



UIT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for klinisk odontologi

# Psykisk utviklingshemming og munnhelse

*En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer og utfordringer*

—

**Linn-Julie Eidissen**

*Masteroppgave i odontologi, vår 2017.*

*Veileder: Linda Stein*





## Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Sammendrag .....	3
1 Innledning.....	3
2 Metode.....	4
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Rekruttering av informanter.....	5
2.3 Forberedelse til intervju .....	5
2.4 Gjennomføring av intervju .....	6
2.5 Transkribering og analyse .....	7
2.6 Etske betraktninger.....	7
2.7 Referanser .....	8
3 Resultat .....	8
3.1 Utfordringer ved munnhygienerutiner.....	9
3.1.1 Funksjonsnivå.....	9
3.1.2 Pasientautonomi.....	9
3.1.3 Praktiske utfordringer .....	10
3.1.4 Kunnskap om munnhelse.....	11
3.2 Motivasjon .....	11
3.2.1 Motiveringsmetoder .....	11
3.2.2 Motiveringsresultater.....	12
3.2.3 Ansattes motivasjon.....	12
3.3 Kosthold .....	13
3.3.1 Kostholdsveiledning.....	13
3.3.2 Beboernes frihet .....	13
4 Diskusjon.....	14
4.1 Diskusjon av funn .....	14
4.2 Diskusjon av metode .....	17
4.3 Konklusjon.....	18
5 Referanser.....	19
Vedlegg 1.....	21
Vedlegg 2.....	23
Vedlegg 3.....	25
Vedlegg 4.....	28

## Forord

I denne studien ønsker jeg å rette søkelyset mot utfordringer og erfaringer knyttet til munnhygiene og kosthold hos voksne psykisk utviklingshemmede bosatt i kommunale boenheter.

Jeg vil gjerne takke min veileder, tannpleier og førsteamanuensis Linda Stein, institutt for klinisk odontologi, Tromsø, for all hjelpsomhet hun har vist meg.

Jeg ønsker også å takke informantene, som bidro med beskrivelsene studien bygger på.

## Sammendrag

Mål for studien: Målet for denne studien var å få et innblikk i erfaringer og utfordringer knyttet til munnhygiene og kosthold hos voksne med psykisk utviklingshemming. Material og metode: Oppgaven baserer seg på kvalitative forskningsintervju med ansatte i kommunale boliger for psykisk utviklingshemmede, utført høsten 2015. Intervjuene ble tatt opp med diktafon, og deretter transkribert ordrett. Mine analyser er basert på dette materialet. Resultat: Hovedutfordringene ved å etablere gode munnhygienerutiner var pasientautonomiske hensyn, praktiske utfordringer ved munnstell, samt at de ansatte ikke hadde nok kunnskap om munnhelse og munnhygiene. De ansatte viste interesse for opplæring fra tannhelsepersonell. Det var mest utfordrende å etablere gode munnhygienerutiner blant psykisk utviklingshemmede med høyt kognitivt funksjonsnivå. De ansatte brukte mye tid på kostholdsveiledning og motivering, og fortalte at det generelt var stort fokus på kosthold i boligene. Årsaken til dette fokuset var diabetes og overvekt, ikke munnhelse. Konklusjon: Det er mange utfordringer knyttet til munnhygiene og kosthold blant voksne psykisk utviklingshemmede. En del av utfordringene kan løses ved kompetanseheving innenfor munnhygiene og munnhelse blant ansatte i PU-boliger, samt at munnhelse i større grad blir sett i sammenheng med den generelle helsen. Forøvrig vil det fremdeles være store utfordringer knyttet til pasientautonomi. Flere studier må gjøres for å kartlegge utfordringer og erfaringer knyttet til munnhygiene og kosthold blant psykisk utviklingshemmede tilstrekkelig.

## 1 Innledning

I perioden 1991-1995 ble HVPU-reformen gjennomført i Norge. Dette innebar en avvikling av fylkeskommunale institusjoner og det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Hensikten med ansvarsreformen var «å avvikle institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming og bedre og normalisere levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming» <sup>(1)</sup>. Psykisk utviklingshemmede ble da overført fra fylkeskommunale institusjoner til kommunale boliger, og kommunene overtok ansvaret for å yte tjenester og bistand. HVPU-reformen bygger på normaliseringsprinsippet, som på 1960 og 1970 tallet ble utviklet av svensken Bengt Mirje. Normaliseringsprinsippet går ut på at psykisk utviklingshemmede skal få muligheten til å leve som en del av samfunnet, og ikke i institusjoner på siden av samfunnet. Dette innebærer deltagelse i samfunnsaktiviteter, integrering i samfunnet, og rett til selvbestemmelse. For å bedre livskvaliteten til psykisk utviklingshemmede ble det i forbindelse med reformen satset på boliger, helse, arbeid, inntekt, utdanning og deltagelse i fritids- og kulturaktiviteter <sup>(2)</sup>.

I institusjonstiden før HVPU-reformen var ofte legetjenester og tannhelsetjenester ivaretatt av helsepersonell knyttet til institusjonen, men etter reformen måtte helsetjenester for psykisk utviklingshemmede tilrettelegges og etableres som en del av det generelle helsetilbudet i samfunnet <sup>(3)</sup>. Psykisk utviklingshemmede har i kraft av tannhelsetjenesteloven <sup>(4)</sup> hatt rett til fri tannbehandling i form av et oppsøkende tilbud

siden 1984. Det er i dag ca. 15 000 psykisk utviklingshemmede over 18 år i Norge, hvorav de aller fleste har et tilbud om tannbehandling, selv om det er stor variasjon mellom fylkene (7). I følge TAKO-sentret (landsdekkende kompetanse- senter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander) er tannhelsen hos mange psykisk utviklingshemmede fortsatt svært dårlig (7). Hensikten med denne studien var å kartlegge erfaringer og utfordringer knyttet til munnhygiene og kosthold hos voksne psykisk utviklingshemmede. Tidligere studier viser at både tannhelsetjenesten, og personalet som har den daglige omsorgen for psykisk utviklingshemmede spiller en viktig rolle med tanke på å forbedre tannhelsen i denne gruppen (17). I denne studien ønsket jeg å få et innblikk i hvordan det i den daglige omsorgen for ble fokusert på munnhygiene og kosthold. Studien er basert på intervju med ansatte i kommunale boliger for voksne psykisk utviklingshemmede. Mer inngående ville jeg vite hva de ansatte opplevde som utfordrende når det kom til munnhygiene og kosthold, hva de ansatte erfaringsmessig mente fungerte bra, og hvordan tannhelsetjenesten kunne bidra mer. Jeg ønsket også å undersøke hvilke tanker og holdninger de ansatte hadde til arbeidsoppgaver knyttet til munnhygiene og kosthold. Det var derfor viktig at studien ble utformet på en måte som gav deltakerne muligheten til å fritt beskrive utfordringer og erfaringer knyttet til munnhygiene og kosthold.

## 2 Metode

### 2.1 Valg av metode

Målet med studien var å velge en metode hvor man kunne unngå å sette opp bestemte svaralternativer, slik man gjerne gjør i kvantitativ forskning. Dette for å oppnå så utfyllende svar som mulig. Ettersom jeg aldri har arbeidet med psykisk utviklingshemmede, så var jeg også skeptisk til om jeg hadde nok kunnskap til å sette opp "korrekte" svaralternativer.

På bakgrunn av dette, og fordi jeg tidligere har arbeidet som journalist, og derfor er kjent med intervju som metode, så bestemte jeg meg tidlig for at kvalitative forskningsintervju var den metoden jeg syntes var best egnet. I det første møtet med veilederen min gav hun meg sin fulle støtte til at dette var en velegnet metode til å søke svar på de spørsmålene jeg stilte meg. Hun rådet meg til å gjøre fire-fem intervjuer, og anbefalte meg å lese «Det kvalitative forskningsintervju» (5) og heftet «Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag» (6) for å bli kjent med kvalitative forskningsintervju som metode.

