

Anne Breivik

Kandidatnummer:3

Masteroppgave

En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell opplever å ivareta oral helse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien

A qualitative study of how health personnel experience to take care of oral health
among elderly receiving domiciliary care

Master i folkehelsevitenskap

2021

ii. Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på min toårige utdannelse innen folkehelsevitenskap. Det har vært en lærerik reise som har gitt meg mye ny kunnskap og innsikt i prosessene rundt folkehelsearbeid. Ikke minst har studiet bidratt til personlig vekst og utvikling. Når jeg nå er ved veis ende, er det viktig å få rette en stor takk til gode støttespillere som har gitt meg motivasjon, pågangsmot og oppmuntring i denne perioden. For det første, vil jeg takke deltakerne i studien, som til tross for en utfordrende Covid19 situasjon, gjorde det mulig å få gjennomføre studien. Uten deres velvilje og verdifulle respons, hadde ikke studien latt seg gjennomføre. Jeg retter derfor en stor takk til hver og en av dere.

For det andre, er det ingen tvil om at veileder og førsteamanuensis Kari Elisabeth Dahl, fortjener en enorm takk for at jeg endelig står med det ferdige produktet i hånden. Du har vært en faglig klippe som gjennom hele prosessen har gitt meg troen på arbeidet jeg har gjort. Din faglige tyngde, fleksibilitet og konstruktive tilbakemeldinger har vært uvurderlige. Du har betydd mye.

Jeg vil også takke professor Miranda Thurston for at du har tatt deg tid til å komme med gode innspill og veiledning når det har vært behov for det. Mine nærmeste kolleger på Høgskolen i Innlandet fortjener også en stor takk, for å ha vist fleksibilitet og forståelse i perioden masterskrivingen har pågått. Bedre kolleger enn dere, skal man lete lenge etter. Sist, men ikke minst, har familie og venner vært positive støttespillere som gjennom utallige samtaler har holdt motivasjonen og troen på meg selv oppe. Jeg er heldig som har dere, og jeg er glad for at jeg nå får mulighet til å være mer tilstede for dere.

iii. Innhold

III. INNHOLD	3
VI. NORSK SAMMENDRAG	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUKSJON	9
1.1 HENSIKTEN MED MASTEROPPGAVEN	9
1.2 BAKGRUNN	9
1.3 ORAL HELSE.....	11
1.4 ORAL HELSERELATERT LIVSKVALITET	11
1.5 ORAL HELSE OG BETYDNING FOR GENERELL HELSE	12
1.6 BEHOV FOR ØKT SATSING PÅ ORAL HELSE HOS ELDRE.....	13
1.7 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	14
1.8 MASTEROPPGAVENS STRUKTUR	14
2. LITTERATUROVERSIKT	15
2.1 INTERNASJONAL FORSKNING	15
2.1.1 <i>Oral helse hos eldre i et globalt folkehelseperspektiv</i>	15
2.1.2 <i>Eldre og behov for oral helsehjelp</i>	17
2.1.3 <i>Barrierer som påvirker helsepersonell i å ivareta den orale helsen</i>	17
2.2 NASJONAL FORSKNING	20
2.2.1 <i>Nasjonale utviklingstrekk knyttet til oral helse</i>	20
2.2.2 <i>Oral helse hos eldre i hjemmesykepleien</i>	21
2.2.3 <i>Årsaksforhold som påvirker helsepersonell i å ivareta den orale helsen</i>	22
2.3 KUNNSKAPSHULL.....	24
3. TEORETISK ORIENTERING	25
3.1 HJEMMESYKEPLEIE	25

3.1.1	<i>Utviklingstrekk i hjemmesykepleien</i>	26
3.2	SAMHANDLING MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG TANNHELSETJENESTEN	27
3.3	HELSE- OG OMSORGSTJENESTENS ANSVARSOMRÅDE KNYTTET TIL Å IVARETA ORAL HELSE .	28
3.4	TANNHELSETJENESTENS ANSVARSOMRÅDE KNYTTET TIL Å IVARETA ORAL HELSE	29
3.4.1	<i>Samarbeidsutfordringer mellom helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten .</i>	30
3.5	RETT TIL MEDVIRKNING (BRUKERMEDVIRKNING)	31
3.5.1	<i>Empowerment</i>	32
4.	METODOLOGI OG METODE	34
4.1	FORSKNINGSTILNÆRMING	34
4.2	STUDIEDESIGN.....	35
4.3	UTVALGSSTRATEGI	36
4.4	FOKUSGRUPPE SOM DATAINNSAMLINGSMETODE.....	37
4.4.1	<i>Antall fokusgrupper og gruppestørrelse</i>	37
4.4.2	<i>Utforming av fokusgruppeguide</i>	39
4.4.3	<i>Pilottest av fokusgruppeguide</i>	40
4.4.4	<i>Gjennomføring av fokusgruppeseansene</i>	41
4.4.5	<i>Beskrivelse av deltakerne</i>	43
4.5	DATAANALYSE.....	44
4.5.1	<i>Transkribering</i>	44
4.5.2	<i>Koding og etablering av tema</i>	45
4.6	METODOLOGISKE REFLEKSJONER.....	47
4.7	ETISKE BETRAKTNINGER	49
5.	PRESENTASJON AV FUNN	52
5.1	HENSYN TIL BRUKERMEDVIRKNING	53

5.1.1	<i>Helsehjelp i hjemmet</i>	53
5.1.2	<i>Respekt for tannhelsevaner</i>	54
5.1.3	<i>Redusert samtykkekompetanse</i>	55
5.1.4	<i>Sykdom og livssituasjon</i>	56
5.2	FRAVÆR AV SAMHANDLINGSRELASJONER	57
5.2.1	<i>Mindre tilstedeværelse av tannpleier</i>	58
5.2.2	<i>Mangelfull kommunikasjon vedrørende prosedyrer for munnstell</i>	59
5.3	VARIERENDE GRAD AV MOTIVASJON.....	60
5.4	TEORI OG PRAKSIS.....	62
6.	DISKUSJON	64
6.1	INTRODUKSJON	64
6.2	STUDIENS BEGRENSNINGER.....	64
6.3	DISKUSJON AV FUNN	66
6.4	FUNNENE I LYS AV ET FOLKEHELSEPERSEKTIV	71
6.5	KONKLUSJON	73
7.	LITTERATURLISTE	75
	<i>Vedlegg I: Informasjon og samtykkeskjema</i>	83
	<i>Vedlegg II: Skjema bakgrunnsinformasjon</i>	86
	<i>Vedlegg III: Fokusgruppeguide</i>	87
	<i>Vedlegg IV: Godkjent søknad NSD</i>	90
iv.	Tabeller	
	<i>Tabell 1. Brukere av hjemmesykepleie i alderen 67-90 år.</i>	10
	<i>Tabell 2. Dekningsgraden i hjemmesykepleien i 2019 basert på landsdeler</i>	31
	<i>Tabell 3. Karakteristikk av deltakerne</i>	43
	<i>Tabell 4. Eksempel på koding</i>	46

<i>Tabell 5. Presentasjon av tema i dataanalysen</i>	<i>52</i>
------------------------------------------------------------	-----------

v. Figurer

<i>Figur 1. Illustrasjon av byggesteinene i forskning</i>	<i>34</i>
-----------------------------------------------------------------	-----------

vi. Norsk sammendrag

Bakgrunn: Med stigende alder vil antall personer som mottar helse- og omsorgstjenester øke, hvor vi spesielt ser en vekstøkning av antall brukere i hjemmesykepleien. I takt med denne utviklingen, vil det være økende behov for munnstell og forebyggende tiltak blant eldre i hjemmesykepleien, fordi stadig flere eldre bevarer sine naturlige tenner livet ut. Dersom den orale helsen ikke blir godt nok ivaretatt, kan det få store helsemessige konsekvenser for denne pasientgruppen.

Mål: Masteroppgaven har som mål å undersøke og få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie. Studien er utført i en distriktskommune på Vestlandet i Norge. Det er gjort lite kvalitativ forskning på dette området i norsk sammenheng.

Metode: Studien har en kvalitativ forskningstilnærming, hvor fokusgrupper er valgt som instrument for datainnsamlingsmetode. Det er gjennomført to fokusgruppeseanser, som inkluderte fem og seks deltakere i hver gruppe. Seks deltakere var utdannet som sykepleiere, fire var hjelpepleiere, og en var helsefagarbeider. Majoriteten var kvinner (N=10).

Resultat og konklusjon: Det ble utviklet fire temaer ut fra datamaterialet: hensyn til brukermedvirkning, fravær av samhandlingsrelasjoner, varierende grad av motivasjon og teori og praksis.

De ulike temaene ser ut til å foregå i et komplekst samspill med hverandre, og indikerer at helsepersonalet står ovenfor ulike utfordringer som påvirker dem til å ivareta pasientenes orale helse. For å imøtekomme kompleksiteten som helsepersonalet erfarer, er det i et folkehelseperspektiv sentralt å adressere utfordringene på et tverrsektorielt nivå. Det innebærer at helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten i større grad bør utvikle bedre samhandlingsrelasjoner som kan bidra til å styrke den orale helseomsorgen for disse pasientene. Det bør også rettes større oppmerksomhet mot etiske dilemmaer som oppstår i forbindelse med brukermedvirkning.

Abstract

Background: The number of people receiving health and care services, especially in domiciliary care, will grow as the world's life expectancy increases. Based on this, the need for dental care and oral health and preventive measures among the elderly in domiciliary care will also be greater due to more seniors retaining their natural teeth throughout their lifetime. Major health consequences for this patient group can be the reality if dental care and oral health is not adequately administered.

Aim: This master thesis aims to investigate and gain a better understanding of how health personnel experience administering oral health among elderly patients in domiciliary care. The study was conducted in a district municipality in Western Norway. Marginal research have been undertaken in this area in a Norwegian context.

Methods: This study has a quality research approach, where focus groups were chosen as an instrument for data collection method. Two focus group sessions were conducted, which included five and six participants in each group; six participants were trained Nurses, four Auxiliary Nurses, and one Health Care Worker. The majority were women (N= 10).

Results and conclusion: Four topics were developed based on the data material: user involvement considerations, absence of a collaborative relationship, varying degree of motivation, and theory and Practice

The various topics seem to have a complex interaction. It also illustrates that the health personnel experience various challenges which influence them in their care of the patient's oral health. In order to meet the complexities encountered by health personnel, is it in a public health perspective central to address the challenges at a cross-sectoral level. This means that the two health services (health and care service and dental care and oral health service) should develop a better collaborative relationship in order to strengthen their service for these patients. At the same time, greater attention should be paid to ethical dilemmas that arise in connection with user participation.

1. Introduksjon

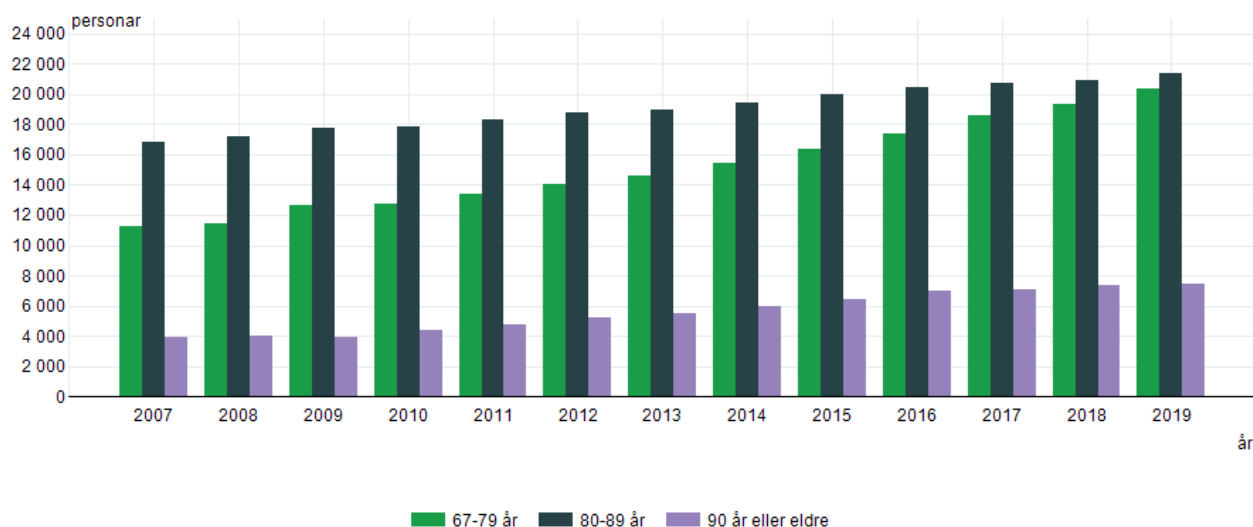
1.1 Hensikten med masteroppgaven

Denne masteroppgaven har som mål å undersøke og få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie. Studien er utført i en distriktskommune på Vestlandet i Norge.

1.2 Bakgrunn

I følge nasjonale befolkningsframskrivninger blir det stadig flere eldre og antall eldre over 80 år vil mer enn tredobles innen 2060 (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2020). Verdens helseorganisasjon [WHO] (2001) definerer eldre som personer over 65 år, mens SSB i hovedsak avgrenser eldrebefolkningen til 67 år (SSB, 1999). Med stigende alder vil antall personer som mottar helse- og omsorgstjenester øke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Samtidig ser vi en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester, hvor mottakere av omsorgstjenestene ønsker å bo hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Som resultat av dette sees en vekstøkning i antall brukere i hjemmesykepleien (SSB, 2019). I 2007 var det 31.971 personer totalt mellom 67 og 90 år på landbasis som mottok hjemmesykepleie, og i 2019 var tilsvarende tall 49.149 personer (Tabell 1).

06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og år. Hele landet, Berre heimesjukepleie, Brukarar av omsorgstenester.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 1. Brukere av hjemmesykepleie i alderen 67-90 år (2007-2019).

I takt med denne utviklingen vil det være økende behov for munnstell og forebyggende tiltak blant eldre i hjemmesykepleien fordi stadig flere eldre bevarer sine naturlige tenner livet ut (Fjæra et al., 2010; Strand et al., 2005). Samtidig vil økende antall tenner gi økt risiko for oral sykdom (Strand, 2011), noe som innebærer at eldre pleietrengende pasienter med naturlige tenner vil ha stort behov for å ivareta oral helse som reduserer sykdomsutvikling (Gueiros et al., 2009). Selv om alder i seg selv ikke er en risikofaktor for oral sykdom, gir aldring i kombinasjon med sykdom, medisinbruk og manglende oral hygiene, økt risiko for oral sykdomsutvikling (Matri et al., 2015; Strand et al., 2005).

Med en demografisk utvikling hvor befolkningen blir eldre, vil flere få demenssykdom. I dag har i overkant av 40 % av pasientene i hjemmesykepleien demens, og frem mot år 2040 er det forventet en fordobling av personer med demens. Demens er en sykdom som i stor grad påvirker oral helse, fordi sykdommen reduserer evnen til egenomsorg og opprettholdelse av oral hygiene. Utviklingen av demenssykdom vil dermed påvirke de fremtidige kommunale

helse- og omsorgstjenestene, hvor det vil være behov for økt innsats knyttet til å ivareta den orale helsen for disse pasientene (Helsedirektoratet, 2019).

1.3 Oral helse

Begrepet oral helse er utviklet på bakgrunn av WHO sin definisjon av generell helse fra 1948: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 2021a). WHO definerer oral helse som:

«Oral health is a key indicator of overall health, well-being and quality of life. It encompasses a range of diseases and conditions that include dental caries, periodontal (gum) disease, tooth loss, oral cancer, oral manifestations of HIV-infection, oro-dental trauma, noma and birth defects such as cleft lip and palate» (WHO, 2021b).

Definisjonen illustrerer at oral helse inkluderer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter som er viktige for livskvaliteten (Glick et al., 2016). Målet med definisjonen er å styrke betydningen av oral helse, fordi oral helse og generell helse deler samme sosiale helsedeterminanter og risikofaktorer (Lee et al., 2017).

1.4 Oral helsereelatert livskvalitet

I et tannhelseperspektiv blir begrepet oral helsereelatert livskvalitet brukt for å beskrive hvordan enkeltindividet opplever den orale helsen påvirker livskvaliteten. Begrepet omfatter en subjektiv opplevelse av hvordan tyggefunksjon, selvfølelse, utseende, sosial samhandling, smerte og ubehag påvirker trivsel (Hansen et al., 2013). Studier viser at individer som vurderer egen oral helse som dårlig, opplever å ha lavere oral helsereelatert livskvalitet enn andre (Holst & Dahl, 2008; Åstrøm et al., 2017). I en studie utført av Brennan et al. (2008) ser vi blant annet at det er en sammenheng mellom antall funksjonelle tenner og oral helsereelatert

livskvalitet, hvor flere naturlige tenner indikerer bedre livskvalitet og bedre generell helse. I studien ser vi også at individer med god tyggefunksjon har større glede av måltider og kosthold, og at god oral helse har stor betydning for psykososialt velvære. Internasjonale studier blant eldre pasienter som bor på sykehjem, har også vist en signifikant forbedring av pasientenes orale helserelaterte livskvalitet etter rehabilitering/gjennomføring av tannbehandling (Naito et al., 2010; Illhan et al., 2014). I de siste årene er livskvalitetsforskning blitt tillagt større betydning ved evaluering av helsetilstanden, hvor fokus på oral helserelatert livskvalitet er sentralt for å kunne ivareta pasientenes helhetsperspektiv (Hansen et al., 2013).

1.5 Oral helse og betydning for generell helse

Oral helse har også betydning for allmenntilstand og ernæring (Matri et al., 2017; Strand et al., 2017). Dersom den orale helsen ikke blir godt nok ivaretatt kan det føre til tap av tenner, smerte eller vanskeligheter med å spise og tygge mat som videre kan føre til underernæring (Strand et al., 2005; Lewis et al., 2017). I tillegg kan sykdommer som lungebetennelse, åreforkalkning, hjerteinfeksjon og blodforgiftning skyldes infeksjoner i munnhulen (Rautemaa et al., 2007). En oversiktsstudie fra 2008 viser også at ett av ti dødsfall knyttet til lungebetennelse på sykehjem og sykehus kunne vært unngått dersom den orale helsen hos pasientene var forbedret (Sjögren et al., 2008). En studie utført av Hägglund et al., (2019) viser også at dødelighetsrisikoen er signifikant høyere hos eldre mennesker med dårlig oral helse enn hos eldre som har god oral helse. For å unngå sykehusinnleggelse, økt behov for tannbehandling og individuell helsemessig belastning, er det derfor viktig med forebyggende tiltak som reduserer behandlingsbehovet hos eldre pleietrengende pasienter (Strand et al., 2017). Forskning har blant annet vist at det er en signifikant sammenheng mellom forbedret oral helse hos eldre pleietrengende pasienter, og redusert sykkelighet og dødelighet knyttet til systemiske sykdommer (Müller, 2015).

Ny og interessant forskning viser også at oral helse kan gi indikasjoner på fremtidig helsetilstand hos eldre. I en longitudinell tverrsnittundersøkelse utført blant 8359 eldre over 65 år som mottok hjemmesykepleie i Belgia, viste at eldre som rapporterte om dårlig oral helse i form av ikke- intakte tenner, munntørrehet og tyggevansker, hadde høyere risiko for å utvikle dårligere helsetilstand enn de med god oral helse (Tran et al., 2018). Studien fant også at munntørrehet var relatert til utvikling av redusert fysisk og psykisk helse og nedsatt evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. Ikke- intakte tenner var korrelert med dårligere kognitive evner og redusert fysisk og psykisk helse. Dårlig tyggefunksjon viste sammenheng med både redusert funksjonell, kognitiv og psykisk helse.

1.6 Behov for økt satsing på oral helse hos eldre

Med denne introduksjonen ser vi at oral helse er en viktig del av folkehelsen, og det å ivareta den orale helsen hos pasienter som ikke er i stand til å utføre det selv, er av stor samfunnsøkonomisk og individuell helsemessig betydning (Strand et al., 2017). Betydningen av oral helse hos eldre har også fått oppmerksomhet i regjeringens eldresatsing de siste årene, hvor behovet for økt satsing på oral helse blant eldre over 65 år står sentralt i St. meld.nr. 15 (2017-2018) *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. I kvalitetsreformen fremheves det at oral helse må integreres som en sentral del av den grunnleggende helsehjelpen som gis, og at helsepersonell må kartlegge og følge opp tidlige tegn på utvikling av sykdom som involverer oral helse.

