Når forskning og kommuner samarbejder

Samskabelseserfaringer fra projektet **Sund Mund Hele Livet.**

Louise Folker Christensen | Astrid Pernille Jespersen | Esben Boeskov Øzhayat



INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKTION 3

RESUMÉ 4
Del I: Samskabelse – anbefalinger 4
Del II: Forandringer 4

DEL I: SAMSKABELSE SOM ORGANISERING & PROCES 5
Partnere 5
Organisering 6
Projektorganisering 6
Faser 7
Før projektstart 7
Kortlægningsfase 7
Udviklings- og implementeringsfase 8
Spredning af indsigter og initiativer 8
Uforudsete situationer og relationelt arbejde 9

GODE RÅD NÅR FORSKNING OG KOMMUNER SKAL SAMARBEJDE 10

DEL II: FORANDRINGER SOM FØLGE AF SAMSKABELSEN 11
Forskningen bag forandringerne 11
Måling af oplevede ændringer hos plejepersonalet 13
Ændringer i tilgang til mund og mundpleje 13

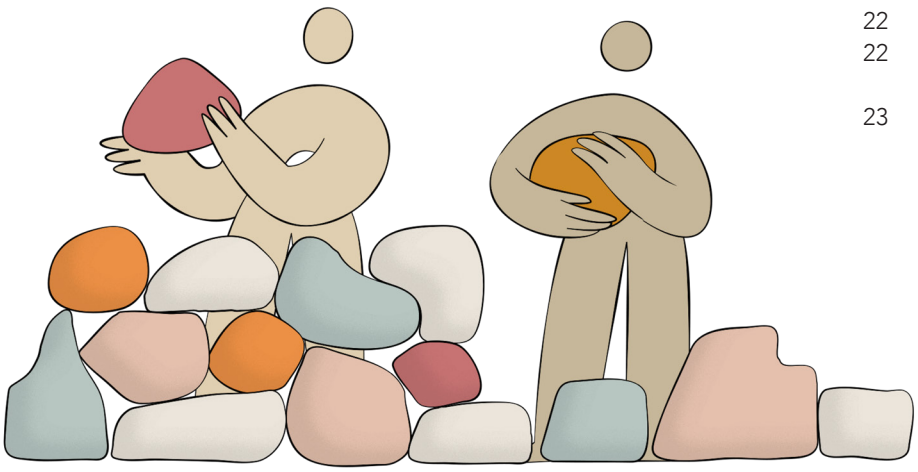
SPECIFIKKE FORANDRINGER: SPROG, FÆLLESSKAB OG FØLELSESARBEJDE 14
Fra et mangelfuldt sprog til etableringen af en fælles samtale 14
Fra tavshed til en fælles håndtering 14
Fra individuel skam til fælles stolthed 15

SPECIFIKKE FORANDRINGER: VIDEN, PROFESSIONALISME OG EJERSKAB 16
Fra manglende viden til afgørende forståelse 16
Fra taget for givet til erkendt som en svær plejeopgave 17
Fra lavprestige til ejerskab 17

SPECIFIKKE FORANDRINGER: PRIORITERING, DOKUMENTATION OG SAMARBEJDE 18
Fra en usynlig opgave til en højere prioritering 18
Fra manglende dokumentation til begyndende systematik 19
Fra monofaglighed til tværfaglighed 20
Samskabelsens bredere perspektiver 21

EKSEMPLER PÅ LOKALE INITIATIVER 22
Dialog om kommunikation 22
Undervisning 22
Synlighed 22
Praksistiltag 22

KONKLUSION 23



Opsætning og illustration | Sanne Fredin

INTRODUKTION

Denne rapport dokumenterer erfaringer, læring og forandringer fra samskabelsesprojektet **Sund Mund Hele Livet – forbedret oral sundhed hos ældre mennesker i sårbare situationer (SMUHL)**. Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Odontologisk Institut og Center for Humanistisk Sundhedsforskning, begge ved Københavns Universitet, samt Frederiksberg Kommune og Greve Kommune. Rapporten er udarbejdet af forskerne efter projektets afslutning og afspejler indsigter og erfaringer vi som forskere mener kan gavne andre samskabelsesprojekter, der arbejder på tværs af forskning og kommunal praksis.

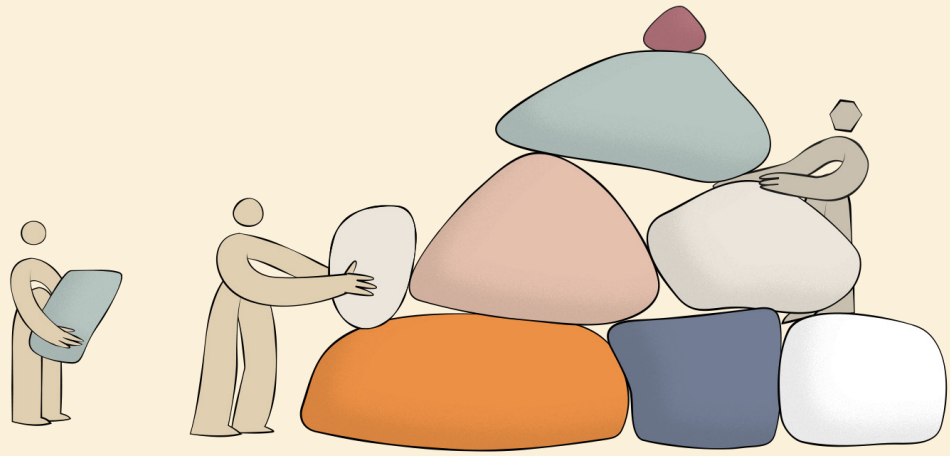
I rapportens **Del I** præsenterer vi vores erfaringer med at organisere og gennemføre et samskabelsesprojekt og fokuserer særligt på nogle af de komplekse og uforudsete situationer, der uvægerligt følger når forskning og kommuner arbejder sammen, samt eksempler på hvordan vi har håndteret dem i praksis. Denne del henvender sig derfor til kommuner, forskere, praktikere, beslutningstagere og fonde, der arbejder med samskabelse, komplekse velfærdsopgaver og implementering af nye indsatser i praksis.

I rapportens **Del II** samler vi op på hvilke specifikke forandringer, der har fundet sted i regi af SMUHL-projektet, da forskning og kommunal praksis mødtes om en tilsyneladende enkel opgave: at forbedre ældre menneskers orale sundhed. I denne del beskriver vi hvad opgaven i praksis viste sig at rumme, herunder behov for faglig opkvalificering, styrket samarbejde og en stærkere institutionel forankring. Denne del henvender sig til praktikere og forskere, der mere konkret arbejder med oral sundhed, omsorgsarbejde og forandringer i plejesektoren.

Baggrunden for SMUHL-projektet er de orale sundhedsproblematikker, der er opstået i kølvandet på stigningen i antallet af ældre mennesker i Danmark. Igennem de seneste år er der sket en væsentlig forbedring af tandsundheden i den danske befolkning med bevarelse af flere tænder igennem livet. Det har imidlertid samtidig skabt det paradoks, at ældre mennesker nu hyppigere får sygdomme i tænder og mund. Dette paradoks udfordrer mange ældre menneskers sundhed og livskvalitet og rammer særligt ældre mennesker i sårbare situationer. SMUHL-projektets overordnede formål har derfor været at udvikle anbefalinger til håndtering af oral sundhed hos ældre mennesker i sårbare situationer og dermed bidrage til at forbedre sundhed og livskvalitet i ældreplejen. Disse anbefalinger er samlet i rapporten Sund Mund Hele Livet – indsigter og anbefalinger. Nærværende rapport har et andet fokus.

I denne rapport vender vi blikket mod selve samskabelsesprocessen: Hvad kræver det at indgå i et tæt samarbejde på tværs af forskning og kommunal praksis? Hvad sker der når opgaven indebærer både specialiseret teknisk faglighed, relationelt arbejde, tværfagligt samarbejde og håndtering af svære følelser? Hvilke barrierer, dilemmaer og muligheder opstår når frontlinjepersonale, ledere og specialfaglige aktører skal samarbejde om en plejeopgave, hvor forskellige hensyn og behov kan støde sammen? Og hvilke former for forandring kan – og kan ikke – skabes gennem samskabelse, kompetenceudvikling og institutionel forankring?
SMUHL-projektet er finansieret af en donation fra Sygeforsikring "danmark" og en fondsbevilling fra Velux Fonden.
Rapporten kan læses i sammenhæng med projektets øvrige publikationer og formidlingsmaterialer, som er samlet på projektets hjemmeside: **www.odont.ku.dk/Forskning/sund-mund-hele-livet**.

Vi vil særligt fremhæve vores film Samskabelse i praksis, som vi har produceret i samarbejdet med Frederiksberg Kommune og Greve Kommune, og som præsenterer gode råd til forskere og kommuner, der skal indgå i samskabelsesprocesser. Filmen og denne rapport danner tilsammen vores afrapportering på samskabelsesprocessen.



