

Masteroppgave

Empowerment og helsefremmende arbeid

Juni 2022

Tannhelse i hjemmesykepleien: Tannpleieres
oppfattelse av dagens samarbeid med
hjemmesykepleien

Kandidatnavn: Marianne Hagerup Kildalsen
Emnekode: MAPO5900_1

Antall ord: 17532

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Tittel: Tannhelse i hjemmesykepleien: Tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien

Hensikt: Hensikten er å undersøke tannpleiere som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten sine erfaringer i samarbeid med hjemmesykepleien.

Problemstilling: Hva er tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien?

Teoretisk forankring: Tidligere forskning viser at det for pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien er behov for forebyggende tiltak for tannhelsen. Eldre har ofte dårlig tannhelse når de kommer på sykehjem. Det er gjort mer forskning rettet mot pasienter på sykehjem enn mot hjemmesykepleien, selv om pasientgruppene er nesten like. Det er også færre studier som omhandler tannpleiere og deres samarbeid med hjemmesykepleien, sammenlignet med andre helsearbeideres samarbeid med hjemmesykepleien.

Metode: Kvalitativt design med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Datainnsamling gjennom individuelle semistrukturerte dybdeintervju av 13 tannpleiere. Analyse av resultatene med stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming av Aksel Tjora.

Resultater: De fleste tannpleierne opplevde at samarbeidet fungerte godt der hvor det var etablert et samarbeid. Selv om samarbeidet av mange ble beskrevet som godt kom det også frem at det fantes flere utfordringer rundt samarbeidet og at det var et forbedringspotensiale på flere punkter.

Blant de opplevde utfordringene var mangel på faste kontaktpunkter (tannkontakter) mellom hjemmesykepleien og tannhelsetjenesten, mangel på dokumentasjon om hvem som får tilbud om tannbehandling, avhengighet av personlig engasjement fra leder i hjemmesykepleien, kommunale forskjeller, fylkeskommunalt og kommunalt samarbeid, manglende inkludering i planer som angår pasientens helse, usikkerhet i hjemmesykepleien om rollefordeling, ansvarsområder og lovverk, tannhelse utelates fra den «generelle helsen», hjemmesykepleien har mange arbeidsoppgaver og begrenset med tid, manglende individualisering av pasientenes oppfølging, samt manglende kunnskap og kompetanse om munnhelse blant de ansatte i hjemmesykepleien. Det er også bred enighet blant tannpleierne at tannhelsen generelt er nedprioritert.

Konklusjon: Studiens hovedfunn viser at det er behov for økt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien for å kunne møte behovet for et helhetlig tilbud til brukerne i hjemmesykepleien. Økt fokus på tannhelse og mer opplæring/kurs for ansatte i hjemmesykepleien er nødvendig for at de skal kunne føle seg trygge på å utføre tannstell. Det er viktig at ledere i hjemmesykepleien tar ansvar for å videreformidle tiltak og informasjon til sine ansatte. Kvalitetssikring av tilbudet gjennom journalføring er også en viktig forutsetning for å få til et helhetlig tilbud.

Nøkkelord: tannpleier, hjemmesykepleien, samarbeid, tverrfaglig

Abstract

Title: Dental health care in in-home nursing: Dental nurses' perception of their current interdisciplinary collaboration with in-home nursing.

Aim: The purpose of the study was to examine how dental nurses in the public dental health service perceive their interdisciplinary collaboration with in-home nursing.

Issue: How do dental nurses perceive the current status of interdisciplinary collaboration with home nursing?

Theory: Previous research shows that for patients in nursing homes and in in-home nursing, there is a need for preventive measures for dental health. Older people often have poor dental health when they come to a nursing home. More research has been done on patients in nursing homes than on in-home nursing, even though the patient groups are almost the same. There are also fewer studies that deal with dental nurses and their collaboration with in-home nursing, compared with other health workers' collaboration with home nursing.

Method: Qualitative design with phenomenological hermeneutic approach. Data collection through individual semi-structured research interviews with thirteen dental hygienists. The results have been analysed through a step-by-step deductive-inductive approach (SDI) by Aksel Tjora.

Results: Most dental nurses experienced that the collaboration worked well in the instance where a collaboration had been established. Although the collaboration was described by many as good, it also emerged that there were several challenges around the collaboration and that there was potential for improvement in several respects.

Among the challenges experienced were lack of permanent contact points (dental contacts) between home nursing and the dental health service, lack of documentation on who is offered dental treatment, dependence on personal involvement of the head of home nursing, municipal differences, county and municipal cooperation, lack of inclusion in plans that concerns the patient's health, uncertainty in home nursing about the division of roles, areas of responsibility and legislation, dental health is excluded from the «general health», the employees of in-home nursing have many tasks to perform and their time is limited, lack of individualization of patients' follow-up, and lack of knowledge and competence about oral

health among employees in in-home nursing. There is also a broad consensus among dental hygienists that dental health is generally not a prime concern.

Conclusion: The main findings of the study show that there is a need for increased collaboration between the dental health service and in-home nursing in order to meet the need for a comprehensive offer to users in home nursing. Increased focus on dental health and more training / courses for employees in in-home nursing is necessary for them to be able to feel confident in performing dental care. It is important that managers in in-home nursing take responsibility for disseminating measures and information to their employees. Quality assurance of the offer through record keeping is also an important prerequisite for achieving a comprehensive offer.

Keywords: dental nurse, in-home nursing, collaboration, interdisciplinary

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Bakgrunn for valg av tema	1
Problemstilling.....	2
Hensikt og formål med studien.....	2
Avgrensning og presisering	2
Forklaring av begreper	3
Teoretisk grunnlag	3
Krav til kvalitet og kompetanse i omsorgstjenestene.....	3
Hva gjør den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)?	4
Hva gjør hjemmesykepleien?	5
Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	5
Krav på tannbehandling i hjemmesykepleien.....	5
Utdanning i munnhelse	6
Samhandling og samarbeid.....	7
Tidligere forskning	8
Eldres tannhelse og sentrale utfordringer	8
Helsearbeideres kunnskapsnivå og prioriteringer	10
Metode	11
Innledning.....	11
Forforståelse	12
Valg av design	13
Utvalg og rekruttering av informanter til studien	13
Intervjusituasjonen.....	14
Transkribering	16
Analyse.....	16
Koding.....	16
Kodegruppering	17
Temaer	18
Forskningsetiske betraktninger.....	19
Metodiske refleksjoner.....	19
Pålitelighet (reliabilitet).....	19
Validitet (gyldighet).....	20
Overførbarhet	21
Resultater	22
Det tverrfaglige samarbeidet	22

Oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i dag.....	22
Fylkeskommunal og kommunal.....	24
Tannkontakter	25
Holdningsendringer.....	25
Manglende dokumentasjon.....	27
Manglende forståelse for tannpleierens rolle.....	28
Manglende inkludering i planer som angår pasientens helse	29
Fokus på tannhelse i samfunnet.....	30
Tannhelsen er ikke med i den generelle helsen	30
Oppfatninger om årsaker til mindre fokus på tannhelse	31
Hjemmesykepleien har mange arbeidsoppgaver og begrenset med tid.....	31
Manglende kunnskap og kompetanse	31
Drøfting konsepter med teori.....	33
Oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i dag.....	33
Tannkontakter	36
Holdningsendringer.....	37
Mangel på dokumentasjon.....	38
Manglende forståelse for tannpleierens rolle.....	39
Manglende inkludering i planer som angår pasientens helse.....	40
Fokus på tannhelse i samfunnet.....	42
Tannhelsen regnes ikke med i den generelle helsen	42
Oppfatninger om årsaker til mindre fokus på tannhelse.....	43
Mange konkurrerende arbeidsoppgaver og liten tid.....	43
Manglende kunnskap og kompetanse	44
Avslutning.....	47
Litteraturliste	49
Vedlegg 1	57
Vedlegg 2	59
Vedlegg 3	60
Vedlegg 4	61
Vedlegg 5	62
Vedlegg 6	66
Vedlegg 7	67

Innledning

Tannhelse har betydning for menneskers livskvalitet og allmenntilstand. Det bør derfor være et mål at alle skal ha sine egne tenner livet ut og være fri for smerter. I følge WHO's Oral Health Programme er oral helse essensielt for en persons generelle helse og livskvalitet. God oral helse gir god generell helse og god livskvalitet (Petersen, 2003). Dårlig tannhelse har sammenheng med dårlig smaksevne, kroppsmasse indeks (KMI), ernæringsstatus og dødelighet.

Selv om de fleste i dagens samfunn har god tannhelse og klarer å ta vare på denne selv, øker risikoen for karies og tannkjøtt sykdommer hos de med nedsatt funksjonsevne og med alderen. Det er ikke alder i seg selv som gjør at man mister tenner, men manglende tannstell. Dermed er det viktig at man også får hjelp til å ivareta munnhelsen i tilfeller hvor man ikke kan gjøre dette selv (Seim et al, 2014). Hjemmeboende med behov for mer eller mindre hjelp i hverdagen vil bli en større gruppe pasienter ettersom antallet eldre fortsetter å stige. Terskelen for å få plass på sykehjem blir større, noe som trolig vil føre til et økt behov for assistanse fra helsepersonell i hjemmet.

Bakgrunn for valg av tema

I Folkehelsemeldinga — *Gode liv i eit trygt samfunn* (2019) er målet et bærekraftig helsevesen med fokus på tverrfaglig samarbeid. I dette ligger det at man skal gi et helhetlig helsetilbud, hvor alle aspekter av helsen blir ivaretatt – også tannhelse.

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og hjemmesykepleien er lovpålagt å samarbeide om pasienters tannhelse. Det er store forskjeller fra kommunene til kommune på hvor etablert samarbeidet med DOT er, og i hvilken grad tannhelsen er prioritert. Samarbeidet er også bedre etablert på sykehjem enn i hjemmesykepleien, selv om pasientgruppen er ganske lik. Folkehelseloven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Meldingen ønsker å legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid (Meld. St. 19 (2018-2019)).

På tross av at lover og offentlige styringsdokumenter legger opp til omfattende tverretattlig samarbeid og et helsevesen med et helhetlig fokus på helse, er tannhelsepersonells oppfatninger likevel at tannhelsen er unødvendig dårlig blant eldre som har oppfølging fra hjemmesykepleie.

Problemstilling

Med dette som bakgrunn ønsket jeg å gjennomføre en studie av tannpleieres oppfatninger om og erfaringer rundt deres samarbeid med hjemmesykepleien. Til dette utarbeidet jeg følgende problemstilling:

Hva er tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien?

Hensikt og formål med studien

Hensikten er å undersøke tannpleiere som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten sine erfaringer i samarbeid med hjemmesykepleien.

Formålet med studien er å bidra med mer detaljkunnskap om hvilke utfordringer som finnes i det tverrfaglige samarbeidet med hjemmesykepleien, sett fra tannpleieres ståsted. Videre er det ønskelig å se belyse hvordan økt tverrfaglig samarbeid kan gi bedre tannhelse til pasienter i hjemmesykepleien.

Avgrensning og presisering

Informantene i studien er tannpleiere som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Disse deltar alle i det tverrfaglige helsesamarbeidet med andre intuisjoner. Det er kun samarbeidet med hjemmesykepleien som blir undersøkt i denne studien. Jeg har valgt å utelate samarbeid med sykehjem. Selv om hjemmesykepleien og sykehjem deler noe av den samme pasientgruppen er disse to forskjellige instanser med en del strukturelle forskjeller. Det finnes også et større omfang av studier fra sykehjem innenfor tannhelse, noe som gjør det mer interessant å rette studien mot hjemmesykepleien. Til sist er det nødvendig å avgrense studien av hensyn til størrelse/omfang og tid.

Forklaring av begreper

Jeg vil bruke betegnelsen «DOT» når jeg viser til aktørene i den offentlige tannhelsetjenesten. Når jeg omtaler eller refererer til intervjuobjektene vil jeg bruke begrepet «tannpleierne». I tannhelsetjenesten er det vanlig å bruke «pasient» om de som behandles, mens de som mottar tjenester fra hjemmesykepleien ofte omtales som «bruker». Begge disse betegnelse bli brukt i oppgaven, men refererer da til samme objekt – den som mottar tjenester fra enten DOT eller Hjemmesykepleien. «Munnhelse» og «tannhelse» brukes om hverandre, men har samme betydning i denne sammenhengen.

Teoretisk grunnlag

Krav til kvalitet og kompetanse i omsorgstjenestene

Krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i lovverket. Den enkelte har krav på et forsvarlig, individuelt tilpasset tilbud både i omfang og type tjeneste (helse- og omsorgstjenesteloven 2011, § 7-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1.1-3.1) Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* har som formål å bidra til økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet som er tilpasset brukerens hverdag. Omlegging av arbeidsformer og organisering for å øke kontinuiteten i tjenestene skal bidra til forutsigbarhet og trygghet til brukere og ansatte. Flere heltidsstillinger er ønskelig. Det skal benyttes allerede etablerte nettverk mellom kommuner og kjente strukturer. Meldingen vektlegger at bedre kvalitet og pasientsikkerhet skal sikres gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon. Det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet og arbeidet med pasientsikkerhet skjer i helse- og omsorgstjenestene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017, § 1-10) slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Kvalitetsforskriften § 1 skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Pasientene skal få helhetlig pleie med ivaretagelse av hygiene og tannstell, ivareta normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, tilbud om tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, § 1).

Kvalitetsforskriften § 3 stiller krav til kommunene om å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig arbeider for at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Prosedyrene skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Og videre at brukerne skal gis medbestemmelse i det daglige og ved eventuelle behov for endringer. I alt er kravene angitt i 16 strekpunkter i forskriften (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, § 3)

Hva gjør den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)?

I lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven, 1984, 1-3) er tannhelsetjenestens formål å fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til følgende grupper:

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.*
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.*
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.*
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.*
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere*

Under gruppe punkt «C» er det to grupper. Gruppe C1 omfatter de eldre, langtidssyke og uføre innlagt på institusjon; for eksempel sykehjem. Gruppe C2 omfatter de som mottar hjemmesykepleie.

I offentlig tannhelsetjeneste jobber det tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Tannpleiere jobber med å veilede, behandle og pleie, samtidig som å forebygge sykdom og fremme helse. Tverrfaglig og utadrettet arbeid er også en del av tannpleieryrket. De har undervisninger for barn, ungdom, skoler, sykehjem og hjemmetjenesten og andre institusjoner. Voksne betalende som ikke inngår i gruppene ovenfor kan gå til private tannklinikker som også skal gi helhetlig tannbehandling (Utdanning, u.å.; Norsk tannpleierforening, u.å.)

Hva gjør hjemmesykepleien?

Hjemmesykepleien er underlagt den kommunale helsetjenesten og er et tilbud til hjemmeboende mennesker som trenger pleie og omsorg når sykdom, dårlig eller svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de må ha hjelp over kortere eller lengre tid. All sykepleie blir da gjort hjemme hos den enkelte og det er uavhengig om en sykepleier eller annen helsefagarbeider utfører jobben. Jobben innebærer stell av kroppen, inkludert tenner og munn (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1-4)

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Både tannpleiere og andre helsearbeidere skal bidra til forebyggende helsearbeid. Forebyggende helsearbeid dreier seg mer om enn å hindre sykdom skade og tidlig død. Det skal også fremme folk helse som å tilrettelegge for best mulig helseutvikling og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2010). I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2016, § 3-3) skal kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Dette kommer hjemmesykepleien innunder.

Krav på tannbehandling i hjemmesykepleien

Både tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien er underlagt lov om helsepersonell som lyder:

en som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Da tannhelsetjenesten ikke har tilgang til informasjon om hvem som får hjelp fra hjemmesykepleie er det opptil hjemmetjenesten å gi brukeren informasjon om tilbudet om tannbehandling. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester § 3 slår fast at kommunen skal etablere et system for å sikre kvaliteten på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov, blant annet munnhygiene. *«Eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie over 3 måneder og minimum en gang per uke har rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeidere så lenge pleien vedvarer»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983). For å få tilbud om gratis tannbehandling må brukeren ha mottatt hjemmetjenester i mer enn tre måneder og i et omfang på minst en gang i uken. Hvis det er forespeilet at brukeren kommer til å ha hjemmetjenester over lang tid kan det imidlertid gjøres unntak fra dette og tilbys behandling med en gang.

Da hygienestell kan gjøres av ulike helsefagarbeidere kan kunnskapen om tannhelse og viktigheten med daglig stell variere (Fjørtoft, 2012)

Utdanning i munnhelse

Tannpleierutdanningen spesialiserer seg på tann -og munnhule. De undersøker tenner for karies, tannkjøtt sykdommer (periodontitt) og resten av munnen som tunge og slimhinner for sykdom. Tannpleiere jobber helsefremmende og aktivt mot forebyggende tiltak mot sykdommer i tenner og munn og det gis individuell informasjon og råd til hver pasient. Videre skal de arbeide selvstendig og lede seg selv, samarbeide med andre profesjoner, koordinere arbeidsoppgaver og bringe tilbake informasjon av betydning til ledelsen i organisasjonen både formelt og muntlig (Norsk tannpleierforening, u.å.).

