

ABSTRACT

Shared Oral Care – Et mundplejeprogram på plejecentre

Introduktion og formål – Mangelfuld mundhygiejne hos plejekrævende ældre er et alment og veldokumenteret sundhedsproblem, der kan føre til massiv udvikling af tandsygdomme, og som yderligere kan være medvirkende årsag til alvorlige almenlidelser. Det er derfor nødvendigt at udvikle effektive mundplejeprogrammer rettet mod denne gruppe borgere. Formålet med nærværende undersøgelse er at evaluere effekten af et mundplejeprogram baseret på begrebet situeret læring.

Materiale og metoder – Programmet omfattede 549 beboere på fem plejecentre. Plejecentrene blev besøgt regelmæssigt af fem klinikassistenter over en nimmåneders periode, hvor plejepersonalet gennem sidemandslæring baseret på et princip om situeret læring udviklede kompetencer til i øget grad at assistere beboerne med den daglige hjemmetandpleje. Der blev målt plakindeks, blødningsindeks og protesehygiejneindeks ved baseline samt efter tre, seks og ni måneders intervention.

Resultater – Evaluering viste store forbedringer i såvel plak-, protesehygiejne- som blødningsindeks ved besøg af en klinikassistent hver tredje uge.

Konklusion – Resultaterne viser, at det selv med en beskedne ressourceanvendelse er muligt at skabe en betydeligt forbedret mundhygiejne hos plejekrævende ældre.

Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre

Børge Hede, overtlæge, adjungeret lektor, ph.d., Afdelingen for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, og Voksentandplejen, Københavns Kommune

Johan Elmelund Poulsen, programleder, tandplejer, Voksentandplejen, Københavns Kommune

Rasmus Christophersen, stud.odont. et BSc (Folkesundhedsvidenskab), Afdelingen for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Lisa Bøge Christensen, lektor, ph.d., Afdelingen for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

I hele den vestlige verden er der sket en forøgelse af den del af befolkningen, der er over 80 år (1) og dermed også af antallet af ældre med en demenslidelse (2) – ældre, der er helt eller delvist afhængige af andre menneskers hjælp til den daglige hjemmetandpleje (2). Mange af disse ældre bor på plejecentre og udgør en stadigt stigende andel af plejekrævende ældre (2).

Parallelt med denne udvikling bevarer ældre langt hyppigere et naturligt tandsæt, og forekomsten af tandløshed er derfor stærkt dalende (3,4). Undersøgelser viser dog en hyppig forekomst af tandsygdomme hos svage ældre og et uadækket behov for hjælp til den daglige hjemmetandpleje (5-7). En svensk undersøgelse fra 2009 viste således, at ca. 78 % af de undersøgte beboere på plejecentre havde behov for hjælp til mundpleje, men at kun ca. 7 % modtog den nødvendige hjælp (8).

Der er tillige øget dokumentation for, at tandsygdomme – specielt marginal parodontitis – og mangelfuld mundhygiejne er medvirkende faktorer ved udvikling af alvorlige almenlidelser hos ældre. Der er således dokumentation for, at effektive mundplejeprogrammer kan forebygge ca. 10 % af alle lungebetændelser, som forekommer på plejecentre (9), og at regulering af diabetes nøje hænger sammen med, at en eventuel parodontal lidelse er under kontrol (10). Endelig viser flere undersøgelser, at en

EMNEORD

Geriatric dentistry; nursing home; community health services; oral hygiene; situated learning

tion for, at effektive mundplejeprogrammer kan forebygge ca. 10 % af alle lungebetændelser, som forekommer på plejecentre (9), og at regulering af diabetes nøje hænger sammen med, at en eventuel parodontal lidelse er under kontrol (10). Endelig viser flere undersøgelser, at en

dårlig oral status har betydelig indflydelse på svage ældres livskvalitet (11,12).

På den baggrund synes det nødvendigt og påkrævet, at der udvikles effektive forebyggende mundplejeprogrammer, der kan nedbringe plakmængden og tilstedeværelsen af inflammation i de parodontale væv hos den stadigt større gruppe ældre, der har behov for andres hjælp til vedligeholdelse af tandsæt med stadigt flere naturlige tænder og til forebyggelse af almen sygdomme.