RESUMÉ

Rapporten sammenfatter erfaringer fra det fireårige samskabelsesprojekt Sund Mund Hele Livet (SMUHL), der er udført af forskere og kommunal ældrepleje med det formål at forbedre oral sundhed blandt ældre i sårbare situationer. Erfaringerne viser, at opgaven i praksis rækker langt ud over det tandfaglige og involverer organisatoriske, faglige og følelsesmæssige dimensioner.

Del I: Samskabelse – anbefalinger

Projektet peger på, at effektiv samskabelse kræver tidlig og bred involvering af både forskere, ledelse og frontpersonale for at skabe legitimitet og ejerskab. Klare styringsstrukturer med tydelige mandater og særligt med involvering af kommunale projektledere på tværs af niveauer er centrale for sammenhæng og fremdrift.
Samtidig er relationelt arbejde og løbende kommunikation afgørende, da forskelle i faglighed, sprogbrug og organisatoriske vilkår er et grundvilkår. Projekter bør derfor understøtte lokalt udviklede løsninger frem for top-down implementering for at sikre varig forankring. Endelig viser erfaringerne, at uforudsigelighed er uundgåelig, og at evnen til at tilpasse sig og handle på nye muligheder er central for succes.

Del II: Forandringer

Samskabelsen har medført forandringer, der kan samles i fire centrale temaer:

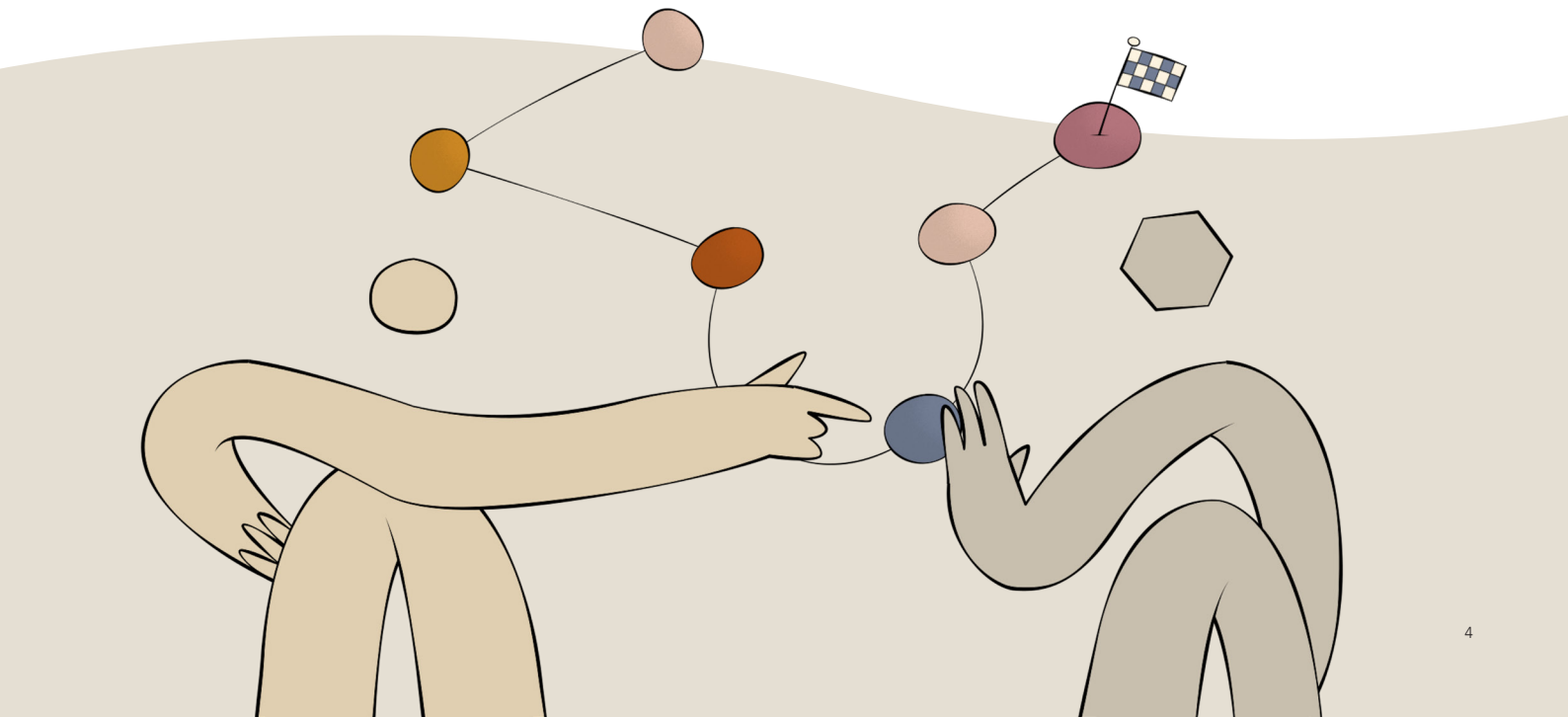
Dialog og kommunikation:
Fra tavshed til en mere åben og systematisk dialog om oral pleje på tværs af faggrupper og niveauer understøttet af bl.a. workshops og faste mødefora.

Undervisning:
Fra manglende viden til øget faglighed gennem målrettet undervisning, praksisnær træning og kollegial læring, hvilket har styrket professionalismen.

Synlighed:
Fra en usynlig opgave til øget opmærksomhed i hverdagen via materialer, visuelle markeringer og integration i arbejdsgange.

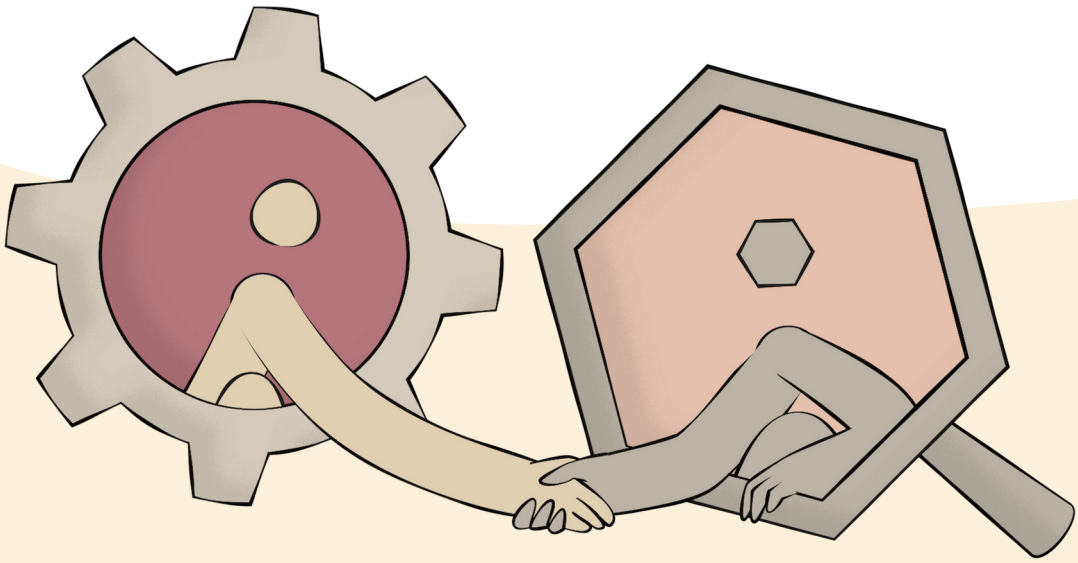
Praksistiltag:
Fra ad hoc-praksis til mere systematik gennem ændrede arbejdsgange, tydeligere placering i digitale systemer og konkrete redskaber i plejen.

Samlet viser SMUHL, at samskabelse kan skabe væsentlige og praksisnære forandringer i komplekse velfærdsopgaver, når organisering, relationer og lokal praksis tænkes sammen. Forandringer kan udvikle sig tilfældigt og er afhængige af lokale vilkår men kan samtidig føre til bredere kulturelle og organisatoriske forbedringer. Varige ændringer kræver vedvarende ledelsesopbakning, stærke samarbejdsrelationer og en aktiv håndtering af de følelsesmæssige dimensioner i plejen.



DEL I:
SAMSKABELSE SOM ORGANISERING & PROCES

I denne første del af rapporten præsenterer vi, hvordan SMUHL-projektet er organiseret, og hvordan projektet er forløbet i praksis. Formålet er at tydeliggøre, at et samskabelsesprojekt med ambitioner om at skabe forandring kræver en kompleks organisering på tværs af institutioner, fagligheder, organisationsniveauer samt forskning og praksis. Samtidig ønsker vi at vise, at selv det mest gennemtænkte projektdesign ikke kan forhindre uforudsete, rodede og besværlige situationer, som uundgåeligt opstår undervejs i samskabelsesprojekter. Denne del kan derfor læses som inspiration til design af fremtidige samskabelsesprojekter, der involverer kommunal praksis og forskning - både i forhold til organisering og i forhold til hvordan man kan håndtere og navigere i et projekt, når forskningsresultater, samarbejdskonstellationer og samskabelsens forløb udvikler sig *anderledes end forventet*.



