til tross for dette fikk vi bare en svarprosent på 49%. Dersom man sammenligner tallet med lignende studier, som har en svarprosent fra 60% til vel 70% (Mehl, Ellingsen, Kjeksrud, & Willumsen, 2014) (Balstad, Orlund, & Rørvik, 2011), ser vi at det er noe lavt. Mulige årsaker til denne lave svarprosenten kan være følgende: de ansatte har ikke hatt tid til å svare på spørsmålene, liten interesse for temaet, de ønsker ikke å vise hvordan forholdene er på arbeidsplassen og eventuelt liten interesse fra deres ledere. Den lave andelen av tilbakemeldinger kan gjøre at resultatene av spørsmålene ikke gir det fulle bildet av situasjonen.

7 Konklusjon

Våre resultater viser at når det gjelder kunnskap om orale forhold og utføring av munnstell, er det behov for forbedringer. Dette er også noe mange av de ansatte selv ønsker.

Det er positivt at de fleste helsearbeiderne har hatt undervisning i oral helse under utdannelsen. Rammen rundt undervisningen bør derimot endres. Det er nødvendig med både flere timer med undervisning og klarere retningslinjer og mål for hva utdanningen skal inneholde i oral helse og munnstell. Det samme gjelder for etterutdanning og kurs på den enkelte arbeidsplass. Det synes i dag å være for lite struktur i måten dette blir gjennomført på. Dette kan føre til at kvaliteten på slike ordninger alene avhenger av de ansattes interesse og velvilje. Det er positivt i denne sammenheng at deltakerne i undersøkelsen mente at de hadde nok tid til disposisjon for å gjøre munnstell hos eldre.

Videre råder det for stor usikkerhet når det gjelder hvem som har fått tilbud om gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dessverre er det også manglende utnyttelse og oppfølging av dette, noe som forhindrer at pleietrengende eldre får den tannbehandlingen som de har behov for og krav på. Det er derfor viktig at man får på plass klarere rutiner og retningslinjer som sikrer pleietrengende eldre sine rettigheter på dette området.

8 Takk til

Vi vil gjerne takke alle enhetsledere på de ulike institusjoner og deres respektive ansatte som tok seg tid til å besvare vår spørreundersøkelse. Vi vil også takke vår veileder Kirsten Solemdal for hennes gode tilbakemeldinger og rådgivning under arbeidet med oppgaven.

9 Referanser

- Balstad, H., Orlund, L., & Rørvik, F. (2011). *Prosjekt Tannhelse, Tannhelse hos eldre, langtidssyke og uføre hjemmesykepleien*. Oslo, Bjerke: Oslo kommune, Utviklingssenter for hjemmetjenester.
- Desvarieux, M., Demmer, R., Jacobs, D., Papapanou, P., Sacco, R., & Rundek, T. (2013, Desember). Changes in Clinical and Microbiological Periodontal Profiles Relate to Progression of Carotid Intima-Media Thickness: The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study. *Journal of the American Heart Association*, ss. 1-10.
- Falnes-Dalheim, A., & Slaastad, T. (u.d.). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra www.ssb.no: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/faerre-unge-flere-eldre>
- Ferreira, J., Armingohar, Z., & Willumsen, T. (2006). Munnstell i sykehjem: Effekt av individuelle intruksjonskort. Oslo, Norge: Universitetet i Oslo.
- Frenkel, H., Harvey, I., & K, N. (2001, april). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, ss. 91-100.
- Gimmestad, A. (2006). *Tenner for livet, Baselineundersøkelse 2, Oral helse hos sykehjemsbeboere i 2004*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet . (1983, Juni 3). *Lovdata*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=lov+om+tannhelsetjenesten>
- Helstad, G., & Rønningen, U. (2013). Oral helse og demente. Hedmark, Norge.
- Henriksen, B., T, A., & K, L. (2003). Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, ss. 403-411.
- Kjønsvik, K., EA, E., & Toven, H. (1999). *Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid*. Norge: Helsedirektoratet.
- Løkken, P., & Birkeland, J. (2005). Munntørrhet - årsaker og aktuelle tiltak. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*, ss. 642-646.
- Mehl, A., Ellingsen, Ø., Kjeksrud, J., & Willumsen, T. (2014). Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *John Wiley & Sons A/S and The Gerodontology Association*, ss. 1-7.
- Porter, S., Scully, C., & Hegarty, A. (2004). An uptade of the etiology and management of xerostomia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, ss. 28-46.
- Rautemaa, R., Lauhio, A., Cullinan, M., & Seymour, G. (2007, November). Oral infections and systemic disease - an emerging problem in medicine. *Clinical microbiology and infection*, ss. 1041-1047.
- Ritchie, C., Joshipura, K., Hung, H., & Douglass, C. (2002). Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: Association between specific