I sistnevnte hefte stod det forklart i hvilke tilfeller kvalitative forskningsintervju var en velegnet metode. Det stod blant annet følgende:

- «Dersom formålet med studiet er å finne ut noe om pasienters og helsepersonells opplevelse eller oppfatning av sykdom og helsetjenester, og gjerne hvordan de kommuniserer om dem seg imellom, er ulike kvalitative forskningsmetoder velegnet»
- «Dersom forskerens innsikt i feltet derimot er begrenset, vil spørreskjemaer som kun reflekterer en snever forskningsbasert innsikt, være et dårlig redskap for å

- utvide kunnskapen på området. I slike tilfeller er kvalitative forskningsmetoder godt egnet som en tilnærming til det ukjente.»*
- *«Fordelen med en survey er at det er mulig å måle enkle og forhåndsdefinerte responser hos relativt mange mennesker. Dersom det er ønskelig med mer nyansert og eksplorerende kunnskap om disse menneskenes oppfatninger, opplevelser og holdninger, er bruk av kvalitative forskningsmetoder å foretrekke.»*

Som jeg beskriver i teksten ovenfor, så samsvarer disse punktene med målene for denne studien. I boka «Det kvalitative forskningsintervju»<sup>(5)</sup> fant jeg en beskrivelse av når det passet å bruke en form for forskningsintervju som kalles for «et semistrukturert livsverdensintervju». Her stod det blant annet at: *«Et semistrukturert livsverdensintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forklares ut i fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden»*. Denne beskrivelsen passet svært godt med hva jeg ønsket å oppnå med intervjuene. Videre stod det forklart at et slikt intervju «Er semistrukturert – det er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler innom bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål.» Jeg bestemte meg for at jeg ville utføre mine kvalitative forskningsintervju som semistrukturerte livsverdensintervjuer. Dermed var jeg kommet fram til hvilken metode jeg ønsket å benytte meg av. Neste steg i forskningsprosjektet mitt var å rekruttere informanter, og å forberede meg til intervjuene.

## 2.2 Rekruttering av informanter

Våren 2015 tok jeg kontakt med virksomhetslederen for tjenester for utviklingshemmede, i den kommunen hvor jeg ønsket å innhente informasjon. Han var positiv til initiativet, og vi ble enige om at jeg skulle ta kontakt igjen på høsten, når jeg hadde utarbeidet en intervjuforespørsel. I september 2015 sendte jeg som avtalt en intervjuforespørsel (vedlegg 1) til virksomhetslederen. Intervjuforespørselen inneholdt informasjon om bakgrunn og hensikt med intervjuene, hva intervjuene innebar, mulige fordeler og ulemper med intervjuene, en beskrivelse av hvordan informasjonen om informantene skulle brukes, samt informasjon om at deltagelsen var frivillig, og at informantene hadde rett til å trekke seg fra intervjuene om de skulle ønske det. Virksomhetslederen distribuerte intervjuforespørselen videre til aktuelle boliger for voksne psykisk utviklingshemmede i kommunen. Etter at jeg hadde purret på en gang ble det avtalt to intervju den 27. oktober 2015, og to intervju den 29. oktober 2015.

## 2.3 Forberedelse til intervju

For å forberede meg til intervjuene forsøkte jeg å finne ut mest mulig om munnhelse, munnhygiene, munnstell, kosthold og kostholdsveiledning hos voksne psykisk utviklingshemmede. Jeg snakket med venner og familie som arbeider i kommunale boliger for voksne psykisk utviklingshemmede, jeg leste om HVPU-reformen (helsevernet for psykisk utviklingshemmede-reformen, 1991), jeg leste om tannhelse

hos psykisk utviklingshemmede i rapporten «Tannhelsestatus i Norge 2009» (7), jeg leste i boka «Tannpleie for funksjonshemmede og kronisk syke» (8), og jeg leste gjeldende lovgivning vedrørende helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp (9).

Deretter begynte jeg på jobben med å utarbeide en intervjuguide. Jeg startet med å utarbeide tre forskningsspørsmål, og ut i fra hvert forskningsspørsmål formulerte jeg tre til fem intervju spørsmål (vedlegg 2). Intervju spørsmålene ble delt inn i de tre kategoriene «praktiske utfordringer og erfaringer», «interesse og kunnskap om munnhelse og kosthold», og «autonomi». Intervju spørsmålene ble så satt inn i en intervjuguide (vedlegg 3). Intervjuguiden brukte jeg som et hjelpemiddel i gjennomføringen av intervjuene. I tillegg til spørsmålene inneholdt intervjuguiden en kort liste over hva jeg skulle orientere informantene om før intervjuet startet, samt forslag til oppfølgingsspørsmål, og forslag til fortolkende spørsmål. Når intervjuguiden var ferdig, og jeg hadde et klart bilde av hvordan jeg ønsket å gjennomføre intervjuene og hva jeg ønsket å få ut av dem, så laget jeg intervjuforespørselen. Som tidligere nevnt ble intervjuforespørselen sendt ut til aktuelle kommunale boliger for voksne psykisk utviklingshemmede i september 2015.

#### 2.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført 27. og 29. oktober 2015, i de kommunale boligene for voksne psykisk utviklingshemmede hvor informantene var ansatt. Intervjuet med den første informanten fant sted på et kontor. Døren var lukket, og vi satt ovenfor hverandre med diktafonen på et bord i mellom oss. Intervjuet med den andre og den tredje informanten fant sted på et annet kontor. Også her hadde vi døren lukket, og satt ovenfor hverandre med diktafonen på et bord i mellom oss. Intervjuet med den fjerde informanten ble påbegynt i et felles oppholdsrom hvor vi på daværende tidspunkt var alene, men etter hvert kom det andre inn i rommet. Vi forflyttet oss da inn på det samme kontoret som intervjuet med den første informanten ble gjennomført på. Her hadde vi døren lukket slik at vi ikke ble forstyrret, og vi satt ovenfor hverandre med diktafonen på et bord i mellom oss.

Det var avslappet stemning under alle fire intervjuene. Før jeg slo på diktafonen gikk jeg gjennom intervjuforespørselen sammen med informantene. Jeg gav dem muligheten til å stille spørsmål i tilfelle noe var uklart, og jeg brukte tid på å poengtere at intervjuene på ingen slags måte var en test i deres kunnskap om munnhelse. Jeg understreket også at det ikke var noen feile eller dumme svar på spørsmålene. Samtlige informanter skrev under på samtykkeerklæringen (vedlegg 4) før intervjuene startet. Intervjuene varte i 20-30 minutter. Jeg brukte intervjuguiden som mal under intervjuene. Når jeg var interessert i å vite mer om det informantene fortalte stilte jeg oppfølgingsspørsmål, og når jeg ville forsikre meg om at jeg hadde forstått informantene riktig stilte jeg fortolkende spørsmål.

Informanten i det første intervjuet hadde arbeidet med psykisk utviklingshemmede i 20 år, og tok fagbrev som helsefagarbeider i 2010. Informanten i det andre intervjuet var utdannet vernepleier i 2008, og hadde arbeidet med psykisk utviklingshemmede i ti år. Informanten i det tredje intervjuet var utdannet hjelpepleier, og hadde arbeidet i

tjenesten for psykisk utviklingshemmede i syv år. Informanten i det fjerde og siste intervjuet var utdannet vernepleier for tre år siden, og hadde siden da jobbet med psykisk utviklingshemmede.

## 2.5 Transkribering og analyse

Arbeidet med å transkribere startet umiddelbart etter intervjuene, mens jeg ennå hadde intervjusituasjonene ferskt i minne. Lydopptakene ble transkribere ordrett, foruten at dialekt ble byttet ut med bokmål. Etter transkriberingen satt jeg igjen med en overkommelig datamengde, som gjorde det mulig for meg å bli godt kjent med materialet. Underveis i transkriberingen begynte jeg å utarbeide kategorier som jeg kodet stoffet i, såkalt datastyrt koding<sup>(5)</sup>. Dette gjorde jeg for å enkelt kunne sammenlikne informasjon fra de forskjellige informantene som omhandlet samme tema. Jeg endte opp med følgende seks kategorier; «utfordringer ved munnhygienerutiner», «motivering for munnstell», «kunnskap om munnhelse», «samarbeid med tannhelsepersonell», «kunnskap om kosthold», «rutiner og utfordringer knyttet til kosthold», og «kostholdsveiledning». For å gjøre det mest mulig oversiktlig fikk hver kategori en fargekode. Videre arbeidet jeg systematisk med analysen av datamaterialet.