Partnere

SMUHL-projektet er designet tværsektorielt, da tidligere projekter og indsatser med samme formål har vist sig sjældent at skabe varige og skalerbare forbedringer. Disse tidligere projekter har typisk udelukkende involveret tandfaglige medarbejdere og har således ikke haft en lokal forankring eller et fagligt ejerskab blandt ikke-tandfagligt plejepersonale.
SMUHL-projektet adskiller sig ved at være forankret i ældreplejen i samarbejdskommunerne og involvere langt flere fagligheder på tværs af ansvar og organisationsniveauer i de to kommuner. Som forskere har vi således arbejdet tæt sammen med personale og borgere fra to plejecentre, to hjemmeplejeenheder og en rehabiliteringsenhed i henholdsvis Greve Kommune og Frederiksberg Kommune. Dette inkluderer social- og sundhedshjælpere og -assistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter, tandfaglige medarbejdere samt ledere på alle organisatoriske niveauer – fra afdelingsledere og projektledere over lokale ledere af de deltagende plejeenheder til forvaltningsledere tæt på det politiske arbejde på rådhusene. Desuden spænder de fem forskellige plejeenheder over forskellige fokusområder for plejen såsom demens-, misbrugs-, palliativ og rehabiliterende pleje. Begge kommuners tandplejeenheder har desuden deltaget i projektet, hvilket har givet indsigt i, hvordan organisatoriske rammer påvirker implementering og samarbejde omkring oral sundhed. Endelig har borgere og pårørende tilknyttet de fem plejeenheder deltaget i projektet gennem interviews og borgermøder.

På samme måde er forskningsgruppen tværdisciplinært sammensat af både tandlæger specialiseret i samfundsodontologi fra Odontologisk Institut og humanistiske forskere forankret i etnologi med ekspertise i sundhedshumaniora, hverdagsliv og etnografi fra CoRe (Center for humanistisk sundhedsforskning) begge ved Københavns Universitet. Derudover har VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, bidraget med en registerbaseret undersøgelse af *Tandplejebrug blandt ældre i Danmark* (VIVE 2022a).

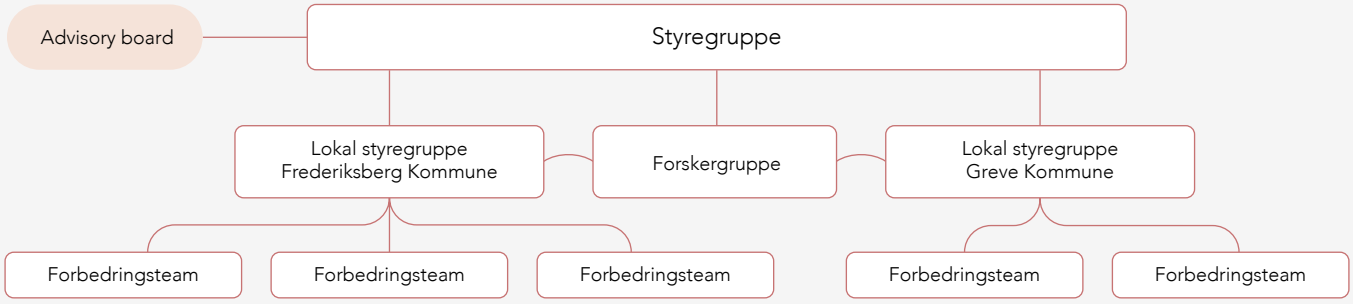
Foruden partnerne har projektet inkluderet en eksternt rådgivende følgegruppe. Udvalget omfatter borgere fra hver kommunes ældreråd og repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Ældre Sagen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Tandlægeforeningen, Gerodonti-sektionen på Institutionen for Odontologi ved Karolinska Institutet i Stockholm, forskergruppen Citizen Science ved Københavns Universitet samt Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. Udvalget har fulgt projektets fremdrift og bidraget med sparring ved halvårlige møder. Det har været særligt værdifuldt i forhold til kommunikationskanaler og interessentaktiviteter og har bidraget til at forankre initiativer for oral sundhed i det danske sundhedsvæsen. Dette omfatter uddannelsesinstitutioner, regionale myndigheder og samarbejder mellem kommuner.

Kombinationen af tandfaglig, strukturel og hverdagsbaseret viden samt inddragelse af en bredt sammensat partner- og stakeholderkreds, bestående af aktører der spænder på tværs af forskning og praksis, har gjort det muligt at udvikle løsninger, som tager højde for borgernes behov, plejepersonalets og det tandfaglige personales praksis samt de lokale kommunale rammer.

Organisering

Organiseringen af SMUHL-projektet er designet med det formål at bringe de forskellige fagligheder, organisationslag og institutioner i aktivt samspil. Projektet har derfor været tilrettelagt på flere niveauer, hvor arbejdet både har forløbet lokalt på de fem deltagende plejeenheder parallelt i de to kommuner og på tværs af en række teams, styregrupper og aktiviteter (se figur: Projektorganisation). Organiseringen har således haft fokus på at fremme samarbejde og vidensdeling på tværs af vagtlag, fagligheder, ledelsesniveauer, afdelinger, lokale institutioner samt på tværs af de to kommuner.

Projektorganisering



Det har været afgørende for projektet, at der fra begyndelsen blev nedsat en overordnet styregruppe bestående af to lokale projektledere og forvaltningsledere fra begge kommuner samt forskergruppen for at sikre sammenhæng, vidensdeling og samarbejde på tværs af alle projektpartnere. Det har desuden været centralt, at de kommunale projektledere og forvaltningsledere har haft et tydeligt mandat, så vi aktivt har kunnet træffe beslutninger i styregruppen.

Derudover blev der nedsat to lokale styregrupper, én i hver kommune, bestående af de lokale projektledere, de lokale ledere af de deltagende plejeenheder og repræsentanter fra de kommunale omsorgstandplejeordninger med det formål at fremme samarbejde og koordinering på tværs af enheder og fagligheder.
Arbejdet på plejeenhedsniveau gik gennem fem lokale forbedringsteams, som allerede var etableret i hver deltagende plejeenhed, bestående af social- og sundhedshjælpere og -assistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter samt lokale ledere og projektledere for at sikre lokal forankring og ejerskab blandt frontpersonalet. De to kommunale projektledere har således været aktivt involveret i samtlige projektudvalg og teams, fra den overordnede styregruppe til de lokale styregrupper og forbedringsteams, hvilket har sikret samarbejde mellem projektets niveauer og mellem kommunerne og forskergruppen.

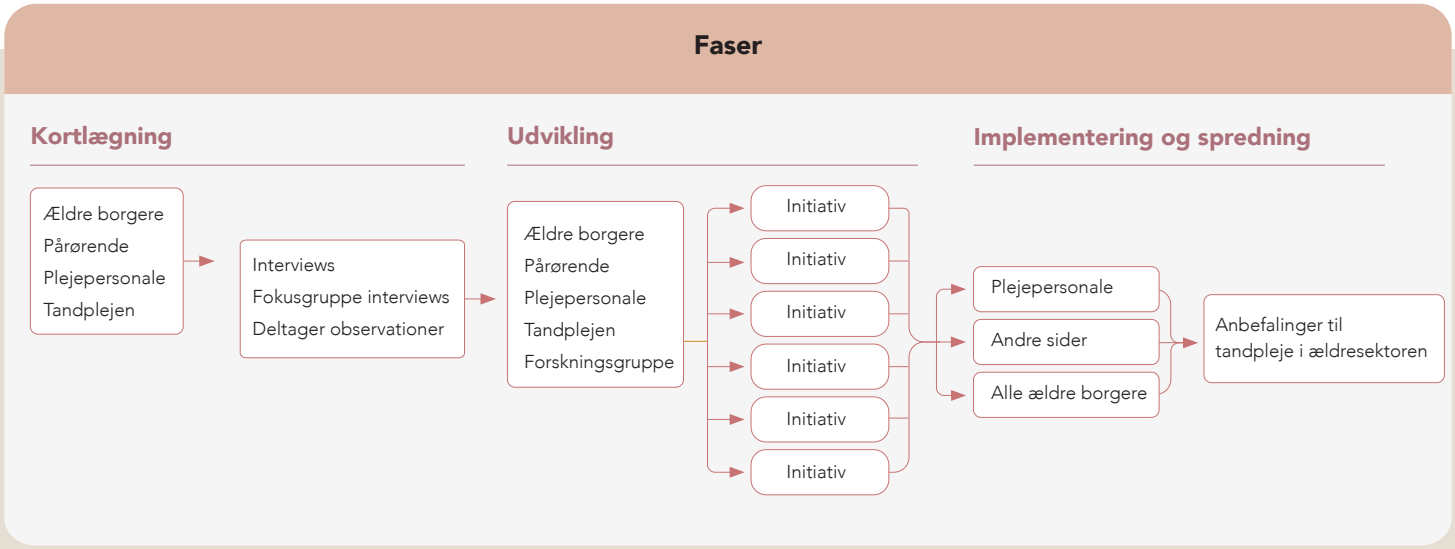
Selvom vi som forskere primært har været en del af den overordnede styregruppe, står det dog klart, at vores synlighed på tværs af alle projektgrupper har været væsentlig for projektets udvikling, fremdrift og for samarbejdets legitimitet. I den forbindelse har det vist sig særligt vigtigt, at vi fra begyndelsen har etableret tætte samarbejdsrelationer bredt i kommunerne. Disse relationer har gjort det muligt at møde udfordringer med nysgerrighed og en gensidig forståelse for hinandens forskellige positioner. Særligt har vores samarbejde med de kommunale projektledere vist sig afgørende for håndteringen af uforudsete situationer.