I hjemmesykepleien jobber det sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte som skal gi pasienten hjelp etter behov. På sykepleierutdanninger og andre helsefagutdanninger lærer man om hele kroppen. Sykepleiere jobber med mennesker i alle aldre og faser av livet. Sykepleiere hjelper også til slik at mennesker med helseutfordringer kan bo hjemme, og at behandling blir gjennomført både på sykehus og i kommunene. Hvor mye sykepleiere lærer om tannhelse på

sykepleierstudiet varierer. Pensumbøker inneholder gjerne informasjon om tannhelse, men det varierer fra bok til bok og hvor gammel den er (Store Norske Leksikon, 2020; Utdanning, u.å)

Samhandling og samarbeid

Helsedirektoratet (2018) beskriver tverrfaglig samarbeid som en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulik fagbakgrunn. Flerfaglighet er dermed en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglighetsbegrepet kan forklares med bakgrunn i begrepene *fag og flerfaglighet*. Fag er begrunnelsen både for flerfaglighet og tverrfaglighet (Lauvås & Lauvås, 1994). Hver fagaktørs bidrag avhenger av hverandre og koordinering er sentralt for tverrfaglig metodikk. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten på best mulig måte kan virke som en enhet. Helse- og omsorgstjenesteloven (2016, § 3-4) forplikter kommunene å samarbeide med andre. Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven.

I «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting» (§ 3) står det at: «*For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a. (...) nødvendig tannbehandling og ivarettatt munnhygiene*» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3)

Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle til enhver tid skal være samtidig til stede hos pasient og bruker, men at tjenestene må være samordnet og at det må sikres konsensus og nødvendig informasjonsdeling slik at alle arbeider mot pasient og brukers mål.

Tannhelsetjenesten skal samarbeide med kommunen de tilhører og inngår med det i det tverrfaglige samarbeidet. Hvor involvert partene er i hverandre varierer i hver kommune. Den enkelte fagperson har ansvaret for sin tjenesteyting og må være trygg og kompetent i sin fagrolle og den faglige merverdien ligger i interaksjonen mellom de ulike faglige perspektivene. Det er også grunnleggende for oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov som person som mottar hjemmesykepleie. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Felles regler og

avklarte forventninger i samhandlingen er viktig for god ressursutnyttelse og strukturert oppfølging (Helsedirektoratet, 2018).

I Samhandlingsreformen fra 2011 er det fokus på «forebyggende tiltak». Tannhelsetjenesten er ikke direkte nevnt i denne reformen, men forebyggende og helsefremmende arbeid er sentralt is tannpleieres yrkesutøvelse. I samhandlingsreformen står det om samarbeid om forebygging: For å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer er det blant annet behov for større innsats for å forebygge og fremme helse. Avtalene skal derfor omfatte samarbeid om forebyggende tiltak (Regjeringen, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016, § 6-2)

Et nytt samarbeidsforum kalt «Kompetanseløft 2025», som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal øke samhandlingen mellom helseinstanser. Her nevnes det at tannhelsetjenesten med hjemmesykepleien har en viktig oppgave med å gi innbyggerne tjenester av høy kvalitet i alle faser av livet med ulike behov, men at det blir krevende framover med flere eldre og underskudd av ressurser og helsepersonell. I dag foreligger det ingen sikre tall på omfanget av vikarbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere forhold tyder imidlertid på at omfanget er høyt (Meld. St. 10 (2012–2013); Helsedirektoratet, 2021).

Tidligere forskning

Det er gjort en del forskning på ansatte (sykepleiere og helsefagarbeidere) i hjemmesykepleien og på sykehus, og på deres pasientgrupper i forbindelse med hvordan disse opplever samarbeidet med tannhelsetjenesten. Samtidig er det gjort lite forskning på tannpleieres perspektiv på dette samarbeidet. Funnene fra forskningen som er gjort tegner et bilde av at utfordringene er sammensatte.

Eldres tannhelse og sentrale utfordringer

WHO definerer de mellom 60 og 74 år som «eldre», mens de som er fra 75 år og eldre betegnes som «gamle». I løpet av de siste ti årene har antallet brukere under 67 år i pleie- og omsorgstjenesten nær doblet seg (Stortingsmelding 25, 2005-2006). Denne statistikken

omfatter både de hjemmeboende og de som bor på institusjon. Antall eldre som mottar hjemmesykepleie er også økende og gjenspeiler den politikken som har blitt ført: færre inn på institusjon og flere hjemmeboende med nødvendig hjelp (Abrahamsen & Svalund, 2005).

Antall personer i alderen 67 år og eldre som mottok omsorgstjenester var på 215 300 personer i 2016. 7 av 10 mottakere av helse- og omsorgstjenester i egen bolig. (Mørk et al, 2016) I 2019 hadde 30 % av de over 80 hjelp fra hjemmetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Fra studien «Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien» (Fjæra et al, 2010) fant forfatterne at de fleste brukerne i hjemmesykepleien i Oslo har egne tenner og at de dermed har et stort behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. Man kan anta at dette også er tilfelle for brukere i hjemmetjenesten i resten av Norge. Manglende munnstell kan bidra til eller være direkte årsak til alvorlig sykdom. Infeksjon i munnhulen kan forårsake smerte og spredning av bakterier, og spredning av bakterier til lungene kan forårsake lungebetennelse hos pasienter med nedsatt allmenntilstand. Ett av ti pneumonidødsfall blant sykehjemspasienter kunne vært forhindret ved forbedret oral hygiene (Fjæra et al, 2010).

Personer rammet av slag, reumatiske sykdommer, Parkinson eller muskelsykdommer kan ha reduserte muligheter for å gjøre munnstell selv. En slagpasient antas å ha vanskeligheter med tannpuss eller være lammet på ene siden av ansiktet slik at det samler seg matrester som kan resultere i økte orale problemer. En studie viste at kun 5% av de slagrammede ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden. En tredel oppga at de opplevde redusert tannhelse etter slaget (Myhrer et al, 2014). Ifølge Samson et al (2010) er tannhelsen på pasienter i institusjon generelt sett dårligere nå sammenlignet med for 20 år siden. De som bor på sykehjem i dag, er sykere og mer pleietrengende enn tidligere. Bare en av tre eldre i institusjon har god eller akseptabel tannhelse.

Ifølge Seim et al (2014) er det en vanlig erfaring at tannhelsen ofte er dårlig når pasienten blir innskrevet på sykehjem. De har gjerne et betydelig behov for tannbehandling. Konklusjonen er at tannstellet burde bli bedre og at sykepleiere burde få mer veiledning i oral hygiene. Et fokus på tannhelse og tannhelseforebyggende arbeid før eldre pasienter blir syke er dermed viktig. Hjemmeboende eldre er en målgruppe innenfor dette. Mer samhandling mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenester var ønskelig.

Fjæra et al (2010) gjorde en studie for å kartlegge munnhelsen til personer med hjemmesykepleie og risikoer som kunne bidra til dårlig munnhelse. I Oslo var det svært få av de som fikk hjemmetjenester som visste om tilbudet fra DOT, og de fleste benyttet seg av privat tannlege. De konkluderte med at de fleste eldre i hjemmesykepleien hadde behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. De konkluderte derfor med at tannhelse burde få et mer systematisk og tydeligere fokus i hjemmetjenesten. Det fremkom videre av studien at hjemmesykepleierne opplevde at det å veilede pasienten i riktig munn- og tannhelse ga en utrygghet fordi de manglet kompetanse på feltet.

Helsearbeideres kunnskapsnivå og prioriteringer

Willumsen et al (2011) gjennomførte en studie på norske sykehjem hvor sykepleiere og hjelpepleiere besvarte spørreskjema hvor de vurderte sin kunnskap om oral helse. 27,7% av hjelpepleiere og 22,8% av sykepleiere oppgav at de ikke hadde nok kunnskap. Sykepleiere inkluderte oftere oral hygiene i rutineene sammenlignet med hjelpepleiere. Sykepleierne mente også at all kunnskap om tannhelse var viktig (Ibid). Flovik (2005) skriver at tannstell er en nedprioritert oppgave hos sykepleiere som jobber på sykehjem og at helsepersonell må bli flinkere på å tilby og sørge for at pasienten får godt tannstell. Det er også behov for større oppmerksomhet rundt munnhygiene på sykehus, sykehjem, og i hjemmesykepleien.

Studier gjort av Forsell et al har vist at det er forskjell på hvor stor ansvarsfølelse sykepleiere kjenner for tannstell og at flere vegrer seg for å utføre munnstell. Enkelte sykepleiere mente at det var en del av den grunnleggende pleien, men at tannstell er mindre prioritert enn andre hygieneoppgaver. Flere mente også at andre sykepleieroppgaver fikk høyere prioritet enn tannstell på grunn av tidsnød og motstand fra pasienten (Forsell et al, 2011; Lindquist et al, 2013). Grunner til at tannstell var mindre prioritert kunne handle om lav bemanning, konkurrerende arbeidsoppgaver eller nedprioritering fra ledelsen, som alle er elementer som bidrar til å skape tidspress. Selv de som hadde tid til å gjøre tannstell, oppgav at munnhygiene var for dårlig. Noen sykepleiere følte også at det var vanskelig å utføre tannstell hvis pasienten motsatte seg dette (De Visschere et al, 2015; Forsell et al, 2011).

Forskning viser at sykepleiere ofte har lite innsikt i og kunnskap om at dårlig tannhelse kan få alvorlige, helsemessige konsekvenser for eldre pasienter. For lite kunnskap kan føre til at

pleierne ikke oppdager sykdomstegn i munnen hos pasientene. Mangel på praktisk trening i hvordan munnstell skal utføres kan også være en viktig årsak til at det blir lavt prioritert blant pleierne. Flertallet av sykepleierne mener de har tilstrekkelig kunnskap til å praktisere daglig munnhygiene. Samtidig ønsket de at de hadde mulighet til å assistere hverandre i utfordrende situasjoner med pasienter. Flere sykepleiere mente også at mangel på retningslinjer og klare tiltak fra ledelsen var en årsak til at tannhelsen ble forsømt. Det var usikkerhet fra lederne om ansvarsområder for tannstell, samtidig som det også var uklarheter imellom personalet. Der hvor det fantes retningslinjer var det bare halvparten som fulgte de (Forsell et al, 2011; Sonde et al, 2011).

Flere studier kom frem til at det kan være lite kontakt eller struktur mellom sykehjem og tannhelsetjenesten, tannstell er ikke med når pleieplaner skal lages og dokumentasjon nedprioriteres (Forsell et al, 2011; Lindqvist et al, 2013; Wårdh et al, 2012). Det ble også uttrykt at det var vanskelig å følge instruksene fra tannhelsepersonell i praksis og at det var viktig at tannhelsepersonell støttet og motiverte helsepersonell i tannstell (Paulsson, 2008).

I følge Flovik (2005) burde det være mer tannhelserealterte læringsutbytter på sykepleierutdanningene. Det er ikke nok om tannhelse på dagens utdanninger i helsefag. Studier viser at sykepleiere ikke har nok kunnskap om tannhelse, særlig på det som går utover at det er viktig å pusse tenner to ganger daglig. Det var liten kunnskap om konsekvenser dårlig tannhelse hos eldre som tannkjøttbetennelse og behandling av det (Forsell, 2005; Wårdh, 2000).

Flere studier peker på nødvendigheten av økt fokus på tannhelse fra lederne på intuisjonene og behov for mer praktisk opplæring fra tannhelsepersonell, særlig tannpleiere. Teoretisk opplæring er ikke nok (Wårdh et al 2012; Forsell, 2005).

Metode

I dette kapitlet presenteres studiens design og metode med gjennomgang av datainnsamling, analyse av data og redegjørelse av forskningsetiske overveielser.

Innledning

Kvalitativ forskningsmetode bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskers erfaringer (fenomenologi) (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010. Metodelæren hjelper til med å gjøre hensiktsmessige valg (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Refleksjon av hva, hvem, hvor i denne studien har vært med i valget av metode. På grunnlag av tidligere teori på temaet valgte jeg en induktiv tilnærming hvor empirien var grunnlaget for innsamling av informasjonen. Empirisk forskning gjøres ved å samle inn data, analysere og tolke data. Etter å ha søkt etter relevant teori var det i mindretall studier om hjemmesykepleien i forhold til sykehjem, og også lite fra tannpleieres erfaringer. Empirien for denne studien er tannpleieres erfaringer og opplevelser som de forteller om selv, dermed er kvalitativ design hensiktsmessig å bruke.

Problemstillingen er med i avgjørelsen av hvilken metode som skal benyttes for å frem ønsket kunnskap (Kvale et al, 2012). For å svare på problemstillingen: «*hva er tannpleieres erfaringer med samarbeid med hjemmesykepleien?*» har jeg valgt kvalitativ metode.

For å kunne forske på deltakernes subjektive meninger og opplevelser vil jeg bruke hermeneutisk analyseprinsipp, som er hensiktsmessig å bruke når oppgaven er å forstå, tolke og finne mening og hensikt (Kvale og Brinkmann, 2009). Fra hermeneutikken blir problemstillingen og teoriene igjennom analysen, satt spørsmål ved (Drageset og Ellingsen, 2010). Jeg vil være oppmerksom på min egen forforståelse av temaet og i hvilken grad det spiller inn. I hermeneutikken er dette avgjørende for analysen og fortolkningen (Aadland, 1997).

Forforståelse

Forforståelsen er basert på forskerens tidligere personlige erfaringer og referanser før selve forskningen starter. Det er viktig å ta stilling til betydningen av forforståelse og egen rolle i forskningsprosessen (Malterud, 2018). Jeg, som praktiserende tannpleier har kunnskap om tannpleierfaget. Jeg har innsikt i fagfeltet og teori knyttet til tannhelse. Jeg har jobbet som tannpleier i privat sektor og ikke i DOT og har ikke profesjonell erfaring med å jobbe utadrettet mot andre institusjoner, som hjemmesykepleien. I løpet av årene jeg har jobbet som tannpleier har jeg diskutert dagens systemer for tannhelsen i samfunnet, både med kolleger og studievenner som har jobbet og jobber i DOT. Med dette deler vi erfaringer som tannpleiere fra ulike ståsted. Dermed har jeg en egen oppfattelse av hvordan tannhelse blir nedprioritert i offentlig sektor. Å forske i eget felt gjør at man må være bevisst egne forutinntattheter (bias) og at det ikke begrenser budskapet fra empirien (Malterud, 2017). Kvale og Brinkmann

(2015) poengterer imidlertid at forskerens forforståelse også kan være viktig for å kunne forstå og se nærmere på det informantene deler.

Det at jeg er tannpleier selv kan ha påvirket til tolkningsprosessen. Jeg har ikke egne erfaringer med utadrettet arbeid sammen med hjemmesykepleien, men jeg har erfaring med å jobbe med personer som har helseutfordringer som gjør egenpleie vanskeligere. Dermed har jeg en forutsetning for å kunne forstå hvilke problemer som kan oppstå dersom tannstellet blir nedprioritert.

Valg av design

Jeg ønsker å bruke et kvalitativt design for å belyse temaet for oppgaven. Grunnen til at jeg anser dette som en egnet for min oppgave er at jeg ønsker å utforske intervjuobjektens subjektive meninger om temaet. Dette gir muligheten til å gå i dybden på fenomener og forstå disse mer grundig. Designet beskriver også hvordan et prosjekt skal gjennomføres. I forskning samles det inn dokumentasjon eller data som gjenspeiler den virkeligheten som undersøkes. Data er ikke selve virkeligheten, men kan være vellykkede representasjoner av virkeligheten (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010).

Jeg valgte å gjøre individuelle dybdeintervjuer med en semistrukturert intervjuguide, men samtidig være åpen for mulighetene for å oppdage nye temaer. Intervjuene var også fokuserte da temaet var avgrenset til tannpleieres erfaringer med hjemmesykepleien. I intervjuguiden hadde jeg åpne spørsmål med tilleggsspørsmål om det skulle være nødvendig.

At jeg har valgt å gjøre individuelle intervju baserer seg på at tannpleiere jobber mye individuelt og har forskjellige erfaringer innenfor temaet. Det kunne også være forskjeller i hvor stort samarbeidet med hjemmesykepleien var. På grunn av en pågående Covid-19 pandemi var det vanskelig å få til å møtes fysisk. Jeg kompenserte for dette ved å gjennomføre intervjuene over Zoom og på telefon. En positiv effekt av dette var at jeg kunne bruke informanter fra ulike steder i landet.

Utvalg og rekruttering av informanter til studien

Jeg ønsket et utvalg ut ifra min målsetting om å ha informanter som hadde erfaringer innenfor samarbeid med hjemmesykepleien. Ut ifra problemstillingen for studien var målet å rekruttere tannpleiere som jobbet i offentlige klinikker i forskjellige fylkeskommuner i Norge. Det var

ønskelig å ha med en blanding av de som jobbet i ulike størrelser av by og i distrikts-Norge. Dette for at funnene kunne ha overføringsverdi i hele Norge.

Ettersom det jobber flere tannpleiere på hver klinikk startet jeg med å sende e-poster med forespørsel til klinikkene, og spurte om de kunne videresende e-postene til tannpleierne på den aktuelle klinikken. Det fikk jeg lite respons på. Jeg gikk derfor inn på fylkeskommunenes hjemmesider hvor jeg kunne finne de personlige e-postadressene til tannpleierne i fylket. Det var en del utfordringer med at en del av hjemmesidene ikke var oppdaterte etter fylkessammenslåingen i 2020, og noen e-postadresser var derfor ikke i bruk lengre.

Jeg sendte e-poster til flere tannpleiere i ulike fylkeskommuner i landet. I forespørselen informerte jeg om studiens hensikt og hvorfor jeg ønsket å intervju tannpleiere. Ønsket mitt var å få informanter med noe erfaring fra samarbeid med hjemmesykepleien og som ønsket å dele sine erfaringer. Jeg la også ved samtykkeskjema hvor det fremkom mer detaljert informasjon om studien. Dette kunne også forberede informantene om hva studien handlet om.