Selv om forebyggende tiltak som tannpuss kan forhindre dårlig oral helse (Strand et al., 2005), viser nasjonal og internasjonal forskning at munnstell på pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien er en utfordrende og lavt prioritert omsorgsoppgave blant helsepersonell (Lewis et al., 2017; Newton, 2007; Seim et al., 2014). Ifølge en tannhelse rapport utført av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo [UHT] (2011), er det derfor behov for å få en

bedre forståelse av de ulike årsaksforholdene som gjør at munnstell har så lav prioritet blant helsepersonell i hjemmesykepleien.

1.7 Forskningsspørsmål

I denne studien ønsker forskeren å få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Studien vil dermed kunne bidra til å gi økt kunnskap på et viktig og aktuelt folkehelseområde. Forskningsspørsmålet er følgende:

«Hvordan kan vi forstå helsepersonells opplevelse av å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?».

1.8 Masteroppgavens struktur

Masteroppgaven vil i kapittel 2 gjøre rede for nasjonal og internasjonal forskning knyttet til temaet. Kapittel 3 vil på bakgrunn av litteraturoversikten beskrive den teoretiske referanserammen, som innledningsvis vil gi en nærmere beskrivelse av hjemmesykepleien og utviklingstrekk, etterfulgt av en redegjørelse av samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Kapittel 3 avsluttes med å beskrive begrepene brukermedvirkning og empowerment.

I kapittel 4 vil det gjøres rede for metodologi, metode og forskningsprosess, før funn og analyse av data blir presentert i kapittel 5. Kapittel 6 vil inneholde diskusjon og veien videre, samt konklusjon.

2. Litteraturoversikt

Hensikten med dette kapittelet er å belyse relevant og eksisterende internasjonal og nasjonal forskning knyttet til temaet, som vil bidra til å gi økt innsikt og kunnskap på forskningsområdet. Dette vil også kunne gi en bedre forståelse av studiens teoretiske referanseramme, i tillegg til at litteraturoversikten vil bidra til å identifisere kunnskapshull som ligger til grunn for valg av studien.

2.1 Internasjonal forskning

2.1.1 Oral helse hos eldre i et globalt folkehelseperspektiv

Oral helse hos eldre har i et globalt perspektiv blitt løftet opp som et prioritert område i handlingsplanen til Verdens helseorganisasjon, hvor oral helse og sykdomsforebyggende arbeid står sentralt (Petersen et al., 2010). Til tross for dette viser forskning at mange eldre ikke får den orale helsehjelpen de har behov for (WHO, 2020). Ifølge Petersen og Yamamoto (2005) er dårlig oral helse blant eldre en global helseutfordring som påfører internasjonale myndigheter en økende sykdomsbyrde. Årsakene til dette er sammensatte, men kan blant annet sees i sammenheng med demografiske endringer på verdensbasis som har resultert i et økende antall eldre i befolkningen, særlig i utviklingsland.

I takt med de demografiske endringene som fører til en høyere forventet levealder vil også etterspørselen etter hjemmebaserte omsorgstjenester som hjemmesykepleie øke (Mitzner et al., 2014). Mange eldre har i dag stor tiltro til å motta helsetjenester i eget hjem, og foretrekker å bo hjemme lengst mulig. Det at eldre pleietrengende pasienter får mulighet til å bo i eget hjem, er også en viktig faktor for god livskvalitet, som i tillegg fremmer personlig autonomi (Mitzner et al., 2014).

Som følge av de demografiske endringene ser vi også at ikke- smittsomme sykdommer som hjerte-kar sykdommer, diabetes og kreft er blant de viktigste årsakene til uførhet og dødelighet (Petersen & Yamamoto, 2005). I et tannhelsefaglig perspektiv fører den demografiske utviklingen til høyere forekomst av orale sykdommer som karies og periodontitt (Peres et al., 2019; Petersen et al., 2010). Ulike kroniske sykdommer og orale sykdommer deler samme risikofaktorer og er nært korrelert med hverandre, som blant annet viser at det er sammenheng mellom periodontitt (betennelse i kjevebein) og diabetes, hjertesykdom og luftveissykdommer. Den økende prevalensen av både orale sykdommer og ikke- smittsomme sykdommer hos eldre vil dermed påføre samfunnet store helse- og sosialpolitiske utfordringer. Verdens helseorganisasjon sitt globale munnhelseprogram, oppfordrer derfor offentlig helsevesen og myndigheter til å utvikle effektive, rimelige og forebyggende strategier som kan bidra til å gi eldre bedre oral helse og livskvalitet, hvor oral helse integreres som en sentral del av de generelle helseprogrammene (Petersen & Yamamoto, 2005).

I et globalt perspektiv ser vi også at orale sykdommer er en stor helseutfordring som rammer mer enn 3-5 millioner mennesker i verden, som ofte starter i tidlig barndom og utvikler seg gradvis gjennom voksenlivet og inn i alderdommen (Peres et al., 2019). Orale sykdommer rammer først og fremst barn som lever i fattigdom, sosialt marginaliserte grupper og eldre mennesker. Orale sykdommer er derfor knyttet til sosioøkonomisk status og sosiale helsedeterminanter som tydelig viser en sosial gradient i helse. Blant både hjemmeboende- og institusjonelle eldre, ser vi at redusert mobilitet og transportvansker hinder dem i å få nødvendig tilgang på tannhelsetjenester, og som fører til en akkumulasjon av ubehandlede orale sykdommer. Orale sykdommer påfører dermed de eldre en stor individuell sykdomsbelastning, i tillegg til at orale sykdommer generelt påfører samfunnet økonomiske belastninger i form av behandlingsutgifter og redusert arbeidskapasitet (Peres et al., 2019).

2.1.2 Eldre og behov for oral helsehjelp

De globale orale helseutfordringene som den aldrende befolkningen i dag står ovenfor, gjenspeiles blant annet i internasjonal forskning som viser at eldre pasienter i hjemmesykepleien har stort behov for oral helsehjelp (Weenig- Verbre et al., 2013; Lewis et al., 2016). Dårlig oral hygiene, karies, periodontitt, munntørhet og smerter og ubehag i munnhulen, er orale sykdommer som i stor grad forekommer hos eldre som mottar hjemmesykepleie (Lopez et al., 2017; De Visschere et al., 2006). Disse funnene samsvarer med forskning som viser at tannløshet og protesebruk er et synkende fenomen blant eldre institusjonaliserte, og som innebærer at stadig flere bevarer sine naturlige tenner inn i alderdommen (Müller et al., 2007). Prevalensen av tannløshet varierer likevel mellom land, geografiske regioner og sosiale grupper, noe som indikerer at WHO sitt mål om at eldre mennesker over 80 år bør beholde minst 20 av sine naturlige tenner, ikke er oppfylt i alle europeiske land (Müller et al., 2007). Ifølge WHO bør et velfungerende tannsett for eldre inkludere minst 20 tenner, da det anses som tilstrekkelig i henhold til oral funksjon og estetikk (Petersen & Yamamoto, 2005).

Oversiktsstudien til Müller et al. (2007) viser også at eldre mennesker med pleiebehov generelt har dårligere oral helse enn friske eldre. Dette blir også understøttet i en internasjonal oversiktsstudie fra 2015, som konkluderer med at den orale helsen blant eldre pleietrengende pasienter må forbedres (Gil- Montoya et al., 2015). I tillegg bør den orale helsen være et viktig hovedmål for tverrprofesjonelle samarbeidspartnere som er ansvarlige for denne pasientgruppen, og som inkluderer både tannhelse- og helsepersonell.

2.1.3 Barrierer som påvirker helsepersonell i å ivareta den orale helsen

I takt med de demografiske samfunnsendringene og de orale helseutfordringene som den aldrende befolkningen står ovenfor, viser internasjonal forskning at det å ivareta den orale

helsen hos eldre pleietrengende pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien er en utfordring for helsepersonell i mange land. En oversiktsstudie fra Hearn og Slack- Smith i 2015 skisserer ulike barrierer som påvirker helsepersonell i å bidra til å ivareta oral hygiene hos eldre pleietrengende pasienter som bor i omsorgsboliger. Selv om majoriteten av helsepersonalet anser oral helse som en viktig pleie- og omsorgsoppgave, erkjenner flere at munnstellet hos pasientene ikke blir prioritert daglig. Årsaker til dette skyldes blant annet tidsmangel, stor personalomsetning, turnusrotasjoner og mangel på praktisk trening. Et flertall av helsepersonalet opplever også at det er ubehagelig og vanskelig å pusse tennene til de eldre, spesielt i de tilfellene hvor pasientene motsetter seg hjelp til tannpuss og hos pasienter som har dårlige tenner. Studien finner også ut at mangel på motivasjon hos helsepersonalet er en faktor som bidrar til lav prioritet av munnstell. I tillegg er det mange som ikke er kjent med institusjonenes retningslinjer og protokoller for hvordan den orale hygien hos pasientene skal ivaretas. Dette skyldes i stor grad at helsepersonalet ikke blir involvert i diskusjoner knyttet til oral helse, men at avgjørelser blir tatt på ledernivå uten å involvere de ansatte.

At det er utfordrende å utføre munnstell på pasienter som ikke vil motta oral helsehjelp, fremkommer som en tydelig faktor i andre studier også (Forsell et al., 2011). I en oversiktsstudie av Göstemeyer et al. (2019) ser vi at helsepersonell i hjemmesykepleien og på sykehjem opplever det er særlig utfordrende å pusse tennene hos pasienter som har demens, fordi dette er en gruppe pasienter som ofte nekter å la seg behandle. Helsepersonalet er også usikre på hvordan de skal håndtere tannpuss på disse pasientene, i tillegg til at de opplever det er svært tidkrevende. En konsekvens av dette, er at helsepersonalet ikke prioriterer å utføre munnstellet. Som en tilleggsbelastning, gjør manglende organisatorisk struktur det vanskelig å finne nok tid til å pusse tennene på denne pasientgruppen. I en kvalitativ studie av De Visschere et al. (2013) ser vi også at helsepersonell opplever at pasienter med kognitiv svikt/demens kan være aggressive og utøver både fysisk og verbal vold mot helsepersonalet,

noe som kan føre til at munnstellet blir nedprioritert. Andre studier har også vist at det å utføre munnstell på pasienter som ikke vil samarbeide, gjør at helsepersonell opplever de kommer i konflikt med pasientens integritet og verdighet, og som fører til at pasientenes autonomi blir redusert (Wårdh et al., 2000; Norrie et al., 2019). Ifølge Wårdh et al. (2000) blir derfor munnstellet ofte av symbolsk karakter på denne pasientgruppen.

I oversiktsstudien til Göstemeyer et al. (2019) ser vi også at mangelfullt kunnskapsnivå om oral helse er en sentral utfordring som påvirker helsepersonalet i å utføre munnstell. Denne faktoren blir også understøttet i andre studier som viser at helsepersonell har begrenset kunnskaper om oral helse og betydningen for generell helse, og som bidrar til lav prioritering av munnstell (Wård et al., 2000; Wårdh et al., 2012; Kullberg et al., 2010).

De Visshere et al. (2013) finner også at helsepersonell betrakter kroppslig pleie og sårstell som en langt viktigere omsorgsoppgave enn å prioritere den daglige munnhygien. Enkelte opplever også at de har for lite erfaring og ferdigheter i å pusse tennene til de eldre, og at det går på bekostning av det daglige munnstellet. Dette gjelder spesielt blant den eldre generasjonen av helsepersonalet, som opplever at de ikke har tilstrekkelig kunnskap eller har fått nok opplæring i den praktiske utførelsen av munnstell. Den yngre generasjonen mener at de i hovedsak har fått tannhelsefaglig opplæring av barn og er dermed usikker på hvordan de skal utføre munnstell hos eldre pasienter. I tillegg opplever majoriteten av helsepersonalet at det er mer krevende å pusse pasientenes naturlige tenner, fremfor å rengjøre proteser. Dette fører til at tannbørsting på pasientenes naturlige tenner blir utført sjeldnere. De Visschere et al. (2013) finner også at organisatoriske utfordringer er en barriere for å gi tilstrekkelig munnstell. Studien viser blant annet at mangel på tid på grunn av for stor arbeidsbelastning, er en betydningsfull faktor som fører til at munnstellet ikke blir gjennomført. Denne problematikken er spesielt fremtredende i helgene, fordi da er det ofte få ansatte på jobb.

Et interessant funn fra studien til De Visschere et al. (2013) er også at de ulike barrierene ser ut til å foregå i en dynamisk prosess med hverandre og som fører til at helsepersonalet kommer inn i negativ sirkel knyttet til munnstell. Man finner for eksempel at manglende tilstedeværelse av tannhelsepersonell fører til negative holdninger og resignasjon hos helsepersonalet, og som resulterer i dårligere munnstell. I tillegg ser man at helsepersonalet sine holdninger og frykt for å utføre munnstell, resulterer i bekymringer over mangel på tid, noe som igjen fører til at den daglige orale hygienen blir nedprioritert.

Avslutningsvis skisserer oversiktsstudien til Göstemeyer et al. (2019) ulike faktorer som helsepersonalet mener bidrar til å fremme oral hygiene hos pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien. Sentrale elementer omhandler økt praktisk trening og utdanning knyttet til oral helse, egen bevissthet om oral hygiene og økt tilstedeværelse av tannhelsepersonell. Sistnevnte anses å være en viktig faktor som kan bidra til å øke motivasjonen hos helsepersonalet, samtidig som tilstedeværelse av tannhelsepersonell kan bidra til å forbedre den orale helsen for pasientene. I studien til De Visschere et al. (2013) ser vi også at pasienter som er positivt innstilt til tannpuss, bidrar til å fremme helsepersonalet sin motivasjon til å utføre munnstell. I tillegg øker motivasjonen og graden av tannpuss når de blir oppfordret av pårørende til å prioritere munnstell.

2.2 Nasjonal forskning

2.2.1 Nasjonale utviklingstrekk knyttet til oral helse

Den orale helsen hos eldre i Norge preges av et begrenset tannhelsetilbud og oppfølging gjennom oppveksten. Det innebærer at mange eldre i dag har tenner med store tannrestaureringer, i motsetning til yngre generasjoner som har vokst opp med fluortannkrem og et systematisk tannhelsetilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten siden

1970 årene (Folkehelseinstituttet, 2009). Som følge av den positive tannhelseutviklingen, ser vi at den orale helsen i den norske befolkningen har blitt bedre de siste 30- 40 årene, noe som innebærer at det orale tannhelseperspektivet frem mot 2030 vil redusere etterspørselen av kurativ tannbehandling, og større behov for forebyggende tannbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2007; Skille et al., 2020).

Til tross for de positive utviklingstrekkene ser vi likevel høy sykdomsforekomst av orale sykdommer i enkelte grupper i samfunnet, og at dårlig oral helse øker med alderen (SSB, 2017). Resultater fra nasjonale tannhelseundersøkelser utført blant eldre i perioden fra 1996-2004 viser blant annet at det er geografiske forskjeller i oral helse, hvor andelen eldre uten naturlige tenner øker jo lenger nord i landet man bor (Folkehelseinstituttet, 2009; Ambjørnsen et al., 2002). Vi ser også at eldre i institusjoner og i hjemmesykepleien har færre naturlige tenner enn friske hjemmeboende eldre, og at eldre som bor i utkantstrøkene har sjeldnere naturlige tenner enn de som bor i større byer. I tillegg viser undersøkelsene en signifikant forskjell knyttet til orale helseplager som smerter og tyggefunksjon, hvor vi ser at 10% av de friske hjemmeboende eldre oppgir at de har smerter, mens 30% av eldre i hjemmesykepleien, opplever å ha smerter og utfordringer med å spise (Ambjørnsen et al., 2002).

2.2.2 Oral helse hos eldre i hjemmesykepleien

Til tross for den positive tannhelseutviklingen i den norske befolkningen, viser nasjonal forskning det siste tiåret at de negative orale helseutfordringene hos eldre pasienter i hjemmesykepleien er vedvarende. En kvantitativ tverrsnittstudie utført blant 137 hjemmeboende pasienter i hjemmesykepleien i Oslo (2010) viser at de fleste pasientene har sine naturlige tenner, hvor kun 20 av 137 pasienter bruker protese (Fjæra et al., 2010). Selv om majoriteten av de eldre har naturlige tenner, er ingen av pasientene blitt undersøkt i munnhulen av helsepersonalet, selv om 85% av pasientene har tilstedeværelse av oral sykdom. I følge Fjæra et al. (2010) er dette bekymringsfullt, både fordi oral hygiene i

hjemmesykepleien er en del av det daglige ansvarsområde til helsepersonalet, samtidig som en undersøkelse av munnhulen kunne avdekket oral sykdom. Et annet tankekors er at kun halvparten av pasientene som ønsket hjelp til tannpuss, fikk det. Studien avdekker også risikofaktorer knyttet til organisatoriske forhold, hvor vi ser at over 50% av pasientene ikke er informert fra helsepersonalet om sine rettigheter knyttet til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten (Fjæra et al., 2010).

En pilotstudie utført i hjemmesykepleien i Hedmark, konkluderer med lignende funn (Seim et al., 2014). Studien bestod av en klinisk undersøkelse av 62 pasienter med en gjennomsnittsalder på 83,5 år og en spørreundersøkelse av 56 helsepersonell ansatte. Resultater fra den kliniske undersøkelsen viser at 42 % av pasientene har uakseptabel munnhygiene, og halvparten har behov for tannbehandling. På spørsmål om helsepersonalet har gjennomført undersøkelse av tennene, er det kun 5 pasienter som svarer ja, og kun 3 pasienter er blitt spurt om tenner og tannpuss. Kun 14% av pasientene får hjelp til tannpuss. Av de 62 pasientene har 49% fått informasjon om sine rettigheter knyttet til vederlagsfrie tannhelsetjenester, noe som ifølge Seim et al. (2014) kan det tyde på svikt i systemet, eller at oral helse ikke blir godt nok prioritert i hjemmesykepleien.

Vi ser også tilsvarende resultater i tannhelse rapporten fra UHT i Oslo (2011), som viser at oral helse og munnhygiene er en forsømt og mangelfull pleie- og omsorgsoppgave i hjemmesykepleien. Dette fremkommer tydelig gjennom resultatene som viser at 85% av helsepersonalet ikke tror pasientene får den hjelpen de trenger for å ivareta det daglige munnstellet, til tross for at 66% mener pasientene opplever smerter og ubehag i munnhulen.

2.2.3 Årsaksforhold som påvirker helsepersonell i å ivareta den orale helsen

Spørreundersøkelsen rettet mot helsepersonalet i studien til Seim et al. (2014), viser at halvparten mener munnstellet hos pasientene er godt ivaretatt, selv om de ønsker mer

tannhelsefaglig veiledning (44%). Ingen mener den orale hygienen er veldig godt ivaretatt, og en oppgir at munnstell blir veldig dårlig utført. Faktorer som påvirker helsepersonalet til å utføre munnstell er knyttet til de bruker lang tid på å overtale pasientene til tannpuss, fordi mange eldre ønsker ikke hjelp. Seim et al. (2014) mener det skyldes at de eldre ofte ikke er så opplyste om betydningen av munnstell, og at de eldre opplever det er et «tilbakeslag» å få hjelp til munnstell som er så privat. Helsepersonalet mener også munnstell i større grad bør registreres som eget tiltak i pleieplanen, fordi det er mange som ikke oppfatter at munnstell inngår som en del av morgen- og kveldsstellet.

I forlengelse av pilotstudien til Seim et al. (2014) ble det i 2018 gjennomført et 3årig prosjekt i Hedmark som hadde til hensikt å styrke samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien (Forren et al., 2018). Som et ledd i dette arbeidet, ble det i prosjektperioden ansatt en tannpleier i 50% stilling som jobbet sammen med de ansatte. I løpet av prosjektperioden ble det også gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot helsepersonalet, som omhandlet holdninger, rutiner og tannhelsefaglige kunnskaper knyttet til tann- og munnstell. Spørreundersøkelsen ble utført både ved prosjektstart og ved avslutningen av prosjektet, hvor 44 respondenter besvarte spørreskjemaet ved baseline, og 35 ved siste undersøkelse. Kartleggingen fra begge undersøkelsene viser at helsepersonalet mener de har tilstrekkelig tid til å utføre munnstell på pasientene og på spørsmål om kunnskapsnivå, mener i overkant av 40% at de har nok kunnskaper om oral helse. Samtidig svarer halvparten at det er vanskelig å gjennomføre det praktiske munnstell. Funnene viser også at helsepersonalet jevnt over har positive holdninger til å utføre munnstell og de mener tannpuss på pasientene er en viktig del av deres daglige plikter (Forren et al., 2018).