Organiseringen af projektet fremstår umiddelbart meget kompleks, men vores erfaring viser, at denne forgrenede projektstruktur har skabt tydelige kommunikationskanaler samt ejerskab over projektet.

Faser

SMUHLs projektdesign har bestået af tre overordnede faser: kortlægning, udvikling og implementering. I tillæg fandt et tidligt arbejde sted omkring projektudvikling og fondsansøgninger. Efter implementeringsfasen fulgte desuden et afsluttende arbejde med at sprede projektets initiativer, erfaringer og anbefalinger.

Undervejs har alle projektpartnere deltaget i både lokale projektmøder og workshops samt i fælles aktiviteter, herunder en kick-off workshop, fem læringsseminarer og et afsluttende symposium. Projektets maskinrum har dermed været den samskabende proces, hvor praksis og forskning i fællesskab delte viden og indsigter og udviklede praksisnære indsatser både lokalt og i tæt samarbejde med hinanden.



Før projektstart

Projektet blev initieret af Odontologisk Institut, som rakte ud til Center for Humanistisk Sundhedsforskning for at starte et samarbejde om oral sundhed i plejesektoren. Samskabelsen med kommunerne begyndte derefter med indledende møder omkring projektidéen. Det har været centralt, at alle samskabelsens partnere har deltaget tidligt i projektdesignet og i processen omkring fondsansøgningerne til projektet. Herunder, at partnere allerede inden projektbegyndelsen har afstemt budget og ressourcer til projektet. Særligt har det været vigtigt, at de kommunale partnere har haft budget til både lokale og fælles projektaktiviteter for at sikre deres mulighed for at afsætte tilstrækkelig tid til projektet.

Kortlægningsfase

Projektets kortlægningsfase har udgjort et fundament for samskabelsens udvikling. I denne fase gennemførte vi som forskere et omfattende etnografisk feltarbejde i de to deltagende kommuner. Vi interviewede ældre borgere, pårørende, plejepersonale og tandfagligt personale på tværs af organisatoriske niveauer og besøgte plejeenhederne for at følge hverdagspraksis tæt – herunder konkrete situationer omkring oral pleje. Formålet var at opnå en dyb forståelse af arbejdsgange, prioriteringer og de vilkår, som præger den orale pleje i praksis. Parallelt hermed udførte vi kliniske registreringer af borgernes orale sundhedsstatus på de fem deltagende plejeenheder, hvilket gav et systematisk indblik i den lokale orale sundhedstilstand. Det tværfaglige datagrundlag har således gjort det muligt både at identificere betydelige udfordringer og at pege på eksisterende styrker og udviklingspotentialer i praksis.

Kortlægningsfasen har dog ikke alene haft et dokumenterende formål – den har også været afgørende for samskabelsesprocessen. I kortlægningsfasen var forskerne meget synlige i praksis, hvilket skabte kendskab og tætte relationer i projektet. Ved hurtigt at bringe data aktivt i spil skabte vi desuden som forskere et fælles afsæt for dialog og prioritering, hvor forskningsresultaterne er blevet tydeligt forankret i projektet. Denne forankring har bidraget til læring, legitimitet og ejerskab, ligesom den har sikret, at de efterfølgende udviklingsinitiativer byggede på konkrete indsigter fremfor antagelser. Da vi som forskergruppe præsenterede vores fund på første fælles læringsseminar med kommunerne, oplevede kommunerne både genkendelse og overraskelse, og præsentationerne blev et vigtigt afsæt for fælles engagement og vores legitimitet i den videre samskabelsesproces. Kortlægningen fungerede således som projektets fælles vidensgrundlag og som drivkraft for den efterfølgende udvikling og implementering.

Udviklings- og implementeringsfase

Udviklings- og implementeringsfasen har taget afsæt i de indsigter, der blev genereret gennem kortlægningsarbejdet. På baggrund af forskningsdata og resultater har projektet ført til en bred vifte af praksisinitiativer på tværs af de to deltagende kommuner. Initiativerne spænder fra konkrete, lavpraktiske løsninger til mere systemiske ændringer og er udviklet lokalt med udgangspunkt i de enkelte plejeenheders vilkår, ressourcer og arbejdsgange. Foruden forskningsresultaterne har kommunerne løbende hentet inspiration hos hinanden gennem fælles projektaktiviteter og møder, hvilket har understøttet videndeling og gensidig læring på tværs. Som forskere har vi i løbet af dette udviklingsarbejde prioriteret at facilitere samarbejdet og idéudvekslingen på tværs af kommunerne, mens vi til gengæld har holdt os tilbage i forhold til at foreslå konkrete initiativer. Dette har vi gjort for at sikre os, at initiativerne er forankret i den konkrete plejepraksis i kommunerne, samt for at sikre os at videreudvikling og tilpasninger kan ske uafhængigt af os som forskere også efter projektets udløb.

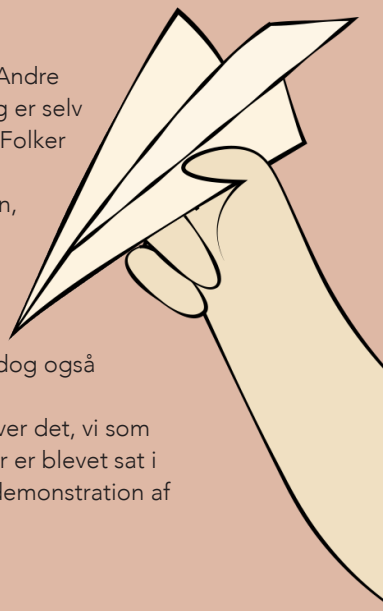
Initiativerne omfatter blandt andet nye samarbejdsmodeller, tilpasninger af digitale registreringssystemer, formaliserede oplæringsforløb og mødestrukturer – herunder peer-to-peer-initiativer – samt tydeligere rammer for, hvordan plejepersonalet kan bede om og få hjælp til orale plejeopgaver. Hertil kommer mere håndgribelige redskaber såsom kurve til tandplejeremedier, lommekort til hurtige opslag og indkøb af ny type tandbørster, der understøtter den daglige praksis. Initiativerne er udviklet og løbende justeret i tæt samspil med lokale behov og hverdagskontekster. De lokale styregrupper i hver kommune har samtidig sikret sammenhæng på tværs af enhederne. Særligt i forhold til initiativer, der kræver stabil koordinering mellem forskellige enheder fx fra hjemmepleje til plejecenter. Det har blandt andet gjort sig gældende for initiativer omkring registrering og dokumentation.

Samlet set er forandringerne ikke blevet indført som ensartede løsninger eller pålagt ovenfra men implementeret gradvist og selektivt med afsæt i lokale erfaringer. Denne tilgang har styrket ejerskab og gjort det muligt løbende at tilpasse initiativerne, så de understøtter plejearbejdet i hver af kommunerne.

> "Projektet har udviklet sig på så forskellige måder. Man kan ikke fortælle om det kortfattet. Vi anede ikke i begyndelsen, at det ville blive så omfattende; vi tænkte bare, at det handlede om at børste lidt flere tænder. Men vi har lært meget. Det har krævet et meget alsidigt arbejde, men jeg mener faktisk, at forandringerne har været det hele værd."
>
> Leder

Spredning af indsigter og initiativer

Et væsentligt aspekt ved projektets design afspejler ambitionen om at skabe varige lokale forbedringer og initiativer, der kan skaleres til andre kommunale plejeopgaver. Begge kommuner har således haft til opgave at udbrede projektets initiativer fra de fem deltagende plejeenheder til andre afdelinger og teams, omend de har grebet denne spredningsproces ganske forskelligt an. I Frederiksberg Kommune er alle plejeenheder blevet bedt om at integrere projektets indsigter og implementere lokale ændringer samtidig – med andre ord har de igangsat en bred udbredelse af initiativer på én gang. I Greve Kommune er projektet derimod blevet introduceret mere gradvist, i én plejeenhed ad gangen.