For hver informant satte jeg opp tabeller innenfor hver kategori. Jeg satte inn informantens beretninger i den første kolonnen, og i den neste kolonnen skrev jeg utsagnene med så få ord som mulig, såkalt meningsfortetting<sup>(5)</sup>. Jeg tok ordrett vare på sitater som jeg ville ha med i rapporten. Jeg laget deretter tabeller for hver kategori, hvor jeg satte inn de meningsfortattede utsagnene fra alle informantene innenfor den aktuelle kategorien. På denne måten kunne jeg sammenlikne det de forskjellige informantene hadde sagt om de samme temaene på en oversiktlig måte. Ut i fra disse sammenlikningene skrev jeg resultatet av analysen. I denne fasen viste det seg i midlertidig at jeg hadde for lite informasjon i kategorien «kunnskap om kosthold» til å kunne si noe om dette, og denne kategorien ble derfor tatt vekk.

## 2.6 Etske betraktninger

Som tidligere nevnt fikk alle informantene tilsendt en intervjuforespørsel i forkant av intervjuene. Jeg valgte likevel å gå gjennom denne informasjonen før vi startet intervjuene, for å forsikre meg om at samtlige informanter hadde fått med seg denne informasjonen. Jeg forklarte samtlige informanter at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg fra intervjuet når som helst, uten å oppgi noen grunn. Jeg forklarte at jeg tok opp intervjuene med diktafon for å ordrett kunne skrive ned hva som ble sagt i intervjuene, men at jeg i det skriftlige referatet ville gjøre informantene anonyme, og at lydfilet deretter ville bli slettet. Etter at vi hadde gått gjennom denne informasjonen skrev samtlige informanter under på en samtykkeerklæring.

For å verne om informantens anonymitet har jeg i rapporten valgt å ikke oppgi hvilken kommune studien er gjennomført i. For å styrke anonymiteten ytterligere har jeg valgt å heller ikke oppgi informantens kjønn og alder. Sitatene er i rapporten omskrevet fra dialekt til bokmål, noe som også bidrar til å holde informantens identitet skjult.



## 2.7 Referanser

Jeg benyttet meg av søkemotoren google scholar for å finne referanser til diskusjon av funn. Jeg var enten tilkoblet universitetsnettverket (eudoram), eller så gjorde jeg søkene via <https://vpn.uit.no>. Dermed fikk jeg tilgang til alle digitale tidsskrift som UiT abonnerer på. Jeg brukte en rekke forskjellige søkeord, med vekslende hell. Eksempelvis ble følgende søkeord hyppig brukt:

«mentally disabled» eller «intellectual disability» +

«oral hygiene» / «oral health care» / «oral health care» + «communication» / «oral hygiene» + «staff» / «health care providers» / «oral health care» + «knowledge»

For øvrig brukte jeg bøker og hefter, lover og stortingsmeldinger etc. som referanser. Dette fremgår av referanselisten.

## 3 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra intervjuene. Funnene er delt inn i kategorier og underkategorier, som vist på figur 1. Hver underkategori består av en beskrivelse av funnene, samt sitater fra intervjupersonene.



**Figur 1** Presentasjon av resultat med over og underkategorier.

### 3.1 utfordringer ved munnhygienerutiner

#### 3.1.1 Funksjonsnivå

Det var mest utfordrende å etablere gode munnhygienerutiner for voksen psykisk utviklingshemmede med høyt kognitivt funksjonsnivå, fortalte tre av fire informanter. Informantene mente dette skyldtes en kombinasjon av at disse beboerne fikk minst oppfølging, fordi de på mange områder var selvstendige, samtidig som de hadde vanskelig for å forstå at god munnhygiene er viktig.

På spørsmål om hva hun trodde var årsaken til at mange psykisk utviklingshemmede hadde dårlig tannhelse, svarte en av informantene blant annet dette:

*«Vi har brukere som tar tannstellet helt selv, hvor vi i perioder har satt inn ekstra ressurser fordi vi har oppdaget at det har gått flere uker sist de pusset tennene. Vi har i enkelte tilfeller oppdaget at de ikke har tannbørste, og at det er to-tre uker siden den ble lagt igjen et annet sted.»*

En annen informant svarte slik da hun ble spurt om hva hun opplevde som spesielt utfordrende ved munnstell:

*«Det er å få den daglige rutinen inn på de med høyt funksjonsnivå. De forstår ofte ikke at munnhygiene er viktig, og da blir det til at de har lett for å hoppe over og utsette munnstellet, samt at de prøver å lure oss.»*

På spørsmål om hva som kjennetegner de beboerne hvor munnstellet fungerer godt svarte hun slik:

*«Det er vel det at de er så avhengig av rutiner. Og at det faktisk henger på oss om vi er gode nok til å følge det opp eller ikke.»*

De beboerne som var mest avhengig av faste rutiner og hjelp fra personalet var beboerne med lavt kognitivt funksjonsnivå. Derfor var det i denne gruppen at munnhygienerutinene fungerte best, i følge informantene.

En tredje informant forklarte det på denne måten:

*«Om morgenen pusser vi tennene til de som fysisk trenger hjelp, men det er fort gjort å glemme de beboeren som kun skal ha veiledende hjelp til munnstellet. Disse beboerne gjør så mye annet stell selvstendig, så når de tar seg en dusj uten hjelp så er det lett å tenke at da pusser de sikkert også tennene, fordi det ville jeg selv ha gjort.»*

#### 3.1.2 Pasientautonomi

En av informantene mente det var uproblematisk dersom den daglige tannpussen ikke ble gjennomført av pasientautonome årsaker. Tre av fire informanter syntes det var utfordrende å gjennomføre gode munnhygienerutiner med tanke på kvalitet og kvantitet, uten å komme i konflikt med beboerens rett til selvbestemmelse.

*«Det er deres liv og deres helse, og ingen jeg noen gang har jobbet med har vært umyndiggjort, så i utgangspunktet skal de bestemme selv.»*

Aktuelle problemstillinger var følgende:

– Beboerne ønsket ikke å ta i mot hjelp som de på et tidligere tidspunkt hadde takket ja til.

«Nei altså utfordringen er at det er ikke alltid de ser behovet for å pusse tennene. De ser på en måte ikke konsekvensene av at tannstellet ikke blir gjennomført. Det er ikke alltid de ønsker å ta imot hjelpen som de på et tidligere tidspunkt har sagt ja til, når de en dag senere ikke har lyst å pusse tennene.»

– Beboerne hevdet å ha pusset tennene, til tross for at det fortsatt var mye plakk igjen.

«De kan si at de har pusset tennene. De har sikkert gjort det, men om de har pusset godt nok er en annen sak.. men ikke sant de har nå i alle fall gjort det. Og skjer det av og til at de ikke har pusset tennene så gjør ikke det noe, tenker jeg. Om ikke vi får pusset tennene hver dag så er det ikke krise.»

«Også er det dette med mestringsfølelse. Hvis de føler de har mestret å pusse tennene veldig godt, men så ser du at det ikke er godt nok. Da er det en utfordring å formidle at de må gjøre det på nytt.»

– Beboerne nektet å pusse tennene.

«Hva er viktigst å ta vare på? Er det selvbestemmelsen eller er det tannhelsen?»

En av informantene fortalte at hun syntes det var krevende å utføre munnstellet på beboere som ikke hadde språk, fordi det var vanskelig å vite om de følte smerte og ubehag.

«Hvordan vet man hvor langt man kan gå, og hvor hardhendt man kan være? Det synes jeg er kjempevanskelig.»

### 3.1.3 Praktiske utfordringer

Når det gjaldt praktisk gjennomføring av munnstell fortalte informantene at det kunne være utfordrende å vite om man pusset godt nok når man pusset noen andre sine tenner. I tillegg opplevde de at det var vanskelig å se om beboerne pusset godt nok når de fikk verbal veiledning. En av informantene beskrev det slik:

«Det er en utfordring at det ikke er mine egne tenner jeg pusser. Det er ikke bare å komme til og få pusset alle tennene. Derfor er det vanskelig hvis man fysisk må hjelpe dem å pusse tennene. Hvis det er verbal veiledning er det vanskelig å vurdere om de pusser godt nok når du ikke har så god oversikt inne i munnen..»