Noen skrev svar tilbake at de ikke jobbet som tannpleiere lengre, eller at de hadde sluttet på den aktuelle klinikken. Noen ønsket ikke å delta da de mente de ikke hadde nok erfaring med temaet for studiet. Tannpleiere fra Troms, Finnmark, Viken, Trøndelag og Oslo takket ja til å være med, og jeg endte til slutt med 13 informanter.

Jeg har valgt å kun omtale stedene etter navnet på fylke, da det å tilkjennegi en gitt kommune kan gå ut over anonymiteten til informantene. Hver kommune har gjerne bare en offentlig tannklinikk.

Intervjusituasjonen

Intervjuene fokuserte på temaene i lys av problemstillingen. Målet med dybdeintervjuer er i hovedsak å skape en situasjon for en relativt fri samtale som kretser rundt spesifikke temaer som forskeren har bestemt på forhånd. Dybdeintervjuer bruker dersom man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2021).

Før intervjuene startet reinformerte jeg om hva studien handlet om og ga informantene mulighet til å stille spørsmål hvis de ønsket det. Før opptaket startet godkjente alle tannpleierne at det ble tatt lydopptak. På slutten av intervjuet leste jeg igjennom intervjuguiden og spurte om de hadde noe å tilføye eller andre spørsmål før vi avsluttet.

Mulighetene for å utføre intervjuer fra flere kommuner åpnet seg ved å gjøre intervjuene digitalt. På grunn av Covid-19 viruset var det periodevis ikke mulig å reise. Dermed ble 9 av 13 intervjuer gjort digitalt på Zoom med lyd og bilde hvor kun lydopptak ble tatt opp. To intervjuer ble gjort over telefon da informantene ikke hadde mulighet til Zoom. To intervjuer ble gjennomført ved fysisk tilstedeværelse hvor jeg dro til klinikken de jobbet på.

Intervjuene ble gjennomført da det passet for informantene. Jeg satt i et lydtett rom for å unngå forstyrrelser for intervjuet og lydopptak, og for å sikre anonymiteten. Intervjuene varte fra 38 minutter til 64 minutter. Gjennomførelsen av intervjuene tok 3 måneder fra første til siste.

Jeg opplevde informantene som engasjerte i temaene, noe som gjorde at samtalene opplevdes som en dialog mellom to mennesker. Det gjorde også at temaene ikke alltid ble berørt i samme rekkefølge, men hadde en naturlig flyt. Jeg hadde oppfølgingsspørsmål der det kjentes naturlig eller ønsket at informanten skulle utdype svaret.

Studien ønsker erfaringer fra et profesjonelt ståsted da det handler om samarbeid med andre profesjoner, men ofte opplevde jeg at med tannpleiernes engasjement og lidenskap for sitt arbeid at spørsmålene ble personlige og at deres opplevelser med pasienter ga sterke inntrykk. Jeg opplevde at de ønsket å dele sitt engasjement og var positive til studien.

I noen av intervjuene var det digresjoner i form av både personlige og profesjonelle opplevelser som hadde tilknytning til temaene, som kan være vanskelig å tematisere ved koding, men samtidig relevant for å kunne beskrive engasjementet til informanten. Jeg hørte igjennom lydopptakene og transkriberte de like etter intervjuet. Jeg leste også igjennom transkripsjonene i sin helhet etterpå for å finne meninger i digresjonene som kunne ha relevans til analysen og temaene i resultatkapitlet.

Etter hvert som intervjuene ble gjennomført ble jeg tryggere på intervjuguiden og kunne la temaene flyte naturlig inn i samtalen. Jeg ønsket også å være åpen for nye temaer og vurderte underveis hvor samtalene var på vei. Samtidig var det viktig å følge temaene for å få fokuserte intervjuer tilknyttet temaene.

Intervjuene ble en læringsprosess for meg som forsker og hvert intervju kjentes som et steg videre fra det forrige i en prosess som var ukjent for meg fra før.

Transkribering Analyse

Jeg har brukt stegvis-deduktiv induktiv analysemetode (SDI) av Aksel Tjora for å analysere mine data. SDI går ut på å gjøre trinnvise analyser fra data til konsepter eller teorier (induktiv prosess). Metoden kan virke lineær, men den legger opp til at man går tilbake til tidligere steg for å sjekke det teoretiske opp imot det empiriske (deduktiv prosess). Målet er at man skal ende med konsepter som ved støtte i tidligere forskning og teorier gis større gyldighet og generaliserbarhet. Metoden bidrar til systematikk og fremdrift i et kvalitativt forskningsprosjekt (Tjora, 2021). Metoden virket derfor hensiktsmessig for min studie fordi jeg skulle bearbeide data innhentet gjennom intervjuer, og deretter hente ut informantenes meninger og synspunkter som var relevante for å belyse problemstillingen.

Metoden har totalt syv steg: 1 Generering av empiriske data (rådata), 2 bearbeiding av rådata, 3 koding (med empirinære koder), 4 gruppering av koder, 5 utvikling av konsepter, 6 diskusjon av konsepter, 7 teori (Tjora, 2021, s. 21).

Videre i dette kapittelet vil jeg gi en nærmere beskrivelse av stegene for analysen. Trinn 1 (generering av empiriske data) og trinn 2 (bearbeiding av data) er nærmere beskrevet i de foregående avsnittene.

Siste steg i prosessen er utviklingen av teori, men store deler av den teoretisk motiverte forskningen kommer ikke lenger enn til utviklingen av konsepter. Dette er også tilfellet med denne studien. Tjora skriver at ettersom det er svært strenge krav til *teoristatus* kan studenter og forskere stoppe ved konseptutviklende prosjekter uten at arbeidet deres oppfattes som uferdig eller utilstrekkelig (Tjora, 2021).

Koding

Det å kode empirien innebærer at man samler betydningsfulle utsagn og begreper som informantene har brukt i *koder*. Man henter koder fra transkriberingen, ikke fra teori, hypoteser, intervjuguiden eller forskningsspørsmål (Tjora 2021).

Meningsinnholdet i den transkriberte teksten er grunnlaget for hvilke koder som blir dannet. Etter 13 intervjuer var det en stor mengde datamateriale som skulle sorteres i koder. For å samle og få en ryddig oversikt over kodene lærte jeg meg «Nvivo Pro 12» som er et dataprogram anbefalt av Tjora til bruk i arbeidet med koder. Programmet genererer ikke

kodene automatisk, men hjelper til med å systematisere utsagn fra empirien og å sortere kodene sammen. I Nvivo kalles koder for *nodes*, men jeg velger å omtale disse som koder i denne oppgaven.

Jeg la inn de transkriberte intervjuene i Nvivo, samtidig markerte jeg de forskjellige kodene i farger for å gi meg selv bedre oversikt. Jeg startet med å ta utsagn fra den transkriberte teksten og samlet de i koder. De empirinære kodene er direkte sitater fra transkripsjonene av intervjuene om hva tannpleierne sa at de hadde erfart. De empirinære kodene gjør at vi ikke trenger å gå tilbake til transkripsjonene, da de alene bidrar til interessante aspekter til videre analyse (Tjora, 2021). Fra de 13 intervjuene satt jeg igjen med 240 koder. Jeg kodet og sorterte all tekst, også det som ikke var relevant for videre analyse. I Nvivo samlet jeg kodene som hadde samme betydning i forskjellige kodemapper.

Et eksempel på en kode i mitt kodemateriale er: «*Det står nedfelt i lovverket at det er dere som har helhetlig pleie og da går munnen inn i det*».

Da alle utsagnene var samlet fikk jeg en ryddigere oversikt over kodene. Til sammen ble alle kodene representative for et kodesett som ble utgangspunkt for neste steg i analysen; *kodegruppering*.

Kodegruppering

For å sortere kodene i grupper satte jeg sammen kodene som hadde lik tematikk og sorterte bort de som ikke var relevante. Dette ble da til 81 koder. Det var en tidskrevende jobb å sortere kodene. For å la empirien snakke for hvilke kodegrupper som ble til, leste jeg igjennom kodematerialet på nytt (induktiv). Samtidig hadde jeg en teoretisk (deduktiv) tilnærming til å sette sammen kodene. Kodegruppene danner utgangspunktet for temaene videre i analysen (Tjora, 2021).

Jeg sto igjen med 11 kodegrupper, noe som er mer enn det Tjora foreslår. Grunnet mye empiri og koder ville jeg dekke alt av relevant empiri til analysen videre. Videre i analysen vekslet jeg mellom empiri og teori for å gå videre til å danne *temaer*. Temaer med undertemaer vises videre i resultatkapitlet med henvisninger til utsagn fra informantene. Det å ha utsagn fra empirien samlet i koder og kodegrupper gjorde det lettere å se sammenhengen i hvorfor temaene var relevante til problemstillingen.

I resultatkapitlet henviser jeg til informantene som både *informanter* og *tannpleiere*. Jeg har forkortet noen sitater, som overflødige bisetninger eller gjentakende setninger, for å få bedre flyt i teksten til leseren. Resultatene presenteres i resultatkapitlet.

Temaer

«Et tema er en gruppering av data som har viktige fellestrekk» (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2010) Arbeidet med analysen ga tre hovedtemaer med ti undertemaer. Prosessen med å komme frem til hovedtemaer handlet om å trekke ut tannpleiernes synspunkter og erfaringer. Jeg satt igjen med følgende hovedtemaer og undertemaer:

<u>Hovedtemaer</u>	<u>Undertemaer</u>
Det tverrfaglige samarbeidet	Oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i dag Fylkeskommunal og kommunal Tannkontakter Holdningsendringer Mangel på dokumentasjon Manglende forståelse for tannpleierens rolle Manglende inkludering i planer som angår pasientens helse
Fokus på tannhelse i samfunnet	Tannhelsen er ikke med i den generelle helsen
Oppfatninger om årsaker til mindre fokus på tannhelse	Mange konkurrerende arbeidsoppgaver og liten tid Manglende kunnskap og kompetanse

Temaene med undertemaer vil bli presentert i resultatkapitlet. For å skape nærhet og styrke studiens pålitelighet blir resultatene presentert med utsagn fra den transkriberte teksten, som er grunnlaget for funnene i studien.

Forskningsetiske betraktninger

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Da studien ikke skal forske på pasienter, biologisk materiale eller helseopplysninger måtte jeg ikke få godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene). Datamaterialet og informantene er behandlet i tråd med gjeldende krav til personvern og de forskningsetiske retningslinjer er overholdt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Dette innebærer informert samtykke fra informantene, hvilke opplysninger som skal deles i studien og at deltakelse i studien er frivillig (Thagaard, 2008). Deltakerne kan når som helst og uten grunn trekke seg og all data vil bli slettet. På forespørselen om deltagelse i studien fikk informantene e-post med forespørsel om deltakelse og samtykkeskjema, informasjon om studiens formål, min bakgrunn, samt mer informasjon om hvordan jeg skal ivareta deres anonymitet. Jeg informerte også om anonymiteten før intervjuene startet og intervjuene som ble gjort på zoom var i forkant godkjent av informantene. Samtykket, lydopptak og transkriberinger ble oppbevart på låst minnepenn i et låst skap hjemme hos meg. Etter studien vil datamaterialet bli slettet. Hensynet til deltakernes integritet går foran vitenskapens og samfunnets interesser og konfidensialiteten er viktig å ivareta for at ingen skal komme til skade (Helsinkideklarasjonen, 2013; Helseforskningsloven, 2009).

Tannpleierne fortalte om seg selv og personlige erfaringer, sine kollegaer, pasienter, og samarbeid med andre profesjoner. Dette er personlige opplysninger og opplysninger om arbeidssted og er derfor anonymisert. Jeg har dog tatt med at de jobber i små og store kommuner, da dette var relevant for resultatene og ikke avslører noe om hvem som jobber hvor.

Metodiske refleksjoner

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er tre indikatorer på kvalitet innenfor kvalitativ forskning.

Pålitelighet (reliabilitet)

Pålitelighet, eller reliabilitet handler om at det må være en tydelig intern sammenheng i forskningsprosjektet (Tjora, 2021). SDI-modellen som er benyttet i denne studien, underbygger pålitelighet med tydelige krav til datagenerering, kriterier for hvordan analysen

utvikles fra empiri gjennom koding og kodegruppering, og hvordan teorier gjøres relevante på et mer abduktivt stadium senere i arbeidet (Tjora, 2021)

Tjora påpeker at også forskerens forkunnskap og posisjon er viktig for pålitelighet. Innenfor det kvalitative forskningsfeltet er det forståelse for at det er umulig å være fullstendig nøytral til forskningen, og som forsker må en da være åpen om eventuelle forutinntatte oppfatninger og forberedt på å justere ens forståelse underveis (Tjora, 2021). Jeg har tatt i betraktning at jeg kan ha hatt forutinntatte meninger om temaene i studien basert på tidligere kjennskap til forskning gjort på hjemmesykepleien og sykehjem, samt fra kunnskap fra tannpleierutdanningen og egne og andre tannpleieres erfaringer. Jeg har forsøkt å ikke la dette påvirke funnene eller analysen.

Validitet (gyldighet)

Validitet er et kriterium for studiens kvalitet og viser til gyldigheten til forskningen.

Gyldighet handler om at det må være en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og de funn som kommer ut av prosessen, altså om vi får svar på de spørsmålene vi stiller. Ved å stille spørsmål om gyldighet kan man forebygge systematiske feil i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Å redegjøre for forskerens egen posisjon og interesse, innebærer å forklare om eget personlige engasjement kan komme til å påvirke undersøkelsesarbeidet, eller hvordan forskers erfaringer og kunnskaper benyttes i analyse og diskusjon av resultatene (Tjora, 2021, s. 235- 238).

For å sikre høy grad av gyldighet er det sentralt at undersøkelsen skjer innenfor faglige rammer knyttet til annen relevant forskning på feltet. Forskeren begrunner sine valg i forskningen og tydeliggjør hvordan undersøkelsen er utført i sammenheng med problemstilling og de spørsmålene som stilles til informantene. Det er viktig at forskeren viser tydelig hvilke valg som er gjort og hvorfor, samt reflekterer over hvordan det har hatt innvirkning på resultatene (Jacobsen, 2015). I metodekapitlet har jeg beskrevet hvilke valg jeg har tatt under studien og beskrevet min forforståelse.

Relevansen for denne studien ligger i at det er gjort en større andel studier på sykehjem, men ikke i hjemmesykepleien. Flere studier har konkludert med at det var ønskelig med mer forskning på dette rettet mot hjemmesykepleien. Relevansen til forskerens valg betyr også å at valgene kan få konsekvenser som endrer på problemstillingen og forskningsspørsmål (Tjora, 2021). Ut ifra problemstillingen har jeg gjort valg som det å lage intervjukisse til analysen i

lys av problemstillingen. Samtidig har jeg vært åpen for at empirien kan ta andre vendinger som gjør at problemstillingen kunne måtte endres.

Malterud (2017) skriver at dersom man lar forforståelsen ta for stor plass kan det hindre at nye kunnskaper fra det empiriske materialet kommer frem. Som forsker i denne studien har jeg erfaringer innen temaet for studien, men ikke praktisk erfaring. En motivasjon for studien har vært mine tidligere erfaringer, men som forsker har jeg latt empiri og teori stå sterkt. Å klargjøre forforståelsen og at den kan påvirke forskerens ståsted har betydning for studiens gyldighet (Malterud, 2017).

Noe av teorien fra både bøker, forskningsartikler og rapporter er mer enn tjue år gammelt og kan derfor være utdatert på noen områder. Samtidig er lovverket og organiseringen av hjemmesykepleien og DOT den samme i dag som den var da forskningen som presenteres ble gjort. Dette understøtter at forskningen fortsatt har relevans, og at tidligere identifiserte utfordringer fortsatt kan være gjeldene i dag.

Overførbarhet

I kvalitativ forskning handler det mer om å overføre kunnskap enn å generalisere da det er vanskelig å generalisere andres meninger. Dermed bruker man begrepet *overførbarhet* (Kvale og Brinkmann, 2018). Overførbarhet i en kvalitativ metode kan fortelle noe om resultatene i studien gir innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger (Malterud, 2018). Tjora bruker generalisering når han snakker om overførbarhet, og ettersom jeg har brukt hans metode vil jeg bruke hans tre former for generalisering i kvalitativ forskning.

Funnene i denne studien kan ha en overføringsverdi til nærliggende fagfelt selv om det kan være forskjell i måtene de samarbeider med hjemmesykepleien på. Informantene til studien representerer flere fylker i Norge som kan gjøre at de fra andre steder relaterer seg til funnene. Overførbarhet av funn er ofte knyttet til utvalget som i denne studien er tannpleiere som jobber i DOT.

For å sikre relevans utover de data som er analysert i prosjektet, benyttes tidligere forskning og teorier som støtter opp under en større gyldighet og generaliserbarhet. Det er altså her samspillet mellom empirien, analysen og teorien som til sammen danner grunnlaget for generaliserbarhet.

Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens bearbejdede datamateriale. For å gi leseren et større innblikk i empirien hvor resultatene kommer fra, har jeg valgt å vise sitater fra informantene og ikke kodene. Hensikten er at dette skal gi større nærhet til studien.

Tannpleierne delte sine erfaringer, opplevelser, tanker og andre forhold fra samarbeidet med hjemmesykepleien. De har fra et år til over tjue års erfaring. På grunn av nedstengning som følge av corona-pandemien var det ikke mulig for tannpleierne å bedrive utadrettet arbeid på tidspunktet hvor intervjuene ble gjennomført. De fortalte derfor om sine erfaringer fra det utadrettede arbeidet, slik dette er i en normalsituasjon.