Mundplejeprogrammer rettet mod plejkrævende ældre (13-19) har overvejende været baseret på traditionelle undervisningsseancer for plejepersonalet. Imidlertid er de traditionelle undervisningsprogrammer sjældent effektive. De er hyppigt evalueret efter kort tids intervention, og de er oftest evalueret gennem måling af plejepersonalets holdninger og ikke ved faktiske mål for mundhygiejnen og graden af parodontal inflammation. I enkelte tilfælde har tandplejepersonale reelt varetaget den forebyggende tandpleje (20), men sådanne interventioner er ofte temmelig omkostningskrævende.

Et alternativt pædagogisk koncept – situeret læring – blev introduceret af Lave og Wenger gennem deres arbejde fra 1991 (21,22). Et pilotstudie i Københavns Kommune med anvendelse af situeret læring overfor plejepersonalet viste så lovende resultater (23), at det blev besluttet at udvide indsatsen til at omfatte en større gruppe beboere på plejecentre. Programmet blev introduceret under navnet "Shared Oral Care" fordi begrebet "Shared Care" er helt centralt i den aktuelle organisering af det danske sundhedsvæsen, og selve navnet kunne derfor have en synergieffekt til dette – ikke mindst sundhedspolitisk.

Formålet med denne artikel er derfor at evaluere effekten af dette forebyggende mundplejeprogram baseret på situeret læring og omfattende en større gruppe plejkrævende ældre.

Materiale og metoder

Undersøgelsespopulationen bestod af alle, som havde bopæl på et af Københavns Kommunes fem plejecentre på Amager indenfor en nímåneders programperiode. De ni måneders programperiode lå ikke kalendermæssigt i det samme tidsrum på de fem plejecentre, som et ad gangen og successivt blev omfattet af mundplejeprogrammet fra 1. januar 2012 og frem til 31. august 2013. Der er således tale om fem – i princippet – uafhængige nímåneders perioder – en på hvert plejecenter. I de fem nímåneders perioder havde i alt 614 personer – beboere – permanent bopæl på de fem plejecentre. Mundplejeprogrammet blev tilbudt som en del af den almindelige pleje, men beboerne kunne fravælge det, hvilket skete initialt og undervejs af et mindre antal beboere. Deltagere og ikke-deltagere er beskrevet i Tabel 1. Pga. af dødsfald, fra- og tilflytning etc. var der en betydelig fra- og tilgang i programmet, hvorfor ikke alle blev omfattet af programmet i samtlige ni måneder. I alt deltog 549 beboere på de fem plejecentre i programmet, men ikke alle i alle ni måneder (Tabel 1).

Interventionen

I et situeret læringsperspektiv er personalets erkendelser knyttet til det arbejdsfællesskab, som de indgår i, og den måde, som dette arbejdsfællesskab er organiseret på (22). Når arbejdsfællesskabet er det erkendelsesmæssige udgangspunkt, flyttes fo-

Undersøgelsespopulationen fordelt efter grad af deltagelse

	Deltager		Ikke-deltager		I alt	
	n	%	n	%	n	%
Ønskede ikke at deltage			36	55,4	36	5,9
Fravalgte midtvejs at deltage	8	1,5			8	1,3
Deltog i hele programperioden	360	65,6			360	58,6
Døde eller ekskluderede inden programstart*			29	44,6	29	4,7
Deltog i en del af programperioden**	181	33,0			181	29,5
I alt	549	100,0	65	100,0	614	100,0

* Tandløse beboere uden proteser og beboere, som ikke nåede at blive indrulleret i programmet pga. sen indflytning, og beboere, som døde inden programmets start.

** Beboere, som døde eller flyttede i programperioden, eller beboere, som flyttede ind under programperioden.

Tabel 1. Undersøgelsespopulationen beskrevet mht. deltagelse/ikke deltagelse i relation til, årsag til frafald.

Table 1. The eligible study population described according to participation in the oral health prevention program and reasons for non-participation.

kus fra traditionel uddannelse gennem formidling af viden til, at læring sker gennem deltagelse i relationer med andre, hvor det er relationen, der giver indhold og erkendelse. Det betyder, at fokus er på praktisk udførelse af de faktiske opgaver omkring mundhygiejnen hos den enkelte plejekrævende ældre og ikke gennem videnformidlende undervisning. Plejepersonalet opnår således både erkendelse af opgaven, dens mening og vigtighed, men erhverver også de faktiske manuelle færdigheder ved at udføre opgaven.