I forhold til tidspress, så mente tre av fire informanter at det ikke var et problem. Samtidig erkjente en av disse informantene at det til tider var vanskelig å huske på alle beboerne.

«Jeg vil ikke si at vi har noe tidspress, fordi selv om de skal på jobb så er det ikke krise om de kommer fem minutter for sent.»

«Selvfølgelig vi må jo huske på alle disse tingene hver dag, morgen og kveld. Det kan være en utfordring. Det er mange rutiner på mange beboere.»

En annen praktisk utfordring som en av informantene trakk fram var munnstell på munntørre pasienter. En betydelig andel av beboeren hadde diabetes, og var derfor munntørr.

«Han er så tørr i munnen, fordi han har diabetes. Det ligger veldig mye smuler i munnen, og det tar kjempelang tid å få ut alt dette.»

### 3.1.4 Kunnskap om munnhelse

Informantenes kunnskap om munnhelse og munnhygiene var i all hovedsak erfaringsbasert kunnskap. To av informantene hadde under sin vernepleierutdanning prøvd å pusse tennene til medstudenter, og de hadde fått oppleve at medstudenter pusset deres tenner. Hensikten med dette var at de skulle få erfaring med hvordan det føltes at noen andre pusset tennene deres. Det ble ikke fokusert på pusseteknikk. Utover dette kunne de ikke huske å ha lært noe om munnhelse i sin vernepleierutdanning.

*«Jeg kan ikke huske at vi hadde om det på studiet, annet enn at vi pusset tennene til hverandre. Men det var ikke for å lære tannpussen, det var for å lære hvordan det føltes at noen andre pusset tennene våre, så det ble på en annen måte.»*

Informant som var hjelpepleier kunne bare huske at de så vidt var innom munnhelse og munnhygiene på studiet.

*«Vi var innom det, men vi gikk fort gjennom kapitlet. Det er jo et viktig kapittel, selv om de ikke ble fokusert så veldig mye på det.»*

## 3.2 Motivasjon

### 3.2.1 Motiveringsmetoder

En av informantene presiserte at grunnpilarene i arbeid med psykisk utviklingshemmede er at man skal veilede og motivere.

*«Det er gjennomgangstanken med denne jobben, at vi skal arbeide med hendene på ryggen.»*

To av informantene mente at det ikke var noen fasit på hvordan man skulle motivere beboerne for munnstell. Deres erfaring var at dette i stor grad kom an på den enkelte beboers personlighet og kognitive funksjonsnivået.

*«Jeg prøver å motivere. Jeg går inn og prøver å forklare viktigheten av god munnhygiene. Jeg prøver å forklare hva som kan skje dersom man ikke pusser tennene. Hvordan jeg ordlegger meg kommer an på nivået til brukeren. Om jeg for eksempel bruker 'Karius og Baktus', eller 'hull i tennene' varierer. Man må bare prøve seg frem på forskjellige måter. Det er ikke noen fasit. Det kommer helt an på situasjonen og beboeren.»*

To av informantene fortalte at de pleide å motivere beboerne til å pusse tennene ved å fokusere på positive effekter av å ha god munnhygiene.

*«.. 'Kom nå, det er fort gjort.. tenk hvor fine og hvite tennene dine blir. Du kommer til å lukte godt fra munnen'.. Ja, jeg forteller positivt om det.»*

En av informantene brukte skremmende beskrivelser av å gå til tannlegen for å motivere beboerne til å ha god munnhygiene. Eksempelvis kunne hun si at det var vondt å borre, og at det var vondt å trekke tenner.

*«Ja, jeg sier det at det er ganske vondt å borre, og at det er ganske vondt å trekke tenner.»*



### 3.2.2 Motiveringsresultater

Det varierte hvor godt informantene selv mente at de lyktes med å motivere beboerne til å pusse tennene.

To av informantene fortalte at de brukte mye tid på å motivere, men at de som regel lyktes med dette.

*«Vi prøver å motivere, og prøver ganske lenge før vi gir oss. Det er veldig sjelden at vi ikke får det gjennomført munnstellet.»*

En av informantene mente den fysiske tilstedeværelsen var viktig for å nå inn til beboerne. Hun kunne ikke huske å noen gang ha mislyktes med å motivere, bortsett fra over telefon.

Intervjuer: *«...Da tolker jeg det slik at du føler at du når inn til dem når du.. »*

Informant: *«Når jeg er der. Ja. Mer enn å ta telefonen. Da når jeg ikke inn.»*

Intervjuer: *«Ok. Så den fysiske tilstedeværelsen er viktig?»*

Informant: *«Ja den er viktig.»*

En annen informant opplevde det som utfordrende å motivere en beboer som foreløpig nektet henne å hjelpe til med tannpussen. Informanten var nyansatt i boligen, og hun mente det var viktig å bruke tid på å bygge tillitt i stedet for å presse seg på.

*«Jeg prøver å ikke presse, for jeg vet at jo hardere jeg presser på jo mer vil hun motsette seg det, for slik er det med de fleste. Og jeg vet jo at en dag vil det sikkert gå, en dag vil jeg sikkert få lov til å hjelpe henne.»*

### 3.2.3 Ansattes motivasjon

Samtlige informanter var interessert i et kurs om munnhelse og munnstell i regi av tannhelsepersonell. De var interessert i en gjennomgang av daglige munnhygienerutiner, og de ønsket informasjon om hvilke hjelpemidler som kunne gjøre munnstellet enklere. De ønsket også å lære mer om hvordan de kunne gjenkjenne soppinfeksjoner, og andre patologiske slimhinneforandringer i munnhulen.

*«Vi har jo de som blir plaget med sopp i munnen og slikt.. så kanskje å lære hvordan man gjenkjenner det når sånne ting skjer hvis det er mulig, det vet jeg jo ikke. »*

På spørsmål om det var noe Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) kunne bidra med for at de skulle føle seg tryggere på munnstellet, så svarte en av informantene at et kurs i pusseteknikk absolutt hadde vært av interesse. Samtidig hadde responsen innad i PU-tjenesten vært negativ da de på et tidligere tidspunkt fikk tilbud om slik opplæring. Informanten gjorde seg følgende refleksjoner rundt dette:

*«Jeg tror mange synes de får til å pusse tennene til beboerne, og at de ikke trenger opplæring i pusseteknikk. Mange tenker nok at man ikke trenger å lære å pusse tenner, at det er noe alle kan. Altså jeg tror jo alle kan pusse tenner, men det kan jo være andre teknikker man kan lære seg.»*

En annen informant fortalte at tilbakemeldingene de fikk etter undersøkelser hos tannpleiere og tannleger var konkrete og nyttige. Hun mente tilbakemeldingene gjorde det enklere for personalet å vite hva de burde fokusere på.

*«Vi får jo stadig tilbakemelding etter time hos tannpleiere, og det er veldig greit. Dere som faktisk ser bedre at det ikke er rengjort godt nok. Det er veldig gode*

*tilbakemeldinger å få. Da vet vi hvilke områder i munnen vi skal fokusere mer på, eller hvor beboerne må trene ekstra mye på å komme til.»*

### 3.3 Kosthold

#### 3.3.1 Kostholdsveiledning

Informantene forsøkte hele tiden, og på forskjellige måter, å veilede beboerne til å ta sunne kostholdsvalg. Eksempelvis fikk beboerne hjelp til å skrive handleliste, og personalet var med dem på butikken.

*«Vi skriver alltid en handleliste hjemme, og prøver så langt det er mulig å forholde oss til den. Når vi skriver handleliste går vi gjennom skuffer, skap og kjøleskap sammen med beboeren og ser hva det er behov for. Vi har prøvd å holde på at det kun er på lørdag man kjøper godteri.»*

En av informantene fortalte at dersom fristelsen ble for stor når de var på butikken på hverdager, så pleide hun å si noe slik som: *«Nei hvilken dag er det i dag? Onsdag? Nei jeg tror vi sparer det til fredag.»*

Beboerne hadde tilbud om felles middag fra to til seks dager i uken i boligene hvor informantene var ansatt. Utover dette laget beboerne middag og tørrmat i sine egne leiligheter, med eller uten bistand.