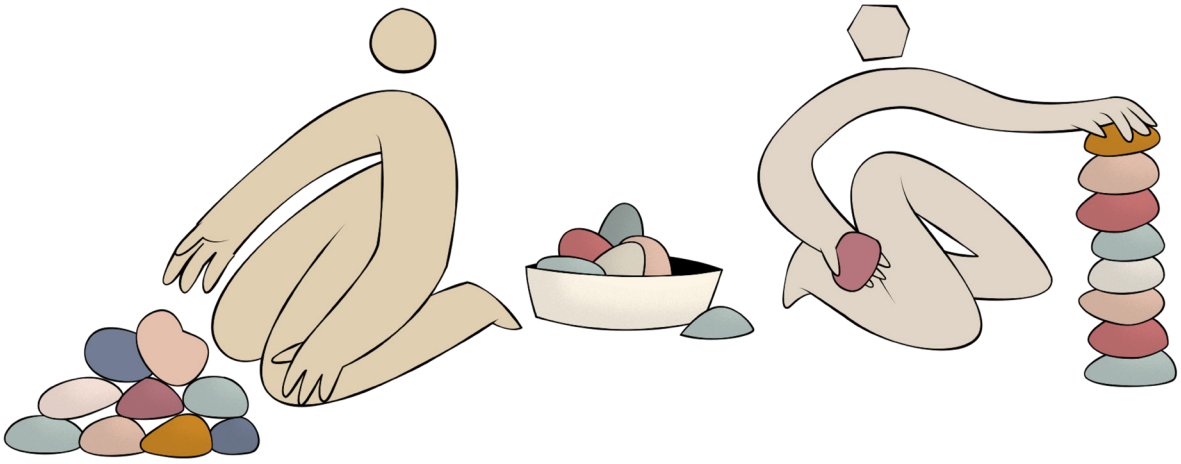
Samtidig har der fundet en betydelig, men uventet, spredning af projektets indsigter og initiativer sted. Andre kommuner, uddannelsesinstitutioner og plejefaglige rådgivningstilbud er blevet inspireret af projektet og er selv begyndt lignende arbejde, ofte efter at have læst den nationale rapport vi udsendte i løbet af projektet (Folker et al. 2024). Flere uddannelsesinstitutioner – herunder inden for social- og sundhedshjælp, sygepleje og tandpleje – har inddraget projektets resultater i eksamensopgaver, konkurrencer og lærebøger (Andersen, 2024). Ligeledes har studerende på både sygepleje- og antropologistudier sendt deres arbejde til os, herunder bachelorprojekter om tandskam og relaterede emner. Desuden har internationale forskere fra både Sverige, England, USA og Iran rakt ud til os og inviteret os til at holde oplæg, give forelæsninger og indgå i diskussioner på baggrund af vores forskningsartikler - ligesom et væld af både nationale og internationale journalister har bedt os om udtalelser og interviews. Vi har stillet op til en del, mens vi dog også har måttet prioritere vores ressourcer i projektet.
Alt i alt betyder dette, at SMUHL-projektet fortsætter med at vokse, udvikle sig og sprede sig langt ud over det, vi som projektgruppe har igangsat. Som følge heraf har ingen nu fuldstændigt overblik over, hvilke initiativer der er blevet sat i værk inspirereret af projektets indsigter, eller hvor de finder sted. Det betragter vi som en succes og en demonstration af projektets relevans og kvaliteter.

Uforudsete situationer og relationelt arbejde

Indtil nu har vi beskrevet SMUHL-projektets organisering og proces med afsæt i de formelle rammer og planlagte faser. En central erfaring fra vores arbejde har imidlertid været, at det mere uplanlagte arbejde – herunder ad hoc-opgaver, uforudsete situationer samt et omfattende relationelt og følelsesmæssigt arbejde – har fyldt mindst lige så meget i praksis. I projektet har vi erfaret, at selv et grundigt planlagt projektdesign ikke har kunnet forudse eller rumme alle de vilkår, der er opstået undervejs.

Et tydeligt eksempel er projektfigurerne (se side 6 og 7), der illustrerer projektets faser og initiativernes udvikling. Figurerne fremstiller et relativt lineært og overskueligt projektforløb, hvorimod den faktiske proces har været langt mere kompleks. Projektet og dets initiativer har udviklet sig i forskellige tempi og retninger afhængig af de lokale plejekontekster, på måder der aldrig ville kunne lade sig indfange i en enkel grafisk fremstilling.

Derudover har det været tydeligt for os, at vi og kommunerne er gået ind i projektet med væsensforskellige faglige udgangspunkter, forventninger, prioriteringer og sprogbrug. Vi arbejder ligeledes under forskellige organisatoriske betingelser i forhold til viden, arbejdsgange og ressourcer – både på tværs af forskning og kommunal praksis, men også internt i hver af organisationerne. Disse forskelle har ikke bare vist sig som undtagelser, men som grundvilkår for samskabelsen. Samarbejdet har derfor krævet en vedvarende anerkendelse af og nysgerrighed på hinandens positioner. I praksis har det betydet løbende tilpasninger og tæt kommunikation.



En vigtig læring har været, at mange udfordringer kan imødekommes ved løbende at investere tid i fælles refleksion og tydeliggørelse af formål, retning og forventninger – ikke kun ved projektets start, men gennem hele forløbet. I dette arbejde har det vigtigste været de tætte samarbejdsrelationer mellem os og nøglefigurer i kommunerne og i projektets overordnede styregruppe. Vi har således erfaret, at de gode relationer og løbende vedligehold af dem er en væsentlig forudsætning for samskabelsen.

Projektet har også arbejdet med det forhold, at forskere, ledelse og medarbejdere ikke nødvendigvis anskuer eller prioriterer et problem eller en projektidé ens. Det har i perioder ført til forskelligt engagement og ejerskab blandt projektets forskellige plejeenheder. Samtidig har projektets rammer ændret sig løbende som følge af organisatoriske forhold såsom personaleudskiftninger, interne spændinger eller ændrede ressourcer. Det har til tider medført usikkerhed om roller og ansvar, hvilket har skabt frustrationer og misforståelser. Her har det igen været afgørende at trække på de tætte samarbejdsrelationer – og sommetider har det krævet, at vi har reageret her og nu, så problemerne ikke har nået at vokse sig store.

Til trods for de gode relationer har det uforudsete således været et grundvilkår. Samskabelsesprocessen har i sig selv skabt forandringer, som har åbnet for nye behov og situationer. Vi har eksempelvis erfaret, at vores forskningsresultater har ført til indsigter og forandringsbehov, som ingen havde forudset ved projektets begyndelse, og som har krævet nye beslutninger og retninger undervejs. De forandringer, samskabelsen har affødt, har krævet kontinuerlig dialog og gennemsigtighed, hvilket har været centrale for projektets udvikling.
Omvendt har vi også erfaret, at stærkt lokalt ejerskab ofte har ført til, at praksis har igangsat meningsfulde initiativer uden direkte forskerinvolvering. Vi har betragtet dette, som et tegn på at samskabelsen har skabt handlekraft og forankring, hvor projektets idéer er blevet videreført og omsat i praksis.

SMUHL-projektet har samlet set vist os, at samskabelsesarbejde kan udfolde sig meget forskelligt – selv inden for en fælles ramme – afhængigt af lokale kulturer, strategier og prioriteringer. Denne variation understreger, at samskabelsens styrke ligger i fleksibilitet og evnen til at arbejde på tværs af forskellige og ulige vilkår. Samskabelse har således ikke fremstået som en lineær implementeringsproces men som et dynamisk samarbejde, hvor kompleksitet og uforudsigelighed er en integreret del af arbejdet – og samtidig en væsentlig kilde til læring og udvikling.

