

My Tien Diep, Anne Thea Tveit Sødal, Rasa Skudutyte-Rysstad og Lene Hystad Hove

Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere

De siste årene har det vært økt fokus på oral helse og munnstell for eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester. Likevel finnes imidlertid lite kunnskap om rutiner og prosedyrer for munnstell på sykehjem i Norge. Hensikten med denne studien var å kartlegge rutiner for ivaretagelse av oral helse på sykehjem i Oslo, fra ledelsens perspektiv.

Det ble utviklet et spørreskjema knyttet til oral helse og munnstell som omfattet spørsmål om daglige rutiner, utstyr, dokumentasjon av munnstell, hyppighet av undersøkelse utført av tannpleier, inntak av sukkerholdig mat og drikke, samt opplæring av pleiepersonell. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til ledere på 49 langtidssykehjem i Oslo, hvorav 33 svarte.

Nittifire prosent av sykehjemslederne svarte at de hadde prosedyrer for munnhygienerutiner og 79 % svarte at ved behov for hjelp til daglig munnstell sto dette beskrevet i tiltaksplanen. På over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren selv eller pårørende betale for tannbørste/protesebørste og andre nødvendige munnhygieneartikler. Hos nesten en fjerdedel av sykehjemmene ble daglig munnstell journalført. Åttifem prosent av sykehjemmene hadde ikke retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. Flesteparten av respondentene (70 %) ønsket mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis.

Funn i denne studien viser at til tross for at de fleste sykehjem i undersøkelsen hadde munnhygienerutiner, var det betydelig

variasjon i disse. Dette tyder på at det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, for å etablere gode rutiner for ivaretagelse av god oral helse på sykehjem.

For mange bringer alderdommen med seg sykdom og funksjonsnedsettelse, som kan resultere i et stort omsorgsbehov. Blir behovet stort nok, tilbringes ofte siste fasen av livet på sykehjem, hvor man har krav på å få hjelp til det man ikke lenger klarer å utføre selv. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting står det at kommunen skal «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov». Et av disse, som omtales i forskriften, er «tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat» (1). Med vekt på «rimelig valgfrihet», bør alle beboere få velge hvilken mat de vil spise, men karbohydrater i kosten, spesielt sukker, er en viktig etiologisk faktor i utvikling av karies (2). Beboere på sykehjem bør derfor få mulighet til også å kunne velge sukkerfrie alternativer. Spørsmålet er i hvilken grad dette blir fulgt opp på sykehjem.

Hovedbudskap

- Det finnes lite kunnskap om rutiner og prosedyrer for munnstell på sykehjem i Norge
- Informasjon fra sykehjemmenes ledelse om rutiner for ivaretagelse av oral helse på sykehjem ble kartlagt ved hjelp av en spørreundersøkelse
- De fleste sykehjemmene rapporterte at de hadde slike rutiner
- Det var likevel forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhygiene og retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke
- Flere sykehjemsledere ga uttrykk for at det bør gis mer undervisning i oral helse enn dagens praksis

Forfattere

My Tien Diep, stipendiat, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Anne Thea Tveit Sødal, stipendiat, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Rasa Skudutyte-Rysstad, førsteamanuensis, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Lene Hystad Hove, førsteamanuensis, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Et annet grunnleggende behov, som står beskrevet i forskriften, er «nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene». Selv om dette er forankret i politiske dokumenter og forskrifter, viste en studie fra Østfold at 40 % av eldre på sykehjem har uakseptabel oral hygiene (3). Fokus på munnstell hos sykehjemsbeboere synes således i praksis å være generelt utilstrekkelig. Forskningen viser at god oral helse er avgjørende for mange sentrale helsefunksjoner som næringsinntak (4), smak (5), tale og sosial trivsel (6). I tillegg har dårlig munnhygiene og retensjon av plakk stor betydning for utvikling av karies, periodontitt og andre orale infeksjonssykdommer (7, 8).