*«Vi har et tilbud til alle beboerne om å lage middag sammen hver dag unntatt fredager. Mange velger å benytte seg av dette. De som er på arbeidssenteret har tilbud om å spise middag der før de drar hjem. Tørrmat og andre måltider ordner de selv.»*

I en av boligene ble middagsmenyen fornyet i kort tid før intervjuene ble gjennomført. Hensikten med dette var å redusere sukker- og fettinntaket til beboerne.

*«Vi hadde en gjennomgang der vi byttet ut mye med for eksempel kyllingkjøtt. Vi byttet ut noen varer slik at rettene ble bevart, men innholdet ble sunnere. Vi la til salat og grønnsaker, og vi begynte å bruke fullkornsprodukter.»*

To av informantene fortalte at slike forebyggende tiltak først og fremst blir gjort med tanke på diabetes og overvekt, og ikke med tanke på karies.

*«Med tanke på at vi har flere med diabetes og overvekt, så blir det hovedfokus. Fordi det rett og slett kan være livsfarlig. Men sant, om de ikke drikke så mye brus og spiser så mye godteri, så er det jo bra for tennene også.»*

#### 3.3.2 Beboernes frihet

Beboeren handlet ofte usunn mat, brus og snop når de var alene på butikken, fortalte informantene. Samtlige informanter mente dette var en stor utfordring for tannhelsen, og helsen generelt.

*«Det er ingen som kan nekte dem å gå på kiosken å kjøpe seg is, brus, eller kake. Mange som gjør det, uten at vi får vite om det.»*

I kort tid før intervjuene ble middagsmenyen fornyet i en av boligene. Beboerne var da uenig i enkelte av forslagene fra personalet. Dette ble det tatt hensyn til i den endelige utgaven av menyen. Personalet har siden hatt fokus på å motivere beboerne til å godta

de nye smakene på menyen. Etter en innkjøringsfase ble beboerne fornøyd med den nye, og sunnere middagsmenyen.

*«Etter at det har gått seg til litt så synes de det går veldig bra, og de synes maten er god. Det var nok en omstilling for dem, for det var mer usunn mat før..»*

En av informantene mente at den største utfordringen i forhold til kosthold var at beboerne ikke klarte å begrense matinntaket. Personalet beregnet derfor middagsporsjonene for beboerne. De fikk så mange porsjoner som de ville, men når personalet la opp maten ble totalmengden likevel mindre enn om de skulle gjort det selv, forklarte hun.

*«Mange psykisk utviklingshemmede er livredde for å bli fri.. det er bare om å gjøre og karre til seg, og spise mest mulig fortest mulig slik at de får en porsjon til.»*

## 4 Diskusjon

### 4.1 Diskusjon av funn

Informantene i denne studien ga uttrykk for at det var mer utfordrende å etablere gode munnhygienerutiner for beboere med høyt kognitivt funksjonsnivå enn hva som var tilfelle for lavt fungerende beboere. De forklarte dette med at disse beboerne var minst avhengige av hjelp fra de ansatte, samtidig som de hadde en svært begrenset forståelse av at god munnhygiene er viktig. Dette samsvarer med tidligere studier, som avdekker at personer med høyt kognitivt funksjonsnivå har dårligere munnhygiene enn personer med moderat til lavt kognitivt funksjonsnivå <sup>(10)</sup>. Tidligere studier viser også at personer med psykisk utviklingshemming har begrenset forståelse for viktigheten av god munnhygiene <sup>(11)</sup>. En av hovedutfordringene informantene stod overfor var å yte nødvendig hjelp til god munnhygiene, uten at det gikk ut over beboerens rett til selvbestemmelse. Informantene fortalte at det i den sammenheng ofte oppstod problemer fordi beboerne; ikke ville ha hjelp, nektet å pusse tennene, eller pusset tennene for dårlig. Tidligere studier har vist at samarbeidsproblemer mellom helsepersonell og psykisk utviklingshemmede er vanlig når det kommer til munnstell, både i form av at beboerne ikke vil ha hjelp, eller at de nekter å pusse tennene <sup>(12)</sup>. Det er også tidligere funnet at psykisk utviklingshemmede ofte mangler de motoriske ferdighetene som er nødvendig for å utføre god munnhygiene på egenhånd <sup>(13)</sup>. Hvor mye de ansatte arbeider med å løse disse problemene kan tenkes å ha en sammenheng med hvor viktig de mener munnhygiene er, sammenliknet med annen helsehjelp. Det er derfor en tankevekker at informantene ga uttrykk for at munnstellet var noe som uten videre tiltak kunne vike, i tilfeller hvor det oppstod konflikt mellom pasientautonomi og behov for helsehjelp i form av hjelp til munnstell. Eksempelvis uttalte en av informantene at hun *«..ikke syntes det var noen krise..»* dersom tennene ikke ble pusset daglig. En annen informant stilte et retorisk spørsmål om *«..det var selvbestemmelsen eller tannhelsen det var viktigst å ta vare på..»*. Lignede holdninger er avdekket i tidligere studier. Det har kommet frem at pleiepersonell ofte nedprioriterer munnhygiene i forhold til andre oppgaver <sup>(14)</sup>, at pleiepersonell ofte har negative holdninger til munnstell <sup>(15)</sup>, samt at manglende fokus på munnhygiene er en viktig årsak til dårlig munnhelse blant psykisk utviklingshemmede <sup>(16)</sup>. Disse funnene gir grunn til å stille spørsmål ved om ansatte i boliger for psykisk utviklingshemming har

god nok kunnskap om sammenhengen mellom kosthold, munnhygiene, munnhelse, og den generelle helsen. I denne studien oppgav samtlige informanter at kunnskapen de var i besittelse av innen munnhelse i all hovedsak var erfaringsbasert kunnskap. Til tross for at alle informantene var utdannet helsepersonell, så kunne de ikke huske å ha lært noe-, eller svært lite, om munnhelse og munnhygiene på studiet. Tidligere studier har vist at personalet som har den daglige omsorgen for psykisk utviklingshemmede i mange tilfeller ikke har god nok teoretisk kunnskap om munnhelse, samt at de mangler kunnskap om oral anatomi og sykdommer i munnhulen (12). Studier viser også at personalet ofte har fått for dårlig opplæring i munnstell (17), og at personalet kan for lite om munnhelse til å gjenkjenne symptomer på sykdom i munnhulen (18).

En av informantene opplevde det som svært utfordrende å pusse tennene til beboere som ikke hadde språk, fordi hun syntes det var vanskelig å ivareta deres rett til selvbestemmelse. Hun opplevde det som ubehagelig at disse beboerne ikke hadde mulighet til å si ifra dersom det gjorde vondt. Tidligere studier har vist at pleiepersonell ofte synes det er vanskelig å tolke pasienter med manglende evne til å kommunisere verbalt (19). Samtidig finnes det studier som viser at pasienter med manglende evne til å kommunisere verbalt ofte uttrykker ubehag på mange andre måter, eksempelvis ved å bli mer stille eller mindre aktive (20).

Informantene i denne studien beskrev mange praktiske forhold som gjorde det utfordrende å hjelpe beboerne med munnstellet. Blant annet syntes de det var vanskelig å komme til i munnhulen når de pusset noen andre sine tenner. De syntes også det var vanskelig å se om beboerne pusset alle flater når de veiledet dem under tannpussen. Dette samsvarer med funn gjort i tidligere studier, hvor 63 prosent av pleiepersonell for psykisk utviklingshemmede syntes det var vanskelig å hjelpe dem med tannpussen. (12). Studier har også avdekket at ledere ved boenheter for psykisk utviklingshemmede er kritisk til om man kan forvente god munnhelse blant psykisk utviklingshemmede, fordi de mener personalet bare i begrenset grad klarer å hjelpe beboerne med munnstellet (21). Informantene fortalte at tidspress sjelden var en utfordring i forhold til gjennomføring av munnstell. Det ble derimot nevnt at det kunne være en utfordring å huske på munnstellet, ettersom de ansatte var ansvarlig for svært mange rutiner på mange beboere. Tidligere studier har vist at helsepersonell ofte glemmer oral hygiene når det oppstår stressende situasjoner (22). Psykisk utviklingshemmede er ekstra utsatt for xerostomi. Årsaken til dette er blant annet at prevalensen av diabetes mellitus, som ofte medfører xerostomi (23,24,25), er høyere blant psykisk utviklingshemmede enn befolkningen for øvrig (26). En av informantene påpekte at munntørrhet gjorde det ekstra krevende å hjelpe beboerne med munnstellet. Hun forklarte at det var vanskelig å få ut alle matrestene som samlet seg på de tørre slimhinnene. Dette indikerer at psykisk utviklingshemmede lett kan havne i en vond spiral i forhold til munnhygiene og munnhelse, ettersom xerostomi blant annet øker risikoen for karies, periodontitt, og oral candidose (27).