I prosjektet ble det ble også gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med helsepersonalet. Siden datamaterialet fra denne delen av prosjektet skulle publiseres internasjonalt, ble kun resultatene fra den ene fokusgruppen presentert (N=6). Resultatene fra

fokusgruppene viser at helsepersonalet opplever at munnstellet er krevende å gjennomføre, blant annet fordi tann- og munnstell er et personlig og tabubelagt område for pasientene. De opplever derfor at mange ikke ønsker å motta hjelp. Helsepersonalet opplever også at pasientene i større grad ønsker å prate med tannpleieren om munnstell og oral helse, og at det er enklere for henne å få lov til å undersøke tennene. Helsepersonalet mener dette skyldes at pasientene i større grad aksepterer å få hjelp av fagpersoner. Det kommer også frem at det er lite kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og tannhelsetjenesten. De to tjenestenivåene har kun sporadisk kontakt når helsepersonalet skal bestille tannlegetime til pasientene. Helsepersonalet får derfor sjeldent tilbakemelding fra tannlegen når pasientene har vært til behandling. Studien konkluderer likevel med at tannpleierens tilstedeværelse i hjemmesykepleien, bidro til å skape en sterkere samhandlingsrelasjon mellom de to tjenestenivåene (Forren et al., 2018).

2.3 Kunnskapshull

Gjennom litteraturgjennomgangen har vi sett at oral helse hos eldre i hjemmesykepleien er en helseutfordring i både nasjonal og internasjonal sammenheng. Forskingen har vist at det er mange ulike årsaksforhold som gjør at det er utfordrende for helsepersonell å ivareta den orale helsen for denne pasientgruppen. Til tross for disse funnene ser vi gjennom litteraturgjennomgangen at det er gjort lite kvalitativ forskning i Norge som gir dyp innsikt og forståelse av helsepersonellet sitt perspektiv på området. Forren et al. (2018) påpeker blant annet at data fra den kvalitative delen av det 3årige prosjektet i Hedmark er basert på få respondenter, noe som gjør at funnene ikke kan generaliseres og direkte overføres til annen hjemmebasert omsorg i Norge. Basert på dette, har vi derfor lite dybdekunnskap om hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien i Norge.

3. Teoretisk orientering

Teori danner et viktig bakteppe og berettigelse for forskningen vi utfører, og er viktig for å kunne forstå og belyse sosiale fenomen. I tillegg er teori sentralt når vi skal tolke dataen som innhentes (Bryman, 2016). Bryman (2016) beskriver ulike typer teori; grand theory og middle-range theory, som henholdsvis refererer til abstrakt- og sosiologisk teori. Likevel, ikke all teori i forskning refererer til et eksplisitt teoretisk rammeverk. Ifølge Bryman (2016) kan også teori referere til litteratur som er knyttet til et bestemt tema, hvor akkumulert kunnskap er hentet fra bøker eller annen litteratur. Den teoretiske tilnærmingen i denne studien vil derfor ikke ta utgangspunkt i et eksplisitt teoretisk rammeverk (som grand theory eller middle-range theory), men vil belyse sentrale aspekt og begreper som er identifisert gjennom litteraturgjennomgangen.

3.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et felles begrep som brukes om all sykepleie som utføres i pasientens hjem, og som utføres av sykepleier eller annet helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2018). Med helsepersonell menes personer som har autorisasjon eller som jobber i helse- og omsorgstjenesten, og som utfører helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Faggrupper av helsepersonell som jobber i hjemmesykepleien er sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere (Samson et al., 2010). Sykepleiere og vernepleiere har 3årig bachelorutdanning, mens helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere er utdannet på videregående nivå. I dag er tidligere hjelpepleierutdanning erstattet med helsefagarbeiderutdanning. I tillegg jobber ufaglærte i hjemmesykepleien, som er personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning, og som tituleres som pleieassistenter eller hjemmehjelpere (Helsedirektoratet, 2017a). De ulike profesjonene har sin særegne kompetanse, hvor spesielt sykepleiere har gode kunnskaper om å forebygge og fremme helse,

samtidig som de også har det helhetlige bildet over pasientenes helsesituasjon (Birkeland & Flovik, 2018).

Ifølge Birkeland og Flovik (2018) er det overordnede målet for hjemmesykepleien at pasientene skal mestre hverdagen i eget hjem, så fremt det er forsvarlig og pasienten ønsker det selv. Hjemmesykepleie utøves dermed i skjæringspunktet mellom pasientens daglige liv i hjemmet, i tett samhandling med offentlig tjenesteyting. Samfunnsoppdraget til hjemmesykepleien er å utøve mer behandling i hjemmet, med mål om å unngå kostbare institusjonsopphold og samtidig bidra til at befolkningen skal få mulighet til å bo hjemme til tross for helseutfordringer.

3.1.1 Utviklingstrekk i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har de siste årene gjennomgått store endringer, spesielt etter samhandlingsreformen ble innført i 2012 (Birkeland & Flovik, 2018). Samhandlingsreformen som blant annet skal tilrettelegge for at pasientens tjenestetilbud i større grad skal foregå i kommunene, har ført til at hjemmesykepleien har fått en mer omfattende rolle i den kommunale helsetjenesten, som blant annet medfører et større ansvar for pasienter med sammensatte pleie- og omsorgsbehov (Førland & Folkestad, 2016). St. meld. nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*, skisserer blant annet at omsorgsbehovet til pasientene i fremtiden vil bære preg av komorbiditet og avanserte helsetjenester, noe som vil kreve nært samarbeid med andre helseinstanser.

For at hjemmesykepleien skal kunne følge opp intensjonene med samhandlingsreformen, er det blant annet avgjørende med tilstrekkelig bemanningssituasjon og økt kompetanse blant helsepersonellet (Birkeland & Flovik, 2018). God kapasitet i hjemmesykepleien er også essensielt med tanke på de demografiske utviklingstrekkene som

innebærer en økning i antall eldre som har et komplekst sykdomsbilde som krever tett flerfaglig oppfølging over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I takt med denne utviklingen, ser vi også en vekst i antall pasienter under 67 år i hjemmesykepleien (Dale et al, 2015; SSB, 2015). De yngre pasientene har ofte behov for helsehjelp knyttet til psykisk utviklingshemming, rus, psykiatri, nevrologiske sykdommer, kreft og revmatiske sykdommer. En av årsakene knyttet til økningen blant denne pasientgruppen, skyldes blant annet endringer i HVPU- reformen for psykisk utviklingshemmede som ble flyttet fra fylkeskommunen til kommunen på 1990 tallet. I tillegg har opptrappingsplanen for psykisk helse (1998), bidratt til denne veksten (Dale et al., 2015; Birkeland & Flovik, 2018).

Som resultat av de strukturelle endringene som helse- og omsorgstjenesten har gjennomgått de siste tiårene, ser vi at hjemmesykepleien og kommunene i dag står ovenfor store ressurs- og kompetanseutfordringer. Ifølge Dale et al. (2015) fører dette til at mange kommuner opplever at tjenestene er «på strekk», fordi det tilføres nye pasientgrupper og arbeidsoppgaver oppgaver i stort tempo som det er utfordrende å håndtere.

3.2 Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten har siden 1984 vært organisert på to ulike forvaltningsnivå, hvor begge instansene har ansvaret for å samarbeide om å ivareta den orale helsen for pasienten i hjemmesykepleien. Helse- og omsorgstjenesten er organisert på kommunalt nivå, mens den offentlige tannhelsetjenesten er organisert på fylkeskommunalt nivå. Ifølge Hovden et al. (2017) er det krevende at to tjenestenivå deler ansvaret for samme pasient, fordi det stiller høye krav til systematisk og forpliktende samarbeid mellom de to instansene. Det at tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten er organisert på to ulike

forvaltningsnivå, mener Forren et al. (2018) kan føre til «silotenking» som gjør at det er utfordrende å koordinere de ulike tjenestene. For å sikre et helhetlig pasientforløp, er det derfor av stor betydning at tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten samarbeider for å gi pasientene den orale helsehjelpen de har krav på (Hovden et al., 2017).

Fokus på samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer i helsetjenesten blir også fremhevet i samhandlingsreformen som ble presentert i St. meld. nr. 47 (2008-2009). I reformen vektlegges betydningen av bedre samhandling og koordinering av tjenestene, med mål om å gi pasientene et sammenhengende tjenestetilbud som er individuelt tilpasset. Reformen legger også vekt på brukermedvirkning og pasientinvolvering, samtidig som det sees behov for større fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

3.3 Helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde knyttet til å ivareta oral helse

Helse- og omsorgstjenester gis til mennesker i en sårbar livssituasjon, og har sitt utspring fra menneskerettighetenes grunnleggende prinsipper om menneskeverd og autonomi, retten til selvbestemmelse og medbestemmelse og vern mot krenkende praksis (Helsedirektoratet, 2017b). Dersom man på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke kan dekke egne pleie- og omsorgsbehov, har man ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ifølge loven skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, som for eksempel hjemmesykepleie. Med hjem menes også omsorgsbolig, bofelleskap, trygdebolig eller andre private/tilpassede boliger som ikke inkluderer institusjon (Helsedirektoratet, 2018). Samtidig skal kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) sikre at personer som mottar helse- og omsorgstjenester får ivaretatt grunnleggende behov hvor respekt for enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel blir ivaretatt. Ifølge kvalitetsforskriften er nødvendig tannbehandling og

munncygiene ett av de grunnleggende behovene som helsepersonell har det daglige ansvaret for å ivareta hos pasientene.

Helsepersonelloven (1999, § 4) fremhever også at helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte faglig, omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp. Et minimumskrav i henhold til plikten om å gi omsorgsfull hjelp er ifølge Flovik (2012) å sørge for at pasientene får dekket grunnleggende behov som ernæring, søvn og personlig hygiene som blant annet inkluderer munnstell. Dersom munncygiene hos pleietrengende pasienter ikke blir ivaretatt, gis det ifølge Flovik (2012) ikke forsvarlig helsehjelp. Helsepersonelloven (1999, §39) krever også at helsepersonell dokumenterer helsehjelpen som gis. For pasienter i hjemmesykepleien innebærer det at de skal ha en individuell og skriftlig plan for blant annet munncygiene, som skal bidra til å sikre at den orale helsen blir ivaretatt (Flovik, 2012).

3.4 Tannhelsetjenestens ansvarsområde knyttet til å ivareta oral helse

Den offentlige tannhelsetjenesten har som formål å fremme den orale helsen i befolkningen og skal sørge for nødvendig forebygging og behandling. Det innebærer blant annet å spre opplysning om hvordan den enkelte og samfunnet kan ivareta den orale helsen (Tannhelsetjenesteloven, 1983, §1-2), og samtidig medvirke til undervisning og opplæring av relevant helsepersonell (Tannhelsetjenesteloven, 1983, § 6-1). Den offentlige tannhelsetjenesten skal også gi regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til definerte grupper av befolkningen, som blant annet omfatter pasienter som mottar hjemmesykepleie. Pasienter som mottar hjemmesykepleie har rett til både nødvendige og vederlagsfrie tannhelsetjenester dersom de har mottatt pleie av hjemmesykepleien minst en gang per uke over tre måneder eller mer (Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester, 1984).

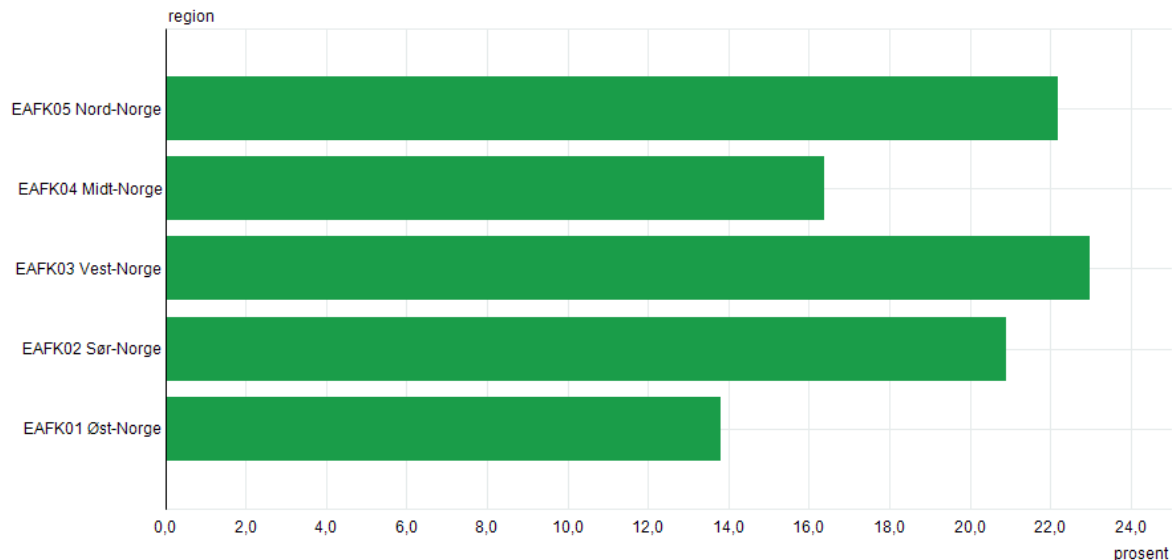
Behandlingen som gis i den offentlige tannhelsetjenesten skal sikre at pasienter oppnår akseptabel oral helse. Med dette menes at pasientene ikke skal ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen. Pasienten skal også ha tilfredsstillende tyggefunksjon, samt kommunisere og delta sosialt uten at tennene er til hinder for dette (Helsedirektoratet, 2011).

3.4.1 Samarbeidsutfordringer mellom helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten

En utfordring som ofte sees knyttet til samarbeidet mellom de to tjenestene, er at pasienter i hjemmesykepleien ikke får tilstrekkelig informasjon fra helsepersonalet om at de har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, selv om de har ansvaret for å formidle dette tjenestetilbudet til pasientene (Fjæra et al., 2010; Seim et al., 2014). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999) har pasienter rett til både nødvendig helsehjelp og informasjon om sine rettigheter. Tannhelsetjenesten på sin side, har ikke oversikt over hvilke pasienter som mottar hjemmesykepleie i kommunen, noe som innebærer at tannhelsetjenesten er avhengig av at helsepersonalet formidler informasjonen om tannhelsetilbudet til denne pasientgruppen. Samtidig er helse- og omsorgstjenesten pålagt å informere tannhelsetjenesten om hvilke pasienter i hjemmesykepleien som ønsker å benytte seg av tannhelsetilbudet. Likevel ser vi at mangelfull kommunikasjon mellom de to tjenestenivåene, ofte fører til sporadisk- og usystematisk oppfølging av disse prosedyrene (Hovden et al., 2017). Som konsekvens ser vi at mange pasienter i hjemmesykepleien ikke blir undersøkt og fulgt opp av den offentlige tannhelsetjenesten, noe som fører til at pasientene ikke får de rettighetene de har krav på (Fjæra et al., 2010; Seim et al., 2014). At dette er en utfordring, gjenspeiles blant annet i dekningsgraden som rapporteres av SSB, som viser at kun 18,2 % av pasientene som mottok hjemmesykepleie på landsbasis i 2019 ble undersøkt og behandlet av den offentlige tannhelsetjenesten (SSB, 2021a). I tillegg er det stor geografisk variasjon mellom de ulike

landsdelene på hvem som blir undersøkt og behandlet, hvor andelen varierer fra 13,8% til 23% (SSB, 2021b) (Tabell 2).

11961: Pasientbehandling i tannhelsetjenesten, etter region. Andel undersøkt/behandlet (prosent), Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie, 2019.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 2. Dekningsgraden i hjemmesykepleien i 2019 basert på landsdeler.

De store variasjonene i tannhelsetjenestetilbudet til pasienter i hjemmesykepleien, gav allerede Helsetilsynet i 2004, stor grunn til bekymring (Helsetilsynet, 2004).

3.5 Rett til medvirkning (brukermedvirkning)

I NOU 2018:16; «*Det viktigste først*», blir det redegjort for prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for den offentlige tannhelsetjenesten. Utredningen skisserer blant annet hvor viktig det er med åpenhet knyttet til beslutningene som tas, hvor brukermedvirkning er en viktig forutsetning for å kunne lykkes i de ulike prioriteringsprosessene. På faglig nivå i helse- og omsorgstjenesten handler brukermedvirkning i stor grad om at helsepersonellet må være lydhøre ovenfor pasientenes behov for helsehjelp, hvor målet er å etablere et egnet tjenestetilbud som er basert på felles

enighet og forståelse. Det innebærer at helsehjelpen som ytes må være basert på pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1), og kan ikke påtvinges uten at helsehjelpen er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Det er kun i tilfeller hvor pasienten motsetter helsehjelp eller ikke er i stand til å samtykke, at det skal gis nødvendig helsehjelp dersom tillitsskapende tiltak ikke har ført frem (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

På bakgrunn av det regulerte lovverket og pasientenes rettigheter knyttet til medvirkning, vil pasientens ønsker og behov i enkelte tilfeller komme i konflikt med de helsefaglige prioriteringene og vurderingene som tas. Ifølge utredningen fra NOU 2018:16, er det derfor viktig at helsepersonellet er godt rustet til å håndtere etiske dilemmaer som kan oppstå i forbindelse med brukerinvolvering, hvor økt kompetanse og større fokus på brukermedvirkning må prioriteres i de kommunale virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. For at pasienter skal kunne medvirke til å ta beslutninger om egen helse, er det også av stor betydning at helsepersonellet gir pasientene tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand (Seljelid, 2016). Pasientenes rett til informasjon om egen helsetilstand er beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2. Her står det blant annet beskrevet at pasienter skal ha nødvendig informasjon som gir dem tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet, slik at de får ivarettatt sine rettigheter. Informasjonen som gis, skal være individuelt tilpasset til hver enkelt pasient. Tilstrekkelig informasjon er særlig nødvendig i samhandling med eldre pasienter, fordi forskning viser at medisinsk informasjon som gis til eldre, ofte blir glemt eller ikke forstått (Kessels, 2003).

3.5.1 Empowerment

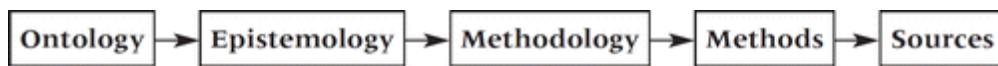
I folkehelsearbeid brukes ofte begrepet empowerment som synonym for brukermedvirkning, og blir på norsk gjerne oversatt som myndiggjøring (NOU 1998: 18).

Begrepet som ble tatt i bruk av WHO under utarbeidelsen av Ottawa-charteret i 1986, defineres som: «a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health» (WHO, 1998, s. 6). På individnivå handler empowerment om muligheten til å ta avgjørelser og ha kontroll over eget liv, og på samfunnsnivå handler empowerment om individets mulighet til å få større kontroll over helsedeterminantene i samfunnet (WHO, 1998).

Som strategi i et forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid, handler empowerment om å løse helseutfordringer som individet selv identifiserer som viktige, i samhandling med faglig ekspertise (Houston & Cowley, 2002). For å fremme og ivareta empowerment i interaksjon med pasienter, er det viktig å hjelpe pasientene til å føle seg verdsatt slik at de kan mestre å ta gode valg i beslutningsprosessene. Ved å gi individet kontroll og makt over egne beslutninger vil det bidra til å gi pasientene helsehjelpen de har behov for, og ikke et profesjonelt ideal man tror de trenger. I denne samhandlingsprosessen er helsepersonell viktige veivisere (Houston & Cowley, 2002). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har helsepersonell et selvstendig ansvar for å gi pasientene et forebyggende og helsefremmende tjenestetilbud, og innenfor sykepleien er det bred enighet om at helsefremmende arbeid bør utformes i tråd med empowerment (Klette et al., 2014).