Faktorer som for eksempel langt fremskreden kognitiv og/eller motorisk svekkelse kan føre til utfordringer for adekvat munnstell. Redusert motorikk i ansiktsregionen kan gjøre at matrester forblir i munnhulen over lengre tid. Mange eldre bruker medisiner som kan gi hyposalivasjon, og mangel på saliva kan redusere «oral clearance» (9). I tillegg har mange eldre et stort antall restaureringer og faste protetiske konstruksjoner som kan være vanskeligere å holde rene. Ved nedsatt helsetilstand, er mange ute av stand til å motta omfattende operativ tannbehandling (10), og det forebyggende arbeidet bør derfor stå i fokus. Gode rutiner og tilstrekkelig hjelp til å utføre daglig munnstell er derfor viktige i denne sammenheng. I tillegg vil jevnlig undersøkelse av beboerne, utført av tannhelsepersonell, kunne fange opp sykdomsutvikling på et tidlig stadium. Dette vil kunne spare beboerne for omfattende tannbehandling. Mange beboere trenger hjelp med munnhygiene, og tid, kunnskap, informasjonsutveksling mellom pleierne og utstyr kan påvirke kvaliteten på munnstellet. Pleiere kan ha for liten tid til hver enkelt beboer, og munnstellet kan også bli nedprioritert på grunn av manglende kunnskap om konsekvensene av dårlig oral hygiene (11, 12). Mehl et al. undersøkte og sammenlignet utdannelsen til sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter (11). De konkluderte med at pensum ikke var optimalt, og at det er behov for mer fokus på oral helse i utdanningen. Samson et al. konkluderte imidlertid med at mangler i undervisningen sannsynligvis ikke er hovedårsaken til dårlig oral hygiene på mange langtidssykehjem, fordi resultatene ikke kunne bekrefte at læreplanen i grunnutdanningen var inadekvat (12).

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

Det er fastslått i flere studier at den orale hygienien hos eldre på sykehjem generelt har stort forbedringspotensial (3, 13, 14). For å utføre munnstell på en tilfredsstillende måte, er det viktig at nødvendig utstyr er tilgjengelig til enhver tid. Flere intervensjonsstudier er gjort i den hensikt å finne tiltak som kan forbedre munnstell på sykehjem (15, 16). Intervensjonene som er forsøkt, er blant andre i) motivasjon og opplæring av pleiepersonalet, ii)

bildebaserte munnstellskort, iii) utlevering av munnhygieneutstyr og iiiv) praktisk implementering av nye rutiner (16). En kombinasjon av alle disse tiltakene viste seg å ha signifikant positiv effekt på beboernes munnhygiene målt ved Belegg-Slimhinne Indeks (BSI). I denne studien ble alle intervensjonene testet samtidig, og det var derfor vanskelig å vite hvor stor rolle hver enkelt intervensjon spilte. En randomisert kontrollert studie viste at undervisning av helsepersonell i oral helse forbedret den orale helsestatusen til beboerne (17). Faste rutiner for munnstell har sannsynligvis grunnleggende betydning for at sykehjemsbeboere skal få den hjelpen de trenger, men det finnes lite informasjon om rutiner for munnstell på sykehjem i Norge. I en undersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet ble det rapportert at 63 % av sykehjemmene hadde individuelle rutiner for beboernes tann- og munnstell, men det ble ikke kartlagt hva disse prosedyrene gikk ut på (18). Hovedformålet med den foreliggende studien var derfor å kartlegge rutiner knyttet til oral helse og munnstell på langtidssykehjemmene i Oslo, samt om rutiner var forskjellige med hensyn til størrelsen og eieformen på sykehjemmet.