Det skete i det konkrete program ved etablering af et arbejdsfællesskab med tandplejen gennem regelmæssige besøg af en klinikassistent på selve plejecentret og ved tandplejens deltagelse i selve plejeopgaven. Programmet blev gennemført af en tandplejer (JEP) og seks klinikassistenter, hvor tandplejeren fungerede som supervisor og organisator, medens klinikassistenterne stod for den konkrete indsats omkring læring. Alle kliniske registreringer blev udført af tandplejeren med henblik på at evaluere effekten hos den enkelte beboer.

Indledningsvis blev lederne og mellemledere ved plejecentrene informeret om programmet. Derefter blev der foranstaltet traditionel undervisning med videnformidling om munden og dens sygdomme til det øvrige personale.

Herefter blev der allokert en klinikassistent til hvert plejecenter og en ekstra klinikassistent til at assistere i "indkøringsfasen". I de første tre måneder af programmet besøgte hver klinikassistent alle afdelingerne på "sit" plejecenter en gang hver uge. Der blev "gået stuegang" blandt samtlige deltagere, og deres mundhule blev inspiceret, hvis det var muligt. Ved mangler i mundhygiejnen demonstrerede klinikassistenten tandbørstning for plejepersonalet på beboeren. Hvis det var muligt, børstede beboeren selv tænder og proteser. Forløbet er tidligere beskrevet (23). I starten af programperioden fik en stor del af beboerne derfor børstet tænder af klinikassistenten sammen med plejepersonalet en gang om ugen. Der blev lagt vægt på at opbygge et arbejdsfællesskab omkring opgaven, og klinikassistenten førte dagbog over sine handlinger i forhold til beboerne og plejepersonalet. Klinikassistentens tandbørstning af beboernes tænder blev gradvist udfaset i takt med, at personalet eller beboeren selv opnåede evne til at opnå acceptable resultater. Efter tre måneder evaluerede klinikassistenten og tandplejeren indsatsen for hver enkelt beboer på baggrund af dels de registreringer, der var foretaget, og dels klinikassistentens dagbog. På den baggrund blev det besluttet, hvor der skulle bruges flere ressourcer med henblik på at opnå forbedringer hos den enkelte beboer. Aggregerede data blev brugt til at identificere eventuelle afdelinger på det enkelte plejecenter, som krævede ekstra opmærksomhed.

De efterfølgende tre måneder (fra 3. til 6. måned) besøgte klinikassistenten kun beboerne en gang hver 14. dag, men med samme indhold i besøget som de første tre måneder. Imidlertid blev klinikassistentens opgave med tandbørstning yderligere nedtrappet, og hun fik i stigende grad en vejledende rolle. I de sidste tre måneder af programperioden blev klinikassistentens

indsats reduceret til et besøg hver tredje uge, men med samme indhold som tidligere. Dog blev ikke alle beboere besøgt – kun hvor der blev konstateret fortsat behov af klinikassistenten eller af plejepersonalet samt ved nyindflytninger. I hele perioden førte klinikassistenterne dagbog over deres indsats overfor den enkelte beboer og personalet. Ved indflytning af nye beboere blev beboeren indsluset i programmet med en ekstra opmærksomhed. Nedtrapping af besøgshyppigheden skete mhp. minimering af ressourceforbruget og synes ud fra pilotstudiet at have en nedre grænse ved et besøg ca. hver 3. uge (23).

Registreringer

Hos hver enkelt deltager blev der ved programstart (baseline) registreret alder, køn, antal tænder og forekomst af proteser, implantater og radices. Desuden blev beboerens evne til selv at varetage mundhygiejnen bedømt af tandplejeren, som foretog alle basisregistreringer. Endvidere blev plakforekomst og blødning fra gingiva målt ved baseline efter tre, seks og efter ni måneder. Plakindeks blev målt på seks indekstænder (6+6, 6-6 og 1+ og -1) og ved hjælp af kriterier som angivet af Løe og Sillness (24), dog kun målt på et site pr. tand (facialt), og hos individer med reduceret tandsæt kun målt på de tilstedeværende indekstænder eller deres evt. persisterende nabotænder. Det vil sige, at beregningen af plakindeks skete ved at dividere summen af scorer med antallet af registreringer. Værdien for plakindeks kunne derfor antage værdier mellem 0 og 3 hos den enkelte beboer. Tilsvarende blev blødningsindeks målt ved hjælp af kriterier som angivet af Ainamo og Bay ved Gingival Bleeding Index (25), men kun med et registreringssted pr. tand (facialt) og anvendt på de samme seks indekstænder, og med samme beregningsmåde som ved plakmålingen. Minimum og maksimum for blødningsindeks hos den enkelte beboer var derfor 0 og 1. Hos tandløse deltagere med implantater blev der registreret blødningsindeks svarende til implantaterne. Endelig blev protesehygiejnen hos hver enkelt målt ved hjælp af et indeks modificeret efter Ambjørnsen et al. (26). Proteseindeks kunne antage værdierne 0, 1 og 2. Plakindeks, blødningsindeks og protesehygiejneindeks vil i det følgende blive betragtet som effektmål for mundplejeprogrammet.