Det tverrfaglige samarbeidet

Oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i dag

Alle tannpleierne har eller har hatt samarbeid med hjemmesykepleien. De fleste utrykte at de nå har et bra samarbeid med felles undervisninger og/eller samarbeidsmøter en til to ganger i året. Noen har i tillegg kontakt på telefon og e-post i løpet av året. Tannpleierne fra små kommuner hadde et tettere samarbeid enn de fra store kommuner. Likevel er det et forbedringspotensiale på flere punkter.

En tannpleier uttrykker samarbeidet slik:

Med hjemmesykepleien har vi samarbeidsmøter to ganger i året. Hvor vi går igjennom rutinene og alt da. Vi har et fint samarbeid. Hvis jeg sender mail om når vi skal ha samarbeidsmøte så får jeg svar. Det kan jo bli bedre, det kan det. Man har jo noe å strekke seg til, så det å få til en god kommunikasjon og få et bedre samarbeid, noe jeg synes vi har, men man kan forbedre seg mer og mer.

En annen tannpleier sa det slik:

Nå er samarbeidet veldig fint altså, men jeg synes kanskje de kunne vært flinkere til å ta kontakt hvis det er noe. For det er de ikke så gode på. De bestiller kanskje en time til pasienten, men det er jo ting man kan ringe og spørre om, tenker at de har vel noen spørsmål i løpet av året som det er lov å ringe å spørre, men de gjør ikke det så ofte synes jeg. Jeg vet at noen har slitt litt med å få kontakt og få de til å forstå hvor viktig det er. Men der jeg er, er

det egentlig veldig greit, de er engasjert og lederen er også med på undervisningene og sånn og man ser at hen bryr seg. Så møter du noen da som er skikkelig engasjert og virkelig er sånn «ja det er superviktig».

Samarbeidet var også fint på de årlige møtene, men det var lite kontakt utover disse møtene. Dette var noe flere tannpleiere uttrykte. Flere ønsket også at de tok mer kontakt for spørsmål i løpet av året. Andre sa at de fikk spørsmål på e-post innimellom, men at kommunikasjonen hovedsakelig foregikk på de årlige møtene. Det kom også frem at det kunne være behov for å ha flere møter årlig.

En annen uttrykte det som:

Samarbeidet fungerer godt. Jeg har engasjerte folk å forholde meg til i hjemmesykepleien, med de uttrykker jo også sin frustrasjon, og prøver å få meg til å forstå at de skjønner at det er viktig, men ikke så enkelt.

Her kom det også frem at det på møtene var et felles ønske om å fokusere mer på tannhelse, men at dette i praksis ikke var like enkelt. På møtene var det oftest leder eller tannkontakter som da var ansvarlige for å bringe informasjonen videre fra møtene. Hvordan det da ble videreført og om det i praksis ble gjort kunne ikke tannpleierne vite.

De som sa de at hadde et godt samarbeid i dag, ga uttrykk for at det ikke hadde vært enkelt å danne dette samarbeidet. Noen uttrykte at det hadde vært vanskelig fordi hjemmesykepleierne ikke så nytten ved å samarbeide og at de følte at tannhelsetjenesten var der for å fortelle hjemmesykepleien hva de gjorde feil. En av tannpleierne sa:

Nå har jeg fått et fint samarbeid med den hjemmesykepleien som jeg har ansvar for, men tidligere var det sånn at jeg slet med å komme inn der, de så ikke helt ... med tid og engasjement, men da jeg først kom inn der så slipper de ikke unna. Men de ønsker det jo og nå har vi kontakt. Men det var litt vanskelig å få dem til å forstå at det her må vi gjøre. Det er veldig kjedelig når det er sånn, at det er vanskelig å få kontakt. Man må jobbe for det, det er jo et tilbud vi har, og det er jo for pasienten sitt beste.

Jeg tror jo bedre samarbeid det er mellom klinikk og eller tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien da, jo bedre tilbud får disse pasientene. Det er disse pasientene som er litt framtiden vår, den pasientgruppen kommer bare til å øke, så det er viktig å ha fokus på det

Fylkeskommunal og kommunal

Det var ulike oppfatninger blant tannpleierne om at fordi tannhelsetjenesten er fylkeskommunal og hjemmesykepleien kommunal, så var ikke disse instansene naturlige samarbeidspartnere. Dette var noe som også naturlig kom frem i intervjuene uten at jeg spurte direkte om det. En tannpleier sa det slik om fordeler og ulemper med å være fylkeskommunal:

Det er jo noen ganger vi ser at det har sviktet, men jeg synes ikke at det er ofte altså. Men at det kanskje hadde vært lettere hvis vi hadde vært en del av kommunen. Da det var snakk om at tannhelsetjenesten skulle bli kommunal så satt jeg og håpte litt på det, men samtidig så vet jeg jo hvor dårlig økonomi det er i kommunene, så sånn sett er vi jo superheldige at vi tilhører fylkeskommunen, der får vi bevilget penger til utstyr, jeg bare så for meg med skrekk og gru at vi skal sitte med utstyr som er over tjue år gammelt, og kommuner som ikke har råd til å gi oss, som ikke prioriterer utstyr, som ikke ser at det er nødvendig.

En annen nevnte at:

Ja, det er kanskje litt dumt at vi ikke er kommunal akkurat der, men de er jo veldig grei å samarbeide med, det er ikke det, men jeg tror kanskje det hadde vært enda enklere og vi hadde blitt tatt enda mer med inn i det her hvis vi hadde vært samme instans. De glemmer oss litt av, de gjør det. Nå har vi etablert mye da, så nå er vi det da (naturlig samarbeidspartner). Men vi hadde kanskje sluppet de rundene der for å komme på innsiden da.

Det som har vært vårt problem i tannhelsetjenesten er jo at vi er fylkeskommunalt og alle våre samarbeidspartnere er kommunale, så det er der det ligger, og det er jo derfor jeg er opptatt av hvor skal vi forankre det. Det er kjempefint og vi bør ha de samarbeidskontraktene på tjenestenivå, men vi bør også forankre det litt lengre opp. Det må vises og synliggjøres i kommunene at vi har et godt samarbeid med tannhelsetjenesten og hvor viktig det er.

Det kom frem fra flere tannpleiere at de ikke ble oppfattet som naturlige samarbeidspartnere med andre instanser i kommunene, men at dette hadde forbedret seg. Den viktigste forutsetningen for dette var klare roller og ansvarliggjøring i samarbeidet. Samtidig var det flere som var fornøyde med å være fylkeskommunal og mente at det ikke var til hinder for samarbeidet.

Tannkontakter

For å ha noen faste å forholde seg til i hjemmesykepleien har de fleste kommunene ansatte (helsefagsarbeidere) som fungerer som *tannkontakter*, som tannpleierne kan ta kontakt med for å avtale samarbeidsmøter og undervisninger. Det var gjerne en eller to som jobbet i hjemmesykepleien eller lederen for enheten som var tannkontakt. Flere hadde ikke tannkontakter, men ønsket at det skulle ordnes slik at de hadde noen faste å forholde seg til. To tannpleiere uttrykte det slik:

[...] så er det en tannhelsekontakt som er veldig på, så hun er kjempeflink, hun ringer til meg hvis hun har noen spørsmål.

[...] da er det blitt valgt ut en person som er tannhelsekontakt og hun har da ansvar å følge opp det som gjelder med tannhelsen da. Så det er vi to som har kontakt med hverandre og vi videreformidler til andre ansatte og sånn, og det er sykepleiere som er tannhelsekontakter.

En tannpleier sa at de ikke hadde en fast tannkontakt som de avtalte med og at de ikke hadde noe fast avtale om samarbeidet:

Vi hadde tannkontakter på sykehjemmene, men den ordningen funkete så som så, men på hjemmesykepleien tror jeg at det var en sånn kontaktperson da, men de kunne ringe. Når de ringte oss så var det bare hvem som helst ringte da, men når vi kontaktet de, hvis det var noe vi ville så hadde vi en fast person, en avdelingsleder eller sånn. Men jeg opplevde ikke at det sånn super ... det kunne vært mer organisert eller bedre organisert.

De som hadde faste tannkontakter, opplevde at samarbeidet fungerte godt. De som ikke hadde tannkontakter, hadde et mer sporadisk samarbeid og hadde ikke like mye kontakt med hjemmesykepleien utover dette.

samarbeidet.

Holdningsendringer

Tannpleierne mente at holdningsendring kan bidra til økt fokus på tannhelse:

Vi har jo snakket om det at vi burde ha ei sånn holdningsendring der, tenk litt lengre frem, det er jo en investering i deres alderdom da, at vi prøver å snu dette litt. Hvordan vil dere ha det om tretti år? Så jeg tror det er det som må til, endringer i holdninger.

Dette kommer fra en tannpleier som hadde undervisning for ansatte på sykehjem og i hjemmesykepleien hvor hun hadde en tannlegestudent med seg som kom med utsagnet ovenfor. Hun mente at det var behov for en holdningsendring til hvor viktig tannhelsen er og hvordan synet på tannhelse fortsatt er tilsidesatt.

Flere tannpleiere uttrykte at engasjement hos lederen for hjemmesykepleien var avgjørende for samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien. En leder som ser og forstår viktigheten av god tannhelse ville gjøre det enklere å samarbeide. To av tannpleierne sa:

Det er helt avhengig av avdelingsleder, hvor interessert de er, synd å si det, men det er litt sånn personavhengig, rett og slett, for det er ikke noe sånn, faste nasjonale retningslinjer på at sånn og sånn skal det være.

Og lederen har mye å si da, om den er interessert, er det lettere å få ting igjennom. Det kom en ny leder på sykehjemmet og da ble det straks mye bedre, hun var litt mer engasjert i tannhelse enn hun forrige. Mens i hjemmesykepleien, men de i hjemmesykepleien virker ikke så interessert, og det har veldig mye å si.

I et tilfelle hadde det vært vanskelig å starte samarbeidet da det var ulike meninger om hvem som hadde ansvaret for å fremme tannhelsetilbudet til brukerne:

Selve kontakten var ikke så vanskelig, men selve samarbeidet, det er litt med hvem som har ansvaret med hvem som skal oppdatere lister, hvem skal kontakte de, det var der det lå da, for hun fra kommunen mente at det var oss, men loven sier det er kommunen som har det ansvaret. Så det ble veldig mye frem og tilbake, det tok tre, fire møter før hun godtok at det var kommunen sitt ansvar. Å komme å si at det er deres ansvar og ikke oss. Vi måtte ha flere møter med folkehelsekoordinator.

Flere av tannpleierne som har et etablert samarbeid sa at det er tannpleierne som har tatt initiativ til og organisert samarbeidet med hjemmesykepleien. Alle tannpleierne sa at det var tannpleierne som avtalte møtene, undervisningene, skrev referat fra møtene og var ansvarlige for videre samarbeid. En uttrykte det slik:

For det er ikke til å skyve under en stol at det også går på engasjementet til oss (tannpleiere), og hvor mye tid og energi du bruker på dette. For noen er det jo et ork ikke sant, og noen vil helst bare sitte på kontoret å ha pasienter. Liker ikke å snakke foran folk, liker ikke å stå foran store forsamlinger ikke sant, det gjenspeiler seg jo litt det der. Så det går litt begge veier.

Manglende dokumentasjon

Flere tannpleiere uttrykte at det er en stor pasientgruppe som kommer til å vokse i fremtiden og at det kommer til å bli nødvendig med et tettere samarbeid på tvers av helsetjenestene i kommuner, og et bedre system på dokumentasjon av hvem som får tilbud om tannbehandling. Flere uttrykte også at det burde være dokumentert om tannpuss var blitt gjort eller ikke. At noe er nedskrevet kan bidra til å øke oppmerksomheten til det som ikke er i fokus fra før av. De fleste trodde ikke at hjemmesykepleien dokumenterte tannstell i sine journalsystemer, men at de noen steder hadde et system på det:

Jeg tror det var en kommune her nå som har et system som registrerer i Gericca, at de har sånn avkryssning på at de har gitt ut tilbudsbrev, og hva de har svart. Det tror jeg hadde vært smart, jeg vet bare om en kommune som gjør det sånn. Tror ikke det er sånn der jeg jobber nå.

[...] kanskje fått til et system som gjorde sånn at, i hvert fall for hjemmesykepleien at de kan lage seg et system der de kan på en måte ha en liste eller måte å få oversikt over de de har gitt tilbud til, hvem som har takket nei og hvem som har takket ja. For jeg har liksom fått inntrykk av at noen plasser så har de kanskje ikke helt oversikt over det, og da blir det jo surr.

Noen fortalte også at de var avhengige av at de ansatte i hjemmesykepleien ga informasjon til pasientene for at de skulle vite om tilbudet de hadde krav på. Det opplevdes at ikke alle listene de fikk var oppdaterte med nye og frafalte pasienter. Det var noen som ikke var sikre på om alle fikk informasjonen, mens andre mente alle i deres område fikk informasjonen. En tannpleier sa at de journalførte hvem som har takket ja til tilbudet om tannbehandling:

De er i vært fall flink her til å oppdatere når det er gått tre måneder at de får tilbudsskjema og gir informasjon til de som har rett til det, at nå får du gratis tannbehandling, det føles sånn. Så det er bra. Så de registrerer elektronisk og journalfører det.

En annen tannpleier sa at de kunne bli bedre på å gi brukerne informasjon om tannhelsetilbudet:

Vi snakket om det på siste møte med ledelsen og de skulle lage noen prosedyrer på det, som jeg nevnte at tannkontakten kan ta det ansvaret da og ha oversikt på når det er gått tre måneder så får de den informasjonen da, for å nå ut til dem, for det innrømte de også at og var ærlig på at der har de sviktet. Det kan kanskje nevnes på den velkomstmøtet og så blir det

på en måte glemt igjen. Men det skulle de gjøre noe med nå. For det er jo synd, det er jo veldig mange som går glipp av det tilbudet, og hadde vi fått de inn etter tre måneder så hadde det vært kjempefint. Og mye kunne ha vært forebygget tidligere.

Det kom også frem at hvor godt samarbeidet fungerer kan ha noe med hvor store kommunene er. De som hadde ansvaret i små kommuner eller en mindre avdeling hadde et bedre samarbeid i dag enn de som jobbet i store kommuner. Det kom også frem fra en tannpleier at det er ulikheter imellom kommunene og det er i noen tilfeller er fordeler med å bo i en kommune kontra en annen:

Det er veldig forskjellig fra kommune til kommune, når har jeg jobbet i tre kommuner, og det er jo så forskjellige i de tre kommuner, og det er jo nabokommuner, så altså, jeg synes det er viktig at det skal være likt da, det skal ikke være fordel å bo en kommune enn en annen.

Tilbudet må være likt, uansett hvor du bosetter deg liksom.

Manglende forståelse for tannpleierens rolle

Flere tannpleiere ga uttrykk for at det hadde vært utfordrende å starte et samarbeid og å «komme seg inn» i hjemmesykepleien. Flere opplevde dette som lettere på sykehjem hvor alle pasientene er samlet på en plass. I hjemmesykepleien er alle spredt i egne hjem og bestemmer selv om de skal takke ja til tilbud om tannbehandling. Denne tannpleieren uttrykte at hennes dårlige opplevelser fra sykehjem og fra hjemmesykepleien hadde bakgrunn i dårlig kommunikasjon. Hun hadde opplevd at sykepleierne ikke alltid forstod hvorfor tannpleierne var der og at de følte at tannpleierne kom for å fortelle de hva de gjorde feil:

[...] at de ikke føler at nå skal vi komme og belære de liksom. Tror kanskje det er litt sånne fordommer imellom på en måte. som sagt så var det sånn at, litt sånn dårlig forståelse for hvorfor vi var der, kjente jeg litt på.

En annen tannpleier sa:

Det er jo ikke for å sette de på plass eller ta de på noe de gjør feil. Pasientene har jo krav på det, og de skal gjøre det på dem (hjelp med tannstell).

En tredje tannpleier sa at utadrettet arbeid var noe hun gruet seg til:

Men da vi startet og de der, ja kanskje ti år tilbake så var det ikke så lett, synes jeg. Det der med det screeningsrunden og når man skulle ut, det var litt sånn, ja det var noe som jeg gruet meg faktisk til.

Usikkerheten om rollefordeling og ansvarsområder kan være grunnen til at tannpleierne både i dag og tidligere møter på vanskeligheter ved utadrettet arbeid. Noen tannpleiere opplevde at de hadde mer kunnskap om at de var pålagt et samarbeid gjennom lovverket og andre instanser var ikke like klar over lovverket. En annen tannpleier uttrykte at det er tannpleierne som må ta ansvaret for at samarbeidet blir gjennomført:

[...] det er som jeg sa til den gruppen med rådmenn at, «hvorfors det sånn at det er vi i tannhelsetjenesten som må på en måte være de som skal ta kontakt når vi ønsker, hvis vi ønsker oss ut på skoler eller barnehager», så er det vi som ofte må være de som tar kontakt for å komme oss ut.

De fleste tannpleierne hadde samarbeidsmøter en gang i året med leder eller tannkontakter. Noen hadde undervisninger med både sykehjem og hjemmesykepleien samtidig. På disse møtene deltok både sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Andre sa at de prøvde å få til undervisninger, men at det var få eller ingen som kunne møte opp på dette, ofte på grunn av for lav bemanning. En tannpleier sa følgende om undervisningene:

Ja vi hadde undervisninger, og det har vi fortsatt en gang i året, og for hjemmesykepleien også da. Men de fleste gangene var det jo på en måte, at de sendte vikarer, studenter, andre, for de som jobbet fast hadde ikke muligheter til å komme på de undervisningstimene vi hadde. Så det ble jo nesten bortkastet av tid da, for vikarer og studenter, de forsvinner jo ut av systemet igjen da, for de er jo bare der i en kortere periode. Men vi har det tilbudet da, vi har undervisninger for dem. Vi tok det opp flere ganger, og de sa at det var lite bemanning og sånn.