Materiale og metode

Utviklingscenter for sykehjem i Oslo kommune ble kontaktet og var behjelpelig med e-postadressene til alle lederne for langtidssykehjem med hovedansvar for daglig drift av sykehjem i Oslo. Både kommunale, private og ideelle sykehjem ble kontaktet og invitert til å delta i studien ved å svare på et elektronisk spørreskjema. Rene korttidssykehjem ble ekskludert. Førtini sykehjem oppfylte inklusjonskriteriene. Dersom institusjonens leder ikke hadde anledning til å svare på spørreskjemaet, ble dette videreført til avdelingsledere på sykehjemmene. Spørreskjemaet ble utarbeidet av masterstudentene (MTD og ATTS) i samarbeid med veiledere. I forkant av undersøkelsen ble skjemaet sendt til Utviklingscenter for sykehjem i Oslo kommune som kom med tilbakemeldinger og innspill. Spørreskjemaet inneholdt 37 spørsmål, som omhandlet rutiner rundt munnstell, journalføring, utstyr til munnstell, hyppighet av undersøkelse av tannpleier, kosthold og dessuten spørsmål knyttet til undervisning og opplæring av pleiere. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av Quest Back nettbasert datainnsamlingsverktøy.

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig data-tjeneste AS (NSD) (prosjektnummer 42965). Sammen med spørreundersøkelsen ble det sendt ut et skriv til deltakerne med informasjon om prosjektet. Deltakelsen i undersøkelsen var frivillig. Det ble sendt en påminnelse via e-post to ganger i etterkant ved mangelfull respons. Alle innhentede data ble behandlet anonymt etter at prosessen med å samle inn svar var avsluttet.

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

Resultater

Trettitre av 49 sykehjem (67 %) svarte på spørreundersøkelsen, hvorav 27 var langtidssykehjem (82 %) og 6 (18 %) var både langtids- og korttidssykehjem. Eieformen/sykehjemsdriften var hos 15 sykehjem offentlig, 12 privat og 6 ideell. Antall beboere på sykehjemmene ved undersøkelsestidspunktet var mellom 19 og 170. Syv sykehjem ble kategorisert som små, 19 som middels store og 7 som store.

Munnhygienerutiner og utstyr

Nesten alle sykehjem (94 %) hadde prosedyrer for munnhygienerutiner (tabell 1). Kun 49 % av sykehjemmene hadde rutinemessig journalføring av daglig munnstell. De små sykehjemmene journalførte daglig munnstell oftere (86 %) enn de middels store og store (37 % og 43 %), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 2 viser at hos over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende selv betale for tannbørste/protesebørste (58 %) og tannkrem (61 %). Andre fluorprodukter, antibakterielle skyllemidler og rensemidler til protese ble oftere finansiert av sykehjemmet/kommunen.

Tabell 1. Rutiner for munnstell (andel av sykehjem som svarte positivt)

Munnhygienerutiner	Andel av sykehjem (n=33)
Har prosedyrer for munnstell	94 %
Hjelp til tannpuss minst to ganger daglig	88 %
Behov for hjelp til daglig munnstell i tiltaksplan	79 %
Journalføring av daglig munnstell	49 %
Primærkontakten ser til at utstyr er tilgjengelig på rommet	91 %

Tabell 2. Andel sykehjem hvor beboer/pårørende må finansiere munnhygieneartikler selv

Munnhygieneartikler	Andel av sykehjem (n=33)
Tannbørste/ protesebørste	58 %
Tantråd/ tannstikker/ mellomromsbørster	61 %
Tannkrem	61 %
Tannkrem med ekstra høyt fluorinnhold (Duraphat)	27 %
Andre fluorprodukter (skyllemidler, tabletter osv.)	24 %
Corsodyl eller andre antibakterielle skyllemidler	9 %
Rensemidler til protese	21 %

Sukkerholdig kosthold

Kun 15 % av sykehjemmene svarte at de hadde retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke (tabell 3). Blant de små sykehjemmene hadde 57 % retningslinjer, mens kun 5 % av de middels store og ingen av de store hadde dette. Denne forskjellen var signifikant (Chi-kvadrat test, $p=0,02$). Sytti prosent av sykehjemmene tilbød beboerne sukkerholdig drikke flere ganger daglig og 58 % tilbød kaker eller sukkerholdig snacks hver dag. Førtiåtte prosent tilbød sukkerfrie alternativer til alle beboere.