4. Metodologi og metode

I dette kapittelet vil det gjøres rede for metodologi og metode, som er tett forbundet med hverandre i forskningsprosessen. Metodologi handler om teknikkene og prosedyrene som brukes for å samle og analysere data, mens metoden er knyttet til forskningsspørsmålet og til kildene av den innsamlede dataen. Samtidig vil forskerens metodologiske tilnærming være basert på forskerens ontologiske og epistemologiske antagelser (Grix, 2002). Sammenhengen mellom de ulike byggesteinene i forskningen kan illustreres følgende:



Figur 1. Illustrasjon av byggesteinene i forskning (Modifisert etter Hay, 2002, sitert i Grinx, 2002).

4.1 Forskningstilnærming

Målet med denne oppgaven er å undersøke og få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie. Det innebærer at studien ønsker å innhente dybdeinformasjon fra deltakerne for å få en bedre forståelse av deres oppfatning og perspektiv av virkeligheten. På bakgrunn av dette, baseres forskningsstrategien i studien seg på en ontologisk tilnærming som kalles for konstruktivisme som innebærer at mennesker konstruerer sin egen virkelighet. Den ontologiske posisjonen antyder dermed at det finnes flere forståelser av virkeligheten, hvor de ulike sosiale fenomenene er påvirkelige og er i kontinuerlig endring gjennom sosiale interaksjoner. Denne tilnærmingen inviterer forskeren til å vurdere den sosiale virkeligheten som en unik og kontinuerlig prosess (Bryman, 2016).

En ontologisk tilnærming basert på konstruktivisme, refererer videre til et epistemologisk syn knyttet til interpretivisme som innebærer at kunnskap om virkeligheten ikke kan observeres direkte, men kan samles inn gjennom tolkning av menneskers subjektive erfaringer (Bryman, 2016). Denne studien ønsker derfor å innhente kunnskap om virkeligheten gjennom tolkning av helsepersonell sin oppfatning og perspektiv på den sosiale virkeligheten.

På bakgrunn av det forskningsfilosofiske ståstedet, vil tilnærmingen til forskningsområdet være basert på en induktiv metode. En induktiv tilnærming kan knyttes til kvalitative forskningsmetoder som innebærer å innhente dybde data fra deltakerne (Bryman, 2016). Kvalitativ datainnsamling er derfor hensiktsmessig i henhold til problemstillingen som vil samle inn dybdeinformasjon om helsepersonellet sin oppfatning av hvordan de opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien.

4.2 Studiedesign

Studiedesignet i denne masteroppgaven er tilpasset problemstillingen, og vil være en tverrsnittstudie som innebærer at man studerer virkeligheten av et definert utvalg på ett gitt tidspunkt. Selv om tverrsnittstudier ofte er forbundet med kvantitative metoder, brukes likevel tverrsnittstudier i kvalitativ forskning i tilfeller hvor man ikke vektlegger typiske kvantitative kriterier som ekstern validitet eller reliabilitet (Bryman, 2016). Ifølge Grossohome og Lipstein (2016) er de fleste kvalitative studiene innen forskning i helsevesenet tverrsnittstudier, hvor man bruker datainnsamlingsmetoder som for eksempel fokusgrupper eller intervjuer. Dataanalysene fokuserer dermed på å forstå erfaringer på et bestemt tidspunkt og sted, eller gjennom å forstå deltakernes tidligere erfaringer (Grossohome & Lipstein, 2016; Bryman, 2016).

4.3 Utvalgsstrategi

Rekrutteringen av deltakerne til studien er basert på et formålsorientert grunnlag. Det innebærer at utvalget ikke er tilfeldig valgt, men er basert på en strategisk utvelgelse som gjør at deltakerne er relevant i henhold til forskningsspørsmålet, fordi de har erfaring og kjennskap til forskningsområdet (Bryman, 2016). Inklusjonskriteriene for studien er derfor helsepersonell med relevant utdanning som jobber i hjemmesykepleien. I utgangspunktet var det tiltenkt at rekrutteringen av utvalget i hjemmesykepleien skulle foregå i en kommune i nærheten av studiestedet siden det var hensiktsmessig i forhold til studiens begrensede tidsramme. Men på grunn av Covid19 pandemien og stort smittetrykk var det ikke mulig å rekruttere deltakere fra den aktuelle kommunen og forskeren måtte derfor rekruttere deltakere fra en kommune med mindre smittetrykk.

Utvalget ble rekruttert ved å kontakte enhetslederen for hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen, som stilte seg svært positiv til å delta i studien. I utgangspunktet var det ønskelig å delta på et personalmøte for å informere helsepersonalet om studien, men på grunn av pågående smittesituasjon var ikke dette aktuelt. Informasjon om studien og samtykkeskjema (se vedlegg 1), ble derfor sendt pr epost. Det ble også vedlagt et skjema om bakgrunnsinformasjon, hvor deltakerne på forhånd skulle skrive inn navn, alder, kjønn, yrke og arbeidserfaring (se vedlegg 2). Hensikten med dette skjemaet, var å få en beskrivelse av de ulike deltakerne. Enhetslederen formidlet informasjonen videre til de deltakerne som ønsket å delta i studien, som tok med seg de ferdigutfylte skjemaene ved oppstarten av fokusgruppene. Enhetslederen ble oppfordret til å rekruttere 12 deltakere til studien, men som vi vil se i kapittel 4.4.4, var det kun 11 deltakere som hadde mulighet til å delta.

4.4 Fokusgruppe som datainnsamlingsmetode

I samsvar med studiens epistemologiske perspektiv, hvor hensikten er å samle inn og tolke dybdeinformasjon om helsepersonalet sine opplevelser og erfaringer knyttet til å ivareta oral helse i hjemmesykepleien, er fokusgrupper valgt som instrument for datainnsamlingsmetode. Fokusgrupper kan brukes når vi ønsker å fremme et spesifikt og avgrenset tema som vi vil utforske i dybden, og når vi vil få frem meninger om et bestemt tema innad i en gruppe. Med denne datainnsamlingsmetoden vil forskeren i tillegg få mulighet til å få en forståelse av hvordan den sosiale interaksjonen mellom deltakerne er, og på den måten kunne identifisere hvordan personene innad i gruppen responderer på hverandres meninger og synspunkter. Samtidig vil deltakerne gjennom samtaler og diskusjoner ofte argumentere og utfordre hverandres synspunkter, noe som gjør at de blir tvunget til å reflektere nærmere over egne begrunnelser. Dette kan bidra til å gi forskeren et mer realistisk bilde på hva deltakerne tenker og mener (Bryman, 2016).

I litteraturen blir det beskrevet at det er vanlig å bruke en moderator som skal lede fokusgruppeseansene (Bryman, 2016), men på grunn av manglende ressurser og pågående smittesituasjon, ble det likevel besluttet å ikke inkludere en ekstern moderator.

4.4.1 Antall fokusgrupper og gruppestørrelse

Ved bruk av fokusgrupper som datainnsamlingsmetode må vi på forhånd avgjøre hvor mange fokusgruppeseanser som skal gjennomføres, og hvor mange deltakere det skal være i hver gruppe. Ifølge Bryman (2016) er det usannsynlig at kun en fokusgruppe vil kunne møte forskerens behov, siden responsen kun vil være basert på den ene, spesifikke gruppen. Samtidig vil for mange fokusgrupper være unødvendig bruk av ressurser. Ifølge Calder (1977, sitert i Bryman, 2016, s. 505) vil antall fokusgrupper være tilstrekkelig når man kan forutse hva neste gruppe kommer til å si. Dette blir også understøttet av Livingstone og Hunt (1994,

sitert i Bryman, 2016, s. 505), som sier at antall fokusgrupper blir bestemt når vi ser gjentakende mønster i samtalene og når gruppene ikke tilføyer ny informasjon. Likevel fremhever Morgan (1996, sitert i Jakobsen 2015, s. 162) at det ikke er en absolutt fasit på hvor mange grupper som bør inkluderes, men at det i stor grad avhenger av temaets mangfold, gruppens homogenitet og grad av åpenhet knyttet til temaet og spørsmålene. Ifølge Jakobsen (2015) kan to fokusgrupper være tilstrekkelig, fordi det bidrar både til å gi forskeren nyansert informasjon, samtidig som to relativt like grupper vil kunne fungere som kontroll i forhold til hverandre, fordi dersom svarene vi får fra gruppene er like, kan det tyde på at datainnsamlingen ikke er påvirket av gruppeprosessen.

Når det gjelder gruppestørrelse på fokusgrupper, er ifølge Morgan (1988, sitert i Bryman, 2016, s. 506) en vanlig gruppestørrelse på mellom seks til ti personer. Små gruppestørrelser er å foretrekke når deltakerne har mye å tilføre temaet, eller når temaet er kontroversielt eller i tilfeller hvor deltakernes personlige meninger er et sentralt mål. Ifølge Jakobsen (2015) er det vesentlig at gruppene ikke er basert på for få personer, fordi det kan føre til for liten variasjon i de ulike meningsutvekslingene. Større grupper er fordelaktig når deltakernes engasjement knyttet til temaet antas å være begrenset, eller når man for eksempel ønsker å innhente konkrete forslag knyttet til et bestemt tema (Morgan, 1988a, sitert i Bryman, 2016, s. 506).

På bakgrunn av dette, er antall fokusgrupper i denne studien satt til to fokusgrupper. Dette er både med tanke på studiens begrensede tidsramme, men også fordi de to fokusgruppene i hjemmesykepleie er homogene og har felles egenskaper, som gjør at det vil være mulig å frem reelle data som er troverdige dersom svarene fra de to gruppene er relativt like (Jakobsen, 2015). I utgangspunktet var det ønskelig å inkludere seks deltakere i hver gruppe, men da dette ikke lot seg gjøre, ble fokusgruppe 1 bestående av fem deltakere og fokusgruppe 2 av seks deltakere.

4.4.2 Utforming av fokusgruppeguide

I forkant av datainnsamlingen ble det utarbeidet en fokusgruppeguide som bestod av fem hovedtema som tar utgangspunkt i litteraturoversikten knyttet til temaet (se vedlegg 3). Fokusgruppeguiden i denne studien er utformet på bakgrunn av Kruegers (1998) strategi for utforming av spørsmål til fokusgrupper og hans beskrivelse av hvilke kategorier av spørsmål som bør inkluderes. Ifølge Krueger (1998) bør vi bruke åpne spørsmål i fokusgrupper som lar deltakerne bestemme retning av responsen som gis. I tillegg er det viktig med spørsmål som lar deltakerne «tenke tilbake», fordi det bidrar til å gi deltakerne en forståelse av hvor viktige deres erfaringer og opplevelser er. Fokus på fortiden øker også reliabiliteten på responsen fordi slike spørsmål spør om spesifikke og reelle erfaringer, i motsetning til spørsmål som vektlegger situasjoner som deltakerne tror kan skje i fremtiden. Vi bør helst også unngå spørsmålsformuleringer som «hvorfor», da de blant annet kan føre til at deltakerne kommer i forsvarsposisjon. Spørsmålene må også være enkelt formulert, og man bør unngå å gi deltakerne for mange eksempler, fordi det kan begrense deres evne til egenrefleksjon.

I forhold til hvilke typer kategorier av spørsmål som inkluderes, bør de ifølge Krueger (1998) bestå av åpnings- og introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål og nøkkel- og avslutningsspørsmål. Åpningsspørsmålet er utformet for å kunne besvares raskt, og har vanligvis ingen viktig funksjon i dataanalysen. Hensikten med åpningsspørsmålet er derimot å gjøre deltakerne komfortable med intervjusituasjonen, i tillegg til at spørsmålet skal bidra til å få alle deltakerne til å si noe tidlig i prosessen. Et typisk åpningsspørsmål kan være at deltakerne skal si navnet sitt, yrke eller hvilke interesser de har.

Introduksjonsspørsmålet har ifølge Krueger (1998) som hensikt å få deltakerne til å rette søkelys på temaet, og er ofte formulert som et åpent spørsmål som skal gi deltakerne mulighet til å få frem egne erfaringer og synspunkter knyttet til temaet. Introduksjonsspørsmålet kan for

eksempel bestå av et definisjonsspørsmål. Videre skal overgangsspørsmålet belyse temaet i et større perspektiv, og går derfor mer i dybden på deltakernes erfaringer og forståelse av virkeligheten. Gjennom dette spørsmålet blir deltakerne bedre kjent med hverandres synspunkter, i tillegg til at det danner en forbindelse mellom deltakerne og temaet som skal undersøkes.

Kjernen i fokusgruppeguiden er ifølge Krueger (1998) formulert gjennom nøkkelspørsmålene, som oftest består av to til fem spørsmål, og som etterfølges av spontane oppfølgingsspørsmål som har til hensikt å innhente mer detaljerte svar. Nøkkelspørsmålene er sentrale i analysen, og man bruker gjerne 10-15 minutter på hvert spørsmål. I tillegg til nøkkelspørsmålene kan man også formulere tilleggsspørsmål i fokusgruppeguiden, som utformes i logisk rekkefølge og har som formål å oppnå dypere innsikt i temaet.

Avslutningsspørsmålene skal gi deltakerne mulighet til å reflektere over kommentarene og synspunktene som er gitt gjennom intervjuet, og er viktige i dataanalysen. Krueger (1998) skisserer tre typer avslutningsspørsmål; «alt tatt i betraktning spørsmål», oppsummeringsspørsmål og sluttspørsmål. Førstnevnte, skal gi deltakerne mulighet til å komme med sine siste innspill og kommentarer etter diskusjonen. Oppsummeringsspørsmålet stilles etter forskeren har gitt en kort oppsummering av nøkkelspørsmålene, hvor deltakerne blir spurt om de er enig i det som er blitt sagt. Gjennom sluttspørsmålet bør forskeren gi en kort oppsummering av hensikten med studien, for deretter å spørre deltakerne om noe er uteblitt.

4.4.3 Pilottest av fokusgruppeguide

Ifølge Krueger (1998) er det utfordrende å gjennomføre pilottest av fokusgruppespørsmål, fordi det er vanskelig å skille spørsmålene fra miljøfaktorer rundt fokusgruppene. Det kan blant annet være vanskelig å vite om det er selve spørsmålene eller

om det er omstendigheter rundt deltakerne som påvirker fokusgruppeprosessen. En fornuftig strategi er derfor å utføre pilottest av spørsmålene separat fra selve fokusgruppeseansen, enten med andre som kjenner til fagfeltet, eller med potensielle deltakere. Gjennom første fokusgruppeseanse kan man i stedet spørre deltakerne om de har kommentarer til spørsmålene som er gitt, eller om de har forslag til forbedringer. Eventuelle endringer kan dermed gjøres i neste fokusgruppe.

På bakgrunn av dette, ble spørsmålene i fokusgruppeguiden i denne studien først diskutert med veileder og fagpersoner innen tannhelsefeltet. Fokusgruppespørsmålene ble deretter pilottestet med en ekstern helsefagarbeider. Dette bidro til justeringer av enkelte spørsmål og formuleringer som jeg utformet mer presise og tydelige.

4.4.4 Gjennomføring av fokusgruppeseansene

Fokusgruppeseansene foregikk over to dager, fordi helsepersonalet var delt inn i to separate team. Begge fokusgruppesamtalene varte i cirka 60 minutter. Forskeren ble på forhånd informert av enhetslederen om at helsepersonalet hadde med seg vakttelefonene under samtalene, siden datainnsamlingen fant sted i arbeidstiden. Gjennom begge fokusgruppesamtalene ringte vakttelefonen et par ganger, noe som førte til at enkelte deltakere måtte avbryte deltakelsen i noen minutter. Det kan være at disse avbrytelsene kan ha påvirket noe av flyten i samtalene. Av smittevern hensyn foregikk datainnsamlingen i et skjermet, men åpent kontorlandskap. I løpet av samtalene så vi andre ansatte som passerte kontorlandskapet, noe som også kan ha bidratt til å forstyrre deltakernes fokus et kort øyeblikk.

Ved oppstarten av hver fokusgruppe, ble samtykkeskjema samlet inn. Etterpå ble helsepersonalet informert om bakgrunnen og formålet med studien. Deretter fikk de en kort introduksjon til selve fokusgruppeseansen, og at samtalen skulle bli tatt opp på lydbånd. De ble også informert om studiens håndtering av anonymitet og konfidensialitet, og at det var fullt

mulig å trekke seg fra deltakelsen dersom de ønsket det. I tråd med tilbakemeldingen fra NSD (se vedlegg 4), ble deltakerne også informert om å være bevisst på å opprettholde taushetsplikten og være forsiktige med bruk av eksempler.

Fokusgruppeguiden ble fulgt, men ikke i kronologisk rekkefølge fordi samtalen ofte gikk frem og tilbake mellom de ulike temaene i fokusgruppeguiden. Flere av spørsmålene i fokusgruppeguiden ble også besvart gjennom samtalene, noe som gjorde at det ikke var behov for å gjenta disse. Gjennom samtalene opplevdes det som en styrke å ha tannhelsefaglig bakgrunn, fordi det bidro til at forskeren fortløpende kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål.

Gjennom begge fokusgruppeseansene opplevde forskeren at gruppedynamikken fungerte godt. Det virket til å være en god og trygg stemning mellom deltakerne, hvor samtlige viste gjensidig respekt for hverandres synspunkter. Diskusjonen var preget av et godt samspill mellom deltakerne, hvor uttalelse fra en deltaker ofte utløste ny respons hos en annen. På den måten utviklet diskusjonen seg fremover. Det var likevel enkelte deltakere i hver fokusgruppe som dominerte samtalen. Dette førte til at forskeren innimellom måtte spørre deltakerne som snakket lite, om de hadde noe å tilføye. Selv om det ikke var utnevnt en moderator til å lede fokusgruppeseansene, opplevde forskeren likevel at gjennomføringen gikk fint. Helsepersonellens positive innstilling og imøtekommenhet bidro til at forskeren følte seg trygg i rollen til å lede fokusgruppene. I og med at forskeren hadde en aktiv rolle under datainnsamlingen, var det viktig å legge til side egen forforståelse i møte med deltakerne. Dette ble gjort ved å ikke bekrefte eller støtte deltakerens erfaringer og meninger, og ikke stille deltakerne ledende spørsmål.

4.4.5 Beskrivelse av deltakerne

Karakteristikken av deltakerne er basert på skjemaet om bakgrunnsinformasjon som deltakerne hadde fylt ut i forkant av datainnsamlingen. Av de elleve deltakerne var seks etnisk norske, og fem hadde utenlandsk opprinnelse. Fire av disse hadde gjennomført den helsefaglige utdanningen i eget hjemland. Det var ti kvinner og en mann. Deltakernes pseudonymnavn, kjønn, aldersgruppe, arbeidserfaring og yrke er presentert i tabellen under.

Tabell 3. Karakteristikk av deltakerne

Pseudonym	Kjønn	Aldersgruppe	Arbeidserfaring	Yrke
Jane	Kvinne	18-30	6 år	Sykepleier
Tone	Kvinne	55-67	40 år	Hjelpepleier
Rita	Kvinne	55-67 år	10 år	Sykepleier
Olaug	Kvinne	30-45 år	11 år	Helsefagarbeider
Nina	Kvinne	30-45 år	15 år	Sykepleier
Silje	Kvinne	55-67	23 år	Hjelpepleier
Astrid	Kvinne	30-45	13 år	Sykepleier
Rolf	Mann	30-45 år	14 år	Hjelpepleier
Kari	Kvinne	45-55 år	20 år	Sykepleier
Åse	Kvinne	55- 67 år	37 år	Hjelpepleier
Marit	Kvinne	30-45 år	9 år	Sykepleier

4.5 Dataanalyse

I denne studien er Braun og Clarks (2006) fremstilling av tematisk analyse brukt som verktøy for å analysere datainnsamlingen, da den gir en trinnvis guide for «nybegynnere». Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og beskrive mønster eller tema i dataen som er samlet inn, og bidrar til å organisere og beskrive dataen på en detaljert måte. I denne prosessen er det sentralt at forskeren tilstreber å knytte analyseprosessen til forskningsspørsmålet og til det teoretiske rammeverket (Braun & Clark, 2006; Bryman, 2016).

4.5.1 Transkribering

Etter at dataen var samlet inn, ble all informasjon fra begge fokusgruppene transkribert ordrett (trinn 1). Ifølge Braun og Clark (2006) gir transkribering forskeren en unik mulighet til å gjøre seg kjent med datamaterialet, samtidig som tolkningsprosessen blir igangsatt.