Gode råd
når forskning og kommuner skal samarbejde

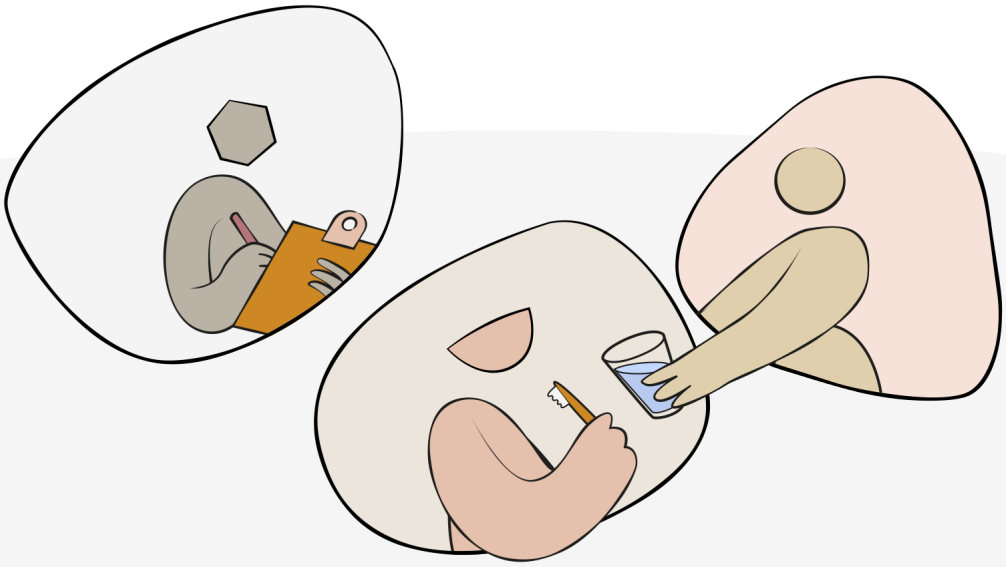
- Skab kendskab til hinanden og vedligehold det gennem hele projektet.
- Nedsat en styregruppe med klare mandater.
- Anerkend forskelligheder og vær nysgerrig, især ved uenigheder.
- Reager hurtigt og tillidsfuldt på problemer.
- Hold en åben kommunikationskanal.
- Sørg for at kommunale projektledere indgår i alle projektteams og udvalg for at sikre videndeling og sammenhæng i projektet.
- Forskerne bør anerkende den omskiftelige kommunale hverdag og drift.
- Kommuner bør anerkende forskernes behov for struktur og tid.
- Understøt udvikling af lokale initiativer og undgå top-down implementering, der er afhængig af forskernes tilstedeværelse, for at sikre langvarig forankring af initiativer.
- Grib og udnyt de uforudsete muligheder, der opstår for forandring og samarbejde undervejs
- Fejr processen undervejs – samskabelse kræver ofte en lang indsats.



DEL II:
FORANDRINGER SOM FØLGE AF SAMSKABELSEN

I denne anden del af rapporten bevæger vi os fra SMUHL-projektet organisering og proces, til de mere konkrete forandringer projektet har ført med sig. Her samler vi op på, hvordan en tilsyneladende enkel ambition – at forbedre ældre menneskers orale sundhed – i praksis har vist sig at rumme langt mere end tandbørstning. Gennem den fireårige samskabelsesproces har vi erfaret, at opgaven har berørt følelsesmæssige dynamikker, faglige hierarkier, organisatoriske strukturer og tværfaglige samarbejdsformer.

I det følgende præsenterer vi derfor hvilke forskningsindsigter, der har fungeret som drivkraft for forandringerne, og hvordan forandringerne har taget form som nye samtaler, kompetencer, prioriteringer og samarbejdsformer i den kommunale daglige praksis – nogle steder markant, andre steder mere gradvist og afprøvende.



Forskningen bag forandringerne

Den væsentligste indsigt, vi har fået i projektet, er, at mundsundhed og oral pleje handler om langt mere end selve munden. Allerede tidligt i det etnografiske feltarbejde stod det klart, at nogle af de største barrierer for oral sundhed i ældreplejen handlede om, at både de ældre mennesker, de pårørende og plejepersonalet, hverken havde særlig meget fokus på området, eller viden om, hvilke konsekvenser orale sundhedsproblematikker kan have. Oral pleje blev derfor ofte overset eller tilsidesat sammenlignet med mange af de andre sundhedsproblematikker og plejebehov, der gør sig gældende i ældreplejen. Herudover har området ikke særskilte og intuitive systemer og (digitale) infrastrukturer til at sikre et dagligt fokus og samarbejde på tværs af forskellige fagligheder. I tillæg er oral pleje ikke et obligatorisk undervisningsområde på SOSU-skoler. Samlet set stod det således klart, at området var både underbelyst, underprioriteret og ad hoc-præget i praksis.

Vores kliniske registreringer af den orale sundhed og den dertilhørende spørgeskemaundersøgelse blandt borgere i de fem deltagende plejeenheder viste betydelige problemer. Kun ca. 25 % havde en tilfredsstillende mundhygiejne, ca. 55 % havde sygdom i munden og ca. 45 % rapporterede at deres tandproblemer påvirkede deres livskvalitet. Dette betød bl.a. at ca. 25 % havde behov for at få trukket tænder ud. Vi fandt desuden en del risikofaktorer for øget sygdom blandt de ældre mennesker inklusive højt forbrug af medicin, der kan give mundtørhed. Samtidig fandt vi i vores registerstudie, at mange ældre mennesker, særligt hjemmeboende med et stort plejebehov, sjældent kom til tandlæge. Brugen af tandlæge blandt de ældre var påvirket af både sundhedsmæssige og sociale problematikker, og vi fandt dermed en stor ulighed i brug af tandplejen.

> "Det er gået op for os, at dette har været en fuldstændig overset faglig opgave. Når forskerne kunne vise os, at 37 ud af 37 af vores beboere på en afdeling havde tandkødsbetændelse - altså, tror man er stolt som plejecenterleder? Vi er heldigvis kommet et godt stykke videre i dag"
>
> Plejecenterleder

Sideløbende viste det etnografiske feltarbejde tidligt i processen, at orale plejesituationer kan være meget grænseoverskridende, intime og følelsesbetonede, for de borgere og det plejepersonale som i praksis skal indgå i plejen. Ofte i en sådan grad at de ældre mennesker helt afviste at modtage plejen, og plejerne afstod fra at udføre den. Som led i projektet har vi derfor undersøgt disse følelsesmæssige dynamikker og på den baggrund udviklet begreberne tandskam og dental væmmelse. Dette har givet anledning til omfattende etiske diskussioner i projektet, hvor spændingen mellem plejernes hensyn til borgernes følelser og selvbestemmelse på den ene side - og tandlægerne og tandplejernes hensyn til borgernes orale sundhed har givet diskussion og i nogle tilfælde samarbejdsudfordringer.

"Nej, jeg vil ikke have plejerne til at stå og se på mig børste mine tænder. […] Det vil jeg hellere gøre selv. Jeg kan ikke lide den form for overvågning. Ellers tak. Det er for grænseoverskridende. Det er altså ikke mig."

Borger

I projektets kortlægningsfase stod det derfor klart, at der var tale om en samskabelsesopgave, som rakte langt ud over det konkrete arbejde med tandbørstning. Opgaven handlede i høj grad om følelser, intimsfærer, etiske dilemmaer samt forskellige – og til tider modstridende – plejehensyn. Det var derfor nødvendigt også at adressere følelsesmæssige dynamikker, arbejdsgange og det tværfaglige samarbejde for overhovedet at kunne sikre adgang til de munde, der havde behov for øget pleje.

Det var en overvældende indsigt i begyndelsen, da de barrierer, vi fandt for oral sundhed i ældreplejen, umiddelbart virkede uhåndgribelige og vanskelige at adressere – særligt i kombinationen med de alvorlige kliniske fund omkring de ældre menneskers orale sundhedsstatus. Det skulle dog vise sig, at netop samarbejdet omkring følelser, relationer, faglighed og viden blev fælles kernekomponenter i projektet. Projektdeltagere fra kommunerne pegede på, at projektet har bidraget til "en kulturforandring", "en fælles forståelse" og "en løbende og stærkt tiltrængt samtale". Enkelte plejere i nogle af de deltagende plejeenheder fremhævede modsat, at der kun var sket meget lidt. Disse modsatrettede udsagn understreger de udfordringer og de potentialer, der har været forbundet med at arbejde så bredt med oral pleje.

"Det kompromitterer min sygeplejefaglighed, men jeg må indrømme, at jeg nærmest aldrig børster tænder på mine borgere. Det er for grænseoverskridende, både for dem og for mig."

Plejecentermedarbejder

Samtidig viste processen, at der ikke har været tale om en lineært planlagt implementering, men snarere om forandringer in the wild. De deltagende plejeenheder var organisatorisk, fagligt og kulturelt meget forskellige, og det gav hverken mening eller mulighed for en stram central styring. I stedet udviklede forandringerne sig situeret og kontekstsensitivt: Ofte ikke-styret på centralt niveau, men aktivt prioriteret og formet lokalt. Initiativerne blev dermed specifikke og tilpasset de enkelte enheders behov, ressourcer og eksisterende arbejdsgange. Denne form for lokal forankring har krævet betydeligt mod – ikke mindst fra lokale ledere af plejeenhederne, projektledere og forvaltningsledere – som har måttet give plads til eksperimenter, justeringer og faglige prioriteringer, der sjældent har ladet sig standardisere.

I det følgende starter vi med en oversigt over effekten af projektet på plejepersonalets tilgang til mundpleje. Herefter dykker vi ned i den fireårige samskabelsesproces og zoomer ind på, hvad arbejdet og de konkrete initiativer har bestået af, og hvordan forandringerne har udfoldet sig – og sommetider ikke udfoldet sig – i den daglige praksis på plejeenhederne.

"Det er jo præcist det her vi kæmper med hver eneste dag. Jeg har aldrig tænkt på det sådan her før, men det er virkelig rart, at der bliver sat ord på, hvad det er for en opgave vi faktisk står med."