Manglende inkludering i planer som angår pasientens helse

En tannpleier snakket om hvordan hun opplevde at hun på møter som skulle handle om individuelle planer for en pasient, ikke var en naturlig del av møtene:

Sånn som med de individuelle planene til enkelte brukere, min erfaring har vært at jeg har jo kommet på møter hvor jeg har blitt møtt av leger: «hva tannhelsetjenesten gjør her?» ... og så har det i et par tilfeller vist seg det at i løpet av møtet, at de har bruk for meg. [...] «hvorfors er det ikke en naturlig ting at vi i tannhelsen skal være en del av den planen på samme måte som skole, leger og alt, vi er jo en del av den brukerens helse. Og de skjønner jo det når du liksom legger det frem, men det har aldri vært sånn at tannhelsen har vært tenkt på og det er

der jeg er i min jobb, jeg er veldig opptatt av det, det må opplyses mer, det må mer kunnskap til i forhold til hvor viktig det er.

Dette er et uttrykk for at DOT ikke blir inkludert i pasientens individualiserte plan for oppfølging.

Fokus på tannhelse i samfunnet

Tannhelsen er ikke med i den generelle helsen

Tannpleierne uttrykte at tannhelsen fortsatt ikke regnes med inn i den «generelle helsen». En uttrykte det slik:

Det er kanskje skummelt å si, men tannhelsa er litt for seg selv da, at den blir utenfor resten av kroppen liksom. I hvert fall vi tannpleiere føler jeg da er veldig sånn der, at om noen spør oss, uansett hva det er da så, hvis de spør oss om vår kompetanse eller vår tid, enten for veiledning eller foredrag, informasjon, hjelp, uansett hva det er så skal vi si ja til det fordi det er viktig for oss å, det er jo en av det å være tannpleier også. Å kunne møte de der de er. og jeg tenker det er litt viktig, tannhelsen, det er kanskje bedre nå, men det har liksom vært litt sånn nedprioritert da fordi det har vært en egen del. Det er litt sykt, hvis du skal få eller skal lages et tvangsvedtak for noen på sykehjem for eksempel og det gjelder hygiene, så er ikke tannhelsen med på det. Tannhelsen er ikke med på den generelle hygienebiten.

Tannpleierne uttrykte frustrasjon over at tannhelsen ikke er mer prioritert fordi det kan ha store konsekvenser for tannhelsen til brukerne. En sa det slik:

Det synes jeg er litt synd fordi fra da de pasientene bor for seg selv, klarer seg selv, pusser selv til de kanskje kommer på sykehjem så er de innom hjemmesykepleien. Og i den tiden fra du klarer deg selv til du er fullt pleie, eller at du trenger hjelp til alt da, at den perioden rakner tannhelsen ganske fort, kan gjøre på mange at det blir fryktelig dårlig tannhelse til de kommer på sykehjem da. [...] Tannhelsen er ikke med på den generelle hygienebiten. Og det synes jeg er litt sykt da, det gjelder dusj og tørke etter do og sånn, det gjelder ikke tannhelse.

En annen beskrev det slik:

Vi tannpleiere er jo på den helsefremmende og forebyggende delen, vi er jo i vært fall så lenge jeg har jobbet, vi har jo vært åpne og ta imot for å jobbe bedre sammen, for at

hjemmesykepleien skal få det tilbudet de har krav på, men tror de blir en kasteball mellom kommunen og oss da.

Oppfatninger om årsaker til mindre fokus på tannhelse

Hjemmesykepleien har mange arbeidsoppgaver og begrenset med tid

Informantene trodde at hjemmesykepleiens begrensede tid hos hver pasient var en direkte årsak til at tannstellet ikke alltid ble gjort. Pasientenes egne ønsker var også en årsak:

Så jeg tror egentlig den tidsfaktoren er veldig stor der, de har ikke, setter ikke av tid, de har ikke tid, jeg vet ikke om de ikke får nok midler til å, jeg hører jo bare at de er veldig stresset og har lite tid. De sier jo at det er travelt, de har ikke tid til å gå inn å hjelpe de, de vil jo gjerne, jeg fikk inntrykk av at de vil gjerne kunne hjelpe, men det er ikke tid og så vil kanskje ikke pasientene akkurat der og da når de er på besøk, og så kan de ikke bruke tvang. Er det som blir sagt da, og det kan jeg jo skjønne, de er jo innom veldig mange i løpet av en dag, og så er det jo ikke alle som trenger hjelp til helse på en måte, sånn som egenpleie da, og jeg tror mange av de eldre synes det er, de bor jo hjemme, så skal de komme noen å pusse tenner på dem, jeg skjønner jo at det er føles litt sånn ...

Samtidig sa en tannpleier som jobber i en liten kommune:

Det har de aldri sagt, har ikke fått inntrykk at det har vært noe problem i kommunen, det sier de egentlig ikke noe om. Om de da kutter ned fem minutter på dusjingen, hehe, det vet jeg ikke, men jeg føler absolutt at hos de pasientene der vi sier at de trenger hjelp, kommer informasjonen frem.

Manglende kunnskap og kompetanse

Flere tannpleiere trodde at en årsak til at tannhelsen glemmes er at det ikke er så mye faglig informasjon om tannhelse på andre utdanninger innenfor helse og at kompetansen om tannhelse ligger mye på egen interesse. Tannpleierutdanningen fokuserer åpenbart mye på tannhelse og man lærer hvorfor god tannhelse er viktig for resten av helsen og at det kan påvirke eller forverre andre sykdommer. En tannpleier uttrykte det slik:

Sånn som sykepleierutdanningen, det er jo nesten ingenting om tannhelse og det samme er det på vernepleier, eller hjelpepleier, altså helsefagarbeidere, så det er noe med å synliggjøre det, det er det som er viktig. Jeg har sagt når jeg kommer ut på sykehjem, jeg skjønner jo faktisk, jeg ser på meg selv hvis jeg hadde hatt helsefagarbeiderutdanningen og ikke hadde hatt noe om tannhelse, og så kommer det folk fra tannklinikken og skal inn og ha screening og jeg hadde sikkert tenkt samme tanken om hvorfor kommer de, hvorfor er det så viktig. For alt handler jo om kunnskap.

En annen tannpleier sa:

Så ser vi jo at nye, altså de som jobber i hjemmesykepleien, det er stort sett helsefagarbeidere, og så er det noen sykepleiere, og så er noen som ikke har noen fagutdannelse i det hele tatt som på en måte er opplært.

Her kommer det frem at de opplever at det er ulike nivåer på ulike utdanninger og at på grunn av at det er lite om tannhelse på andre helsefaglige utdanninger blir fokuset naturlig mindre på tannhelse når man kommer ut i jobb. Enn tredje tannpleier uttrykker hva de lærer på sykepleierutdanningen den dag i dag:

Det som står i sykepleierbøker, det handler jo om hvordan man skal pusse proteser, det er så mange år tilbake i tid at det er jo helt ... der lærer de å pusse sine egne tenner og pusse protese. Så det er helt galskap.

Denne beskrivelsen kan ha sammenheng med at dagens eldre for det meste har sine egne tenner og få har proteser. Lærerbøkene er dermed utdatert innenfor dette temaet. En annen tannpleier hadde noen i familien som tok sykepleieutdanning og som hadde spurt tannpleieren som noen tips og triks til sin praksis i hjemmesykepleien:

[...] hen hadde en oppgave på sykepleierstudiet med å skulle følge en pasient på noe, og da spurte hen litt i forhold til det med tannhelse, og hen fikk jo masse tips og ideer og liksom reflekterte litt om det da. Så da fikk hen jo tilbakemelding på at det var kanskje første studenten som hadde nevnt det med tannhelse, og munnstell på det nivået som hen hadde gjort. Altså da hadde de lærerne faktisk reagert, «hen er faktisk inne på noe her».

Flere sa at de hadde en perm med faglig innhold som angikk munnstell. En annen tannpleier beskriver et møte hvor de ønsket en brosjyre med informasjon om tannhelse til nyansatte:

De pleier å spørre på de møtene vi har to ganger i året, så pleier de å spørre spørsmål som gjelder tannhelse, sist møte ønsket de at jeg skulle lage en liten brosjyre om tannhelse og

sånn, som de kunne gi til de nye ansatte, så at de kunne bli oppdatert, og det er jo veldig fint at de engasjerer seg. En perm som jeg kunne lage, med tannpuss for proteser, vanlige tenner og litt sånn generelt om tenner. Med noen som er nye så vet de litt da ved å lese det. Skulle ønske de kunne litt mer om tannhelse.

Hun uttrykker også at det er forskjell på forståelsen av tannhelse og at de i hjemmesykepleien ønsker mer informasjon. Små ting som kan hjelpe pasienten som vi tannpleiere har erfaringer med, men som ikke alle andre vet om. Det kan være tips til brukere/pasienter som de kan gjøre selv hjemme, men som ikke er naturlig å vite for noen som ikke jobber med tannhelse:

[...] spørre om det har gått fint å spise mat for da kan man utelukke om de har noen smerter i munnen og sånt, og tenke litt på den måten og da. Hvis de ikke ønsker å bli pusset på, men spørre går det fint med tennene dine, sånne spørsmål og hvis det er noe så kan de da ta kontakt med oss. Der må kanskje vi tannpleiere jobbe litt mer, og snakke litt mer om forskjellige sykdommer og patologi og tegn i munnhulen og hva det betyr ... videreformidle kunnskapen.

Det kommer frem fra flere tannpleiere at å videreformidle kunnskapen er en viktig del av det utadrettede arbeidet og at det er for pasientene de gjør det, ikke for å pålegge flere arbeidsoppgaver til de i hjemmesykepleien. De sa også at det ikke er store endringer som skal til for at tannhelsen blir bedre.

Så vi håper jo at det skal komme inn noe snart til det med koordineringstjenesten at tannhelse skal vurderes med helsen. jeg vet at det har vært snakk om at tann og munnstell er nødt til å komme til høyere opp på listen i det de vurderer når de vurderer om pasienten skal ha hjemmesykepleie eller ikke.

Drøfting konsepter med teori

Oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i dag

Helsedirektoratet har slått fast at tverrfaglige team for oppfølging av brukere med sammensatte behov også burde involvere tannhelsetjenesten. Å sikre felles forståelse og kunnskap på tvers av nivåene er dermed også viktig. Selv om tannpleiere til daglig ikke sammen med pasient/bruker burde de være en del av det tverrfaglige temaet for at målene skal kunne nås (Helsedirektoratet, 2018).

Oppfatningene av det tverrfaglige samarbeidet hadde både positive og negative sider. De deltagende tannpleierne som hadde et etablert samarbeid med hjemmesykepleien, beskrev dette samarbeidet som “godt”. Dog ble det påpekt fra tannpleierne at det var forbedringspotensiale mellom de to yrkesgruppene. Flere ønsket hyppigere kontakt mellom de ansatte og mente at dette ville bidra til et tettere samarbeid, og igjen bidra til å øke fokuset på tannhelse i hjemmesykepleien. Ifølge Jaecks (2007) føler tannpleiere at deres rolle i tverrfaglig arbeid er verdifull. Økt kontakt og samhandling kan bidra til at tannpleierens opplevelse av å være verdifull styrkes.

I rapport fra Senter for omsorgsforskning sør (2017) ble det gjort en undersøkelse blant hjemmesykepleien, fylkesleger, DOT med fylkestannleger og folkehelsekoordinatorer. Her oppga de fleste i hjemmesykepleien at de med samarbeidsavtaler hadde et «meget godt» og «godt» samarbeid. Samtidig oppga tannpleierne at de ansatte i hjemmesykepleien innrømmet at de kunne bli bedre på tannhelse. I samme rapport sa DOT at på tross av de formaliserte samarbeidsavtalene, oppleves samarbeidet med hjemmebaserte tjenester som en stor utfordring. Det er altså noe uenigheter omkring dette samarbeidet, avhengig om man ser det fra perspektivet til hjemmesykepleien eller perspektivet til DOT (Hovden et al. 2017).

Rutiner rundt regelmessige samarbeidsmøter, kontinuitet i samhandlingen og rutiner for oppfølging av møter er eksempler på det som oppleves som vanskelig (Hovden et al, 2017). Dette støttes av informantene som oppga at det hadde vært vanskelig å etablere et samarbeid i starten, og at hjemmesykepleien viste lite interesse for samarbeid. Flere tannpleiere nevnte at de hadde lite kontakt utover faste møter og at de antok at de ansatte i hjemmesykepleien kunne ha behov for kontakt med tannpleier utenom disse. Tannpleierne opplevde at det kun var de som tok initiativ til møtene. Dog står det i samarbeidsavtalen (vedlegg 6) at det er tannhelsetjenesten som skal avtale møter. Dermed kan det være en grunn til at oppfattelsen av at hjemmesykepleien ikke tar initiativ. Samtidig var det lite kontakt utover de møtene for de fleste som kan tyde på at det er behov for mer kontakt i løpet av året. At hjemmetjenesten ikke hadde behov for mer hjelp var det flere tannpleiere som stusset på. Noen tannpleiere sa de var veldig på tilbudssiden med å tilby hjelp, andre nevnte ikke noe om kontakt utover samarbeidsmøtene. Kanskje tannpleiere må synliggjøre seg og tannhelsetjenesten og ta mer initiativ enn de har gjort, og vise hva tannpleieren kan bidra med. Når flere

helsearbeidere med økt bevissthet og kompetanse innen folkehelsearbeid arbeider tverrfaglig på en dynamisk måte, vil partnere kunne dra veksel på hverandres kompetanse (Hansen et al, u.å.)

Vanskeligheter med samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien kan være fordi de er to forskjellige helseinstanser med ulike arbeidsforhold. Det var ulike oppfatninger blant tannpleierne om at fordi tannhelsetjenesten er fylkeskommunal og hjemmesykepleien kommunal var de ikke naturlige samarbeidspartnere. Noen trodde det hadde vært enklere med samarbeid hvis de var en del av kommunen. Dette kan bidra til at de opplever utfordringer når de skal samarbeide. Hvordan samarbeidet skal gjennomføres er ikke med i loven om samarbeid i helseinstansene. Til tross for tidligere samarbeid på folkehelseområdet velger hvert fylke likevel egne måter å organisere samhandlingen på.

Ifølge Senter for omsorgsforskning sør (2017) jobbes det med en ny lov om helse- og omsorgstjenester hvor tannhelsetjenesten er inkludert, og hvor både FOU, utdanning, brukermedvirkning og samhandling med private tannleger og andre helseaktører vil få en bredere plass enn i dagens lovverk, og som kan føre til at etterspørselen etter tannhelsetjenester vil øke, og at svake grupper vil få et bedre tilbud. Utformingen av ny kommunereform kan føre til flere oppgaver til kommunene, også DOT. Tannpleierne fra små kommuner opplevde også et bedre samarbeid med tettere kommunikasjon. Sykepleiere hadde en lik oppfatning av bedre samarbeid med blant annet sykehjem, hjemmetjenesten, tildelingskontor og fastlegene i mindre kommuner enn store.

Det var lettere med informasjonsutveksling i forhold til store kommuner som har flere tjenestesteder og enheter hvor informasjonen kan ende opp i flere ledd (Skinner, et al, 2021). Dette kan skyldes at det i små kommuner er det mindre utskifting av ansatte og at kontinuitet bedrer samarbeidet (Gjevjon, 2015). En viktig forutsetning er at det etableres samhandling med helse- og sosialtjenesten slik at nødvendig tannbehandling inngår i det tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov mottar (Norsk tannlegeforeningens tidende, 2013).

Fra politisk hold er det et ønske om en tettere kobling til primærhelsetjenesten, blant annet som følge av at tannhelsetjenesten har grenseflater mot andre kommunale tjenesteområder, og for å samordne tjenester for pasienter med sammensatte behov (Hovden

et al, 2017). Det har imidlertid vært motstand mot dette fra odontologisk fagmiljø, fylkeskommunene, kommuner og kommunesektorens interesseorganisasjon og det er fortsatt politiske uenigheter om hvordan DOT skal organiseres i fremtiden. Enn så lenge er den stillestående. En tannpleier var bekymret for økonomien i kommuner i forhold til fylkeskommuner og mente derfor det var bedre å forbli fylkeskommunal.

Tannkontakter

Det er interessant at helsefagarbeidere som har samarbeidsavtaler opplever at samarbeidet fungerer godt. Dette kan ha flere årsaker. At man opplever roller eller ansvar som uklart har vært et gjennomgående tema i både teorien og empirien som er presentert i denne oppgaven. Det er mulig at slike formaliserte samarbeidsavtaler bidrar positivt ved å skape bedre rolleforståelse og en klarere ansvarsfordeling hos de som mangler kunnskap om tannhelsefag. Flere av informantene har også trukket frem tannkontakter som viktig for et godt samarbeid med hjemmesykepleien. Her kan det tenkes at tannkontakter, på samme måte som samarbeidsavtalene, bidrar til å tydeliggjøre hjemmesykepleiens rolle og ansvar for tannhelse. En tannkontakt er ofte en ansatt i hjemmesykepleien som har et særskilt ansvar for å følge opp tannhelse i samråd med DOT. Fordelene ved dette er at man ansvarliggjør en ansatt i den organisasjonen man ønsker å samarbeide med, samtidig som at den personen vil få personlig kjennskap de den samarbeider med i DOT. Dette skaper gode forutsetninger for dialog på tvers av organisasjonene. De kommunene som ikke har tannkontakter vil i større grad være avhengige av at DOT er en pådriver, for å kunne opprettholde et godt samarbeid. En tannkontakt kan samtidig være en forsikring om at kunnskapsbasert informasjon når ut til ufaglærte som kanskje ikke er oppdatert på tannhelsetilbudet..