Informantene fortalte at veldig mange hverdagslige gjøremål var avhengig av beboernes motivasjon. Informantene brukte derfor mye tid på å motivere beboerne. En av informantene uttalte i den sammenheng at «gjennomgangstanken med denne jobben er å arbeide med hendene på ryggen». Informantene mente det ikke fantes noen oppskrift på hvordan man best kunne motivere beboerne for munnstell. Deres erfaring var at dette



varierte med situasjonen og det kognitive nivået til beboeren. I tidligere studier har enhetsledere hevdet at beboerne oppnår bedre munnhelse dersom viktigheten av god munnhygiene blir forklart på en minst mulig beordrende måte, og med hensyn til deres kognitive nivå<sup>(21)</sup>. Selv om alle informantene var opptatt av å motivere beboerne for munnstell, så varierte det hvor godt de følte at de lyktes med dette. Tidligere studier har vist at dersom psykisk utviklingshemmede ofte blir motivert og oppmuntret til å pusse tennene, så resulterer det i bedre munnhygiene<sup>(28)</sup>.

Alle informanter var interessert i å lære mer om munnhelse og munnhygiene. Konkret ønsket de opplæring i pusseteknikk i regi av tannhelsepersonell, tips om hvilke hjelpemidler som kunne være nyttige, og teoretisk kunnskap som kunne gjøre det enklere å gjenkjenne infeksjoner i munnhulen. Samtidig fortalte en av informantene at en tannpleier hadde tilbydd seg å holde et kurs i pusseteknikk, uten at det hadde vært interesse for det i PU-tjenesten. Informanten trodde den manglende interessen skyldtes at mange ansatte syntes det å pusse tennene ikke var noe man trengte å lære. Selv mente hun at alle kunne pusse tennene, men hun syntes likevel det hadde vært nyttig å lære nye pusseteknikker. Tidligere forskning har vist at det er svært viktig at personalet som skal ivareta munnhelsen til mennesker som er avhengig av hjelp både har god kunnskap om, og er opptatt av munnhelse og munnhygiene.<sup>(17)</sup> I en forskningsstudie hvor pleiepersonell for psykisk utviklingshemmede fikk opplæring i munnhelse og munnhygiene, så økte andelen beboere som fikk tennene pusset to ganger om dagen fra 24 til 52 prosent. Andelen av personalet som var i stand til å rengjøre både posteriore og anteriore tenner økte fra 24 til 60 prosent<sup>(12)</sup>.

Informantene opplevde mange utfordringer relatert til beboernes kosthold, og kostholdsveiledning hadde derfor høy prioritet blant samtlige informanter. I følge en av informantene var ikke målet å forebygge karies og andre sykdommer i munnhulen, men å forbygge fedme og diabetes. Hun mente dette var viktigere enn munnhelse, «*..fordi det rett og slett kan være livsfarlig*». Informantene fortalte at noe av det som gjorde det vanskelig å hjelpe beboerne var alle avgjørelsene de tok på egenhånd, ettersom de ofte handlet usunn mat, brus og snop når de var alene. En annen utfordring var at beboerne ikke klarte å vurdere mengde. En av informantene forklarte at «*Mange psykisk utviklingshemmede er livredde for å bli fri.. det er bare om å gjøre og karre til seg, og spise mest mulig fortrest mulig slik at de får en porsjon til.*» Informantene fortalte at de balanserte mellom å veilede og motivere beboerne til å ta sunne valg, og å ikke krenke deres rett til selvbestemmelse. Beboerne fikk eksempelvis hjelp til å skrive handleliste, og de fikk veiledning når de skulle gjøre innkjøp. Under fellesmiddager fikk beboerne forsyne seg så mange ganger som de ville, men personalet la opp porsjonene for å likevel begrense mengden. Det varierte hvor mange fellesmiddager beboerne hadde tilbud om å delta på, men tørrmat ordnet de som regel i sine egne leiligheter, med eller uten bistand fra personalet. I en av boligene, hvor de hadde fellesmiddag seks dager i uken, så hadde de fornyet middagsmenyen kort tid i forkant av intervjuene. Målet hadde vært sunnere middager, og endringene fikk blandet mottakelse hos beboerne. Personalet hadde løst utfordringer knyttet til dette ved å motivere beboerne til å godta de nye smakene. Samtidig tok de hensyn til beboernes synspunkt ved å gå bort i fra endringer som beboerne uttrykte sterk misnøye over. Tidligere studier viser at et av de viktigste målene i tjenester for psykisk utviklingshemmede er å ivareta beboernes rett til selvbestemmelse, og at dette kan overskygge behovet for å utvikle og gjennomføre effektive strategier med hensyn til kosthold og vektreduksjon<sup>(29)</sup>. Studier viser også at

en tett oppfølging fra personalet, med fokus på næringsrik mat og fysisk aktivitet, er en forutsetning for å lykkes med å etablere et sunnere kosthold for psykisk utviklingshemmede (29). Videre viser studier at fellesmenyer og handlelister i boenheter for psykisk utviklingshemmede ofte består av mat med høyt fett- og sukkerinnhold, og at dette er mat som beboerne liker godt. Studier hevder også at det da kan være svært vanskelig for personalet å etablere nye og sunnere kostholdsvaner, nettopp fordi beboerne over mange år har vent seg til smaken av mat med høyt sukker- og fettinnhold (30).

## 4.2 Diskusjon av metode

Denne studien er basert på fire ansikt-til-ansikt intervju med personell i kommunale boliger for psykisk utviklingshemmede. Informantene ble tilfeldig valgt ut, og det varierte hvor lenge de hadde arbeidet i tjenesten, hvor gamle da var, og hvilken utdannelse de hadde. Samtlige intervju resulterte i en betydelig mengde relevant informasjon. Likevel er fire informanter et beskjedent antall, og studien er derfor ikke generaliserbar. Det ble kun gjort fire intervju fordi anerkjent litteratur understreker at et høyt antall informanter kan gjøre analysen av materialet så krevende at den vitenskapelige kvaliteten blir svekket (5). Denne rapporten redegjør sådan kun for hva som ble avdekket under disse fire intervjuene, med de aktuelle informantene og meg som intervjuer. Med andre ord er det ingen garanti for at en annen forskerperson i møte med de samme, eller andre informanter, ville endt opp med et annet materiale. Dette gjenspeiler at kvalitative forskningsintervju er en kompleks forskningsmetode. Hvor gode data man som forskerperson får ut av intervjuene er ikke bare avhengig av at informantene har relevant kunnskap og erfaring å bidra med, det er også avhengig av personkjemii. Likevel er kvalitative forskningsintervju en metode som viste seg å passe godt i denne studien. Intervjuene ga anledning til å skaffe bredere og mer dyptgående informasjon enn standardiserte spørreskjema ville gjort. At jeg på forhånd hadde begrenset kunnskap om forholdene i PU-boliger fikk liten betydning, i forhold til om jeg hadde laget bestemte svaralternativer som informantene skulle forholde seg til. Resultatet av studien springer ut i fra et samspill mellom meg som intervjuer og informantene. Informantene fikk fritt beskrive sin opplevelse av utfordringer og erfaringer knyttet til munnhygiene og kosthold, innenfor en semistrukturert intervjuramme. Min oppgave som intervjuer var å holde informantene innenfor temaet, uten å legge for mange føringer. Underveis i intervjuene stilte jeg oppfølgingsspørsmål og fortolkende spørsmål, for å minimere risikoen for informasjonsbias. Imidlertid kan det ikke utelukkes at informantene var ubekvem med å fortelle om sine synspunkter vedrørende munnhygiene og kosthold, ettersom jeg er odontologistudent. I så tilfelle er dette en mulig kilde til informasjonsbias. I mange tilfeller er det også en viss distinksjon mellom hvordan en situasjon blir beskrevet, og hvordan den faktisk utspant seg. En observasjonsstudie er derfor et alternativ til kvalitative forskningsintervju som kunne gitt et godt innblikk i munnstellsituasjoner (5). På en annen side er det sannsynlig at tilstedeværelsen av tannhelsepersonell da ville påvirket situasjonen.