Statistik

Data blev indlæst i og analyseret ved hjælp af statistikprogrammet SPSS version 22. Der blev foretaget frekvensfordelinger, og ved den statistiske evaluering anvendtes non-parametriske test, idet alle effektvariabler nok kunne betragtes som ordinal skalerede, men ikke som kontinuert skalerede. Der blev anvendt Kruskal-Wallis test til at teste for nulhypotesen om, at der ikke var forskel på fordelingen ved baseline, efter tre, seks og ni måneder af henholdsvis plakindeks, blødningsindeks og protesehygiejneindeks. Mht. baggrundsvariabler blev bivariater relationer testet ved hjælp af chi-square-test, Mann-Whitney-test og Kruskal-Wallis test. Der blev valgt et signifikansniveau på $P < 0,01$.



Resultater

Deltagernes gennemsnitsalder var 83,4 år. Undersøgelsespopulationen er beskrevet mht. baggrundsvariabler i Tabel 2. Desuden var antal tænder, men ikke antal radices og implantater associeret med alder ($P < 0,01$), medens køn var associeret med såvel antal tænder og antal radices ($P < 0,01$), således at de ældste deltagere havde færre tænder, og mænd havde fær-

Endelig undersøgelsespopulation fordelt efter baggrundsdata

	n	%
Tandstatus:		
Antal beboere med 20+ tænder	141	25,7
Antal beboere med 1-19 tænder	202	36,8
Antal tandløse beboere	206	37,5
Antal tandløse beboere med implantater	8	1,5
Antal beboere med implantater	10	1,8
Antal beboere med tilstedeværelse af radices	80	14,6
Antal beboere med en eller flere aftagelige proteser	348	63,8
Egenomsorg:		
Kan selv varetage mundhygiejnen	138	25,7
Køn:		
Kvinde	385	70,1
Mand	164	29,9
I alt	549	100
Alder:		
< 60 år	12	2,2
60-80 år	162	29,5
80-100 år	354	64,5
>100+ år	11	2,0
Uoplyst	10	1,8
	549	100

Tabel 2. Den endelige undersøgelsespopulation beskrevet mht. baggrundsdata.

Table 2. The study population distributed according to different background data.

KLINISK RELEVANS

Danskerne gennemsnitslevetid er stadig stigende. Det samme er tilfældet for antallet af ældre med demens. Disse ældre har i stigende grad bevaret et naturligt tandsæt, som kræver hjælp til den daglige hjemmetandpleje, såfremt der ikke skal tilstøde såvel alvorlige orale som almindelige helbredsproblemer. Det er derfor helt afgørende, at

tandplejen i samarbejde med personalet på plejecentre udvikler, implementerer og vedligeholder effektive mundplejeprogrammer overfor disse svage ældre. Det er tillige vigtigt, at den enkelte tandlæge har fokus på mundhygiejnen og på samarbejdet med plejepersonalet, da behandlingsmæssige indsatser på ingen måde kan stå alene.

re tænder end kvinder, men flere radices. Yderligere fandtes, at forekomsten af proteser var hyppigere hos kvinder end hos mænd ($P < 0,01$) og hyppigere med stigende alder ($P < 0,01$). Endelig var der ingen association mellem hverken køn og alder med hensyn til at kunne varetage egen mundhygiejne. Der var et varierende antal registreringer af de tre effektvariabler henover tid, vist i Tabel 3. Såvel plakindeks, blødningsindeks og protesehygiejneindeks viste forbedringer over tid, efterhånden som programmet skred frem ($P < 0,01$). Endvidere var alle tre effektvariabler på alle fire registreringstidspunkter associeret med evnen til at varetage egen mundhygiejne ved baseline ($P < 0,01$), med undtagelse af blødningsindeks og protesehygiejneindeks ved nímåneders opfølgning. Fordeling af deltagere efter plakindeks, blødningsindeks og protesehygiejneindeks

Antal registreringer af protesehygiejne og plak- og blødningsindeks

	Protesehygiejneindeks	Blødningsindeks	Plakindeks
Baseline	327	350	351
3 måneder	293	301	301
6 måneder	278	271	271
9 måneder	242	227	227

Tabel 3. Antal registreringer af protesehygiejneindeks, blødningsindeks og plakindeks ved baseline samt ved tre, seks og ni måneders registrering.