Tannpleiere skal ha en rolle i det forebyggende arbeidet i hjemmetjenesten, men hvor stor rollen skal være kan være vanskelig å definere (Hovden, et al 2017). Samhandling mellom tannkontakt og DOT vil kunne bidra til at DOT får bedre forutsetninger for å utfylle denne forebyggende rollen. Hva som utgjør forebyggende arbeid, er det vanskelig å gi noen uttømmende beskrivelse av. Av temaer som allerede er nevnt i denne studien er det å sette de ansatte i hjemmesykepleien i stand til å utføre ordinært munnstell og å gjøre vurderinger rundt pasientens behov, en viktig del. ved å synliggjøre hvilke behov hjemmesykepleien har for opplæring.

Holdningsendringer

En tannpleier opplevde at lederen for hjemmesykepleien i hennes kommune mente at det ikke var kommunens ansvar å gi brukerne tannhelsetilbud, og at det dermed tok lang tid før de begynte å samarbeide. Dette er en åpenbar feiloppfatning da det er kommunen, og med det hjemmesykepleien, som har et lovfestet ansvar for å påse at pasientene får tilbud om tannbehandling (helse- og omsorgstjenesteloven). Lederens ansvarsfraskrivelse kan ha bakgrunn i uvitenhet om lovverket og ansvaret, noe som understøtter behovet for mer bevisstgjøring rundt dette. Det er ingen tvil om at slik ansvarsfraskrivelse går utover brukernes tilbud. Andre tannpleiere påpekte også at lederens holdninger var avgjørende for hvordan tannpleie ble prioritert i den enkelte kommunen. Lederen og dennes holdninger er derfor en nøkkelperson når det kommer til å styrke samarbeidet mellom hjemmesykepleien og DOT.

Helsepersonells ulike holdninger og oppfatninger om munnhelse kan forårsake et sprik mellom kunnskap og atferd som kan føre til at helsepersonell unnlater å utføre utfordrende oppgaver selv om de vet at behovet nødvendig, herunder tannstell (Forsell et al, 2011; Wårdh et al, 2000). Dette til tross for at det var en positiv holdning til å utføre tannstell (Forsell et al, 2011). Tannpleiere kan bidra med å få til en holdningsendring ved å ha undervisninger og å veilede personalet i hjemmesykepleien slik at de blir tryggere på tannstell. Dersom helsepersonell blir påminnet at en frisk munn påvirker livskvalitet kan dette også påvirke holdningen (Ibid). Helsevaner som integreres vil kunne utføres naturlig uten at det oppleves som press eller stress (Hansen et al, u.å.).

I arbeidet med å få til en holdningsendring, viser forskning at fokus bør rettes mer inn mot nettopp livskvalitet og det sosiale aspektet ved å ha en frisk munn (Forsell et al., 2011). Senter for omsorgsforskning sør fastslo at fylkeslegene, som er tilsynsmyndigheten, mente at tannhelsetilbudet var tilfredsstillende. Samtidig opplevde fylkestannlegen og folkehelsekoordinatorene fra DOT at samarbeidet var utfordrende (Hovden et al, 2017). Det kan være nærliggende å tenke at slike ulike oppfatninger av samarbeidet mellom avgjørende beslutningstakere ikke bidrar til å endre folks holdninger og oppfatninger i lengden, men heller bidrar til å opprettholde de dårlige holdningene.

Mangel på dokumentasjon

Blant tannpleierne som deltok i studien var det ulike oppfatninger om hvorvidt brukerne får den informasjonen om tannhelsetilbudet som de har krav på. Noen var usikre på om alle fikk tilbudet, mens noen stolte på at brukerne fikk tannhelsetilbudet. Det samme melder at det kan være vanskelig å vite om alle som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har fått informasjon. Dette kan underbygges av resultatene fra studien fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, hvor de i 15 bydeler i Oslo kartla hvorfor brukere av hjemmesykepleien i liten grad benyttet seg av det gratis tannhelsetilbudet. Den viste at den viktigste årsaken til at C2-gruppen ikke benyttet seg av tilbudet, var systemsvikt når det gjaldt informasjon til brukerne (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2017).

Samtidig kom det også frem at de kommunale helse- og omsorgssjefene er godt kjent med reglene for fri offentlig tannhelsetjeneste, og at de har rutiner for å gi denne informasjonen til pasient-/ brukergruppen. Samtidig var det viktig å fremheve at tannhelse, som er en viktig del av den totale helsen til personer med vedtak om hjelpetjenester, bør tydeliggjøres mye bedre i kommunens planer enn slik det er i dag. Derfor er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten avhengig av at helse- og omsorgspersonell som har den daglige omsorgen for pasientene, formidler informasjonen om tannhelsetjenestens lovpålagte tilbud til brukere med vedtak om sykepleie i hjem (Hovden et al, 2017).

Organisatorisk kontinuitet bidrar til at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av rett person. Tjenesten må ha nødvendige rammer og struktur, utøvelsen av helsehjelp må planlegges og koordineres, og helsepersonellet må ha relevante kvalifikasjoner og tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og nødvendig utstyr. Organisatorisk kontinuitet er nødvendig for at tjenesten skal være i stand til å oppnå *personkontinuitet* og *informasjonskontinuitet* (Servellen, et al, 2006; Gjevjon et al, 2013).

Lederne definerte “kontinuitet” som at pasienter har få personer å forholde seg til, og mangel på kontinuitet som at pasienter må forholde seg til for mange personer. I deres arbeid som ledere måtte de forholde seg til motstridende hensyn, og gjøre vanskelige avveininger og prioriteringer. Hensynet til ansattes arbeidsmiljø kunne gå på bekostning av kontinuitet for pasientene. Lederne hadde størst fokus på og prioriterte organisatorisk kontinuitet i form av daglig drift, fremfor personkontinuitet og informasjonskontinuitet (Gjevjon, et al 2013).

Det ble beskrevet fra flere tannpleiere at selv om samarbeidet på møtene virket bra, kunne det ikke garanteres at det som ble avtalt på møtene ble gjennomført og at det ikke kunne være helt sikre på om at informasjonen ble gitt videre fra lederne til de ansatte i hjemmesykepleien. Ikke alle visste om tannhelsetilbudet ble registrert i journaler og at ledes engasjement var avgjørende for kvaliteten på samarbeidet.

Gjevjon, et al (2013) undersøkelse av ledere i hjemmesykepleien viste at lederne måtte forholde seg til motstridende hensyn, og gjøre vanskelige avveininger og prioriteringer og dermed ble hensynet til de ansattes arbeidsmiljø på bekostning av kontinuitet for pasientene. Den daglige driften ble prioritert over personkontinuitet og informasjonskontinuitet.

En organisert daglig drift bidrar imidlertid til at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av rett person. Det er nødvendig med koordinering av tjenesten og helsepersonellet må ha relevante kvalifikasjoner og tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for informasjonskontinuitet (Van Servellen, et al, 2006). Tannpleierne nevnte også at de opplevde å møte mest vikarer og studenter i møter og undervisninger, noe som kan gi dårlig informasjonskontinuitet. Informasjonskontinuitet fordrer systematisk, skriftlig dokumentasjon i pasientjournalen, og systematisk kommunikasjon mellom helsepersonell og systematisk informasjonsutveksling (Gjevjon, 2015). Samlet sett vurderer Statsforvalteren at Nesna kommune ved hjemmebasert omsorg har ikke systematisk styring av tjenesten, og at dette medfører risiko for svikt i oppfølgingen av brukere.

Manglende forståelse for tannpleierens rolle

Flere tannpleiere ga uttrykk for at det hadde vært utfordrende å starte et samarbeid og å «komme seg inn» i hjemmesykepleien. En informant hadde et inntrykk av at sykepleierne ikke alltid forstod hvorfor tannpleierne var til stede hos hjemmesykepleien, og at de følte at tannpleierne kom for å fortelle de hva de gjorde feil. Denne usikkerheten om rollefordeling og ansvarsområder kan være grunnen til at tannpleierne møter på vanskeligheter ved utadrettet arbeid og at de sliter med å bli godtatt i hjemmesykepleien. Det sistnevnte kan muligens ses i lys av menneskelige forsvarsmekanismer. Hvis det stemmer at sykepleierne har en opplevelse av at tannpleierne er til stede for å rette på det de gjør feil er det en naturlig reaksjon å ville trekke seg unna for å unngå ubehag. Dette ville naturligvis være ødeleggende for et godt samarbeid. forståelse for tannpleierens rolle og faglige fokus ville kunne motvirke slike

oppfatninger. på et kommunalt nivå ville man kunne forhindre slike misforståelse ved at tannpleierne forklarer sin rolle, og at man sørger for å følge opp dette med nye runder på steder hvor det er mye utskiftninger i personalet på grunn av studenter og vikarer.

Manglende inkludering i planer som angår pasientens helse

Retten til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven. Helsetjenestens plikt til å utarbeide slike planer er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester spesialisthelsetjenesteloven, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og psykisk helsevernloven. Private helseinstitusjoner som har avtale med det offentlige har også plikt til å utarbeide individuell plan. Det skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivå (Helsebiblioteket, 2011).

En tannpleier opplevde at det ble stilt spørsmål ved hvorfor tannhelsetjenesten var på et individuelt møte til en pasient. Fra Rapport kom det frem at 88% av de 64 spurte fastlegene ikke visste om samhandlingsavtalen med DOT i Sør fylke. 45% sa at de i liten grad kjenner til regelverket for vederlagsfri tannhelsetjeneste for eldre, uføre og langtidssyke som har vedtak om hjemmesykepleie. Kommunelegene bør ha ansvar for å formidle informasjon videre til fastlegene, men vi ser at kommunelegene i svært liten grad deltar i utvikling av samarbeidsavtalene mellom kommunene og den offentlige tannhelsetjenesten (Hovden et al, 2017)

Tannhelsepersonell er en del av folkehelsen og kan bidra til økt fokus på det som WHO definerer som ikke-smittsomme sykdommene (tidligere livsstilssykdommer) som hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, respirasjonssykdom og oral sykdom, som påvirkes av bruk av tobakk, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og skadelig bruk av alkohol (WHO u.å.). Ved folkehelseloven ble helsefremmende og forebyggende arbeid forankret i lov (Folkehelseloven, 2012). Tannpleiere jobber for å forebygge sykdom og er i en sådan unik posisjon til å følge pasienter tett. Ofte kommer pasienter en gang i året, ved økt risiko for karies på grunn av munntørrhet eller periodontitt anbefales det to eller flere ganger i året (Norsk tannpleierforening u.å.).

For at tannpleierne skal ha mulighet til dette for pasienter i hjemmesykepleien er det nødvendig med økt fokus på tannhelse. Tannpleiere ser barn en gang i året fra de er 0-18 år noe som er unikt for en helsetjeneste, og mange fortsetter å gå til samme tannpleier eller tannlege livet ut. Det gjør at man får ofte en god kontakt og blir kjent med pasientene. Av alle helseinstanser er dette kanskje unikt for tannhelsetjenesten, med unntak av fastleger. Kommunene skal også bidra til forebyggende og helsefremmende arbeid hvor helhetlig syn på kroppen er sentralt.

Tiden fra hjemmesykepleien til sykehjem kan bli lang. Dermed er det nødvendig med helhetlig pleie. Uten hjelp til tannstell når behovet er der kan ha store konsekvenser for tannhelsen. Dette var noe tannpleiere uttrykte. For hjemmeboende pasienter rammet av slag ble tannhelsen forverret og flere fikk ikke hjelp til tannstell. Dette gikk både på at de fleste trodde de klarte å pusse godt nok selv og at annet helsepersonell ikke opplyste om tiltak (Haugen, Myhrer og Willumsen, 2019). Det er derfor ønskelig med en fungerende informasjonskjede imellom alle helseinstanser, som inkluderer tannhelsetjenesten (Werstèn, Zellmer og Arnesson, 2011).

Flere av de intervjuede tannpleierne har påpekt at det oppstår problemer fordi tannhelsetjenesten er fylkeskommunal og at det oppstår kommunikasjonsproblemer når de skal samhandle på tvers av de ulike helsetjenestene. Flere oppfattet ikke tannhelsetjenesten som en naturlig samarbeidspartner til andre helseinstanser.

Tannhelsetjenester tilbys både offentlig og privat, og støtte til tannbehandling er mye mindre enn til annen helse. Pasienter må derfor ofte betale en større egenandel. Et likeverdig helsetilbud finnes i andre helseinstanser, men fortsatt er det sosioøkonomiske forskjeller. De med høyere utdanning har generelt bedre helse enn de med lavere utdanning og inntekt. Man kan tydelig observere denne forskjellen i tannhelsen. Dårlig råd er ofte en grunn til å ikke dra til tannlegen (Lunde og Ramm, 2017).

Fokus på tannhelse i samfunnet

Tannhelsen regnes ikke med i den generelle helsen

I spørsmålet om samarbeid er det viktig å få med på hvilken måte tannhelsen er anset som separert fra resten av kroppen og hvorfor det fortsatt er slik. Jeg har allerede diskutert hvilke utfordringer som ligger i det at tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten er ulike instanser, men her vil jeg gå mer inn på tannhelsens plass i samfunnet.

En tannpleier sa i intervjuet om tannstell: *[...] det er faktisk like viktig som fysisk aktivitet for et menneske, i forhold til den gode helsen, så viktig er det. Og mange har ikke skjønt det, ikke sant.*

Helsevesenet i Norge skal sikre hele befolkningen et likeverdig tilbud til offentlige helsetjenester (st.meld.nr.20). Mye tyder på at tannhelse nedprioriteres når det finnes andre, mer åpenbare symptomer som krever behandling (Høifødt et al, 2018). Tannpleierne uttrykte at munnhelse ikke er en like stor del av resten av kroppen, som kan underbygges av at tannstell er noe som nedprioriteres i andre instanser i helsevesenet (Seim et al, 2014; Haugen, Myhrer og Willumsen, 2019) og at det ikke har særlig høy prioritet i politikken (Holst, Grytten og Skau, 2005; Fjæra, Willumsen og Eide, 2010).

Personer rammet av hjerneslag opplevde at det reduserte livskvaliteten å ha både redusert evne til gjøremål og dårlig munnhelse. Alle de bodde hjemme. For å unngå utvikling av forverring av munnhelse og livskvalitet burde tannhelsefaglig kompetanse involveres tidlig i rehabiliteringen av slagpasienter. Det er da ønskelig med mer tverrfaglig forskning og systematisk oppfølging av denne pasientgruppen (Haugen et al, 2019). Dette viser jo at selv etter et traume slik som hjerneslag er munnhelsen viktig for de rammede. Her kan tannpleiere være en ressurs for å informere om tiltak og behandling for disse pasientene. Som en informant opplevde på et treff for slagrammede to år etter hjerneslaget fikk informasjon om tannhelse (Haugen et al, 2019).

Andelen I av eldre som blir boende hjemme voksende, da målet er at de fleste skal bo hjemme og ikke på institusjon (Hovden, et al 2017). Skal målet om å beholde god tannhelse livet ut nås, forutsetter det økt satsing på helse- og mestringsfremmende tiltak i hjemmet.

Tannhelsetjenester bør inngå som en naturlig del av den delen av det folkehelsearbeidet som helsetjenesten står for (Seim et al, 2014).

Per dags dato er det stadig vekk politiske diskusjoner som omhandler hvordan tannhelsetjenesten er organisert og hvorfor tannhelsetjenester ikke er på lik linje med andre helsetjenester. Politiske partier har ulike meninger om hvordan tannhelsetjenesten skal organiseres i tilfelle endringer. Norsk Tannlegeforening (NTF) og Norsk Tannpleierforening (NTPF) er politisk engasjert og ønsker økt støtte til tannbehandling til befolkningen. Presidenten for NTF peker også på at tannhelsetjenesten er utdatert og ikke har tilpasset seg de endringene som har skjedd i pasientgruppen, slik som resten av helsevesenet har gjort. Det er behov for et nytt og moderne lovverk (Isachsen, 2021).

Samtidig har forskning på betydningen av god oral helse økt, men fortsatt er det få studier om den voksne befolkningen og tannhelse til tross for at det angår en stor del av befolkningen (Holst, Grytten og Skau, 2005; Widström et al, 2010; Flovik, 2005). Om forskningen bidrar til endring i praksis er uklart. Det er ingen offentlig dokumentasjon på tannhelsetilstanden for den voksne befolkningen slik det er for 5, 8, og 12 åringer hvor det rapporteres på blant annet kariesforekomst. En grunn kan være at de fleste voksne går til privatpraktiserende tannklinikker og ikke offentlige (kilde). Det ville vært nyttig om pasientene som får hjemmesykepleie ble registrert på offentlige klinikker. Da kunne man fått en offentlig rapportering som kunne gitt en pekepinn på hvordan tannstatusen til pasientene er over hele landet. Om det da skulle være slik at det ble rapportert om dårlig tannhelse blant de eldre, så hadde det kanskje bidratt til handling fra helsemyndighetene.