Utfordringer som ofte sees ved transkribering av fokusgruppesamtaler er ifølge Bryman (2016) knyttet til lydopptaket. For det første kan det være vanskelig å få med seg hvem som sier hva under samtalene, samtidig som deltakernes varierende stemmenivå kan være utfordrende. I tillegg kan man oppleve at flere deltakere snakker samtidig, noe som gjør det vanskelig å skille deltakerne fra hverandre. Enkelte av disse utfordringene meldte seg også gjennom transkriberingen i denne studien. I begge fokusgruppene var det enkelte deltakere som snakket veldig lavt, og som gjorde det vanskelig å få med seg alt de sa. I tillegg opplevde forskeren gjentatte ganger at deltakerne snakket i munnen på hverandre, noe som gjorde det utfordrende å få med seg alle ordene som ble utvekslet. Det kan derfor være at små nyanser i informasjonen er uteblitt. Videre bidro åpningsspørsmålet til at deltakernes stemmer gjennom transkriberingen var lett å identifisere. I tillegg startet transkriberingsprosessen umiddelbart etter datainnsamlingen var ferdig, noe som bidro til at stemmene til deltakerne var friskt i minnet og dermed lett gjenkjennelige.

4.5.2 Koding og etablering av tema

Etter at transkriberingen var gjennomført, leste forskeren grundig gjennom den transkriberte teksten og gjorde seg godt kjent med datamaterialet. Forskeren så etter mening og mønster og markerte interessante aspekt i teksten.

Trinn 2 i tematisk analyse innebærer koding av datamaterialet. Koding er en systematisk prosess som innebærer å identifisere sentrale aspekt ved datamaterialet som man ønsker å analysere, og som man organiserer og bryter ned i meningsfulle grupper. I denne prosessen ser forskeren etter mønster, gjentakelser, sammenhenger og likheter mellom de ulike kodene, hvor hensikten er å gi datamaterialet mening gjennom koding og tolkning (Braun & Clark, 2006). I denne studien ble kodingen gjort manuelt, hvor datamaterialet systematisk ble kodet linje for linje. Forskningsspørsmålet var en sentral ledetråd i denne prosessen. Det ble tatt notater, samtidig som interessante aspekt og mønster ble markert med ulike farger i den transkriberte teksten. Dette resulterte i en lang liste med koder som hadde identifisert datamaterialet. Disse kodene kalles for initiale koder og refererer til den grunnleggende rådataen som beskriver fenomenet på en meningsfull måte. Kodene ble vekselvis identifisert på både semantisk og latent nivå, som innebærer at kodene beskriver både den direkte og eksplisitte meningen (semantisk nivå), og den indirekte meningen som blir kommunisert fra deltakerne (latent nivå) (Braun & Clark, 2006, s.13). Eksempel på initiale koder i et av datautdragene, er skissert i tabell 4. Disse kodene er identifisert på latent nivå.

Datautdrag	Kode
.. «så er det noe med det at vi kommer hjem til noen og skal hjelpe dem i seng så sier de ja men jeg har nettopp vært på do og har ikke lyst å legge meg enda og hvis jeg spør om vi skal ut på badet å pusse tennene så sier de gjerne at jeg har jo nettopp vært på badet og da kan ikke jeg stå der og dra i den ene armen og si jo kom; jeg har mitt oppdrag i å pusse dine tenner!»	1.Går inn i pasientens private hjem 2.Kan ikke tvinge pasientene til tannpuss

Tabell 4. Eksempel på koding

Trinn 3 innebærer å sortere de ulike kodene i potensielle tema og samle de forskjellige datautdragene under de identifiserte temaene. I denne fasen begynner man også å analysere kodene, og vurderer hvorvidt de ulike kodene kan kombineres og forme et hovedtema. Man ser også etter sammenhenger mellom de ulike kodene og temaene, og vurderer om enkelte tema skal deles inn i hoved- og undertema. Til slutt i denne fasen har man utarbeidet et forslag til hoved- og undertema, inkludert datautdrag som er kodet under hvert tema. I denne fasen er det viktig at sentrale datautdrag tas med, slik at man kan forstå konteksten (Braun & Clark, 2006). For å få struktur og oversikt av datamaterialet i denne studien, ble de ulike kodene med tilhørende datautdrag manuelt klippet ut, og sortert i ulike grupper som delte samme fellestrekk. Forskeren laget deretter et tentativt tema for hver gruppe. Et tentativt tema ble for eksempel kalt «Hensyn til brukermedvirkning», som inneholdt koder og datautdrag som beskrev hvordan helsepersonalet opplevde å ivareta den orale helsen i henhold til brukerperspektivet. Dette temaet ble senere videreutviklet til et av hovedtemaene.

I trinn 4 skal de ulike hoved- og undertemaene gjennomgås på nytt, hvor man blant annet vurderer hvorvidt enkelte tema skal brytes ned i flere undertema, eller om enkelte tema skal fjernes, omplasseres eller formuleres på nytt. I denne fasen er det viktig å forsikre seg om

at dataen innenfor hvert tema gir en meningsfull sammenheng («internal homogeneity») og at det er klare skillelinjer mellom temaene («external heterogeneity») (Braun & Clark, 2006, s.20). Man bør også lese gjennom de ulike datautdragene for hvert tema på nytt og vurdere om de danner et sammenhengende mønster. Tilslutt vurderer man hvorvidt temaene gjenspeiler helheten i datamaterialet. Som resultat av denne fasen har man en oversikt over de ulike temaene som gir en god beskrivelse av datamaterialet (Braun & Clark, 2006). Denne prosessen førte til at temaer som var relevant for å besvare forskningsspørsmålet ble valgt, og som vi skal se i kapittel 5, resulterte analysen i fire hovedtema og seks undertema. Analysen vil dermed presentere en analytisk og narrativ fremstilling av datamaterialet, som knyttes til forskningsspørsmålet og til det teoretiske rammeverket.

4.6 Metodologiske refleksjoner

Ved bruk av fokusgruppe som metode, er det viktig at forskeren gir en realistisk vurdering av intern og ekstern validitet av resultatene (Malterud, 2002). Intern og ekstern validitet er sentrale begrep for å vurdere kvaliteten på et forskningsprosjekt, og i kvalitativ forskning handler intern validitet om hvorvidt vi har empirisk dekning for konklusjonene man trekker (Jacobsen, 2015). Ekstern validitet referer til i hvilken grad resultatene kan generaliseres til andre sammenhenger (Bryman, 2016, s. 384).

For å sikre intern validitet kan forskeren blant annet vurdere hvorvidt deltakerne har gitt en sann beskrivelse av virkeligheten (Jacobsen, 2015). En utfordring som ofte sees i kvalitativ forskning er at deltakere gjerne ønsker å fremstå på en sosialt riktig måte for forskeren (Miles & Huberman, 1994, sitert i Jacobsen, 2015 s. 231). Som følge av forskerens tannhelsefaglige bakgrunn, er dette derfor et fenomen som kan farge deltakernes svar i denne studien. Fenomenet kan dermed påvirke resultatene og svekke studiens indre validitet. På den andre siden, er det en styrke at kunnskapen som samles inn i studien er basert på to fokusgrupper,

fordi ifølge Jacobsen (2015) kan informasjon fra flere uavhengige kilder, bidra til at resultatene har intern validitet. Helsepersonalet i denne studien vil derfor være relevante kilder som kan bidra til å gi en sann representasjon av virkeligheten, og som dermed kan bidra til å styrke studiens indre validitet.

Et annet element som kan bidra til å styrke indre validitet i kvalitativ forskning, er å vurdere hvorvidt forskerens gjengivelse og fortolkning av resultatene er riktige (Jacobsen, 2015). I denne studien ble dette gjort gjennom informantvalidering, som ifølge Bryman (2016) handler om at deltakerne blir konferert med forskerens fortolkning av funnene. Informantvalidering ble gjennomført ved å regelmessig spørre deltakerne gjennom datainnsamlingen om forskeren hadde forstått dem riktig. I tillegg fikk deltakerne mulighet til å gi tilbakemelding på om de var enige i det som ble sagt gjennom oppsummeringsspørsmålet.

Som et ledd i å styrke intern validitet, kan man også vurdere om forskerens funn og konklusjoner gjenspeiler virkeligheten gjennom sammenligning med annen forskning (Jacobsen, 2015). Som det vil komme frem i kapittel 5, vil vi se at resultatene i denne studien i stor grad samsvarer med de presenterte funnene i litteraturgjennomgangen, noe som dermed kan bidra til å styrke studiens indre validitet.

I følge Bryman (2016) representerer ekstern validitet en utfordring i kvalitativ metode, fordi utvalget ofte er basert på få respondenter som gjør det utfordrende å generalisere funnene til andre enn dem man har undersøkt. Det er derfor vanskelig å påstå at et lite utvalg er representativt for en større populasjon. Likevel kan man ifølge Jacobsen (2015) argumentere for at et funn i kvalitativ forskning kan generaliseres på et moderat grunnlag, dersom utvalget er representativt for flere lignende enheter. På bakgrunn av det, kan det derfor være sannsynlig at resultatene fra denne studien til en viss grad kan generaliseres og ha overføringsverdi også til annet helsepersonell som jobber i hjemmesykepleien.

Et sentralt ledd i å vurdere kvaliteten i et kvalitativt forskningsprosjekt, handler også om forskerens evne til å være transparent gjennom forskningsprosessen. Det innebærer å gi en detaljert beskrivelse av forskningsprosedyrene og hvordan man har kommet frem til funnene, noe som gir leseren mulighet til å selv vurdere kvaliteten på forskningsarbeidet (Bryman, 2016). I denne studien har forskeren vært transparent gjennom å argumentere for valg av metode, dataanalyse, funn og konklusjon. I tillegg er samtalene i fokusgruppene tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett, hvor det er gjort rede for sentrale utfordringer knyttet til transkriberingen. Samtidig vil det i neste kapittel bli gjort rede for potensielle utfordringer knyttet til forskerens relasjon og kjennskap til forskningsfeltet, da det også kan ha betydning for studiens indre validitet.

4.7 Etske betraktninger

I et forskningsprosjekt stilles det krav om å ha et bevisst forhold til etiske aspekter ved både forskerrollen og utøvelsen av forskningsarbeidet (Bryman, 2016). Betydningen av dette blir fremhevet gjennom de nasjonale forskningsetiske retningslinjene (2019) som skisserer ulike forskningsetiske prinsipper som forskningsprosessen bør bygge på. Prinsippene handler om å ha respekt for deltakerne, hvor man skal gjennomføre forskning som er basert på gode og rettferdige hensikter. Prinsippet om integritet vektlegger at forskeren må følge normer og opptre ærlig og forsvarlig overfor kolleger og offentligheten. Integritet kan også knyttes til begrepet refleksivitet som ifølge Bryman (2016, s. 695) handler om forskerens evne å reflektere over konsekvensene av egen virkelighetsoppfatning, metoder, verdier og avgjørelser gjennom forskningsprosessen. I denne studien er forskerens refleksivitet over eget ståsted av stor betydning, fordi forskeren trer inn i forskningsfeltet med egen tannhelsebakgrunn. Det innebærer at forskeren har god kjennskap til forskningsområdet gjennom både fagutdanning og egen erfaring fra praksisfeltet. Egen forforståelse som er basert på personlige og

profesjonelle erfaringer kan dermed påvirke virkelighetsoppfatningen av temaet, noe som kan bidra til informasjonsskjevhet (bias) i dataanalysen (Bryman, 2016). På bakgrunn av det, har forskeren gjennom hele forskningsprosessen vært bevisst på å skape et objektivt, nøytralt og nyansert bilde av virkeligheten, både i møte med deltakerne og gjennom tolkning av dataene. I kvalitativ forskning har refleksivitet stor betydning, fordi det danner grunnlaget for studiens indre validitet (Drageset & Ellingsen, 2010).

Diener og Crandall (1978, sitert i Bryman, 2016, s.125) beskriver ulike hovedområder knyttet til forskningsetiske retningslinjer. Ett av disse handler om å ikke påføre deltakerne skade i form av for eksempel stress eller psykisk påkjenninger, noe som er spesielt viktig i kvalitativ forskning fordi man møter mennesker i forskjellige livssituasjoner som har ulike holdninger og verdier (Drageset & Ellingsen, 2010). Selv om temaet i denne studien ikke er av sensitiv natur, har forskeren gjennom datainnsamlingen vært bevisst på at det er et asymmetrisk forhold mellom forskeren og deltakerne. På bakgrunn av det har forskeren tilstrebet å møte helsepersonalets opplevelser og erfaringer på en profesjonell og respektfull måte.

Informert samtykke og personvern er to andre sentrale hovedområder som blir vektlagt av Diener & Crandall (1978, sitert i Bryman, 2016, 126). Førstnevnte innebærer at forskeren har ansvar for å sikre at deltakerne er tilstrekkelig informert om undersøkelsen og hva deltakelsen innebærer, slik at de på forhånd har mulighet til å samtykke eller avslå. Personvern handler om å beskytte informantenes identitet og privatliv, hvor begrepene anonymitet og konfidensialitet står sentralt. Forskerens redegjørelse for hvordan informert samtykke og personvern skulle ivaretas i studien, ble først kvalitetssikret gjennom Norsk senter for forskningsdata [NSD], som vurderte og godkjente studien før datainnsamlingen startet (se vedlegg 4). Deltakerne mottok også skriftlig informasjon om studien, inkludert samtykkeerklæring (se vedlegg 1). Informasjonsskrivet opplyste blant annet om formålet med

studien og hva det ville innebære for helsepersonalet å delta. Ved å sende deltakerne skriftlig informasjon i forkant fikk de anledning til å reflektere over informasjonen som ble gitt, og samtidig vurdere om de ønsket å delta i studien. Informert samtykke ble innhentet ved oppstarten av hver fokusgruppe. Helsepersonalets konfidensialitet ble ivaretatt ved å bruke pseudonavn gjennom transkriberingen og i masteroppgaven for øvrig. Selv om alderen til deltakerne blir nevnt, benevnes ikke disse som eksplisitte tall, men gjennom aldersgrupper (for eksempel 55-67). Forskeren har også tilstrebet å presentere dataen og deltakernes mening på en korrekt og sannferdig måte. For å sikre at alle deltakerens stemmer i studien er hørt, er det brukt sitater fra samtlige deltakere i dataanalysen.

Etter at transkriberingen var ferdig, ble lydopptaket oppbevart forsvarlig i en safe som kun forskeren har tilgang til. Lydopptaket slettes når prosjektet ferdigstilles. På bakgrunn av at forskeren har hatt tilgang på personidentifiserbart materiale, har det vært viktig å opprettholde taushetsplikten (Drageset & Ellingsen, 2010). Dette ble også fremhevet i tilbakemeldingen/vurderingen fra NSD, hvor det ble skissert at både forsker og informanter har et felles ansvar for at det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger om pasientene under intervjuene. På bakgrunn av oppfordringen fra NSD, ble helsepersonellet informert om bevisstheten knyttet til taushetsplikten ved oppstarten av intervjuene.

5. Presentasjon av funn

Hensikten med dette kapitlet er å gi datamaterialet mening, hvor funnene vil bli presentert i lys av forskningsspørsmålet; «Hvordan kan vi forstå helsepersonells opplevelse av å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?».

For å besvare forskningsspørsmålet, ble det på bakgrunn av dataanalysen etablert fire hovedtema og seks undertema. Disse er presentert i tabellen under.

Tabell 5. Presentasjon av tema i dataanalysen

Hovedtema	Undertema
Hensyn til brukermedvirkning	Helsehjelp i hjemmet
	Respekt for tannhelsevaner
	Redusert samtykkekompetanse
	Sykdom og livssituasjon
Fravær av samhandlingsrelasjoner	Mindre tilstedeværelse av tannpleier
	Mangelfull kommunikasjon vedrørende prosedyrer for munnstell
Variierende grad av motivasjon	
Teori og praksis	

De påfølgende kapitlene vil gi en utfyllende beskrivelse av de ulike temaene, og inkluderer anonymiserte utsagn fra deltakerne. Deltakerens yrke er satt i parentes, med mål om å gi utsagnet en bedre kontekst.

5.1 Hensyn til brukermedvirkning

Hos pasienter hvor munnstell var inkludert i den daglige pleieplanen, ble det i utgangspunktet utført morgen og kveld. Samtlige av helsepersonalet mente det var viktig at munnstellet ble ivaretatt på lik linje med annet stell, og det var kun en av deltakerne som hadde opplevd at munnstellet ble nedprioritert på grunn av dårlig tid.

Selv om helsepersonalet i begge fokusgruppene hadde gode rutiner på å utføre det daglige munnstellet, opplevde likevel majoriteten av helsepersonalet at mange pasienter ville utføre munnstellet selv. Flere mente dette handlet om at pasientene syntes at munnstell var en privat og intim del av det kroppslige stellet som de ikke ønsket helsepersonalet skulle ta del i. Helsepersonalet opplevde dette spesielt hos pasienter med proteser, og at pasientene av den grunn ikke ønsket å vise at de ikke hadde naturlige tenner. Det var derfor viktig for helsepersonalet å respektere pasientenes valg om å ikke ønske å motta hjelp, og de fremhevet at helsehjelpen de gav måtte være basert på frivillig samtykke. Rita (sykepleier) sier:

«... ja for all helsehjelp er jo frivillig. Alle pasientene må si de vil ha hjelp, og vi kan ikke tvinge pasientene til å pusse tennene hvis de ikke vil».

Dette temaet genererte 4 undertema. Disse vil gi en nærmere beskrivelse av hvordan helsepersonalet opplever at hensynet til brukermedvirkning påvirker dem til å kunne ivareta den orale helsen.

5.1.1 Helsehjelp i hjemmet

Helsepersonalet i begge fokusgruppene opplevde også at det var viktig å respektere pasientenes beslutninger om å ikke ønske hjelp til munnstell fordi helsehjelpen ble utført i pasientens private hjem. Kari (sykepleier) sier: «det er vanskelig hjemme, for hjemme er det jo de som bestemmer!». Dette gjorde at helsepersonalet opplevde de måtte være ekstra ydmyke

ovenfor pasientenes rett til å medvirke og bestemme over egne valg siden de bodde hjemme.

Silje (hjelpepleier) uttrykker:

... «ja for spesielt når du går på hjemmebesøk så er det deres plass- og vi er gjester både på badet og innenfor huset og du kan ikke bare bane deg veg inn! Selv om mange er veldig takknemlige hvis du spør om du skal hjelpe, så vil andre fikse det selv. Og da kan ikke vi bare si: nei det gjør du ikke».

Det at helsehjelpen ble utført i pasientenes hjem gjorde også at helsepersonalet i større grad følte de måtte akseptere pasientenes valg, fordi de mente de ikke kunne tvinge eller overstyre pasientenes beslutninger om å ikke ønske å ta imot hjelp. Astrid (sykepleier) sier:

«.. det noe med det at vi kommer hjem til noen og skal hjelpe dem i seng så sier de ja men jeg har nettopp vært på do og har ikke lyst å legge med enda og hvis jeg spør om vi skal ut på badet å pusse tennene så sier de gjerne at jeg har jo nettopp vært på badet og da kan ikke jeg stå der og dra i den ene armen og si jo kom; jeg har mitt oppdrag i å pusse dine tenner!».

Helsepersonalet i begge fokusgruppene opplevde likevel at pasientene hadde lettere for å godta hjelp til munnstell i tilfeller hvor de hadde smerter og ubehag i munnhulen, fordi da hadde pasientene en god grunn til å motta oral helsehjelp.

5.1.2 Respekt for tannhelsevaner

Helsepersonalet i den ene fokusgruppen mente også det var viktig å respektere pasientenes tannhelsevaner i henhold til hva de var vant med fra før. Enkelte opplevde blant annet at generasjonen av eldre som mottok hjemmesykepleie ikke var så opptatt av munnstell og at det bidro til at flere eldre ikke syntes oral helse var så viktig. Selv om helsepersonalet gjerne ønsket å hjelpe dem og var klar over konsekvensene av å ikke gjennomføre munnstell, var det likevel viktig for dem å ta hensyn til og vise respekt for den enkeltes vaner og behov.