Table 3. Number of registrations of denture hygiene index, plaque- and bleeding index at baseline and after three, six and nine month intervention.

Udvikling i plakindeks

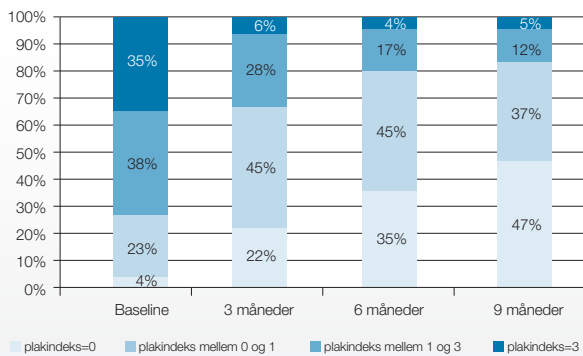


Fig. 1. Plakindeks blandt beboerne ved baseline og efter tre, seks og ni måneders intervention.

Fig. 1. Plaque index among the nursing home residents at baseline and after three, six and nine month of intervention.

Udvikling i protesehygiejneindeks

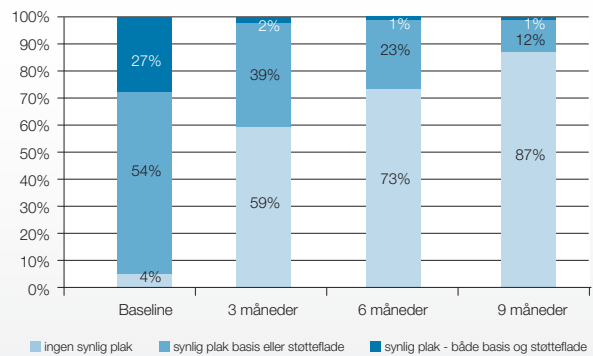


Fig. 3. Protesehygiejneindeks blandt beboerne ved baseline og efter tre, seks og ni måneders intervention.

Fig. 3. Denture hygiene index among the nursing home residents at baseline and after three, six and nine month of intervention.

Udvikling i blødningsindeks

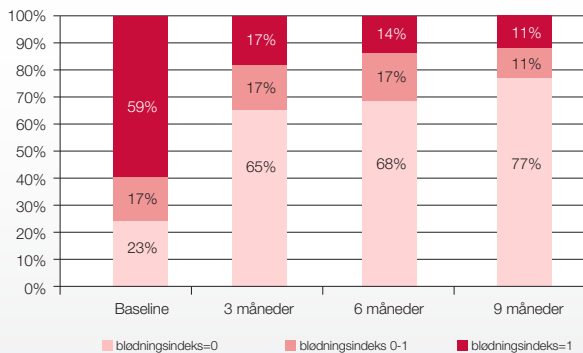


Fig. 2. Blødningsindeks blandt beboerne ved baseline og efter tre, seks og ni måneders intervention.

Fig. 2. Bleeding index among the nursing home residents at baseline and after three, six and nine month of intervention.

er illustreret i figur 1-3. De tre figurer viser, at procentandelen af beboere med uacceptabelt høje scorere for såvel plakindeks, blødningsindeks som protesehygiejneindeks faldt drastisk, som programmet skred frem, medens procentdelen af beboere med acceptable forhold tilsvarende øgedes.

Diskussion

De refererede data er ikke i udgangspunktet indsamlet med henblik på videnskabelig bearbejdning, men med henblik på den borgerrettede indsats i selve programmet. Data stammer derfor ikke fra et eksperimentelt eller quasi-eksperimentelt

undersøgelingsdesign. De valgte effektmål er således valgt på baggrund af det praktiske formål, og der er ikke udført kalibreringsøvelser med undersøgeren. Undersøgeren er dog tidligere blevet kalibreret i anden sammenhæng med en erfaren undersøger (27). De indsamlede data bedømmes derfor til at have en acceptabel reliabilitet. De valgte effektmål er robuste, men har få kategorier, hvilket svækker deres præcision. De er dog valgt ud fra at være relativt nemme at indsamle og for at være skånsomme for programdeltagerne.