Kropp og mentalitet henger sammen og et helhetlig syn på kroppen er viktig for å gi hele kroppen riktig pleie. At tannhelsetjenesten ikke er en like stor del av et helhetlig helsetilbud vil i fremtiden kunne gå negativt utover tannhelsen til den voksende andelen av eldre.

Oppfatninger om årsaker til mindre fokus på tannhelse

Mange konkurrerende arbeidsoppgaver og liten tid

Flere tannpleiere oppga samme årsaker til at munnhelse ofte blir nedprioritert i hjemmesykepleien. Forskning viser at det er flere gjøremål som ikke blir gjort, og at tannhelse

er et av de gjøremålene som oftest blir glemt. Funnene i min studie er i tråd med andre studier som viser til utfordringer som tidspress, redusert bemanning, økt arbeidsbelastning, vegring fra pasient eller nedprioritering fra ledelsen (Fjæra, et al 2010; Hofstad og Norvoll, 2003)

På grunn av arbeidspress og travle dager har sykepleierne i hjemmesykepleien lite mulighet til å vurdere og gi pasientene helhetlige behov. Pasientene får også et tilbud som kan kalles uverdigg med at de må vente i flere timer med å få morgenstell, eller bare få komme på toalettet. Munnstellet blir sjeldent prioritert (Fjæra, et al, 2010; Tønnesen, 2011). Tidspress på å gjennomføre alle arbeidsoppgaver til alle pasientene, mindre kunnskap om tannhelse i personalet grunnet utdanning og et stort omfang av pasienter med ulike behov kan være en årsak til at munnstell neglisjeres. Tidspresset påvirkes også av pasientenes ulike ønsker og behov ikke samsvarer med de gitte tidene hvor hjelpen kommer.

Underbemanning kan være en viktig forklaring til hvorfor ansatte i hjemmesykepleien opplever et stort tidspress. NOVA rapporten Underbemanning er selvforsterkende- Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem (Gautun, 2016) viste en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og fravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering. Resultatene gjaldt både sykehjem og hjemmesykepleien og resultatene var påfallende like. Den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er stor, og et stort flertall ga uttrykk for at de jobber under et stort tidspress. Dette kan være en årsak til at andre gjøremål enn tannhelse blir prioritert foran.

I en situasjon hvor pasienten har et stort behov for pleie og hjelp, kombinert med en pasient som ikke ønsker eller er klar for den type hjelp der og da, kan det være forståelig at noen ting blir prioritert over andre. Dette kan relateres til tannpleiernes opplevelser. I en annen studie av De Visschere et al (2015) mente sykepleierne imidlertid at de har tilstrekkelig tid til å utføre munnstell, slik at opplysningene om hvorvidt de har tilstrekkelig tid eller ikke er noe motstridende (Tønnesen, et al, 2011).

Manglende kunnskap og kompetanse

Det kommer frem fra flere tannpleiere at det å videreformidle kunnskapen er en viktig del av det utadrettede arbeidet og at det er for pasientene at de gjør det, ikke for å pålegge

hjemmesykepleien flere arbeidsoppgaver. De sa også at det ikke er store endringer som skal til for at tannhelsen blir bedre. Å delta på flere repeterende opplæringsprogrammer for helsearbeidere kan føre til bedre munnhelse blant eldre sykehjemsbeboere (Flovik, 2005). Som kan relateres til ansatte i hjemmesykepleien også. Sykepleierne ønsker mer opplæring i selve utførelsen av munnstell fra tannhelsetjenesten. Til tross for at sykepleierne fikk opplæring og undervisning fra en tannpleier, var det bare noen eldre som fikk bedre tannhelse. Dette kan igjen ha sammenheng med tidspres og liten tid til individualisert hjelp, som også kom frem i min studie (Wårdh, et al, 2011; De Visschere et al, 2015).

Det å pusse tenner på andre er kan oppleves som ubehagelig dersom man ikke har kunnskap om det, og blir således en barriere i arbeidet. Dette er noe tannpleiere lærer på studiet. En tannpleier forsøkte å gi opplæring i dette under et kurs på en boenhet. Mange ansatte ønsket da å ikke pusse på hverandre. Det ville være naturlig om det oppleves som mer ubehagelig å gjøre dette på en kollega enn på en bruker. I prosjektet «Munn- og tannhelse ... når tennene ikke lenger pusses en etter en ...» (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2017) hadde rundt 75 % av hjemmetjenestens personell aldri har fått opplæring/veiledning i tann- og munnstell på arbeidsplassen. Dette kan gjøre det vanskeligere å utføre munnstell på brukere, særlig de som vegrer seg eller er demente (Wårdh et al, 2011).

I samme prosjekt hadde tannpleiere i Sandefjord kommune som jobbet i hjemmetjenesten fått opplæring fra tannpleier. Flere syntes dette var lærerikt og brukes denne kunnskapen aktivt, er det mulig å oppnå svært gode resultater knyttet til forbedringer i munnhygiene. Det kan gå overens i studien min hvor det kom frem at små tips og spørsmål kan gjøre forskjell på munnstellet. Å ha en trygghet på det man skal gjøre kan hjelpe i situasjoner hvor pasienter vegre seg for at andre pusser tenner på dem.

Det ble også rapportert at flere sykepleiere i hjemmesykepleien mente det var lite faglig engasjement. Dette kan skyldes de ulike utdanningene, men også ledernes ansvar for å tilrettelegge for økt kunnskapsnivå. Det kan også påvirke opplæringen til ufaglærte. Ulike nivåer av kunnskap kan påvirke den helhetlige kvaliteten på tilbudet. Hvor mye fokus det var i utdanningen kan være en forløper til hvor mye fokus man har på tannhelse i sin praksis (Forsell et al; Wårdh et al, 2000; rapport).

Mer tverrfaglig opplæring kan gi kvalitetssikring da pleierne som mente de hadde best rutiner var i distriktet med dårligst BSI-skår (Belegg og slimhinneindeks). Dette tyder på at det kan være dårlig samsvar mellom egen oppfatning og situasjonen slik den er (Seim et al, 2014).

Det kan tenkes at lite innhold av munnhelse på andre helseutdanninger kan være en konsekvens av at tannhelsen ikke har blitt sett på som en del av den generelle helsen (Kullberg et al, 2010). På videregående skoler og universitetsutdanninger i pleie og omsorg var det flere ulikheter i hvor mye undervisning elevene får og kvaliteten på undervisningen. Det er et høyt antall sykepleiere som underviser i tannhelse, mens tannpleiere blir brukt minst (Flovik, 2005).

De som brukte tannhelsepersonell, hadde mer sannsynlighet til å bruke mer enn tre timer på undervisning i tannhelse (Samson et al, 2010). Kanskje det kan forklares i at tannhelsepersonell ser tannhelse som viktigere. I denne tverrsnittstudien deltok 230 av 270 spurte. Femten av skolene hadde ikke undervisning i tannhelse. Det kan underbygge at det er forskjeller i kompetansen i hjemmesykepleien. Oppfatningen var også at det er ulike kunnskapsnivåer da personell i hjemmesykepleien består av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter.

Det er flere studier som tyder på at sykepleiere får mest undervisning i tannhelse (Flovik 2005). Samtidig konkluderte de med at det er tvilsomt at det er utdanningene som er skyld i dårlig tannhelse i hjemmesykepleien. Undersøkelsen var også helt anonym og som forfatteren av studien påpeker, kan det være en risiko at resultatene ga en mer positiv respons enn det som egentlig er (Samson et al, 2010). At noen av tannpleierne mente at pensum var utdatert kan underbygges fra studien da flere av bøkene hadde mangelfullt innhold av tannhelse og få av de nevnte konsekvenser av dårlig tannpleie (Ibid). Det kan diskuteres om tre timer er nok til å gi en grundig undervisning i tannhelse.

Et pilotprosjekt med Finnsnes tannklinikk og Troms og Finnmark fylkeskommune hadde undervisning om tannhelse til helsefagarbeidere på videregående skoler hvor de også fikk opplæring i hvordan utførte tannstell. Grunnlaget for prosjektet var at de var for lite om tannhelse i helsefagutdanningene, samt at å gjennomføre dette i praksis på institusjonene var vanskelig på grunn av å finne riktig tidspunkt og oppmøte ble deretter (Buvik, 2020). Å ha tannpleiere som undervisere kan gi en kvalitetssikring på utdanningen i form av riktig

opplæring. De fleste sykepleiere har fått grunnleggende opplæring i oral hygiene i grunnutdanningen, men likevel viser studier at det ikke gir tilfredsstillende resultater og det er behov for mer læringsutbytter om munnhelse på sykepleierutdanningene. Det er et stort behov for mer opplæring og økt kunnskap innen tannhelse (Flovik, 2005; Forsell 2011)

Eierskap til ansvaret om tannhelse kan påvirke fokuset på tannhelsen i hjemmesykepleien. Manglende eierforhold kan gjøre at tannstell ikke blir en del av daglige hygienerutinen. Det kan være at tannhelsepersonell sees på de som har hovedansvaret for tannhelsen, men det daglige ansvaret er på hjemmesykepleien. Det kan være forståelig at en da uten grunnutdanning i viktigheten av god tannhelse ikke tenker like mye over konsekvensene av å ikke bidra til daglig tannstell til pasientene. Brukere av hjemmesykepleien har ulike behov og det kan påvirke hva hjemmesykepleien får tid til hos hver enkelt.

Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hvilke oppfatninger tannpleiere i DOT har om samarbeid med hjemmesykepleien om tannhelse.

Med problemstillingen «*Hva er tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien?*» startet jeg mitt forskningsprosjekt. Studien er kvalitativ med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Det ble utført 13 semistrukturerte dybdeintervjuer av tannpleiere som jobber i Den Offentlige Tannhelsetjenesten og som samarbeidet eller har samarbeidet med hjemmesykepleien. Datamaterialet ble analysert ved SDI-metoden og deretter diskutert opp mot tidligere forskning og teori. Avslutningsvis kunne man utviklet teori for en fullverdig SDI analyse, men som studentoppgave er dette ikke gjeldende nå. Det kunne vært interessant med utfyllende forskning til å kunne kalle funnene fra analysen teori.

Tidligere forskning på feltet viser at tannhelse nedprioriteres i forhold til andre arbeidsoppgaver. Manglende kunnskap om viktigheten av god tannhelse hos andre helsearbeidere enn tannhelsepersonell, preger fokuset på tannhelse samtidig som sykepleiere fra tidligere studier sier at de har nok kompetanse, og at arbeidspress og tidsnød kan komme i veien for at de får gjort tannstell. Usikkerhet rundt det å hjelpe brukerne med tannstell bidrar ytterligere til at tannhelsen nedprioriteres. Forskningen slår også fast at det er behov for økt kunnskap om munnhelse blant helsearbeidere. Dette oppgis av helsearbeidere selv.

Forskningen viser også at tannhelsen ofte er dårlig når brukerne kommer på sykehjem, noe som understreker viktigheten at tannhelsen inkluderes i forebyggende arbeid.

Funnene i denne studien har vist at tannpleiere i DOT opplever flere utfordringer i samarbeid med hjemmesykepleien. Blant de opplevde utfordringene er mangel på faste kontaktpunkter (tannkontakter) mellom hjemmesykepleien og tannhelsetjenesten, mangel på dokumentasjon om hvem som får tilbud om tannbehandling, avhengighet av personlig engasjement fra leder i hjemmesykepleien, kommunale forskjeller, fylkeskommunalt og kommunalt samarbeid, manglende inkludering i planer som angår pasientens helse, usikkerhet i hjemmesykepleien om rollefordeling, ansvarsområder og lovverk, tannhelse utelates fra den «generelle helsen», hjemmesykepleien har mange arbeidsoppgaver og begrenset med tid, manglende individualisering av pasientenes oppfølging, samt manglende kunnskap og kompetanse om munnhelse blant de ansatte i hjemmesykepleien. Det er også bred enighet blant tannpleierne at tannhelsen generelt er nedprioritert.

At oppfattelsen av samarbeidet er forskjellig blant ulike helseinstanser viser at det kan være nødvendig med en gjennomgang av hva som skal være premissene for et godt samarbeid. Det kan også vise at det behov for mer forskning og kunnskap på området. Funnene i denne studien kan være relevante for videre forskning som setter enda mer fokus på å få tannhelse med i den generelle helsen.

Litteraturliste

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg ... vitenskapsteori i helse og sosialfag* (3.utgave) Oslo: Universitetsforlaget

Abrahamsen, D., og Svalund, J. (2005). Pleie og omsorgstjenester: Flere eldre mottar hjemmesykepleie. *Samfunnsspeilet*, nr 4. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Aksnes, K. (2018). *Fremtidens eldretannpleie*. Norske tannlegeforeningens tidende. 2018 (118) 832-3. <https://www.tannlegetidende.no/i/2018/10/d2e3399>

Ambjørnsen, E., Axèll, T. og Henriksen, B.M. (2002). Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror? *Norske tannlegeforeningens tidende*. 2002 (112) 272-4.
https://www.tannlegetidende.no/journal/2002/5/dnt-28833/Er_tannhelsen_hos_eldre_s%C3%83%C6%92%C3%82%C2%A5_d%C3%83%C6%92%C3%82%C2%A5rlig_som_vi_tror

Buvik, A.L (2020) Prisbelønt undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Norsk Tannpleierforening*, 1, 2020, 8-10.

http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2020/04/Tannstikka-nr-1_2020.pdf

De Visschere, L., De Baat, C., De Meyer, L., Van der Putten, G-J., Peeters, B., Söderfelt, B. Vanobbergen, J. (2013). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*. 32, (4), 115-22 <https://doi.org/10.1111/ger.12062>

Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*. 5, (4), 331-35. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>

Flovik A, M. (2005). *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe; 2005

Folkehelseloven (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_1

Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. og Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International journal of Dental Hygiene*. 9, (3), 199–203.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x>

Forskningsetikkloven (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23/>

Fjæra, H., Willumsen, B. og Eide, T. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien: en tverrsnittsstudie. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>

Fjørtoft, A-K. (2006) *Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utgave)
Fagbokforlaget

Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*. NOVA Rapport 6. https://sykepleien.no/sites/default/files/tiltrykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf

Gjevjon, E.R. (2015) Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06>

Gjevjon, E.R., Romøren, T.I., Kjøs, B.Ø. og Hellesø, R. (2013) Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*. 21, (2), 182-90 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>

Grytten J.I., og Holst, D. (2012). Perspectives on providing good access to dental services for elderly people. Patient selection and dentists' responsibility. *Gerodontology*. 30, (2), 98-104
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00646.x>

Hansen, B., Dahl, K.E og Halvari, A.E.M. (u.å). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Norsk Tannpleierforening. http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

Haugen, K og Solheim, T. (2019). Tannforhold hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo. *Norsk Tannlegeforeningens Tidene*. 11, (130), 998-1005.
https://www.tannlegetidende.no/journal/2019/11/m-828/Tannforhold_hos_beboere_p%C3%A5_alders-_og_sykehjem_i%C2%A0Oslo

Haugen, H.K., Myhrer, T. og Willumsen, T. (2019). *Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/nedsatt-livskvalitet-og-oral-funksjon-etter-hjerneslag-en-kvalitativ-studie>

Helsebiblioteket (2011. 09. februar). *Hva er individuell plan?* Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/oversikt-metoder/individuell-plan>

Helsedirektoratet (u.å.). *Leve hele livet- kvalitetsreformen for eldre.*
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre>

Helsedirektoratet (2018, 17.januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsetilsynet (2022.12.april.) *Rapport fra tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til mottakere av hjemmebasert omsorg.* Helsetilsynet.
<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/nordland/2021/nesna-kommune-tilsyn-med-kommunens-helse--og-omsorgstjenester-til-mottakere-av-hjemmebasert-omsorg-2021/>

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet (2021. 11. oktober.) *Kompetanseløft 2025.* Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kompetanseloft-2025/id2830273/>

Helse og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.* Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>

Helsenorge (2018. 18.februar.) *Hvem betaler tannlegeregningen din?* Helsenorge.
<https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din#Tannbehandling-for-eldre>

Helse og- omsorgstjenesteloven (2020.) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2019-06-21-45). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#%C2%A73-2

Hofstad, G.E. og Norvoll, R. (2003) *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Sintef.

<http://hdl.handle.net/11250/2467188> .

Holst, D., Grytten, J. og Skau, I. (2005) Voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester.

Norske Tannlegeforenings Tidende. 115, (4), 212-6.

<https://www.tannlegetidende.no/journal/2005/4/dnt->

[139310/Den_voksne_befolknings_bruk_av_tannhelsetjenester_i_Norge_i_2004](https://www.tannlegetidende.no/journal/2005/4/dnt-139310/Den_voksne_befolknings_bruk_av_tannhelsetjenester_i_Norge_i_2004)

Hovden, E.S., Krona, E.R., og Disch, P.G. (2017) Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør.

Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 3. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu->

[xmlui/bitstream/handle/11250/2444207/rapport_03_2017_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2444207/rapport_03_2017_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Høifødt, T.S., Lund-Stenvold, E. og Høye, A. (2018). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har dårligere tannhelse enn befolkningen for øvrig. Med enkle grep kan tannhelsetilbudet for denne gruppen styrkes. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2018/11/kronikk/ikke-glem-tennene>

Isachsen, H.B. (2022. 14. april.) *Dagens medisin* Tannlegeforeningen ønsker NOU av tannhelsetjenesten: – Vi er svært bekymret. *Dagens Medisin*.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/14/tannlegeforeningen-onsker-nou-av-tannhelsetjenesten--vi-er-svart-bekymret/>

Jaacks, K, S. (2007). Interdisciplinary Collaboration: The Dental Hygienists' Role. *American Dental Hygienists' Association* 81, (4), 100. <https://jdh.adha.org/content/81/4/100>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave) Gyldendal norsk forlag

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B., Johansson, O. Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. (2010). *JAN- Leading global nursing research*. 66, (6), 1273-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x>

Lauvås, K og Lauvås, P (1994). Tverrfaglig samarbeid- *perspektiv og strategi*. Tano Aschehoug

Lindqvist, L., Seleskog, B. og von Bültzingslöwen, I. (2013) Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*. 11, (4), 298-305. <https://doi.org/10.1111/idh.12016>

Elin Skretting Lunde, E. S., Otnes, B og Ramm, J. (2017) *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - En kartlegging*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/312917?ts=15de5f0f480>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utgave) Universitetsforlaget

Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>

Myhrer, T., Haugen, H.K., Willumsen, T og Bergland, A. (2014). Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. *Norsk Tannlegeforeningens Tidende*. 11 (124) 890-7. https://www.tannlegetidende.no/journal/2014/11/d2e933/Tannhelse_og_livskvalitet_hos_personer_etter_hjerneslag

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.utgave). Universitetsforlaget

Mørk, E., Beyrer, S., Valdes, F.V, Haugstveit, Sundby, B., Karlsen, H og Wettergreen, J. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/attachment/318560?ts=15de50cf938>

Norsk senter for forskningsdata (2019, 14.november.) *Må jeg melde prosjektet mitt?* Norsk senter for forskningsdata. https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html

- Norsk Tannlegeforeningens Tidende (2013). *Hvem er «de som trenger det mest»?* Tannlegetidende. https://www.tannlegetidende.no/journal/2013/4/dntt-514968/Hvem_er_%C2%ABde_som_trenger_det_mest%C2%BB
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Paulsson, Wårdh Andersson Öhren (2008). Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. Volume17, Issue1. 49-55. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00802.x>
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 31, (1), 3-24. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Samson, H., Iversen, M.M. og Strand, G.V. (2010). Oral care training in the basic of education of care professionals. *Gerodontology*. 27, (2), 121-8. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00304.x>
- Seim, A.S., Kveen, E., Jakobsen, H. N., Olsen, R. H., og Willumsen, T. (2014). *Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester*. Den norske tannlegeforeningens tidende. 9, (124), 712-7. https://www.tannlegetidende.no/journal/2014/9/d2e279/Tannhelse_og_pasienter_med_hjemmetjenester
- Servellen, G.v. Fongwa, M. og D'Errico, E. (2006) Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences*. 8, (3), 185-95. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00278.x>
- Skinner M.S., Veenstra, M. og Sogstad, M (2021) Nurses' assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study. *Research in nursing and health*. 15, (2), 704-714. <https://doi.org/10.1002/nur.22144>
- Statens Helsetilsyn (1999) Tenner for livet- helsefremmende og forebyggende arbeid. <https://www.uio.no/studier/emner/odont/tannlege/OD3200/v15/pensumliste/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-is-2659.pdf>

Statistisk Sentralbyrå (2021. 16. juni.) *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>.

Strand, G.V., Windtstrom, E., Christensen, L.B. og Wretlind, K. (2021). Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen. *Norsk Tannlegeforeningens Tidende*. 132, (2), 144-50
https://www.tannlegetidende.no/journal/2021/2/m-938/Lovgivning_innhold_og_organisering_av_tannhelsebehandling_for_sosialt_svake_grupper_i_befolkningen

Tannhelsetjenesteloven (1984). *Lov om tannhelsetjenesten* (LOV-1983-06-03-54) Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54#KAPITTEL_1

Thagaard, T. (2018) Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitative metoder. 5 utgave. Fagbokforlaget

Tjora, A. H. (2021). Kvalitative forskningsmetoder i praksis (3. utgave.). Gyldendal akademisk.

Tønnessen, S. (2011). The challenge to provide sound and diligent care – *A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. [Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo]

Tønnesen, S., Nortvedt, P., Førde, R. (2011) Rationing home-based nursing care – Professional ethical implications. *Nursing Ethics*. Sage Journals.18, (3), 386-96.
<https://doi.org/10.1177/0969733011398099>

Utdanning (U.Å.). Yrkesbeskrivelse Helsefagarbeider.
<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2019) *Tannhelsetilbudet til pasienter som får hjemmesykepleie*. Bergen kommune.
https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00346/USHT_rapport_om_pro_346990a.pdf

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2017) *Munn- og tannhelse ...når tennene ikke lenger pusses en etter en...Rapport fra tannhelseprosjektet - et samarbeid mellom tannhelsetjenesten i Vestfold og USHT Vestfold*.

<https://www.sandefjord.kommune.no/globalassets/helse-sosial-og-omsorg/hso-dokumenter/utviklingssenter/pagaende-prosjekter/tannhelse/rapport-tannhelseprosjekt-2013.pdf>

Veenstra, M., Sundlisæter, M.S., M.S. og Sogstad, M.K.R. (2020) A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity – the importance of horizontal collaboration and municipal context. *BMC Health Services Research*. 20, (1), 464. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05313-3>

Werstèn, M., Zellmer, M. og Arnesson, L. (2011) Förbättra munvårdsråden till strokepasienter. *Tandläkar tidningen*. <https://www.tandlakartidningen.se/vetenskaplig-artikel/forbatta-munvardsraden-till-strokepatienter/>

Widström, E., Kuposova, N., Nordengen, R., Bergdahl, M., Eriksen, H., Fabrikant, E. Oral health care and dental treatment needs in the Barents region. *International Journal of Circumpolar Health*. 69, (5), 486-99. <https://doi.org/10.3402/ijch.v69i5.17693>

Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., og Bjørntvedt, S. (2011). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?. *The Gerodontology Society*. 29, (2), 748-55. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>

World Medical Association (2018.09.06.) WMA declaration of Helsinki- ethical principles for medical research involving human subjects. *World Medical Association*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wårdh, I., Hallberg, L.R., Berggren, U., Andersson, L. og Sörensen, S. Oral Health Care—A Low Priority in Nursing. (2013). *Scandinavian Journal of caring science*. 14, (2), 137-42.

Wårdh, I., Jonsson, M., og Wikström, M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. (2011). *Gerodontology*. 29, (2), 787–92. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

Vedlegg 1

15.05.2022 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

530919

Prosjektittel

«Tannhelse i hjemmesykepleien: Tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien»

Kontaktinformasjon, student

Marianne Hagerup Kildalsen, Kildm08@gmail.com,

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Camilla Hansen, camiha@oslomet.no

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.06.2022

Dato	Type
17.11.2021	Standard

Kommentar

NSD har vurdert endringen registrert 17.11.21.

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 17.11.21. Behandlingen kan fortsette.

Vi har nå registrert 30.06.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere utvidelse av den opprinnelige sluttdato (21.06.2021), må vi vurdere hvorvidt det skal gis ny informasjon til utvalget.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Line Raknes Hjellvik. Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 2

OSLOMET

Masterstudie i helse og empowerment

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Bekreftelse - deltagelse på masterseminar

Studentens navn: Marianne Kildalsen

Født: 08.12.1991

Jeg bekrefter at studenten har deltatt på minst 5 masterseminar:

Dato:	20.08.2021	17.09.2021	29.10.2021	12.11.2021	04.02.2021
-------	------------	------------	------------	------------	------------

Studenten har lagt frem tematikk eller problemstillinger fra egen oppgave (dato): 11.03.2021

Studenten har opponert på en medstudents fremlegg (dato): 15.04.2021



Dato, Signatur emneleder

Vedlegg 3



Godkjenning av sammendrag

Masterstudie i Empowerment og helsefremmende arbeid
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Godkjenning av sammendrag

Studentens navn: Marianne Kildalsen

Født: 08.12.1991.

Jeg bekrefter at jeg har godkjent sammendraget til studentens masteroppgave.

 13/5.2022
Dato, signatur veileder

Vedlegg 4

Forespørsel om deltakelse i masterstudie

Hei!

Skriver til deg da jeg er tannpleier og i år skal jeg skrive masteroppgave i helsefremmende arbeid og empowerment. I dette prosjektet ønsker jeg å snakke med tannpleiere om tannhelsetjenesten og deres rolle i samarbeidet med hjemmesykepleien. Jeg ønsker deres synspunkter om hvordan systemet er i dag i hjemmesykepleien med personer som skal få hjelp til tannstell og eventuelle utfordringer der. I forkant av prosjektet har jeg satt meg inn i andre studier som omhandler tannhelse i hjemmesykepleien og det har gjort at jeg mener dette er et viktig tema å utforske mer. Og at det er viktig å få frem tannpleieres erfaringer på dette temaet!

Jeg ønsker da å ha individuelle samtaler på ca en time med tannpleier i offentlig sektor.

Jeg ønsker gjerne å fortelle mer om prosjektet og om vi kan avtale eventuelt en telefonsamtale?

Eventuelt om du har mulighet til å delta i studien kan vi ordne en dag det passer.

Pga situasjonen i dag og smittevernregler er det mulig å gjøre intervju på zoommøte.

Mvh

Marianne Kildalsen

Vedlegg 5

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Tannhelse i hjemmesykepleien: Tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien»



Zoom i forskningsintervjuer – Informasjonsskriv

Du er invitert som deltager i et forskningsintervju som skal gjennomføres i videoverktøyet Zoom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om hva deltakelsen vil innebære for deg. Det følger også med praktisk informasjon om gjennomføring av intervjuet.

Du må ha lest denne informasjonen før du samtykker til å delta i intervjuet og før du samtykker til et eventuelt opptak av intervjuet.

Om intervjuet

- Møtet gjennomføres som et enkeltintervju.
- Møtet gjennomføres som et gruppeintervju.

Formål

Dette er en masterstudie i helsefremmende arbeid og empowerment ved OsloMet. Med denne studien ønsker jeg å se nærmere på hva tannpleiere tenker om hvordan rutineene for tannstell er i hjemmesykepleien i dag. Jeg ønsker også å utforske hva de nevnte tenker om et økt tverrfaglig samarbeid mellom hjemmesykepleien og tannhelsetjenesten. På bakgrunn av dette har skal jeg analysere problemstillingen: «Hva er tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien?»

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju tannpleiere i offentlig sektor. Dermed er utvalget tannpleiere som har erfaringer fra offentlig tannhelsetjeneste. Det er ønskelig at de har jobbet i et år eller mer.

Hva innebærer det for deg å delta?

I denne studien ønsker jeg å gjøre individuelle intervju. Det er satt av en time til hvert intervju. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptak og lagret. Jeg vil også ta notater fra intervjuet. Personlige opplysninger som navn og jobbsted vil være anonymisert, men personlige meninger kan forekomme. Intervjuene vil bli lagret på kryptert ekstern minnepenn. Skriftlige dokumenter vil være lagret på en kryptert ekstern minnepenn med kun min tilgang.

Spørsmål om personopplysninger

Personopplysninger blir anonymisert og tas ikke med i denne studien. Det vil ikke bli spurt spørsmål om din helse eller personopplysninger. Dersom respondenten gir personlig informasjon, blir dette anonymisert. Tredjeparter som kan oppstå i samtalen blir anonymisert.

Opptak og notater fra intervjuet

- Det vil bli tatt opptak av lyd og bilde i Zoom.
 - Det vil bli tatt opptak av lyd i annet verktøy.
- Det blir ikke gjort opptak av intervjuet, bare notater.

Dersom det gjøres opptak, vil alt du sier bli med på opptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i intervjuet. Hvis du velger å delta/svare, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

Det er ikke mulig å trekke tilbake samtykket etter at intervjuet er gjennomført, men du kan be om at opptaket eller notatene av det du har sagt slettes.

Alle dine personopplysninger og utsagn 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. I dette prosjektet er det kun jeg som har tilgang til opplysninger og intervjuopptak, samt notater. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen

navneliste adskilt fra øvrige data. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen, men sitat fra samtalen kan bli tatt med. Datamaterialet vil være lagret på kryptert forskningsserver fra OsloMet som er innelåst med bare jeg med tilgang. Taushetsplikten må masterstudent og deltagere opprettholde under intervjuene.

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 i henhold til personvernforordningen artikkel 6 og artikkel 9.

ved alminnelige personopplysninger artikkel 6 a) «den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål»,

ved særlige kategorier som f.eks. helseopplysninger, fagforening eller liknende artikkel 6 a) og artikkel 9, nr 2 a) «Den registrerte har gitt uttrykkelig samtykke til behandling av slike personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål, unntatt dersom det i unionsretten eller medlemsstatenes nasjonale rett er fastsatt at den registrerte ikke kan oppheve forbudet nevnt i nr. 1.»

Ansvarlig

OsloMet er behandlingsansvarlig for innsamlingen og for behandlingen av dine personopplysninger.

Kontaktpersoner

Hvis du har spørsmål eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med leder for prosjektet.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: OsloMet ved Camilla Hansen, telefon: +47 67 23 63 75, epost: Camilla.Hansen@oslomet.no. Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen. E-post: personvernombud@oslomet.no. Telefon: 67 23 55 34

Hvis du har spørsmål til personvernombudet, kan du ta kontakt på personvernombudet@oslomet.no.

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.

Takk for ditt bidrag til forskningen ved OsloMet!
Med vennlig hilsen
Marianne Kildalsen

Samtykkeskjema – Samtykke til forskningsintervju i Zoom

Før du samtykker må du ha lest informasjonsskrivet *Zoom i forskningsintervjuer- Informasjonsskriv*, slik at du er orientert om formålet med intervjuet og rettighetene dine.

- Jeg samtykker til å delta i forskningsintervju på zoom i forbindelse med forskningsprosjektet **«Tannhelse i hjemmesykepleien: Tannpleieres oppfattelse av dagens samarbeid med hjemmesykepleien»**
- Jeg samtykker til at det vil bli tatt opptak av lyd på lydopptaker.

Dato:

Sted:

Navn (Blokkbokstaver).....

Navn (Underskrift)

Vedlegg 6

Intervjuskisse tannpleiere

Introduksjon til temaet først. Fokuserer på åpne spørsmål.

Tannpleieren kan fortelle om sine erfaringer og arbeidsoppgaver.

- kan du fortelle litt om dine arbeidsoppgaver som tannpleier?
- Hvilke erfaringer har du med utadrettet arbeid?
- Med tanke på tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien hva er dine erfaringer?
- Har du nå noe samarbeid med hjemmesykepleien? Hva er dine erfaringer med samarbeid med hjemmesykepleien?
- Har du pasienter som får hjelp fra hjemmesykepleien og kan du si litt om erfaringene dine fra det?
- Har du noen gang vært i kontakt med hjemmesykepleien for informasjon om tannhelse? Hvordan oppstår kontakten?
- Brukere av hjemmesykepleien får gratis tannhelsetilbud, hva tenker du om å ta hjemmebesøk til dem? Tror du flere ville fått behandling ved å ta hjemmebesøk?
- Hva tror du behovet er med tanke på personalet for hjelpe med tannstell?
- Har du noen gang vært i kontakt med hjemmesykepleien for informasjon om tannhelse?
- Har du noen tanker om hvordan det kunne vært gjennomført mer utadrettet arbeid i hjemmesykepleien?
- Hva tenker du om at tannhelsetjenesten er fylkeskommunalt og hjemmesykepleien kommunal, tror du det kan ha noe med samarbeidet å gjøre?

Samarbeidsavtale

Bydelens pleie- og omsorgstjeneste (hjemmesykepleien), og Helseetaten - Tannhelsetjenesten har ulik organisering og er forankret på forskjellig forvaltningsnivå. Det betyr samarbeid på tvers av sektor- og tjenestegrensar. Samarbeidet har til hensikt å sikre brukerne nødvendig tannbehandling og ivaretagelse av daglig munnhygiene.

Målgruppen for samarbeidet er: Eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie

Samarbeidsavtalen omfatter:

- ✓ Tilbud om nødvendig tannbehandling
- ✓ Ivarettatt daglig munnhygiene for dem som trenger hjelp til det

Bydelens ansvar:

- ✓ Hjemmesykepleien informerer nye brukere om **Tannhelsetjenestens tilbud** og innhenter **informert samtykke** fra dem som ønsker å benytte tilbudet. Tilbudsskjemaet forklares. Hjemmesykepleien sender tilbake ferdig utfylt tilbudsskjema til den lokale tannklinikken, **for brukere som ønsker å benytte seg av tilbudet**
- ✓ Brukerens svar JA/NEI journalføres hos hjemmesykepleien.
- ✓ Brukere som ikke klarer daglig renhold av tenner og munn selv, skal få tilbud om hjelp. Det er nødvendig å utarbeide **prosedyrer/rutiner for daglig munnstell**. Utarbeidelse og oppbevaring av prosedyrer/rutiner tilpasses det enkelte sted.

Helseetatens - Tannhelsetjenestens ansvar:

- ✓ Det skal være **faste samarbeidsmøter** mellom bydelens pleie- og omsorgstjeneste og tannhelsetjenesten minimum en gang per år. Tannhelsetjenesten har ansvaret for å innkalle til møtene og skrive referat.
- ✓ Nye brukere av helsetjenester i hjemmet som ønsker å benytte seg av tilbudet, skal få **time** hos Tannhelsetjenesten innen rimelig tid.
- ✓ Tannhelsetjenesten skal gi opplæring i tann- og munnstell til ansatte i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien melder behov og hvilke tema som det er ønskelig å ha opplæring i.

For bydel

For Helseetaten

Dato:.....

Dato:.....

Bydelledirektør

Direktør

Signatur:.....

Signatur:.....