Plejer

Måling af oplevede ændringer hos plejepersonalet

I SMUHL-projektets sidste fase blev der gennemført en systematisk spørgeskemaevaluering af, hvordan de sammenskabte indsatser påvirkede plejepersonalets tilgang til mund- og tandpleje (indsamlet september 2024). For at være med i evalueringen, skulle personalet have været involveret i indsatserne i tre måneder eller længere.

Resultaterne viser, at størstedelen af personalet oplevede en mere professionel tilgang til mundsundhed og mundpleje herunder øget viden, større opmærksomhed og hyppigere samtale om mund- og tandpleje i hverdagen. Dokumentationspraksis vurderedes af mange som uændret, ligesom samarbejdet med tandplejen viste mindre ændringer. Deltagelse i undervisning om mundpleje, fastansættelse og at være ansat i hjemmeplejen havde betydning for den oplevede forbedring.

Ændringer i tilgang til mund og mundpleje



Disse tal giver en indikation, af at indsatser sammenskabt af kommunal praksis og forskning og efterfølgende fri implementering i kommunerne kan føre til øget professionalisme på et komplekst område, hvor personalet har oplevet store vanskeligheder med at løfte opgaven.

Specifikke forandringer:
Sprog, fællesskab og følelsesarbejde

Fra et mangelfuldt sprog til etableringen af en fælles samtale

I det indledende feltarbejde stod det klart for os, at hverken de ældre borgere, de pårørende eller plejepersonalet var vant til – eller særlig komfortable med – at tale om munden og orale sundhedsproblematikker. Borgerne undveg ofte samtalen, og de pårørende blev overraskede over, at vi spurgte til oral sundhed og pleje, da det aldrig rigtig var i fokus. På samme måde virkede plejepersonalet uvante med at tale om oral sundhed og pleje. Tandfaglige udtryk som kroner, broer, parodontose og lignende blev ofte brugt tilfældigt – og særligt det følelsesmæssige ubehag, der viste sig at kendetegne orale plejesituationer, var svært for plejerne at tale om.

"Mine tænder har det fint. De gør ikke ondt eller noget. Skal vi egentlig ikke tale om noget andet i stedet?"

Borger

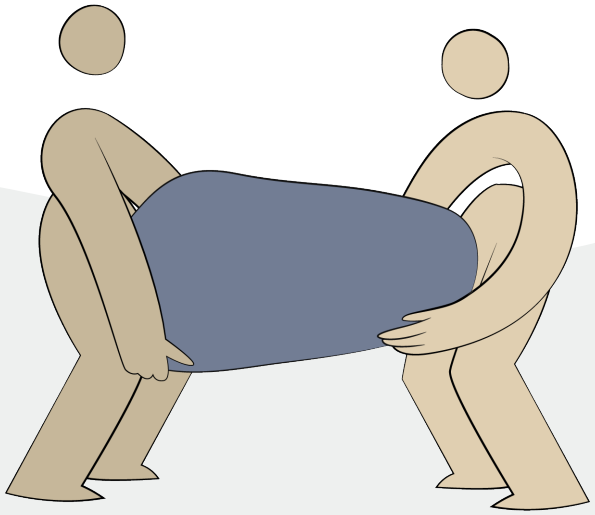
I takt med, at vi som forskere fandt frem til vores fund, præsenterede vi dem for projektdeltagerne i kommunerne på fælles læringsseminarer. Og her hæftede flere sig ved, at vores fund tilbød dem "et helt nyt sprog" for de oplevelser, de havde i praksis, og som ellers havde været omgærdet af tavshed. Én af de vigtigste erfaringer har derfor været at åbne en fælles samtale om det, der er svært, som udgangspunkt for at samskabelsesprocessen har kunne udmønte sig i praksisrelevante og konkrete lokale initiativer. Den fælles samtale er af flere projektdeltagere blevet fremhævet som et væsentligt og nødvendigt fundament for udviklingen af initiativer i projektet.

"Det er jo ikke fordi det ikke stadigvæk er svært, men nu hjælper vi hinanden med det. Jeg er sgu så stolt, når det lykkes."

Plejer

Fra tavshed til en fælles håndtering

I én af kommunerne er den fælles samtale resulteret i en række initiativer, der har gjort det muligt at holde fast og videreudvikle samtalen mere systematisk og på tværs af organisationen også efter projektets afslutning. Her er der blevet etableret lokale workshops, hvor en projektleder besøger de enkelte plejeenheder for at tale med plejerne om, hvordan de oplever orale plejesituationer, og hvilken kollegial og ledelsesmæssig støtte de har behov for. Disse workshops gennemføres uden tilstedeværelse af lokale personaleledere, da det er et væsentligt projektfund, at plejere ofte er tilbageholdende med at tale åbent, når deres ledere er til stede. Parallelt med workshopsne er der derfor blevet indført såkaldte dialogmøder, hvor indsigter fra workshopsne formidles anonymt videre til ledelsesniveauet af projektlederen. På disse møder drøfter repræsentanter fra både den lokale ledelse og forvaltningsledelsen samt en ledelsesrepræsentant fra Omsorgstandplejen, hvordan de kan forbedre rammerne for plejerne, når de står i de konkrete plejesituationer. Tilsammen er disse initiativer etableret for at sikre, at den samtale, der har taget form i projektperioden, ikke går tabt, og at nye udfordringer kan identificeres og håndteres, også efter projektets afslutning. Workshopsne og dialogmøderne udgør konkrete eksempler på, hvordan også det mere uhåndgribelige og følelsesmæssige arbejde ved oral pleje kan håndteres og ændres fra kun at være den enkelte plejers ansvar til at blive en fælles og institutionelt forankret samtale og arbejdspraksis.



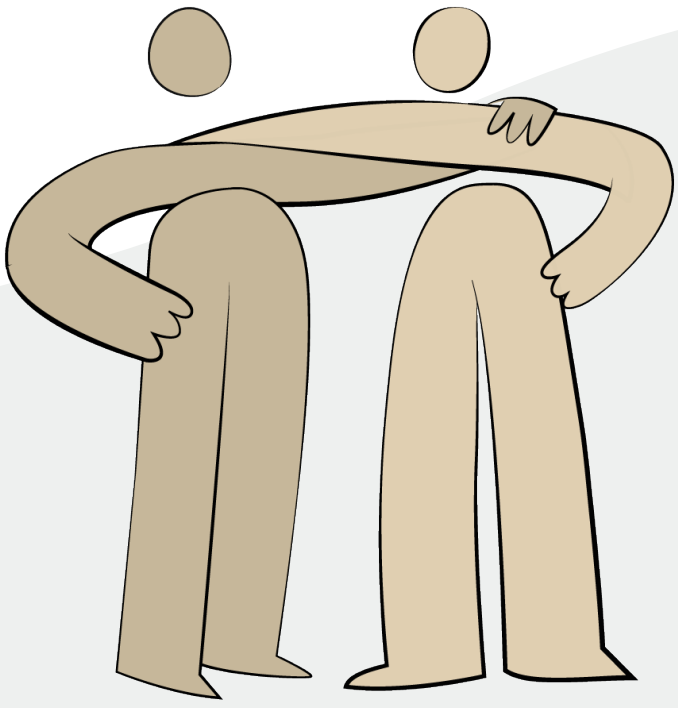
Fra individuel skam til fælles stolthed

En bemærkelsesværdig forandring vi har oplevet som led i projektets samskabelsesproces er, at det ubehag og den usikkerhed, mange plejere i begyndelsen følte omkring oral pleje, er blevet adresseret i fællesskab på tværs af organisationsniveauer. Her har det været afgørende, at lederne, på forskellige ledelsesniveauer, har taget vores fund omkring plejernes oplevelser og følelser meget alvorligt. Fremfor at afskrive oplevelserne eller kritisere enkelte plejere specifikt har lederne i begge kommuner således taget en del af ansvaret på sig. På denne baggrund har flere af de lokale ledere på plejeenhederne arbejdet for at rammesætte samtalen om oral pleje, inklusiv det ubehag og den usikkerhed det kan vække, på hhv. fastlagte personalemøder og som en mere uformel del af den daglige samtale blandt personalet på plejeenhederne.

"Hele samtalen omkring tandskam er blevet en vigtig del af vores hverdag. Det arbejde det har afstedkommet gør jo, at vi har en helt anden tilgang til oral pleje I dag, end vi nogensinde har haft før. Vi nu forstår vi hvad opgaven faktisk indebærer."

Afdelingssygeplejerske

Sammen med de øvrige initiativer i projektet har etableringen af et fælles sprog og dialogformater afhjulpet en del af den usikkerhed, mange plejere har oplevet. Endelig har vi oplevet, at også plejerne begyndte at udtrykke nogle helt andre følelser omkring oral pleje, end de gjorde i begyndelsen. Hvor de til at begynde med gav udtryk for, at de følte sig utilstrækkelige og til tider skamfulde over deres faglige usikkerhed, begyndte de senere at udtrykke stolthed, når de talte om oral pleje.