Man kan derfor indvende, at effektmålenes diskriminationssevne og validitet kunne øges, hvis man havde raffineret dataindsamlingsproceduren ved fx at registrere plakindeks og blødningsindeks på seks og ikke kun et enkelt site pr. tand, ligesom man kunne have raffineret registreringen af protesehygiejneindeks ved anvendelse af andre metoder (28). Imidlertid vurderes de anvendte effektmål at være valide mål for det, som ønskes undersøgt – nemlig mundhygiejnen hos plejkrævende ældre. Da mundhygiejnen ofte er meget ringe, er der ikke behov for særligt raffinerede målemetoder til at påvise forbedringer. De angivne effektmål vurderes derfor at være anvendelige i den givne sammenhæng, og lignende evalueringer af typen ”program review” har da også tidligere bidraget med viden på området (29).

Med hensyn til undersøgelsespopulationens repræsentativitet findes ingen repræsentative data for så vidt angår tandstatus i den aktuelle aldersgruppe. En enkelt undersøgelse har beskrevet tandstatus hos en mindre gruppe 85-årige danskere, og forekomst af tandløshed samt antal tænder i nærværende undersøgelsespopulation afviger ikke væsentlig (30). I samme undersøgelse (30) fandt man, at generelt nedsat funktionsevne var associeret med en øget forekomst af ubehandlet caries. Kønsfordelingen i nærværende studie er anderledes end i den

refererede undersøgelse (30), men er, som den kendes fra opgørelser fra Danmarks Statistik. Her er det i 2013 opgjort, at 66 % af alle beboere i pleje- og ældreboliger var kvinder, medens 34 % var mænd, og at kvindernes andel steg med alderen. Der var fx 74 % kvinder i aldersgruppen 90 år +. For så vidt angår evnen til at varetage egen mundhygiejne synes den i vort studie opgjorte andel på 25,7 % at være i overensstemmelse med de 22,3 % som blev rapporteret i en tidligere svensk undersøgelse.

Det er bemærkelsesværdigt, at mindre end 10 % fravalgte programmet. Dette maner til eftertanke, da det er en ofte fremsat påstand blandt plejepersonale, at beboerne ikke ønsker assistance til mundpleje (31). Studier – også danske (32) synes at vise, at plejepersonalets egne holdninger kan være en større barriere for at opnå en suffiçient mundpleje end beboernes samarbejdsevne. I det lys giver det mening at anvende situeret læring som indgang til dialogen med plejepersonalet, da dette koncept netop hviler på, at det er ved løsning af den konkrete opgave og sammen med andre, at erkendelse og læring om opgaven sker – altså gennem praksisfællesskabet.

Der kunne ved programmet konstateres en væsentlig forbedring i beboernes mundhygiejne. Programmet blev ikke indfaset samtidigt på de fem plejecentre, så det kan udelukkes, at ændringen skyldes samtidige generelle ydre forhold, som ændrede sig. Desuden kunne der i omsorgstandplejen i Københavns Kommune ikke konstateres lignede forbedringer i mundhygiejnen på kommunens øvrige plejecentre, hvorfor det må formodes, at forandringen kan tilskrives programmet.

Det kan imidlertid ikke vurderes, om anvendelse af situeret læring har været den udslagsgivende faktor for de opnåede forbedringer – dels fordi der også blev appliceret initial traditionel undervisning, dels fordi programmets effekt også kan skyldes en

Hawthorne effekt – altså at effekten alene skyldes en øget opmærksomhed på problemet omkring beboernes mundhygiejne.

Det kan endvidere indvendes, at forbedringerne var forventelige, når der nu blev gjort noget. Imidlertid viser alle praktiske erfaringer fra praktikere, som har med feltet at gøre både i ind- og udland (33-34), at forandringer mht. mundhygiejnen hos plejehjemsbeboere er meget svære at skabe. Talrige tidligere kampagner i Københavns Kommune har således ikke vist resultater. De resultater, som dette projekt viser, er så bemærkelsesværdige, at man kunne tro, at resultaterne var konstruerede, hvilket ikke er tilfældet. Derfor synes situeret læring at være et koncept, som bør anvendes i andre og endnu større sammenhænge – netop fordi resultaterne er så bemærkelsesværdige.