Rita (sykepleier) beskriver det slik:

... «generasjonen som er her nå, de har jo gjerne pusset tennene med saltvann og de har drukket saft fra de var små, ikke sant, så de har det ikke så innarbeidet som neste generasjon vil ha. Så jeg det er litt viktig å ... for hvis du ikke har vært så nøye i hele ditt liv så kræsjer det med en annen generasjon som synes dette er veldig viktig, så vi må jo respektere hva de er vant med. Hvis de er vant med å pusse tennene bare en gang om dagen og har gjort det i 90 år, så må de få lov til det de siste årene de har igjen ...».

5.1.3 Redusert samtykkekompetanse

Det var også bred, felles enighet i begge fokusgruppene at de opplevde det kunne være krevende å utføre munnstell på pasienter som hadde demens. Helsepersonalet opplevde at flere av pasientene med demenssykdom kunne ha aggressiv atferd, eller hadde varierende dagsform som gjorde at de ofte ble sinte og ikke ville åpne munnen. Selv om helsepersonalet alltid forsøkte å bearbeide og roe ned pasientene, fremhevet de likevel at de ikke kunne presse pasientene for mye fordi det var viktig for dem å ikke skape unødig uro. Åse sier blant annet: «det viktigste for oss er at pasientene får en rolig natt». Pasientenes motstand og manglende samtykkekompetanse førte dermed til at helsepersonalet opplevde det var vanskelig å få gjennomført munnstellet. Tone (hjelpepleier) forklarer:

...» det som gjerne er vanskelig med demente pasienter er at de kanskje ikke helt forstår hva vi vil hjelpe dem med. Det kan nesten føles som et overgrep. Det gjør at det er veldig vanskelig å utføre munnstell fordi de ikke er med på det selv og forstår hva vi vil hjelpe dem med ... «.

Helsepersonalet i begge fokusgruppene opplevde likevel at det var enklere å utføre munnstell på demente pasienter dersom de hadde proteser, fordi det krevde mindre samarbeid, i tillegg til at det gikk raskere enn å pusse pasientens naturlige tenner. Enkelte opplevde også at det var enklere å utføre munnstell på pasienter med demenssykdom som var vant med gode tannhelse rutiner fra før av, fordi de mente at de innarbeidede rutinene ofte ikke ble glemt selv

om de var blitt syke. Rolf sier «jeg opplevde her en gang at vi hadde en hundreåring, og hun hadde helt fine tenner og hun lot oss pusse dem morgen og kveld selv om hun var helt dement. Hun har sikkert gjort det helt siden hun var liten».

5.1.4 Sykdom og livssituasjon

Selv om flertallet av pasientene i hjemmesykepleien bestod av eldre pasienter, var det også yngre pasienter som mottok tjenestetilbudet, for eksempel pasienter som hadde kreftdiagnose. Helsepersonalet i den ene fokusgruppen opplevde det var spesielt krevende å utføre munnstell på denne pasientgruppen, fordi pasientene ofte var svært syke og hadde store plager. Mange av disse pasientene var ofte kvalme, og hadde problemer med å gjennomføre munnstell. Helsepersonalet forsøkte likevel så godt de kunne å utføre alternative løsninger til munnstell, som for eksempel å fukte munnhulen med tuffere. Likevel mente de det var viktig å vise både respekt og forståelse for pasientenes valg om å ikke orke å ta imot oral helsehjelp, selv om det ofte førte til at de ikke fikk gjennomføre munnstellet slik de skulle ønske. Helsepersonalet mente likevel det var viktig for dem å få frem denne problemstillingen, både for å belyse det etiske aspektet ved brukermedvirkning, men også for å skissere kompleksiteten som helsepersonalet i hjemmesykepleien ofte stod ovenfor knyttet til det å ivareta den orale helsen. Astrid (sykepleier) sier blant annet:

.. «men så ser vi jo også at når vi snakker om gamle og demente, men i hjemmesykepleien er vi jo også hjemme hos yngre som er alvorlig syke og da kan det jo bli litt utfordrende i forhold til alvorlig syke kreftpasienter som blir kvalm bare de ser tannkosten eller brekker seg bare noe kommer inn. Da ser vi plutselig andre utfordringer enn bare det å ikke har lyst. Så det er jo ganske vesentlig i forhold til vår rolle i hjemmesykepleien. Men det er jo en viktig del av oral helse det også».

5.2 Fravær av samhandlingsrelasjoner

Helsepersonalet i begge fokusgruppene mente de hadde gode rutiner på å informere pasientene om retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Det var en av sykepleierne som hadde hovedansvar for å levere skriftlig informasjon om rettighetene til pasientene, og disse ble systematisk delt ut en gang i året. Helsepersonalet i den ene fokusgruppen fortalte likevel at det i perioder var lite tannlegedekning i kommunen, noe som førte til at pasientene måtte reise til nabokommunen for å komme til tannlegen. Dette var en utfordring som de mente medførte en tilleggsbelastning for pasientene, og som gjorde at flere ikke ønsket/orket å benytte seg av retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Den generelle oppfatningen blant helsepersonalet i begge fokusgruppene, var likevel at majoriteten av pasientene ønsket å benytte seg av retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester.

Det var likevel bred enighet i begge fokusgruppene at de savnet tilbakemelding fra tannhelsepersonalet når pasientene hadde vært til tannbehandling. Helsepersonalet forklarte at når pasientene skulle til tannbehandling var det i de fleste tilfellene pårørende som fulgte dem, eller så tok pasientene taxi og klarte seg på egenhånd. Dette resulterte i at helsepersonalet ofte gikk glipp av verdifull informasjon som ble gitt om pasientenes orale helsetilstand. De skulle derfor ønske at de fikk informasjon og tilbakemelding fra tannklinikken når pasientene hadde vært til behandling, slik at de fikk vite hvordan de på best mulig måte kunne ivareta og følge opp pasientenes orale helse. Rita (sykepleier) sier:

«Jeg synes ikke samarbeidet er så veldig sprekt jeg. Vi hadde nettopp en som skulle smøre tannkrem rundt alle tennene, men jeg skjønnte jo ingenting for jeg hadde jo ikke fått noe informasjon. Hadde jeg fått informasjon om hva dette skulle være godt for, og hvor lenge det skulle være på, da hadde også jeg forstått noe, hvis det ikke bare hatt gått gjennom brukeren»

I tillegg mente helsepersonalet at informasjonen de skulle fått burde vært skriftlig, fordi de opplevde at de eldre pasientene ofte ikke oppfattet og forstod den muntlige tilbakemeldingen som ble gitt av tannhelsepersonalet. Noen mente dette kunne skyldes at de eldre pasientene ofte ble stresset av å gå til tannlegen, og at de derfor ikke fikk med seg alt som ble sagt. Enkelte følte også at flere av de eldre gjerne ikke husket at de hadde vært hos tannlegen. I tillegg ble det fremhevet i den ene fokusgruppen at flere av tannlegene som hadde jobbet på tannklinikken de siste årene, ikke hadde norsk etnisitet, noe som førte til at pasientene ofte ikke forstod tannhelseinformasjonen som ble gitt. Helsepersonalet mente derfor det hadde vært mye bedre om pasientene hadde fått med seg skriftlig informasjon fra tannklinikken slik at pasientene kunne lese informasjonen i fred og ro senere. I tillegg ville skriftlig informasjon gitt helsepersonalet mulighet til å sette seg inn i tannhelseinformasjonen som ble gitt. Jane (sykepleier) beskriver det slik:

...» det hadde vært bra og fått noe skriftlig fordi pasienten sier en ting og det kan være de har misforstått det som er blitt sagt. Det er ikke sånn som det er hos legen, fordi hvis de trenger noe til behandling, da får vi tilbakemelding med en gang, men med tannpleieren er det ikke det samme. Så hvis de gamle får et skriv med seg, for det er ikke alltid lett for dem å forstå heller, men hvis det er skriftlig kan de lese det mange ganger».

En nærmere beskrivelse av hvordan helsepersonalet opplevde at samhandlingsrelasjonen med tannhelsetjenesten påvirket dem til å ivareta den orale helsen, vil bli ytterligere beskrevet i undertemaene: mindre tilstedeværelse av tannpleier og endring av retningslinjer for munnstell.

5.2.1 Mindre tilstedeværelse av tannpleier

Helsepersonalet i den ene fokusgruppen fortalte at på grunn av omorganisering i kommunen de siste årene, var langtidsavdelingen på omsorgssenteret blitt redusert til korttids-

og rehabiliteringsavdeling. Det var kun ved akutt sykdom, som for eksempel ved lårhalsbrudd eller opptrening, at pasientene fikk opphold på omsorgssenteret. Som konsekvens av de strukturelle endringene, var tannpleieren sjeldnere tilstede på omsorgssenteret og utførte regelmessige tannhelseundersøkelser av pasientene. Dette førte til at helsepersonalet fikk færre tilbakemeldinger fra tannpleieren om hvordan pasientenes orale helse burde ivaretas. Åse (hjelpepleier) sier:

«ja det hadde vært lettere om tannpleieren bare kom inn sånn som hun tidligere gjorde på langtidsavdelingen og hadde en gjennomgang på de. En profesjonell som kom inn og så på de og sa: ja du bør få nye proteser».

Flere opplevde også at tilbakemeldingene som tannpleieren gav til pasientene/helsepersonalet, bidro til at det var lettere for dem å ivareta pasientenes orale helse, fordi de mente at eldre pasienter i mye større grad hørte på råd som ble gitt av «spesialister». Dersom tannpleieren gav beskjed om at tannhelserutinene burde forbedres, opplevde helsepersonalet at det i ettertid var lettere for dem å få komme i posisjon til å få gjennomføre munnstellet.

5.2.2 Mangelfull kommunikasjon vedrørende prosedyrer for munnstell

Helsepersonalet i den ene fokusgruppen opplevde også at det stadig kom nye retningslinjer fra tannhelsetjenesten vedrørende prosedyrer for munnstell. Utfordringen med det var at helsepersonalet ikke fikk beskjed eller opplæring fra tannhelsetjenesten om disse endringene, noe som førte til at de ble usikre på hvordan de på best mulig måte skulle utføre munnstell på pasientene. Den ene sykepleieren opplevde også at de nye prosedyrene førte til at helsepersonalets troverdighet ble svekket, fordi de til stadighet måtte introdusere pasientene for nye prosedyrer. Helsepersonalet mente derfor det burde vært bedre kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien, slik at helsepersonalet til enhver tid visste

hvordan de skulle forholde seg til de ulike tannhelseprosedyrene. Kari (sykepleier) forklarer det slik:

...» det var noe med gebissene også. Det var noe med eddik og vann, men nå skal gebissene ligge tørt. Og når pasientene har den vanen, så stoler de nesten ikke på meg når jeg sier at gebisset ikke skal ligge i vann og neste gang jeg kommer så stoler de ikke på meg- for du vet jo ingenting! Så derfor er det viktig at de som er profesjonelle og jobber med dette hver dag, snakker med oss om dette. Vi prøver jo å følge med men ... «.

5.3 Varierende grad av motivasjon

Helsepersonalet i begge fokusgruppene mente munnstell var en viktig del av pasientenes grunnleggende behov, og de var bevisst på det selvstendige ansvaret de hadde for å ivareta den orale helsen. Det var blant annet viktig for helsepersonalet at pasientene opplevde velvære ved å ha rengjorte tenner og proteser, samtidig som de mente det var viktig å ivareta den orale helsen av hensyn til pasientens fysiske og psykiske helse. Silje (hjelpepleier) sier: «... ja for tannhelsen er jo en stor del av helsen- og betyr så enormt mye og den orale helsen henger sammen med hele kroppen». Den ene sykepleieren mente også det var viktig å ta seg god tid til å utføre munnstellet, fordi mange eldre gjerne var ensomme og hadde behov for å prate. Til tross for at samtlige var enige i at munnstellet var en viktig del av deres ansvarsområde, kom det likevel frem i begge fokusgruppene at ikke alle var like motiverte for å gjennomføre denne pleie- og omsorgsoppgaven. En av sykepleierne betraktet blant annet det å pusse tennene på seg selv som «kjedelig», og mente denne holdningene gjenspeilte motivasjonen for å utføre munnstell på pasientene. Enkelte mente også at motivasjonen til å utføre munnstell hadde sammenheng med personlige interesseområder, og at det påvirket motivasjonen for munnstell. Rita (sykepleier) sier:

...» Jeg tenker det har vel litt med interesser og gjøre. Tannstell står ikke akkurat like høyt i kurs hos alle. Noen pleiere liker jo godt hår, og synes det er kjekt å krølle håret til de gamle. Så det kommer jo litt an på «hvor du er», noen er veldig opptatt av klær, mens andre bare tar på dem noe. Sånn er det nok med tenner også».

En annen sykepleier opplevde at motivasjonen for munnstell varierte i forhold til egen dagsform, og at det kunne føre til at munnstellet ikke ble gjennomført:

«.. men hvis jeg har en dårlig dag og «gamlemor» nekter å pusse tennene, da kjenner jeg at jeg fort gir etter. Særlig hvis jeg har ti andre ting som venter og jeg ikke kommer i gang, ja da hopper jeg gjerne over tannpussen ...» (Astrid, sykepleier).

Helsepersonalet i den ene fokusgruppen opplevde også at mangel på adekvat utstyr påvirket både motivasjonen og muligheten deres til å gjennomføre tilstrekkelig munnstell på pasientene. Enkelte mente blant annet at eldre ofte ikke ønsket å bruke penger på for eksempel elektriske tannbørster, og som resultat måtte helsepersonalet ofte pusse tennene med utslitte tannbørster. Dette førte til at de ikke fikk gjennomført munnstellet så grundig som de gjerne ønsket, i tillegg til at det gjorde dem mindre motivert til å ivareta den orale helsen. Jane (sykepleier) sier:

«... vi møter på mange gamle tannkoster ja. Og da er det ikke akkurat så kjekt å begynne å pusse tennene med den stiv og gammel tannkost, da er det ikke akkurat så lett».

Noen av deltakerne mente også at det hadde vært positivt om tannpleieren hadde hatt mer tannhelsefaglig undervisning for helsepersonalet og for pasientene, fordi de mente det hadde gitt dem mer motivasjon og kunnskap om hvor viktig oral helse var.

5.4 Teori og praksis

Helsepersonalet i begge fokusgruppene opplevde å ha gode kunnskaper om oral helse, og de hadde god forståelse av hvor viktig det var å ivareta den orale helsen i forhold til pasientenes generelle helse. Flere erfarte også at de hadde lært mye om oral helse gjennom yrkeslivet, og enkelte fortalte at de hadde hatt stort utbytte av tannhelseundervisningen fra tannpleieren. Olaug (helsefagarbeidet) sier blant annet: «.. ja for jeg husker vi har hatt tannpleier her tidligere, hun kom for å vise oss hvordan vi skulle pusse og stelle gebissene med Zalo. Når hun har vært her, husker jeg bedre, og jeg tror det er fort gjort at vi glemmer hvordan vi skal gjøre det her i hjemmesykepleien». Samtlige hadde også fått grunnleggende opplæring i oral helse, selv om mengden undervisning varierte mellom utdanningene. Helsepersonalet som hadde gjennomført utdanningen i et annet land enn Norge, og de som hadde fullført utdanningen for mange år siden, opplevde de hadde hatt mindre fokus på oral helse og prosedyrer for munnstell enn dem som hadde gjennomført utdanningen det siste tiåret. Til tross for at samtlige hadde hatt undervisning i oral helse gjennom utdanningsforløpet, erfarte likevel flere at det kunne være vanskelig å utføre det praktiske munnstellet. Noen opplevde blant annet at det kunne være utfordrende å gjennomføre munnstell på pasienter som hadde kroner og broer, og enkelte syntes det var vanskelig å pusse tennene fordi de opplevde de eldre hadde utfordrende forhold i munnhulen som gjorde det praktiske munnstellet vanskelig. Rita (sykepleier) sier også:

«... jeg synes det praktiske munnstellet kan være litt vanskelig fordi hvis du tenker deg et sårskift for eksempel så ser du jo hele såret, men når det gjelder munnstell så føler jeg jo at jeg jobber litt i blinde, jeg peiser jo bare på uten å ha hele kontrollen på hva jeg gjør. Spytt de ut etterpå, eller har de mye smuler igjen- jeg kjenner jo ikke munnen, så jeg synes selve tannstellet er vanskelig».

Den ene sykepleieren opplevde også at munnstell ble utført enda grundigere på skolen enn hva som ble gjort i hjemmesykepleien, fordi på skolen måtte de være ekstra nøye med munnstell for å kunne bestå eksamen. Astrid (sykepleier) sier:

«Men når du gjennomfører munnstell på en praktisk prøve eller eksamen så er du mer anstendig enn hva du er til vanlig, jeg vil ikke akkurat si at det er så mange som pusser i seng på den måten som vi gjorde da. Vi måtte jo være nøye for ellers så strøk vi jo! Vi kom ikke videre hvis vi ikke gjorde det slavisk etter boken. Så jeg tror nok det er mer anstendig på skolebenken enn hva det er i virkeligheten».

6. Diskusjon

6.1 Introduksjon

Målet med denne studien var å få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Gjennom litteraturgjennomgangen har vi sett at tidligere forskning har hatt fokus på temaet. Flere av funnene fra studien samsvarer med den tidligere forskningen, og bidrar dermed til å tilføre mer kunnskap og forståelse av kompleksiteten på området. Etter forskerens kjennskap, er det gjort lite kvalitativ forskning innenfor temaet i norsk sammenheng.

Dette kapittelet vil innledningsvis belyse studiens begrensninger. Resultatene som vil bli diskutert og sammenlignet med tidligere forskning i kapittel 6.3, har til hensikt å belyse hva studien tilføyer forskningsfeltet.

6.2 Studiens begrensninger

Det er flere begrensninger i denne studien som det er viktig å diskutere. Dette er essensielt med tanke på hvorvidt begrensningene har bidratt til å redusere integriteten og validiteten av forskningen. Ulike aspekt knyttet til dette, er også blitt diskutert i kapittel 4.6. Siden dette er en kvalitativ studie, er det for det første viktig å være bevisst på forskerens innflytelse over datamaterialet. Av den grunn, har det vært et viktig mål å være transparent gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren har derfor vært bevisst på å beskrive aktuelle utfordringer og begrensninger i studien gjennom kapittel 4, hvor det har vært viktig å fremheve egen forforståelse som mulig kilde til informasjonsskjevheter. Ifølge Bryman (2016) er kvalitativ forskning blitt kritisert for å være for subjektiv, hvor forskerens egen forforståelse og opplevelse av hva som er viktig, kan gjenspeile funnene og tolkningen av dataen. Gjennom

tolkningen av dataen, har det derfor vært viktig å fremstille deltakernes respons gjennom deres forståelse av virkeligheten.

Flere av begrensingene i denne studien skyldes også forskerens uerfarenhet i forskningsfeltet. Gjennom transkriberingen og analysen kom det blant annet frem at deltakerne burde blitt stilt enda flere oppfølgingsspørsmål under fokusgruppeseansene, slik at enda mer dybdeinformasjon hadde blitt innhentet. Som konsekvens, kan dette ha ført til fravær av sentral datainformasjon. Det er mulig at denne begrensingen kunne vært unngått dersom det hadde blitt gjennomført flere pilottester av fokusgruppespørsmålene, slik at forskeren hadde fått mer erfaring med selve «intervju» situasjonen. En annen begrensning som ble registret gjennom transkriberingen og dataanalysen, er at deltakerne som snakket lite gjennom samtalene, burde blitt viet enda mer oppmerksomhet fra forskerens side. Det er grunn til å tro at de «stille» deltakerne kunne ha tilført studien ytterligere informasjon dersom de i større grad var blitt oppfordret til å svare.