- measures of adult oral health and nutrition outcomes. *International and American Associations for Dental Research*, ss. 291-300.
- Samson, H., Iversen, M., & Strand, G. (2010). Oral care training in the basic education of care professionals. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*, ss. 121-128.
- Samson, H., Strand, G., & Haugejorden, O. (2008). Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica*, ss. 368-373.
- Seim, A., Kveen, E., Jakobsen, H., Olsen, R., & Willumsen, T. (2014). Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, ss. 712-717.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=folkemengde&CMSSubjectArea=befolkning&checked=true>
- 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? *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*, ss. 748-755.
- Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel - an area in need of improvement. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*, ss. 787-792.
- Zuluaga, D., Ferriera, J., Montoya, J., & Willumsen, T. (2012). Oral health in institutionalized elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*, ss. 420-426.

APPENDIKS 1

SPØRRESKJEMA OM MUNNHELSE OG MUNNPLEIE

-FOR ELDRE PÅ SYKEHJEM, I HJEMMESYKEPLEIEN OG I INSTITUSJONER

1. Kjønn?

Kvinne

Mann

2. Alder? _____

3. Yrke?

Sykepleier

Hjelpepleier

Pleieassistent

Annet

4. Hvor lenge er det siden du ble ferdig utdannet/begynte å jobbe innen helse?

Antall år _____

5. Nåværende arbeidsplass?

Sykehjem

Omsorgsbolig

Hjemmesykepleie

6. Har du fått undervisning i munnhelse og munnstell under utdannelsen din?

Ja

Nei

7. Har du fått undervisning i munnstell på jobben?

Ja

Nei

8. Føler du at du har nok kunnskap om munnhelse og munnstell for å utøve ditt yrke på en god måte?

Ja Nei Vet ikke

9. Finnes det oppslagsverk om munnstell på arbeidsplassen?

Ja Nei Vet ikke

10. Har dine brukere fått tilbud om gratis tannbehandling i Tannhelsetjenesten?

Alle 75 - 50 % Under 50 % Vet ikke

11. Vet du hvor mange av dine brukere som har takket ja til tilbudet?

Alle 75 - 50 % Under 50 % Vet ikke

12. Har de som har takket ja til tilbudet blitt undersøkt av tannhelsepersonell det siste året?

Ja, undersøkelse/kontroll hos tannpleier Ja, undersøkelse/behandling hos tannlege

Vet ikke

13. Får brukerne/pasientene, etter din mening, den behandling som er nødvendig ut i fra deres ønsker og behov?

Ja Nei Vet ikke

14. Spør du dine brukere om de ønsker hjelp til munnstell?

Ja Nei

15. Opplever du at brukere selv ber om hjelp til munnstell?

Ja Nei

16. Når på dagen blir tannpuss og munnstell gjennomført?

På morgenen Midt på dagen På kvelden Morgen og kveld

**17. Har pasienten det som trengs for å få gjennomført et godt munnstell
(tann-/protesebørste, tannkrem, etc.)?**

Ja, institusjonen skaffer dette Ja, de pårørende skaffer dette

Nei Vet ikke

**18. Finnes det informasjon om tannstatus (proteser, kroner/broer, høy kariesaktivitet,
etc.) hos brukerne du har ansvar for?**

Ja Nei Vet ikke

**19. Finnes det en pleieplan over munnstell for hver pasient/bruker, som er lett
tilgjengelig for pleiepersonell?**

Ja Nei Vet ikke

20. Har du nok tid til å gjøre munnstell for dine brukere som ønsker det?

Ja Nei

21. Hva opplever du som det største problemet når du skal utføre munnstell på en pasient/bruker? (Du kan merke av flere punkter om nødvendig)

- Pasienten samarbeider ikke
- Pasienten vil gjøre munnstellet selv
- Pasienten ønsker ikke å få gjort munnstell
- Det mangler hjelpemidler for å få gjennomført munnstellet (tann-/protesebørste, tannkrem, etc.)

TIL SLUTT VIL VI STILLE NOEN SPØRSMÅL RETTET MOT AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER INNEN TANNHELSE HOS ELDRE.

22. Nevn en eller flere årsaker til munntørrhet?

23. Hvilke konsekvenser kan munntørrhet få for tennene?

24. Kjenner du til noen hjelpemidler mot munntørrhet?

25. Kjenner du til rengjøringsmetoder for tannproteser?

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DISSE SPØRSMÅLENE.