Undersøkelserutiner

Tabell 4 viser at på 73 % av sykehjemmene fikk beboerne undersøkelse av tannpleier minst to ganger i året. Syttifire prosent av sykehjemmene hadde tidsfrist for kartlegging av tannstatus hos beboere, og i de fleste tilfeller skulle dette skje innen én måned. Nittifire prosent av sykehjemmene hadde rutiner for kartlegging av nye beboeres behov for hjelp til munnstell, og hos de fleste (76 %) skulle dette skje innen én uke etter innskriving. I de fleste tilfeller lå dette ansvaret hos primærkontakten.

Registrering av unormale/patologiske funn i munnhulen

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

Undervisning og opplæring av pleiepersonell

Erfarne pleiere hadde ved de fleste sykehjemmene (76 %) ansvaret for opplæring av nye pleiere i munnstell. Dette foregikk ved at nyansatte fulgte disse pleierne på opplæringsvakter. Kun 6 % hadde ingen faste rutiner for dette. Mange av sykehjemmene (70 %) svarte at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, og dette i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Åttiåtte prosent av sykehjemslederne ønsket at dette var en obligatorisk del av etterutdanningen.

Diskusjon

Denne studien hadde som formål å kartlegge rutiner for oral helse og munnstell på sykehjem i Oslo. Spørreundersøkelsen var rettet mot daglige ledere av sykehjemmene, med utgangspunkt i at lederne bør ha oversikt over rutineene eller vite hvor denne oversikten finnes. Det ble gjort flere interessante funn.

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

Munnhygienerutiner og utstyr

Nesten alle sykehjemmene (94 %) hadde prosedyrer for munnhygienerutiner. De fleste (88 %) oppga at beboerne som trengte det, fikk hjelp til tannpuss minst to ganger daglig. Dette er oppløftende tall og svært positivt for ivaretagelse av den orale helsen og

Tabell 3. Rutiner for sukkerholdig kosthold (andel av sykehjem som svarte positivt)

Sukkerholdig kosthold	Størrelse på institusjon			
	Liten (n=7)	Middels (n=19)	Stor (n=7)	Alle (n=33)
Har retningslinjer for inntak av sukkerholdig mat og drikke	57 %*	5 %	0 %	15 %
Tilbud om sukkerholdig drikke flere ganger daglig	29 %	84 %	72 %	70 %
Tilbud om kaker eller andre sukkerholdige snacks hver dag	57 %	58 %	57 %	58 %
Tilbyr sukkerfrie alternativer til alle beboere	57 %	42 %	57 %	48 %

*Signifikant $p < 0,05$

i tråd med Helsedirektoratets anbefaling (7). Likevel viste en tidligere norsk studie at over 40 % av eldre på sykehjem hadde uakseptabel oral hygiene (3). En mulig forklaring kan være at rutinene på tannpuss to ganger daglig ikke følges opp og/eller at kvaliteten på pussingen ikke er tilfredsstillende. Dette viser at det er behov for flere studier som ser på hvordan munnstell utføres i praksis. Majoriteten av sykehjemsledere (79 %) svarte at behov for hjelp til daglig munnstell fantes i tiltaksplanen. Dette er positivt, men kun dersom det følges opp. Journalføring av munnstell kan bidra til at alle involverte blir informert om at hjelpen er gitt, samt om andre forhold av betydning for oral helse. Denne studien viste derimot at 51 % av sykehjemmene ikke hadde rutinemessig journalføring av daglig munnstell. Dette kan gjøre det vanskelig å sette i gang aktuelle tiltak ved manglende munnstell over lengre tid, og å følge opp eventuelle symptomer.

Beboers primærkontakt hadde stort sett (91 %) ansvaret for at nødvendig utstyr til munnstell var tilgjengelig, men på over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende betale for grunnleggende utstyr til munnstell selv. Tilgjengeligheten på utstyr i disse tilfellene kan derfor være avhengig av informasjon og kommunikasjon mellom primærkontakt og pårørende.