Det er også begrensinger knyttet til utvalget. Deltakerne i denne studien kommer fra en liten distriktskommune, og det er mulig at responsen fra deltakerne på enkelte spørsmål ville vært annerledes dersom utvalget ble rekruttert fra en større kommune eller by. Da deltakerne i den ene fokusgruppen snakket om hvorvidt de opplevde bemanningssituasjonen påvirket dem til å ivareta den orale helsen, sa den ene deltakeren at det ikke var noe problem fordi de bodde i en «god kommune». Det kan være at responsen på dette spørsmålet hadde vært annerledes dersom datainnsamlingen ble gjort i en storby hvor bemannings- og arbeidssituasjonen kanskje var en helt annen. Dette aspektet kan derfor være viktig å ta i betraktning ved eventuell fremtidig forskning. Studien er også basert på et relativt lite utvalg innenfor et begrenset geografisk område. Selv om det er vanlig med små utvalg i kvalitativ forskning, kunne likevel videre forskning med fordel inkludert enda flere deltakere fra ulike geografiske områder, da det trolig kunne tilført forskningsområdet enda mer forståelse og

kunnskap. Det hadde også vært interessant å utvidet forskningsområdet til å inkludere både tannhelsepersonell og ledelsespersonell i hjemmesykepleien, da det trolig kunne gitt et enda mer nyansert og flerfoldig bilde av virkeligheten.

Studiedesignet som ble valgt til å besvare forskningsspørsmålet i masteroppgaven, var en tverrsnittstudie. En av ulempene ved å bruke dette designet, er at det ikke gir mulighet for å si noe om hvorvidt helsepersonalets opplevelser av å ivareta den orale helsen, endres over tid. Helsepersonalet mente blant annet at det ville bli enklere å ivareta pasientens orale helse hos neste generasjon, fordi de var vant med bedre tannhelse rutiner enn nåværende generasjon. På bakgrunn av det, kunne det i et fremtidig forskningsperspektiv vært interessant og vurdert et annet design som for eksempel et longitudinelt studiedesign. Det kunne gitt forskningsfeltet en mulighet til å si noe om hvorvidt de ulike utfordringene helsepersonalet opplever, endres over tid.

6.3 Diskusjon av funn

På grunn av manglende samtykkekompetanse hos pasienter med demens, opplevde helsepersonalet at det kunne være vanskelig å gjennomføre munnstell på denne pasientgruppen. Flere av disse pasientene hadde til tider utagerende atferd som gjorde munnstellet utfordrende. Dette funnet samsvarer med tidligere internasjonal forskning som viser at helsepersonell betrakter munnstell på demente pasienter som en krevende pleie- og omsorgsoppgave (Göstemeyer et al., 2019; De Visshere et al., 2013). Wård et al. (2000) og Norrie et al. (2019) fremhever også at munnstell på pasienter med demens gjør at helsepersonalet opplever de kommer i konflikt med pasientenes integritet og verdighet. En lignende opplevelse beskrives også av helsepersonalet i denne studien, hvor de forklarer at munnstellet på demente pasienter kan føles som et «overgrep» fordi pasientene ikke forstår hensikten og omfanget av helsehjelpen som blir gitt. Det er også interessant å merke seg at

helsepersonalet opplevde det var enklere å gjennomføre munnstell på demente pasienter som hadde proteser. Dette var fordi rengjøring av proteser krevde mindre samarbeid av pasientene, i tillegg til at det gikk raskere enn å gjennomføre munnstell på pasientens naturlige tenner. Tatt i betraktning de demografiske utviklingstrekkene som skisserer at flere vil få demens (Helsedirektoratet, 2019) og at stadig flere eldre vil bevare sine naturlige tenner livet ut (Fjæra et al., 2010; Strand et al., 2005), kan funnet indikere at munnstell på demente pasienter kan komme til å bli en økende utfordring i årene fremover.

I studien kommer det også frem at helsepersonalet opplevde at mange pasienter ikke ønsket å motta oral helsehjelp fordi pasientene betraktet munnhulen som et privat og intimt område, særlig protesebrukerne. Lignende funn sees i studien til Forren et al. (2018), som viser at munnstellet oppleves som et personlig og tabubelagt område som fører til at munnstellet er utfordrende å gjennomføre. I lys av tidligere internasjonal forskning som viser at protesebruk er et synkende fenomen blant eldre pleietrengende pasienter (Müller et al., 2007), er det dermed grunn til å tro at munnstell kan komme til å bli en mindre tabubelagt pleie- og omsorgsoppgave i årene fremover. Dette kan føre til at eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i større grad vil tillate helsepersonell å bistå med det daglige munnstellet, noe som vil kunne ha positiv effekt på pasientenes orale helse.

I henhold til brukerperspektivet, viste også funnene at helsepersonalet mente det var viktig å respektere pasientenes valg om ikke å motta hjelp til munnstell på bakgrunn av at helsehjelpen ble utført i hjemmet. Helsepersonalet var tydelige på at pasientene skulle ha innflytelse over beslutningene som ble tatt i eget hjem, et funn som indikerer at helsepersonalet er opptatt av pasientenes autonomi. Dette blir også påpekt av Mitzner et al. (2014), som fremhever betydningen å fremme pasientenes autonomi når helsetjenester utføres i hjemmet. Det var også viktig for helsepersonalet å vise respekt for pasientens etablerte tannhelsevaner og individuelle valg om ikke å motta hjelp til munnstell i henhold til sykdomsbilde og

livssituasjon. Helsepersonalet opplevde blant annet at yngre pasienter som var svært syke ikke hadde nok krefter til å motta nødvendig og optimalt munnstell, noe som førte til at munnstellet ble gjennomført på deres premisser. Disse funnene indikerer at pasientenes deltakelse i beslutningsprosesser står sentralt i helsehjelpen som ytes, og er i samsvar med pasientenes rettigheter knyttet til brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Funnene kan også sees i relasjon med Houston og Cowleys (2002) beskrivelse av hvor viktig det er å fremme og ivareta brukerperspektivet/empowerment i møte med pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge Houston og Cowley (2002) er det betydningsfullt at helsepersonell er lydhøre ovenfor pasientens ønsker og behov, selv om behovet nødvendigvis ikke alltid samsvarer med helsepersonalets opplevelse av hva pasientene trenger. Sistnevnte funn er likevel bekymringsfullt med tanke på de nasjonale utviklingstrekkene som hjemmesykepleien står ovenfor, som viser at helse- og omsorgstjenesten opplever en vekst av yngre tjenestemottakere som har behov for avansert helsehjelp (Dale et al., 2015, Birkeland & Flovik, 2018). Dersom munnstell på denne pasientgruppen uteblir, kan det på sikt få konsekvenser for den orale helsen. Dette er i kongruens med tidligere forskning som viser at manglende oral hygiene kan gi økt risiko for oral sykdomsutvikling (Matri et al., 2015; Strand et al., 2005).

Selv om majoriteten av pasientene i hjemmesykepleien benyttet seg av retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester, viste funn fra studien at manglende kommunikasjon mellom de to tjenestenivåene var en utfordring som påvirket helsepersonalet i å ivareta den orale helsen. Dette stemmer godt overens med andre studier som viser at fravær av kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten, kan føre til at pasientene i hjemmesykepleien hverken får tilstrekkelig oppfølging eller får ivaretatt de rettighetene de har krav på (Fjæra et al., 2010; Seim et al., 2014). Det var også bred enighet i begge fokusgruppene at de savnet tilbakemelding fra tannklinikken når pasientene hadde vært til behandling, noe

som gjorde at det ble vanskelig å følge opp den orale helsen. Dette er en utfordring som også sees i studien til Forren et al. (2018), som viser at det sjeldent kom tilbakemelding fra tannlegen om videre oppfølging av pasientenes orale helse. Et annet funn knyttet til samme tema, var at helsepersonalet mente informasjonen de skulle ha fått fra tannhelsepersonalet, burde vært skriftlig. Ifølge helsepersonalet ville skriftlig informasjon bidratt til at både pasientene og helsepersonalet fikk en bedre forståelse av tannhelseinformasjonen som ble gitt. Dette funnet kan knyttes til lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999) som fremhever at helsepersonell så langt som mulig skal sikre at informasjonen som gis til pasientene skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Kessels (2003) påpeker også at det er sentralt at den medisinske informasjonen som gis til eldre må være så detaljert og nøyaktig som mulig, fordi de eldre har ofte problemer med å forstå, og/eller huske informasjonen som gis. På bakgrunn av disse funnene, er det derfor grunn til å spørre seg hvorvidt tannhelsetjenesten gir pasientene tilstrekkelig informasjon som er nødvendig for at de skal kunne forstå innholdet og betydningen av tannhelseinformasjonen som de har krav på?

Et annet funn i studien som viste at kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien var en utfordring, oppstod i forbindelse med revisjon av retningslinjer for munnstell. I tilfeller hvor det kom nye anbefalinger fra tannhelsetjenesten om prosedyrer for munnstell, ble helsepersonalet ikke informert om disse. De fikk heller ikke opplæring i de nye prosedyrene. Dette bidro til å skape usikkerhet blant helsepersonalet om hvordan munnstellet skulle utføres på en adekvat måte til pasientens beste. Vi ser lignende funn i oversiktsstudien til Hearn og Slack-Smith (2015), som viser at helsepersonell ofte ikke er kjent med retningslinjene for hvordan munnstellet skal ivaretas. Dette skyldes at helsepersonalet ofte ikke blir tilstrekkelig involvert i avgjørelsene som blir tatt knyttet til munnstell. I henhold til tannhelsetjenestens ansvarsområde knyttet til å medvirke til opplæring av helsepersonell

(Tannhelsetjenesteloven, 1983, § 6-1), kan funnet tyde på at tannhelsetjenesten har et stort forbedringspotensialet på dette området.

Som resultat av de strukturelle endringene i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, var tannpleieren sjeldnere tilstede på omsorgssenteret. Som konsekvens, fikk helsepersonalet og pasientene mindre tilbakemeldinger fra tannpleieren om hvordan den orale helsen skulle ivaretas. Dette er et interessant funn, blant annet fordi helsepersonalet mente at pasientene i større grad var mottakelige for faglige råd som ble gitt av «spesialister». Lignende funn sees også hos Forren et al. (2018), som viser at pasientene er åpnere for tilbakemeldinger fra tannpleieren, samtidig som de er mer positivt innstilt til at tannpleieren skal få undersøke tennene. Funnet fra studien bidrar dermed til å understøtte tidligere forskning som viser hvor viktig det er at både pasienter og helsepersonell har regelmessig kontakt med tannhelsepersonell (Göstemeyer et al., 2019).

Selv om helsepersonalet betraktet munnstell som en viktig pleie- og omsorgsoppgave, meddelte helsepersonalet likevel at de ikke alltid var like motivert til å gjennomføre det daglige munnstellet. Mangel på motivasjon skyldes personlige årsaksforhold eller mangel på nødvendig utstyr. Sistnevnte var også avgjørende for om helsepersonalet fikk gjennomføre tilstrekkelig munnstell. Dette funnet påpekes også hos Hearn og Slack- Smith (2015), som viser at mangel på motivasjon blant helsepersonell fører til lav prioritering av munnstell. Samtidig viser oversiktsstudien til Göstemeyer et al. (2019) at økt tilstedeværelse av tannhelsepersonell, kan bidra til å fremme motivasjon for å gjennomføre munnstell. Lignende funn blir også rapportert av enkelte deltakere i denne studien, som viste at tannhelsefaglig undervisning fra tannpleieren kunne bidratt til å fremme motivasjonen hos både helsepersonalet og pasientene.

Helsepersonalet i studien opplevde å ha gode kunnskaper om oral helse, og samtlige hadde hatt grunnleggende opplæring i oral helse. Til tross for dette, erfarte flere at det kunne være utfordrende å gjennomføre munnstellet i praksis. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning som viser at helsepersonell opplever å ha lite praktiske ferdigheter i å utføre munnstell (De Visshere et al., 2013; Forren et al, 2018, Wårdh et al., 2012). Funnet kan dermed indikere at det er en diskrepans mellom helsepersonalets teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter, noe som også samsvarer med tidligere forskning (Forsell et al., 2012). Funnet kan dermed tyde på at det er behov for både et tettere samarbeid, men også behov for økt tilstedeværelse av tannhelsepersonell i hjemmesykepleien, fordi det trolig kunne bidratt til «å tette spriket» mellom helsepersonalets teoretiske kompetanse og den praktiske gjennomførelsen av munnstellet. Sistnevnte, ville også vært i samsvar med tidligere funn fra studien, som viser at helsepersonalet etterlyser bedre opplæring og oppfølging fra tannhelsetjenesten. Et annet interessant funn knyttet til dette temaet, var at en av deltakerne oppgav at munnstellet ble utført mer «anstendig» på skolen enn hva som ble gjort i praksis. Dette var fordi de kunne risikere å ikke bestå eksamen dersom munnstellet ikke ble utført nøyaktig nok på skolen. Selv om det riktignok bare var en av deltakerne som rapporterte om dette, gir likevel funnet grunn til bekymring for om dette kan være en mulig problemstilling også blant andre helsepersonellansatte i hjemmesykepleien?

6.4 Funnene i lys av et folkehelseperspektiv

Funnene fra studien har gitt innsikt i hvordan helsepersonell i en distriktskommune på Vestlandet opplever å ivareta den orale helsen hos pasienter i hjemmesykepleien. Selv om flere av funnene understøttes av tidligere forskning, har studien også tilført forskningsfeltet ny kunnskap som viser at hensynet til brukermedvirkning ser ut til å spille en viktig rolle i å ivareta pasientenes orale helse. Dette ser vi i funnene som viser at helsepersonalet opplever

det er viktig å vektlegge brukerperspektivet når helsehjelpen blir utført i pasientens hjem, ved alvorlige sykdomssituasjoner og i tilfeller hvor tannhelsevanene er veletablert hos de eldre. I lys av disse funnene, er det derfor positivt at det er rettet politisk oppmerksomhet mot brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten gjennom NOU 2018:16; «*Det viktigste først*». I utredningen ser vi blant annet at kommunene blir oppfordret til å sikre at helsepersonellens kompetanse og håndtering knyttet til etiske dilemmaer i forbindelse med brukermedvirkning, blir vektlagt i enda større grad. I det ligger også at helse- og omsorgstjenesten bør tilstrebe å få bedre rutiner og «kultur» for å kunne diskutere etiske problemstillinger som oppstår. Dette kan oppnås ved at ledelse og administrasjon legger til rette for at helsepersonell får anledning til å drøfte og vurdere etiske dilemmaer som oppstår i forbindelse med brukermedvirkning.

De empiriske funnene i sin helhet, indikerer at helsepersonalet står ovenfor komplekse utfordringer som har betydning for å kunne ivareta pasientenes orale helse. For å imøtekomme kompleksiteten, anses det som viktig å adressere problemstillingen på et tverrsektorielt nivå. Dette er i tråd med føringer fra folkehelseloven som stiller krav om at helsetjenesten skal fremme befolkningens helse i samarbeid med andre aktører: «loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte» (Folkehelseloven, 2011, §1).

Betydningen av tverrsektorielt samarbeid blir også presisert i Meld. St. nr. 15 (2017-2018) *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Stortingsmeldingen fremhever at for å lykkes i det helsefremmende- og forebyggende arbeidet med å gi eldre pleietrengende pasienter god oral helse livet ut, er det sentralt med et tverrsektorielt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Dette blir også vektlagt i studien til Hovden et al. (2017), som poengterer at et forpliktende samarbeid som involverer en tydelig ansvar- og oppgavefordeling mellom de to tjenestenivåene, vil være avgjørende for å utvikle bedre samhandlingsrelasjoner. Gjennom tettere dialog vil det også være mulig å avdekke behov for

tannhelsefaglig opplæring av helsepersonalet, hvor opplæring og kunnskapsoverføring både vil kunne skape bedre samhandlingsrelasjoner og kvalitet på den orale helseomsorgen som gis. I tillegg vil opplæring og kunnskapsdeling kunne ha betydning for oppfølgingen av den orale helsen hos de eldre i hjemmesykepleien. Ifølge Strand et al. (2017) vil også tilstedeværelsen av tannhelsepersonell, gi tydelige signaler på at oral helse er en viktig pleie- og omsorgsoppgave. Betydningen av et tverrsektorielt folkehelsearbeid i helsetjenesten, blir også fremhevet i Ottawa charteret (1986, s. 5):

«The responsibility for health promotion in health services is shared among individuals, community groups, health professionals, health service institutions and governments. They must work together towards a health care system, which contributes to the pursuit of health. The role of the health sector must move increasingly in a health promotion direction beyond its responsibility for providing clinical and curative services...»

6.5 Konklusjon

Målet med denne studien har vært å få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell opplever å ivareta den orale helsen hos eldre i hjemmesykepleien. Resultatene av studien bygger på eksisterende litteratur på området, og har dermed bidratt til å tilføre forskningsfeltet bedre forståelse av hvordan helsepersonalet opplever det er å ivareta denne pleie- og omsorgsoppgaven. Vi har sett at helsepersonalet står ovenfor komplekse utfordringer som kan få konsekvenser for pasientenes orale helse. Selv om helsepolitiske føringer de siste årene gir grunn til optimisme på området, indikerer likevel funnene og tidligere forskning at vi fremdeles har en lang vei å gå før vi kan være tilfreds med «tannhelseomsorgen» som gis til de eldre i hjemmesykepleien. Dette er også med tanke på de demografiske utviklingstrekkene som indikerer en høyere forventet levealder som gir økt forekomst av demens, i kombinasjon med de store ressurs- og kompetanseutfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor.

Bekymringen blir ytterligere styrket med tanke på at stadig flere eldre bevarer sine naturlige tenner livet ut.

Veien videre gir dermed en indikasjon på at sentrale beslutningstakere bør iverksette tiltak som kan sikre at eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie, får den forsvarlige orale helsehjelpen som de har krav på. Måltrettet folkehelsearbeid rettet mot tverrfaglig samarbeid og brobygging mellom helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten, vil være sentrale nøkkelbegrep i denne sammenheng. Det bør også rettes mer fokus på etiske problemstillinger som kan oppstå i forbindelse med brukermedvirkning hos denne pasientgruppen.