Imidlertid er det væsentligste resultat, at man faktisk kan opnå forbedringer, når man øger opmærksomheden og samarbejdet. Så er det ud fra et praktisk og pragmatisk synspunkt mindre interessant, hvilket teoretisk udgangspunkt indsatsen hviler på.

Konklusion

Data viser, at det er muligt at skabe store forbedringer af plejkrævende ældres mundhygiejne. Umiddelbart kan det ikke entydigt afgøres, om det i den konkrete undersøgelse er den specifikke indsats, der har været afgørende, eller om der er tale om en Hawthorne effekt, men det væsentligste resultat er, at forbedringer er mulige, og at de kan komme en stor del af plejecentrenes beboere til gode.

Forebyggelsesprogrammet Shared Oral Care er nu, pga. politisk velvilje, et permanent mundplejeprogram, som over en fireårig periode implementeres på samtlige plejecentre i Københavns Kommune – i alt ca. 3.600 beboere.

ABSTRACT (ENGLISH)

Shared Oral Care – a program review of an oral hygiene program in nursing homes

Introduction – It is generally well known and described in several studies that poor oral hygiene is frequent among nursing home residents. Poor oral hygiene may lead to severe oral diseases and may be a contributing factor in threats to the general health. Hence, it is urgent to develop, implement and evaluate oral hygiene programs aimed at nursing home residents.

Materials and methods – The program comprised 549 residents living in five different nursing homes. Five dental assistants paid regular visits to the nursing homes in a nine month period deliver-

ing training to the nursing personnel based on the principles of situated learning. Hence the skills and knowledge of the nursing personnel were improved through the sharing of responsibility of this task with a dental assistant. Oral hygiene, gingival bleeding and denture hygiene were measured at baseline, and after three, six, and nine month of intervention.

Results – After nine months of intervention remarkable improvements were observed with respect to oral hygiene as well as to denture hygiene and gingival bleeding.

Conclusion – Even with a relatively modest effort it is possible to make a significant improvement in the oral hygiene of nursing home residents.

Litteratur

1. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing: 1950-2050. New York: United Nations, 2002.
2. Luppá M, Luck T, Weyerer S et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing* 2010;39:31-8.
3. Baelum V, van Palenstein Helderman W, Hugoson A et al. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. *J Oral Rehabil* 2007;34:872-906.
4. Petersen PE, Bourgeois D, Estupinan-Day S et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005;83:661-9.
5. Chalmers JM. Geriatric oral health issues in Australia. *Int Dent J* 2001;51:188-99.
6. Strayer MS. Dental health among homebound elderly. *J Public Health Dent* 1993;53:12-6.
7. Zenthöfer A, Schröder J, Cabrera T et al. Comparison of oral health among older people with and without dementia. *Community Dent Health* 2014;31:27-31.
8. Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident elderly versus the actual assistance received from the staff. *Open Dent J* 2009;3:241-4.
9. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M et al. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2124-30.
10. Soell M, Hassan M, Miliuskaite A et al. The oral cavity of elderly patients in diabetes. *Diabetes Metab* 2007;33(Supp 1):10-8.
11. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care program in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology* 2012;29:e392-400.
12. Locker D, Matear D, Stephens M et al. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health* 2002;19:90-7.
13. Visschere LD. The development and application of an oral health care model for institutionalised older people. Thesis. Gent: Universiteit Gent, 2010.
14. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:289-97.
15. Gammack JK, Pulisetty S. Nursing education and improvement in oral care delivery in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:658-61.
16. de Lugt-Lustig KH, Vanobbergen JN, van der Putten G J et al. Effect of oral healthcare education in knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014;42:88-96.
17. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral health-care programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* 2009;117:575-9.
18. Weening-Verbree L, Huisman-de Waal G, van Dusseldorp L et al. Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *Int J Nurs Stud* 2013;50:569-82.
19. Wårdh I, Berggren U, Hallberg LR et al. Dental auscultation for nursing personnel as a model of oral health care education: development, baseline, and 6-month follow-up assessments. *Acta Odontol Scand* 2002;60:13-9.
20. Adachi M, Ishihara K, Abe S et al. Professional oral health care by dental hygienist reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg* 2007;5:69-74.
21. Lave J, Wenger E. Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
22. Lave J, Wenger E. *Situeret læring – og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag, 2003.
23. Hede B, Poulsen JE. Forebyggende tandpleje på plejehjem baseret på sidemandslæring. *Tandplejeren* 2011;36:8-12.
24. Löe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol* 1967;38:610-6.
25. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975;25:229-35.
26. Ambjørnsen E, Valderhaug J, Norheim PW et al. Assessment of an additive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures. *Acta Odontol Scand* 1982;40:203-8.
27. Ekstrand KR, Poulsen JE, Hede B et al. A randomized clinical trial of the anti-caries efficacy of 5,000 compared to 1,450 ppm fluoridated toothpaste on root caries lesions in elderly disabled nursing home residents. *Caries Res* 2013;47:391-8.
28. Coulthwaite L, Verran J. Evaluation of in vivo denture plaque assessment methods. *Br Dent J* 2009;26;207:E12, discussion 282-3.
29. Vigild M, Brinck JJ, Hede B. A one-year follow-up of an oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. *Community Dent Health* 1998;15:88-92.
30. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL et al. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007;24:3-13.
31. Willumsen T, Karlsen L, Naess R et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology* 2012;29:748-55.
32. Beck AM, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. *Aging Clin Exp Res* 2009;21:143-9.
33. SPECIAL INTEREST GROUP – Geriatric dentistry. 13th Annual Congress of the European Association of Dental Public Health. Heidelberg, 2008.
34. SPECIAL INTEREST GROUP – Geriatric dentistry. 14th Annual Congress of the European Association of Dental Public Health. Tromsø, 2009.