Tabell 4. Undersøkelserutiner (andel av sykehjem som svarte positivt)

Undersøkelserutiner	Andel av sykehjem (n=33)
Undersøkelse av tannpleier minst to ganger i året	73 %
Tidsfrist for kartlegging av tannstatus	74 %
Kartlegging av nye beboeres behov for hjelp til munnstell	94 %
Kartlegging av behov for hjelp til munnstell innen én uke	76 %

Sukkerholdig kosthold

Funn i denne studien viste at de fleste sykehjemmene (85 %) ikke hadde retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. En konsekvens av dette kan være at mange beboere blir tilbudt sukkerholdig drikke flere ganger daglig og kaker eller sukkerholdig snacks hver dag, uten sukkerfrie alternativer. I «Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet» utgitt av Helsedirektoratet (19) frarådes hyppig inntak av matvarer med høyt sukkerinnhold for å redusere

risikoen for karies. Beboerne bør i hovedsak få spise og drikke det de ønsker, men alle bør få tilbud om sukkerfrie alternativer dersom kravet om vekt på «helsefremmende kosthold» og «rimelig valgfrihet» skal innfris, etter forskriftene (1). Det er imidlertid ikke gitt at beboerne vil velge de sukkerfrie alternativene. Det er også utfordringer knyttet til ivaretagelse av pasientens ernæringstilstand med negative konsekvenser for tannhelsen. Helsedirektoratet skriver for eksempel i «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» at det for eldre med risiko for utvikling av underernæring, anbefales energi- og næringstett kost (20). Her står det blant annet «Dessert/kake kan gjerne serveres daglig» og «Drikke kan gjerne berikes med karbohydratpulver...». Det anbefales to mellommåltider om dagen, som også kan være sukkerholdige. Fordeler og ulemper ved et slikt kosthold bør vurderes i hvert enkelt tilfelle, hvor den orale helsen også vektlegges. I tilfeller hvor det ernæringsmessig er riktig med et karbohydratrikt kosthold, bør dette følges opp med tiltak som økt lokal fluortilførsel og økt fokus på munnhygiene.

Undersøkelserutiner

På 27 % av sykehjemmene fikk beboerne undersøkelse av tannpleier én gang i året eller sjeldnere. Sjelden undersøkelse kan føre til at karies, periodontitt og annen oral patologi ikke blir oppdaget og behandlet på tidlige stadier. Dette vanskeliggjør også det forebyggende arbeidet som skal til for å unngå operativ tannbehandling. I en spørreundersøkelse gjort blant ledere på sykehjem i England, ble det rapportert ved en tredjedel av sykehjemmene at beboerne ikke fikk vurdert den orale helsen ved innskriving (21). Dette samsvarer med funnene i vår undersøkelse hvor nesten en tredjedel (27 %) av alle sykehjemmene ikke hadde tidsfrist for kartlegging av tannstatus for nye beboere. I den britiske studien ble det også diskutert at den intraorale undersøkelsen var viktig for adekvat planlegging av omsorgen. Ellers tyder også deres studie på at det var manglende rutiner rundt undersøkelse utført av tannhelsetjenesten. Data fra denne spørreundersøkelsen ble, til forskjell fra i vår studie, ikke behandlet anonymt. Dette kan ha spilt en rolle for hvilke sykehjemsledere som ønsket

å svare, og dermed gitt et bedre inntrykk av situasjonen enn den virkelig var.

Undervisning og opplæring av pleiepersonell

Erfarne pleiere hadde ved de fleste sykehjemmene (76%) ansvaret for opplæring i munnstell av nye pleiere. Dette forutsetter at de erfarne pleierne har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om oral hygiene. Tannstatus hos sykehjemsbeboere har endret seg mye, og flere eldre har i dag egne tenner fremfor proteser (13). Mange ledere (70%) svarte at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, helst i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Dette tyder på at ledelsen ser forbedringspotensial i pleiernes kunnskap om temaet og at et tettere tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten kunne vært ønskelig.

Eieform og størrelse på sykehjemmene

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

Det er tidligere blitt gjort få undersøkelser om rutiner for oral helse på sykehjem, og denne undersøkelsen bringer ny kunnskap om temaet fra ledelses perspektiv. Funnene i denne studien belyser utfordringer knyttet til ivaretagelse av god oral helse for beboere på institusjon, og viser at det er behov for økt fokus på munnhelse og tverrprofesjonell samarbeid i eldreomsorgen.