Ettersom denne studien er basert på intervju med ansatte i boliger for psykisk utviklingshemmede, så forteller resultatet ingenting om hvordan beboerne selv opplever utfordringer knyttet til munnhygiene og kosthold. Resultatet kan likevel være av interesse for tannhelsepersonell, fordi de ansatte spiller en viktig rolle med hensyn til

beboernes munnhygiene- og kostholdsvaner. Dette kom tydelig fram i intervjuene. I tidligere studier stadfestes det at tannhelsepersonell ikke kan forbedre munnhelsen til psykisk utviklingshemmede på egenhånd, og et tett samarbeid med personalet som har den daglige omsorgen anbefales (<sup>17</sup>).

#### 4.3 Konklusjon

Munnhygiene og kosthold blant voksne psykisk utviklingshemmede var et krevende arbeidsområde for personalet som hadde den daglige omsorgen. En del av utfordringene kan løses ved kompetanseheving innenfor munnhygiene og munnhelse blant ansatte i PU-boliger. De ansatte ønsket mer opplæring fra tannhelsepersonell. Dersom munnhelse i større grad blir satt i sammenheng med kosthold og generell helse kan det føre til økt fokus på munnhygiene. Forøvrig vil det fremdeles være store utfordringer knyttet til pasientautonomi. Flere studier må gjøres for å kartlegge utfordringer og erfaringer knyttet til munnhygiene og kosthold blant voksne psykisk utviklingshemmede tilstrekkelig.

## 5 Referanser

---

- <sup>1</sup> St.meld. 1986 – 1987:67 Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma og St.meld. 1989 – 1990:47 Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.
- <sup>2</sup> St.meld 2012-2013:45 Frihet og likeverd.
- <sup>3</sup> U Hegdal, K Thorsen. Om betydningen av arbeid, dagsenter- og aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemning. Stiftelsen SOR, SOR rapport 2007;1.
- <sup>4</sup> Tannhelsetjenesteloven 1983. Lov om tannhelsetjenesten m.v. av 1983-06-03 nr 54.
- <sup>5</sup> Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s.
- <sup>6</sup> Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer; 2009.
- <sup>7</sup> Lyshol H, Biehl A. Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport april 2009.
- <sup>8</sup> Den norske tannlegeforening. Tannpleie for funksjonshemmede og kronisk syke. 2. utg. Oslo: Den norske tannlegeforening; 1991. 179 s.
- <sup>9</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999-07-02 nr 63.
- <sup>10</sup> Owens PL, Kerker BD, Zigler E, Horwitz SM. Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2006;12:28-40. DOI: 10.1002/mrdd.20096
- <sup>11</sup> Lindemann R, Zschel-Grob D, Opp S, Lewis MA, Lewis C. Oral health status of adults from a California regional center for developmental disabilities. *Special Care in Dentistry* 2001;21:9-14. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2001.tb00217.x
- <sup>12</sup> Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Special Care in Dentistry* 2000;20:199-208. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2000.tb00020.x
- <sup>13</sup> Thornton JB, Al-Zahid S, Campbell VA, Marchetti A, Bradley EL Jr. Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings. *Special Care in Dentistry* 1989;9:186-190. DOI: 10.1111/j.1754-4505.1989.tb01185.x
- <sup>14</sup> Wårdh I, Hallberg L R-M, Berggren U, Andersson L. Oral Health Care—A Low Priority in Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000;14:137–142. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x
- <sup>15</sup> Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *Journal of Intellectual Disability Research* 2000;44:45-52. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2000.00252.x
- <sup>16</sup> Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2006;12:70-82. DOI: 10.1002/mrdd.20098
- <sup>17</sup> Glassman P, Subar P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. *Journal of Public Health Dentistry* 2010;70:40-48. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2010.00174.x



- 
- <sup>18</sup> Stanfield M, Scully C, Davison MF, Porter S. Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community. *British Dental Journal* 2003;194:271-277. DOI:10.1038/sj.bdj.4809931
- <sup>19</sup> Hemsley B, Sigafos J, Balandin S, Forbes R, Taylor C, Green VA, Parmenter T. Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35:827-835. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01920.x
- <sup>20</sup> Regnard C, Reynolds J, Watson B, Matthews D, Gibson L, Clarke C. Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research* 2007;51:277-292. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00875.x
- <sup>21</sup> Simon MA, Cullen-Erickson M, Lloyd C, Carlson G. The Experiences and Perceptions of Unit Managers in Facilitating Oral Health in Adults with Intellectual Disability. *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation* 2004;3(4).
- <sup>22</sup> Wårdh I, Hallberg L R-M, Berggren U, Andersson L. Oral Health Care—A Low Priority in Nursing. *Scand J Caring Sci* 2000;14:137–142.
- <sup>23</sup> Sreebny LM, Yu A, Green A, Valdini A. Xerostomia in Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1992;15:900-904. DOI: 10.2337/diacare.15.7.900.
- <sup>24</sup> Moore PA, Guggenheimer J, Etzel KR, Weyant RJ, Orchard T. Type 1 diabetes mellitus, xerostomia, and salivary flow rates. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2001;92:282-291. DOI:10.1067/moe.2001.117815.
- <sup>25</sup> Chavez EM, Taylor GW, Borrell LN, Ship JA, Arbor A, Mich. Salivary function and glycemic control in older persons with diabetes. *Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2000;89:305-11. DOI:10.1016/S1079-2104(00)70093-X.
- <sup>26</sup> Taggart L, Coates V, Truesdale-Kennedy M. Management and quality indicators of diabetes mellitus in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2013;57:1152-1163.
- <sup>27</sup> Gupta A, Epstein J, Sroussi H. Hyposalivation in Elderly Patients. *Journal of the Canadian Dental Association* 2006;72:841–846.
- <sup>28</sup> Shaw MJ, Shaw L. The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres (Abstract). *Community Dental Health* 1991;8:139-145, 1991.
- <sup>29</sup> Rimmer JH, Yamaki K. Obesity and intellectual disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2006;12:22-27. DOI: 10.1002/mrdd.20091
- <sup>30</sup> Humphries Kathleen, Traci M, Seekins T, Joyce B. Nutrition and Disability. Rural Institute, University of Montana; 2002. Health and Wellness. 5 s. [http://scholarworks.umt.edu/ruralinst\\_health\\_wellness/10](http://scholarworks.umt.edu/ruralinst_health_wellness/10)

---

## Vedlegg 1



# Forespørsel om deltagelse i intervju angående temaet psykisk utviklingshemming og munnhygiene

## Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et intervju som omhandler dine erfaringer med hensyn til munnhygiene hos voksne psykisk utviklingshemmede.

Hensikten med intervjuet er å øke kunnskapen og forståelsen til tannhelsepersonell, vedgående utfordringer knyttet til psykisk utviklingshemming og daglige munnhygienerutiner. Som tannhelsepersonell møter vi aldri psykisk utviklingshemmede i hjemmet deres. Erfaringer gjort av personalet som arbeider i boenheter for voksne psykisk utviklingshemmede vil derfor kunne hjelpe oss å forstå hvordan vi på best mulig måte kan bidra med vår spesialkompetanse. Bakgrunnen for denne intervjuundersøkelsen er med andre ord et ønske om bedre munnhelse for voksne psykisk utviklingshemmede.

Intervjuet er en del av min avsluttende masteroppgave ved tannlegestudiet, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske Universitet.

## Hva innebærer intervjuet

Jeg skal intervjuere personale tilknyttet kommunale boenheter for psykisk utviklingshemmede.