Dokumenteret efteruddannelse:

Optjen point med Tandlægebladet

I forbindelse med dokumenteret efteruddannelse har Tandlægeforeningens erhvervsaktive medlemmer mulighed for ved hjælp af en selvtest at dokumentere, at de har sat sig ind i faglig-videnskabelige artikler, bragt i Tandlægebladet.

Selvtestene bringes i forbindelse med originalartikler og oversigtsartikler. De består af tre spørgsmål, som dækker artiklens faglige indhold. Hvert spørgsmål har tre svarmuligheder, hvoraf der er op til to korrekte svar pr. opgave. Besvares selvtesten korrekt (alle svar er rigtige), opnås 1 point svarende til en times efteruddannelse.

Hvordan gør jeg?

Gå ind på Tandlægebladets website Tandlaegebladet.dk. På forsiden til højre finder du boksen "selvtest", hvor du kan logge ind med dine koder til Tdlnet.dk. Herefter gennemføres selvtesten ved afkrydsning i svarrubrikkerne. Det er muligt at gentage selvtesten, indtil den er bestået.

For at overføre 1 point til dine efteruddannelsesaktiviteter skal du selv indberette dem på Tdlnet.dk. Klik på banneret med overskriften "Klik her for at registrere dine eksterne kurser" på forsiden af Tdlnet.dk. Du kan også gå ind på Efteruddannelsens sider og vælge menupunktet Kurser > Mine kurser.

For at registrere selvtesten korrekt skal du under "Kursusnavn" skrive "Selvtest" og evt. bladnummer, fx "Selvtest TB15". Under "Kursusdato" vælger du dags dato, og under "Kursusansvarlig" skriver du Tandlægebladet. Til slut anfører du 1 point. Slut med at trykke "Gem".

Selvtest for artiklen:

Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre

Tandlægebladet 2014;118:980-6.

Spørgsmål 1.

Hvilke forhold øger behovet for effektive mundplejeprogrammer rettet mod ikke-selv-hjulpne ældre?

Svar A. Demografiske forandringer

Svar B. Epidemiologiske forandringer

Svar C. Socialpolitiske forandringer

Spørgsmål 2.

Forbedret mundhygiejne blandt plejecenterbeboere kan forebygge:

Svar A. Ca. 15 % af alle nye tilfælde af diabetes blandt beboerne

Svar B. Ca. 10 % af alle nye tilfælde af lungebetændelser blandt beboerne

Svar C. Ca. 5 % af alle nye tilfælde af inkontinens blandt beboerne

Spørgsmål 3.

Undersøgelser af beboere på plejecentre viser, at:

Svar A. Langt de fleste plejecenterbeboere har en god mundhygiejne

Svar B. Langt de fleste plejecenterbeboere ikke kan udføre mundhygiejne uden assistance

Svar C. Langt de fleste plejecenterbeboere nægter at deltage i et mundplejeprogram



Tag testen på din smartphone!

Som noget nyt kan du nu tage testen på din smartphone. Scan QR-koden eller indtast Selvtest.tandlaegebladet.dk i browseren.