Konklusjon

Funnene i denne studien viser at de fleste sykehjem har rutiner for munnstell, men at det kan være behov for bedre samordning av disse. Det var forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhygiene og retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. Fra sykehjemsledelsens side var det ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, som en obligatorisk del av etterutdanningen. Funn i denne studien kan tyde på at det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, for å etablere gode rutiner for oral helse og munnstell for sykehjemsbeboere, samt økt fokus på undervisning av pleiepersonell.

Takk

Vi vil gjerne takke Anne Jesperud Kittelsen og Torunn Wibe ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo og klinisk ernæringsfysiolog Evy Szász Nergård ved Sykehjemsetaten i Oslo kommune for hjelp til utforming av spørreskjemaet.

English summary

Diep MT, Sødal AT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH.

Mouth care routines in long-term nursing homes in Oslo: A questionnaire survey among nursing home managers

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 694–9

During the last decades, there has been an increasing focus on oral challenges in an aging population, especially frail elderly in nursing homes. Daily mouth care is essential for maintaining good oral health, however, there is little knowledge related to daily oral hygiene routines in Norwegian nursing homes.

The purpose of this paper was to assess routines and procedures related to mouth care in long-term nursing homes in Oslo. A questionnaire was sent to leaders of nursing homes (n=49), 33 responded. The majority (94%) of the respondents reported that they had procedures on oral care and 79% answered that the residents' need for help to perform oral hygiene was documented in individually customized plans. In over 50% of the nursing homes, the residents or dependents had to pay for dental hygiene products. Almost 25% had no routines for documenting the daily oral hygiene performed, in the resident's journal and 85% had no guidelines regarding frequency and amount of servings of sugary products.

This study indicates that the majority of nursing homes have daily oral hygiene routines, however, there is substantial practice variation related to documentation, purchase of oral care products as well as dietary guidelines for sugary products.

Referanser

1. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Forskrift for tjenesteyting §3 etter lov av 19. nov1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. des 1991 nr. 81 om sosiale tjenester.
2. Zero DT, Moynihan P, Lingstrom P, Birkhed D. The role of dietary control. In: Fejerskov O, Kidd E, editors. Dental caries: The Disease and its Clinical Management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard: 2008. p. 190–207.
3. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Gerodontology. 2012; 29: e748–55.
4. Rothenberg E JI. Äldres matvanor i ett socialt, medisinskt och odontologiskt perspektiv. Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 118–25.
5. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. PloS one. 2012; 7: e36557.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9): 644.
7. Statens helsetilsyn. Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid. IS-2659. Oslo: Statens helsetilsyn 1999.
8. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? Br Dent J. 2003; 195: 135–41.
9. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. J Prosthet Dent. 2001; 85: 162–9.
10. Henriksen BM, Ambjornsen E, Laake K, Axell TE. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long term care. Spec Care Dent. 2004; 24: 254–9.
11. Mehl AE, Ellingsen OG, Kjeksrud J, Willumsen T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. Gerodontology. 2016; 33: 233–9.

12. Samson H, Iversen MM, Strand GV. Oral care training in the basic education of care professionals. *Gerodontology*. 2010; 27(2): 121–8.
13. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66: 368–73.
14. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012; 29: e420–6.
15. Strand GV. Munnstell når livet er på hell. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005; 125: 1494–6
16. Samson H, Berven L, Strand GV. Long term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci*. 2009; 117: 575–9.
17. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29: 289–97.
18. Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2006; 116: 268–73.
19. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. IS 2170. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. URL: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet>
20. Helsedirektoratet. Kosthåndboken, veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. IS-1972. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
21. Watson F, Tomson M, Morris AJ, Taylor Weetman K, Wilson KI. West Midlands Care Home Dental Survey 2011: part 1. Results of questionnaire to care home managers. *Br Dent J*. 2015; 219: 343–6.

Korresponderende forfatter: Lene Hystad Hove, Avdeling for kariologi og gerodontologi, IKO, Postboks 1109 Blindern. E-post: lenehh@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.

*Diep MT, Sødal ATT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH. Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2018; 128: 694–9.*