Du som intervjuperson bør ha erfaring med/meninger om psykisk utviklingshemming og munnhygiene.

Intervjuet vil ta ca. 20-30 minutter. Lydopptaker vil bli benyttet for at det du sier skal bli korrekt referert til i oppgaven.

**Mulige fordeler og ulemper**

Det ses ingen klare fordeler ved å delta, men informasjon som du bidrar med kan være nyttig for meg som nyutdannet tannlege, og andre som leser oppgaven.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Du vil kun bli referert til ved din yrkestittel i oppgaven.

**Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan trekke deg når som helst om du måtte føle for det. Dersom du er villig til å delta på intervjuet skriver du under samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen

Tannlegestudent Linn-Julie Eidissen

Førsteamanuensis i samfunnsodontologi Linda Stein (veileder)



Epostadresse: [lei015@post.uit.no](mailto:lei015@post.uit.no), telefon: 953 62 360

## Vedlegg 2

### **Problemstilling → Forskningsspørsmål → Intervjuspørsmål**

**Problemstilling:** Kartlegge erfaringer og utfordringer med hensyn til munnhygiene og kosthold hos voksne psykisk utviklingshemmede.

#### **Tema 1: Praktiske utfordringer og erfaringer.**

Forskningsspørsmål: Hvilke praktiske forhold (tidspress, nedsatt motorikk hos brukere etc.) gjør det utfordrende for personalet å utføre daglig stell av psykisk utviklingshemmede, herunder munnstell?

Intervjuspørsmål:

- 1) Kan du fortelle litt om hvordan du pleier å gå frem når du skal hjelpe en bruker med stell?
- 2) Hva syns du er utfordrende når du skal hjelpe en bruker med stell? ..Enn rent praktisk?
- 4) Kan du beskrive en situasjon hvor du hjalp en bruker med tannpuss? ...Var det noe som gjorde det vanskelig å hjelpe?
- 5) Husker du en dag hvor du ikke fikk utført det munnstellet du mente burde vært utført? Hva var årsaken til det?

#### **Tema 2: Interesse og kunnskap om munnhelse og kosthold.**

Forskningsspørsmål: Har personalet i boenheter for psykisk utviklingshemmede interesse for munnhelse og kosthold, og føler de at de kan nok munnhelse og kosthold?

Intervjuspørsmål tilhørende forskningsspørsmål 2:

- 1) Kan du fortelle litt om hvordan du har lært det du kan om munnhelse? ..Enn kosthold?
- 2) Hvilke typiske munnstell-situasjoner føler du at du har god erfaring med?
- 3) Husker du noen konkrete situasjoner hvor du gjerne skulle ha vist mer om munnhelse og/eller kosthold? ..Hva skjedde i episoden(e)?
- 4) Er det noe innenfor munnhelse og kosthold du kunne tenke deg å lære mer om? ..I så tilfelle hva?



**Tema 3: Autonomi**

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har personalet med at det oppstår konflikt mellom å utøve omsorg, herunder munnstell og sunne kostvaner, og å ivareta brukernes autonomi?

Intervjuspørsmål tilhørende forskningsspørsmål 3:

- 1) Kan du fortelle meg litt om hvordan dere i den boenheten du er ansatt jobber for at brukerne skal spise sunt? ..Hva fungerer bra? ..Hva er utfordrende i dette arbeidet?
- 2) Husker du en episode hvor du forsøkte å motivere en bruker til å spise mindre sukker eller fett? ..Kan du beskrive hvordan du gikk fram? ..Syns du det var vanskelig å ivareta brukerens autonomi?
- 3) Kan du beskrive et tilfelle hvor du lyktes med å motivere en negativt innstilt bruker til munnstell? ..Kan du si noe om hvor ofte munnstell ikke blir gjennomført fordi brukeren motsetter seg dette? ..Hvorfor tror du det noen ganger blir slik?

---

## Vedlegg 3

### Intervjuguide for tannlegestudent Linn-Julie Eidissen

Informantnummer:

Dato:

#### Introduksjon:

- Takke for deltakelse
- ”..Formålet med intervjuet er at vi som tannhelsepersonell skal få muligheten til å se dette med kosthold og munnhygiene hos psykisk utviklingshemmede i det perspektiv som dere som arbeider med dem i det daglige har....”
- ”..Jeg bruker lydopptaker til å ta opp intervjuet for at alt som blir sagt skal bli gjengidd så korrekt som mulig når jeg skriver det ned etter intervjuet. I det skriftlige notatet vil jeg gjøre deg anonym, og deretter blir lydfilen slettet..”
- ”..Har du noen spørsmål før vi starter intervjuet?.. ”
- Få underskrift på samtykkeerklæring
- ”..Det finnes ikke noen feile eller dumme svar på spørsmålene, og du må bare si ifra om du vil ha pause. Om du skulle ønske å avbryte intervjuet så har du anledning til det..”
- Lydtest/ prøve diktafon

Sett på lydopptak.

#### ”Oppvarmingsrunde”:

Kan du fortelle meg litt om deg selv? ..Har du jobbet lenge i PU-bolig? ..Trives i yrket?  
..Hvilken utdannelse? ..Hva gjorde at du valgte å jobbe med psykisk utviklingshemmede?

#### Tema 1: Praktiske utfordringer og erfaringer.

1) Kan du fortelle litt om hvordan du pleier å gå frem når du skal hjelpe en bruker med stell?

2) Hva opplever du som utfordrende når du skal hjelpe en bruker med stell? ..Enn rent praktisk?

4) Kan du beskrive en situasjon hvor du hjalp en bruker med tannpuss? ...Var det noe som gjorde det vanskelig å hjelpe?

5) Husker du en dag hvor du ikke fikk utført det munnstellet du mente burde vært utført? Hva var årsaken til det?

## **Tema 2: Interesse og kunnskap om munnhelse og kosthold.**

Intervjuspørsmål tilhørende forskningsspørsmål 2:

1) Kan du fortelle litt om hvordan du har lært det du kan om munnhelse? ..Enn kosthold?

2) Hvilke typiske munnstell-situasjoner føler du at du har god erfaring med?

3) Husker du noen konkrete situasjoner hvor du gjerne skulle ha vist mer om munnhelse og/eller kosthold? ..Hva skjedde i episoden(e)?

4) Er det noe innenfor munnhelse og kosthold du kunne tenke deg å lære mer om? ..I så tilfelle hva?

## **Tema 3: Autonomi**

Intervjuspørsmål tilhørende forskningsspørsmål 3:

1) Kan du fortelle meg litt om hvordan dere i den boenheten du er ansatt jobber for at brukerne skal spise sunt? ..Hva fungerer bra? ..Hva er utfordrende i dette arbeidet?

2) Husker du en episode hvor du forsøkte å motivere en bruker til å spise mindre sukker eller fett? ..Kan du beskrive hvordan du gikk fram? ..Syns du det var vanskelig å ivareta brukerens autonomi?

3) Kan du beskrive et tilfelle hvor du lyktes med å motivere en negativt innstilt bruker til munnstell? ..Kan du si noe om hvor ofte munnstell ikke blir gjennomført fordi brukeren motsetter seg dette? ..Hvorfor tror du det noen ganger blir slik?

## **Annet:**

1) Er det andre faktorer enn de temaene vi har vært innom (oppsummer) som gjør det utfordrende å hjelpe brukerne med daglige munnhygienerutiner?

2) Jeg har ikke flere spørsmål. Har du mer du vil si eller spørre om før vi avslutter intervjuet?

Takk!

Stoppe lydopptak.

**Oppfølgingsspørsmål** (still disse underveis i hele intervjuet der det er ønskelig å få vite mer):

- Kan du beskrive nærmere...?
- Kan du fortelle mer om...?
- Har du et eksempel/flere eksempler på dette?
- Hvordan opplevde du det?
- Hva tenker du om det?

**Fortolkende spørsmål** (still disse underveis i hele intervjuet der det er behov for å sjekke tolkningen din):

- Du mener altså at...?
- Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?
- Dekker ..... noe av det du har sagt?

## Vedlegg 4

**Samtykkeerklæring:** Jeg sier meg villig til å delta i intervjuet

-----  
(dato/signatur informant)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om intervjuet

-----  
(dato/signatur intervjuer)