7. Litteraturliste

- Ambjørnsen, E., Axèll, T., & Henriksen, B.M. (2002). Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror? *Norsk Tannlegeforenings Tidende*, 112(5), 272-274.
<https://www.tannlegetidende.no/i/2002/5/dnt-28833>
- Birkeland, A., & Flovik, A.M. (2018). Sykepleie i hjemmet. Cappelen Damm AS.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
[file:///C:/Users/6038077/Downloads/Using_thematic_analysis_in_psychology%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Downloads/Using_thematic_analysis_in_psychology%20(1).pdf)
- Brennan, D.S., Spencer, A.J., & Roberts-Thomson, K.F. (2008). Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Qual Life Res*, 17: 227-235.
file:///C:/Users/6038077/Downloads/Brennan2008_Article_ToothLossChewingAbilityAndQual.pdf
- Bryman, A. (2016). Social research methods (5.utg). Oxford university press
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellestø, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? - Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003-2015. (Rapport 12-2015). https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2375414/rapport_12_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- De Visschere, L., Grooten, L., Theuniers, G., & Vanobbergen, J.N. (2006). Oral hygiene of elderly people in long- term care institutions – a cross- sectional study. *The Gerodontology Society*, 23 (4), 195-204.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-2358.2006.00139.x>
- De Visschere, L., Baat, C., & Vanobbergen, J. (2013). The integration of oral health care into day-to-day-care in nursing homes: a qualitative study. *The Gerodontology Society*, 32(2), 115-122. <file:///C:/Users/6038077/Downloads/DeVisschere-2013.pdf>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra et kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335.
[file:///C:/Users/6038077/Downloads/Gyldighet%20og%20troverdighet%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Downloads/Gyldighet%20og%20troverdighet%20(4).pdf)
- Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 5(2), 100-108.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ger.12147>
- Flovik, A.M. (2012). Munnstell. Godt munnstell er nødvendig og helsebringende. Cappelen Damm AS.
- Folkehelseinstituttet. (2009). Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende forskning (Rapport 2009: 5).
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20095-pdf-.pdf>

- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester. (1984). Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (FOR-1984-05-24-1286).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268>
- Forren, K.L., Hovden, E., Ansteinsson, V., Kalland, B., & Sjøberg, H.A. (2018). Prosjektrapport 2018 kommunal tannpleier- samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten.
[file:///C:/Users/6038077/Downloads/Prosjektrapport+2018_Kommunal+tannpleier+Hamar+Hedmark%20\(23\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Downloads/Prosjektrapport+2018_Kommunal+tannpleier+Hamar+Hedmark%20(23).pdf)
- Forsell, M., Sjöberg, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal of Dental Hygiene*, 9 (3), 199-203.
[file:///C:/Users/6038077/Documents/ContentServer%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Documents/ContentServer%20(1).pdf)
- Førland, O., & Folkestad, B. (2016). Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 1).
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2429236/Hjemmetjenestene%20i%20Norge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gil-Montoya, J.A., Ferreira de Mello, A.L, Barrios, R., Gonzales-Moles, M.A, & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical Intervention in Ageing*, 10: 461-467.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334280/>
- Glick, M., Williams, D.M., Kleinman, D.V., Vujicic, M., Watt, R.G., & Weyant, R.J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British Dental Journal*, 221(12), 792-793. <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2016.953>
- Grix, J. (2002). Introducing students to the generic terminology of social research. *Politics*, 22(3), 175-186. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9256.00173>
- Grossoheme, D., & Lipstein, E. (2016). Analyzing longitudinal qualitative data: the application of trajectory and recurrent cross-sectional approaches. *BMS Research Notes*, 9 (1), 136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776420/>
- Göstemeyer, G., Baker, S.R., & Schwendicke, F. (2019). Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, 23 (3), 979- 993.
[file:///C:/Users/6038077/Downloads/G%C3%B6stemeyer2019_Article_BarriersAndFacilitatorsForProv%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Downloads/G%C3%B6stemeyer2019_Article_BarriersAndFacilitatorsForProv%20(4).pdf)
- Gueiros, L.A., Soäres, M.S.M., & Leao, J.C. (2009). Impact of ageing and drug consumptions on oral health. *The Gerodontology Society*, 26 (4), 297-301.
<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/epdf/10.1111/j.1741-2358.2009.00284.x>
- Hansen, B., Dahl, K.E., & Münster Halvari, A.E. (2013). Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025. http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

-
- Hearn, L., & Slack- Smith, L. (2015). Oral health care in residential aged care services: barriers to engaging health- care providers. *Australian Journal of Primary Health*, 21(2), 148-156. <file:///C:/Users/6038077/Documents/ContentServer.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). God klinisk praksis i tannhelsetjenesten- en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. [file:///C:/Users/6038077/Documents/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20\(fullversjon\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Documents/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20(fullversjon)%20(1).pdf)
- Helsedirektoratet. (2017a). Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017. Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020 (Rapport IS- 2755). [file:///C:/Users/6038077/Documents/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Documents/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20(1).pdf)
- Helsedirektoratet. (2017b). Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8. <file:///C:/Users/6038077/Documents/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). Helsetjenester i hjemmet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet>
- Helsedirektoratet. (2019). Demens. Faglig nasjonal retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV- 1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011- 06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-2430>
- Helsetilsynet. (2004). Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (Rapport fra Helsetilsynet 5/2004). https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2004/tannhelsetjenesten_norge_omfanget_offentlige_tannhelsetjenesten_prioriterte_grupper_bemanningssituasjonen_tannhelsetjenesten_rapport_052004.pdf/
- Helsetilsynet. (2015). Rett til helsetjenester i hjemmet (bla hjemmesykepleie). <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/helse--og-omsorgstjenester/rett-til-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/rett-til-hjemmesykepleie/>
- Holst, D., & Dahl, K.E. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten? *Den norske Tannlegeforenings Tidende*, 118 (4), 212-8. <https://www.tannlegetidende.no/i/2008/4/dnt-281474#>
- Hovden, E.S, Krona, E.R, & Dish, P.G. (2017). Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2448779/rapport_03_2017_trykk.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Houston, A.M., & Cowley, S. (2002). An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 640-650. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1046/j.1365-2702.2002.00637.x>
- Hägglund, P., Koistinen, S., Olai, L., Stålnache, K., Wester, P., & Jäghagen, E.L. (2019). Older people with swallowing dysfunction and poor oral health are at greater risk of early death. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 47(6), 494-501. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdoe.12491>
- Illhan, B., Cal, E., Dünder, N., Güneri, P., & Daghan, S. (2014). Oral health-related quality of life among institutionalized patients after dental rehabilitation. *Geriatrics Gerodontology*, 15(10), 1151-1157. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1111/ggi.12413>
- Jakobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelsen* (3.utg). Cappelen Damm AS.
- Kessels, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 96(5), 219-222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539473/>
- Klette, G.S., Evju, A.S., Kasen, A., & Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien Forskning*, 102(2), 62-64. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-46519.pdf>
- Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B., & Johansson, O. (2010). Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for elderly. *Journal of advanced Nursing*, 66(6), 1273- 1279. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x>
- Krueger, R.A. (1998). *Developing Questions for Focus Groups*. Sage Publications, Inc.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lee, J.Y., Watt, R.G., Williams, D.M., & Giannobile, W.V. (2017). A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research. *Journal of Dental Research*, 96(2), 125-127. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022034516682718?casa_token=iqQn_hqgnQuQAAAAA:plHCFXqOSH1EIn2ukaqA0gjiYqACYox8zZaYReHm7diyfKnGNsn3CkdoEsDBmHFQo955xbOdGA
- Lewis, A., Edwards, S., Whiting, G., & Donnelly, F. (2017). Evaluating student learning outcomes in oral health knowledge and skills. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (11-12), 2438-2449. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1111/jocn.14082>
- Lewis, A., Kitson, A., & Harvey, G. (2016). Improving oral health for older people in home care setting: An exploratory implantation study. *Australasian Journal on Ageing*, 35 (4), 273-80. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12326>
- Lopez, R., Smith, P.C., Göstemeyer, G., & Schwendicke, F. (2017). Ageing, dental caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 44 (18), 145-152. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12683>

-
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, 122 (25), 2468-72. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--2468-72.pdf>
- Matri, K.L., Willumsen, T., & Gare Fjell, K. (2015). Nye evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre de 10 siste år. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 125(10), 872-7. <https://www.tannlegetidende.no/i/2015/10/d2e249>
- Meld. St. 35 (2006-2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. *Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5a2121ac2c56405cb2e6d8617b02152c/no/pdfs/stm200620070035000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012-2012). (2012). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 16 (2011-2015). Nasjonal helse- og omsorgsplan. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet- *En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Mitzner, T.L., Beer, J.M., McBride, S. E., Rogers, W.A., & Fisk A.D. (2014). Older Adults Needs for Home Health Care and the Potential for Human Factors Interventions. *Proc Hum Factors Ergon Soc Annu Meet*, 53 (1), 718-722. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270052/>
- Müller, F., Naharro, M., & Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence of and incidence of tooth loss in the adult and elderly population of Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18 (3), 2-14. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1111/j.1600-0501.2007.01459.x>
- Müller, F. (2015). Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders. *Journal of Dental Research*, 94(3), 145-165. <https://europepmc.org/article/med/25294365>
- Newton, J.P. (2007). The old and the disabled- the care priorities. *The Gerodontology Society*, 24 (1), 1-2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-2358.2007.00156.x>

- Naito, M., Kato, T., Fujii, W., Ozeki, M., Yokoyama, M., Hamajima, N., & Saitoh, E. (2010). Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan. *Archives of Gerodontology and Geriatrics*, 50(1), 65-68. <file:///C:/Users/6038077/Documents/1-s2.0-S0167494309000375-main.pdf>
- Norrie, T.P., Villarosa, A.R., Kong, A.C., Clark, S., Macdonald, S., Srinivas, R., Anlezark, J., & George, A. (2019). Oral health in residential aged care: Perceptions of nurses and management staff. *NursingOpen*, 7(2), 536- 546. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.418>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeid i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, P.E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Program. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33: 81-92. https://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf?ua=1
- Petersen, P.E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people- Call for public health action. *Community dental health*, 27 (2), 257-268. https://www.who.int/oral_health/action/groups/oral_health_older_people.pdf?ua=1
- Peres, M.A., Macperson, L.M.D, Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R., Listl, S., Celeste, R.K., Guarniso- Herreno, C.C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R.G. Oral diseases: a global public health issue (2019). *Lancet*, 394: 249-60. <file:///C:/Users/6038077/Documents/1-s2.0-S0140673619311468-main.pdf>
- Rautemaa, R., Lauhio, A., Cullinan, M.P., & Seymour, G.J. (2007). Oral infections and systemic disease- an emergent problem in medicine. *Clinical Microbiology and Infection*, 13(11), 1041-1047. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14625623>
- Samson, H., Iversen, M.M., & Strand, G.V. (2010). Oral care training in the basic education of care professionals. *The Gerodontology Society*, 27(2), 121-8. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/epdf/10.1111/j.1741-2358.2009.00304.x>
- Seim, A.S., Kveen, E., Jakobsen, H.N., Olsen, R.H., & Willumsen, T. (2014). Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 124(9), 712-7. <https://www.tannlegetidende.no/i/2014/9/d2e279>
- Seljelid, B. (2016). Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleien Forskning* (3). https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/brukermedvirkning_krever_informasjon.pdf

-
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodology Quality of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (11), 2124-2130.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x>
- Skille, E.Å., Vedøy, I.B., & Skulberg, K.N. (2020). *Folkehelse. En tverrfaglig grunnbok*. Cappelen Damm AS.
- Statistisk Sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*.
<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå (2015). Pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. Stadig mer hjelp til dem under 67 år. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester.
<https://www.ssb.no/statbank/sq/10044476>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/422992?ts=172798fae98>
- Statistisk sentralbyrå. (2021a). Pasientbehandling i tannhelsetjenesten etter region, statistikkvariabel, år og pasientgruppe. <https://www.ssb.no/statbank/sq/10048350>
- Statistisk sentralbyrå. (2021b). Pasientbehandling i tannhelsetjenesten etter region, statistikkvariabel, år og pasientgruppe. <https://www.ssb.no/statbank/sq/10048348>
- Strand, G.V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å., & Stenerud, G. (2005). Munnstell når livet er på hell. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 115 (15), 912-16.
<https://www.tannlegetidende.no/i/2005/15/dntt-176495>
- Strand, G. V. (2011). Tenner for hele livet. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 121(2), 104-109. <https://www.tannlegetidende.no/i/2011/2/dntt-420075>
- Strand, G.V., Stenerud, G., & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 127 (2) 138-43.
<https://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e925>
- Tannhelsetjenesteloven. (1983). Lov om tannhelsetjenesten (LOV- 1983-06-03-54). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
- Tran, T.D., Krausch- Hofmann, S., Duyck, J., Mello, J.D.A., Lepage, J.D., Declerck, D., Declercq, A., & Lesaffre, E. (2018). Association between oral health and general health indicators in older adults. *Scientific Reports*, 8- 8871.
<https://www.nature.com/articles/s41598-018-26789-4.pdf>
- Utviklingscenter hjemmetjenester. (2011). Prosjekt tannhelse. Tannhelse hos eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien.

[file:///C:/Users/6038077/Downloads/Rapport.Tannhelse+i+Bydel+Bjerke,+Oslo%20\(12\).pdf](file:///C:/Users/6038077/Downloads/Rapport.Tannhelse+i+Bydel+Bjerke,+Oslo%20(12).pdf)

- Weenig- Verbree, L., Huisman- de Waal., Dusseldorp, L., Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: A sytematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (4), 569-582.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912004324?via%3Dihub>
- World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion.
https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- World Health Organization (2001). Men Ageing And Health. Achieving health across the life span.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf;jsessionid=35A44DC82115B007FBE852DADFE20F51?sequence=1
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization (2020). More oral health care needed for ageing populations.
<https://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/infocus0905/en/index1.html>
- World Health Organization (2021a). Constitution of the World Health-WHO.
<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization (2021b). Oral health-WHO. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
- Wård, I., Hallberg, L.R.M., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care- A Low Priority in Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (2), 137-142. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x>
- Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health among nursing home personnel- an area in need of improvement. *The Gerodontology Society*, 29 (2), 787-792.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>
- Åstrøm, A.N, Gulcan, F., & Mustafa, M. (2017). Oral helsereelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge- en representativ befolkningsundersøkelse. *Den norske Tannlegeforenings Tidende*, 127 (10), 860-6.
<https://www.tannlegetidende.no/i/2017/10/d2e97>

Vedlegg I: Informasjon og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell opplever å ivareta oral helse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bedre forståelse av ulike faktorer som påvirker ivaretagelse av den orale helsen hos eldre i hjemmesykepleien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne studien er å undersøke nærmere hvordan du opplever å ivareta munnstell hos eldre pasienter i hjemmesykepleien.

Forskning har vist at det å ivareta munnstell hos eldre i hjemmesykepleien kan være utfordrende for helsepersonell. I tillegg viser forskning at mange eldre i hjemmesykepleien har dårlig oral helse. Det er derfor viktig å få økt kunnskap om dette temaet.

Forskningsspørsmålet som jeg skal analysere er:

Hvordan kan vi forstå helsepersonells opplevelse av å ivareta den orale helsen hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?

Dette er en studie som inngår i et masterprosjekt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er valgt til å delta i studien siden du jobber i hjemmesykepleien og har kjennskap til temaet og vil kunne svare på problemstillingen. I tillegg er deres arbeidsplass valgt siden det er i nærheten av Høgskolen hvor jeg tar masterutdanningen. Målet er at minst 12 ansatte i hjemmesykepleien hos dere vil delta i studien. Med det vil jeg kunne få et stort nok utvalg av deltakere som vil gi meg ulik mening og oppfatning om temaet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som blir brukt for å få informasjon om temaet, vil foregå gjennom fokusgruppeintervju. Det innebærer at du sammen med kollegene dine forteller hvordan dere opplever å ivareta den orale helsen (munnstell) hos pasientene i hjemmesykepleien.

Underveis kommer jeg til å ta korte notater, samtidig som intervjuet vil bli tatt opp på lydband. Gruppeintervjuet vil ta omtrent 1 time. Spørsmål som vil bli tatt opp er blant annet:

- Hvordan opplever du/dere å ivareta munnstell hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?
- Hvilke faktorer påvirker denne omsorgsoppgaven?
- Hvilke rutiner har dere for å ivareta munnstellet?

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun veileder og forsker som har tilgang til informasjonen som samles inn. Navnet ditt vil erstattes med et fiktivt navn, slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne deg. Lyddopptak og den innsamlede informasjonen vil bli låst inne i en safe som kun forsker har tilgang til. Siden navnet ditt anonymiseres, vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg i eventuelle sitat i masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 24.juni 2021. Personopplysninger og lyddopptak vil bli slettet denne datoen.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskolen i Innlandet ved Kari Elisabeth Dahl, kari.dahl@inn.no Telefon: 62430259

Høgskolen i Innlandet ved Anne Breivik, Anne.Breivik@inn.no Telefon: 62430374

Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg, Høgskolen i Innlandet, Hans.Nyberg@inn.no
Telefon: 62430023

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kari Elisabeth Dahl
(Forsker/veileder)

Anne Breivik
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell opplever å ivareta oral helse hos eldre i hjemmesykepleien* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppe

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg II: Skjema bakgrunnsinformasjon

Navn	
Kjønn	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
Alder	<input type="checkbox"/> 18- 30 <input type="checkbox"/> 55- 67 <input type="checkbox"/> 30- 45 <input type="checkbox"/> 45- 55
Arbeidserfaring	___ År
Yrke	<input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Vernepleier <input type="checkbox"/> Omsorgsarbeider <input type="checkbox"/> Hjelpepleier <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Helsefagarbeider <input type="checkbox"/> Pleieassistent <input type="checkbox"/> Annet: _____

Vedlegg III: Fokusgruppeguide

Fokusgruppeguide

Hvordan kan vi forstå helsepersonells opplevelse av å ivareta oral helse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?

Åpningsspørsmål: Kan dere si navnet deres, hvilket yrke dere har og hvor lenge dere har jobbet i hjemmesykepleien?

Introduksjonsspørsmål: Hva forstår dere med begrepet oral helse?

Overgangsspørsmål: Kan dere fortelle hvordan dere opplever den orale helsen er hos de eldre pasientene i hjemmesykepleien?

Hovedtema: Munnstell og oral helse

Nøkkelspørsmål 1: Kan dere fortelle hvordan dere opplever å ivareta den orale helsen/munnstell hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?

Potensielle oppfølgingsspørsmål: Kan dere utdype/forklare dette nærmere? På hvilken måte? Eksempler? Annet?

Tilleggsspørsmål:

- Hvordan opplever dere å utføre munnstell sammenlignet med andre pleie- og omsorgsoppgaver?
- Hvordan opplever dere å utføre munnstell på pasienter med diagnosen demens?
- Hvordan opplever dere å utføre munnstell på pasienter med dårlig oral hygiene?
- Hvordan opplever dere å utføre tannpuss på pasienter som har sine naturlige tenner i forhold til rengjøring av proteser?
- Hvilken rolle spiller tiden dere har tilgjengelig for å kunne utføre munnstell?
- Hvilken rolle spiller bemanningssituasjonen for å kunne utføre munnstell?
- I hvilken grad opplever dere at pasientene ønsker hjelp til munnstell?

Hovedtema: Rutiner og prioritering av munnstell/oral helse

Nøkkelspørsmål 2: Kan dere fortelle hvordan dere opplever at munnstellet blir prioritert i hjemmesykepleien?

Potensielle oppfølgingsspørsmål: Kan dere utdype/forklare dette nærmere? På hvilken måte? Eksempler? Annet?

Tilleggsspørsmål:

- På hvilken måte blir munnstellet prioritert sammenlignet med andre pleie- og omsorgsoppgaver?
- Hvilke rutiner har dere for å utføre munnstell på eldre pasienter? I hvilken grad mener dere rutineene er tilstrekkelige for å kunne ivareta pasientenes orale helse/munnstell?
- Hvilke rutiner har dere for å undersøke munnhulen/tennene til pasientene? I hvilken grad mener dere at rutineene er tilstrekkelige nok for å kunne ivareta pasientenes orale helse/munnstell?
- På hvilken måte blir munnstell inkludert i pasientens daglige pleie?

Hovedtema: Samarbeid med tannhelsetjenesten

Nøkkelspørsmål 3: Kan dere fortelle hvordan dere opplever samarbeidet med tannhelsetjenesten?

Potensielle oppfølgingsspørsmål: Kan dere utdype/forklare dette nærmere? På hvilken måte? Eksempler? Annet?

Tilleggsspørsmål:

- Kan dere beskrive hvilke rutiner dere har for å informere pasientene om rettighetene knyttet til vederlagsfrie (gratis) tannhelsetjenester?
- Hvilken betydning mener dere samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten har å si for pasientenes orale helse?

Hovedtema: Holdninger og motivasjon

Nøkkelspørsmål 4:

Hvordan vil dere beskrive egne holdninger og motivasjon for å utføre munnstell?

Potensielle oppfølgingsspørsmål: Kan dere utdype/forklare dette nærmere? På hvilken måte? Eksempler? Annet?

Tilleggsspørsmål:

- Hvilke faktorer mener dere kan påvirke deres holdninger og motivasjon for å utføre munnstell?

Hovedtema: Tannhelsefaglig kompetanse

Nøkkelspørsmål 5:

Hvis dere tenker tilbake til da dere fullførte utdanningen, i hvilken grad opplever dere at utdanningen er tilstrekkelig for å kunne ivareta oral helse/munnstell?

Potensielle oppfølgingsspørsmål: Kan dere utdype/forklare dette nærmere? På hvilken måte? Eksempler? Annet?

Tilleggsspørsmål:

- Hvordan vurderer dere egen tannhelsefaglige kompetanse og praktiske ferdigheter knyttet til oral helse/munnstell? I hvilken grad opplever dere å ha behov for økt tannhelsefaglig kompetanse/praktiske ferdigheter?
- Kan dere si noe om hvorvidt dere opplever/mener at dårlig oral helse påvirker den generelle helsen/allmenntilstanden til pasientene? På hvilken måte?

Avslutningsspørsmål:

- Ønsker dere å oppklare noen av deres synspunkter? Innspill eller kommentarer?
- Oppsummering: Har jeg forstått dere riktig ved at?

Er det noe annet dere ønsker å utdype eller legge til? Noe som vi har glemt å ta opp?

Vedlegg IV: Godkjent søknad NSD**NSD** NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA**NSD sin vurdering****Prosjekttittel**

En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell opplever å ivareta oral helse hos eldre i hjemmesykepleien

Referansenummer

287661

Registrert

16.11.2020 av Anne Breivik - anne.breivik@inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kari Elisabeth Dahl, kari.dahl@inn.no, tlf: 62430259

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne Breivik, anne.breivik@inn.no, tlf: 48286402

Prosjektperiode

04.01.2021 - 18.06.2021

Status

20.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

20.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.11.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)