Specifikke forandringer: Viden, professionalisme og ejerskab

Fra manglende viden til afgørende forståelse

"Hvorfor skal vi bruge fire år på at lære at børste tænder?" spurgte flere plejere, da projektet begyndte. Mundpleje fremstod som så basal en opgave, at det for mange var svært at se, hvorfor et så omfattende projekt var nødvendigt. Samtidig, udtrykte plejepersonalet stor usikkerhed omkring, hvordan mundpleje egentlig skulle udføres i praksis. Det stod hurtigt klart, at de manglede uddannelse, ikke følte sig klædt på til opgaven og ofte tvivlede ofte på, om de udførte mundplejen korrekt. "Gør det ondt? Gør jeg det for hårdt? […] Får jeg børstet alle tænderne? Jeg aner det jo faktisk ikke«. Ingen af de deltagende plejere i projektet havde modtaget formel undervisning i mundpleje, da området ikke indgår obligatorisk i nogen uddannelse på SOSU-skolerne.

> "Jeg har aldrig nogensinde hørt noget om munden i skolen. Jeg gør det bare på den måde, jeg har lært det bedst – sådan som jeg børster mine egne tænder og mine børns."
>
> Plejer

Dette afspejlede en gennemgående tendens i det etnografiske materiale: Når plejepersonale ikke tilbydes professionelle kompetencer, trækker de på privat viden og erfaringer fra deres egne, hjemlige rutiner. Det efterlod mundplejen meget forskelligartet og tilfældig i praksis. Det stod ligeledes klart, at store dele af plejepersonalet – og projektdeltagerne i det hele taget – ikke var klar over, at orale sundhedsproblemer kan have alvorlige konsekvenser for det generelle helbred, og at infektioner i munden let kan sprede sig til vitale organer.

> "Denne her kvinde, hun afviste tandbørstning blankt før, så jeg talte med hende om det, og forklarede om vigtigheden af mundsundhed, og om at der er mange, der har det ligesom hende. Nu lader hun mig faktisk børste tænderne"
>
> Plejer

På denne baggrund iværksatte kommunerne en række undervisnings- og kompetenceudviklingsinitiativer. Der blev afholdt undervisningssessioner, hvor tandfaglige medarbejdere fra Omsorgstandplejen underviste plejere på tværs af vagtlag i mundplejepraksisser, symptomer på orale sygdomme samt i hvordan disse kan genkendes og håndteres – og hvornår omsorgstandlægen skal kontaktes. På nogle plejehjem blev der etableret peer-to-peer-undervisning, hvor erfarne plejere støttede kolleger og elever. I begge kommuner blev der desuden indført en årlig temauge, hvor tandplejerstuderende besøgte plejehjemmene for at vurdere beboernes orale sundhed og undervise personalet i den enkelte borgers specifikke plejebehov.

Særligt udbredelsen af viden om de bredere sundhedsmæssige konsekvenser af oral sygdom har haft betydning for plejepersonalets oplevelse af vigtigheden af at forbedre denne specifikke plejeopgave. For mange føles det i dag langt vigtigere at udføre den daglige tandbørstning, end det gjorde i begyndelsen af projektet – og dette har i sig selv givet anledning til mere succesfulde mundplejesituationer i praksis.

> "Nu føler vi os forpligtede til at gøre det, fordi vi ved, hvor hårdt det kan ramme de ældre, hvis vi ikke gør det. […] Også selvom det måske ikke føles, som om man gør det for deres skyld i selve situationen"
>
> Plejer

Fra taget for givet til erkendt som en svær plejeopgave

I takt med at plejepersonalets viden og erfaringer med mundpleje voksede, begyndte projektdeltagerne i kommunerne gradvist at omtale mundpleje som en specialiseret og professionel omsorgsopgave – en opgave, der kræver både teknisk faglighed samt relationelle og følelsesmæssige kompetencer. Ved projektets afslutning var næsten alle deltagere således enige om, at det faktisk havde taget fire år at lære at børste tænder ordentligt.

I Danmark findes der ingen national standard for, hvordan mundpleje skal integreres i den daglige ældrepleje. Mundpleje indgår typisk som en del af andre personlige plejerutiner – såsom bad, påklædning eller hårbørstning – uden særlige arbejdsgange, prioritering eller systematisk videndeling. Projektets initiativer medførte imidlertid en markant ændring, i den måde mundpleje blev forstået og organiseret på i de deltagende kommuner. For plejepersonalet var det en lettelse at erkende, at udfordringerne ikke skyldtes individuel inkompetence, men snarere at mundpleje ikke tidligere havde været anerkendt som en professionel plejeopgave i hele ældreplejesystemet. Også for lederne stod det klart, at opgaven ikke har haft de nødvendige rammer til at blive varetaget ordentligt af plejerne.Mundpleje betragtes således i dag som en kompleks og krævende faglig praksis, der forudsætter tid, ro og specialiserede kompetencer – og som der nu i højere grad afsættes ressourcer og tid til, at plejepersonalet kan dygtiggøre sig i.

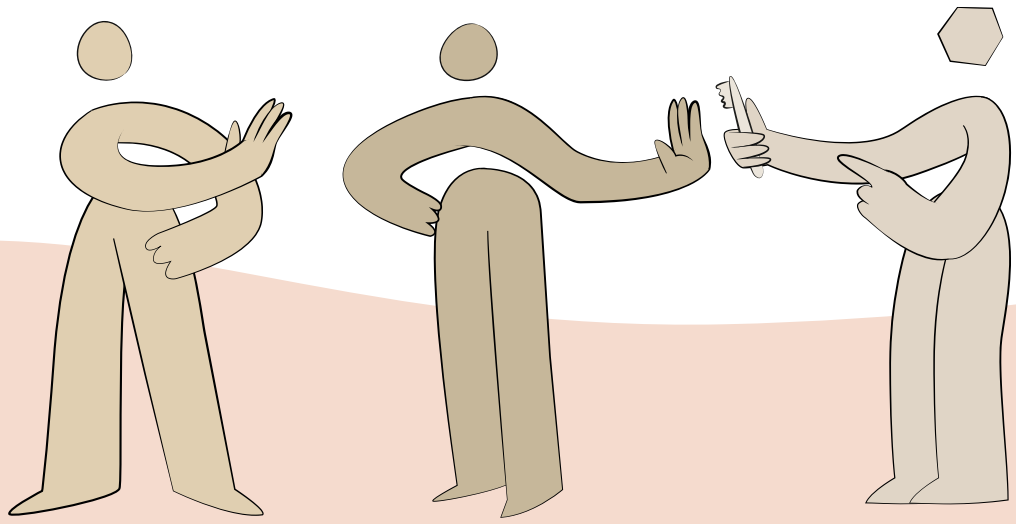
"I begyndelsen troede vi, at det var banalt, men vi har lært, at det kræver professionalisme, samarbejde og vedholdenhed."

Projektleder

Fra lavprestige til ejerskab

Et centralt fund i projektet var, at mundpleje var præget af lav prestige. Opgaven fremstod som underordnet anden pleje, og ansvaret var ofte placeret hos SOSU-hjælpere og ufaglærte medarbejdere – og ikke hos SOSU-assistenter – en differentiering, som deltagerne ofte selv fremhævede. Dette går igen i materialet og vidner om, at der i plejesystemet eksisterer bestemte hierarkier vedrørende opgaver og professioner, og at oral pleje har været placeret lavt i dette hierarki. Med projektets design og mangeartede initiativer har vi derfor arbejdet for at gøre op med denne type hierarkier ved at synliggøre, at barriererne for god mundsundhed ikke kan tilskrives enkelte faggrupper, men derimod eksisterer på tværs af organisatoriske niveauer og professioner.

I begyndelsen af projektet oplevede vi, at grupper af plejere ikke ønskede at bidrage til enkelte af projektets aktiviteter, da de ikke mente, at mundpleje var deres opgave. Hele projektets grundlag omkring samskabelse og inddragelse af alle relevante aktører blev derfor udfordret. I forsøget på at inddrage dem blev vi og projektlederne derfor sommetider afvist, med ordene om at vi skulle "lade os gøre vores egentlige arbejde" fremfor at bruge tid på projektaktiviteter. Som projektet skred frem, og som opgaven fremstod vigtigere for plejerne, oplevede vi sidenhen, at plejerne tog mere og mere ejerskab over projektet og gav udtryk for en stigende faglig stolthed og oplevelse af mening ved at være med.



"Det er nytteløst at tænke tandbørstning som en let opgave, man bare kan klare i forbifarten. Det er en meget vanskelig plejeopgave, som kræver professionalisme, hvis vi skal lykkes."

Plejer

Specifikke forandringer:
Prioritering, dokumentation og samarbejde

Fra en usynlig opgave til en højere prioritering

I løbet af feltarbejdet var det slående, at mundpleje og tandpleje var temmelig usynligt i dagligdagen for såvel borgere, som pårørende og plejepersonalet. Det var ikke en del af de pjecer, infoskærme og velkomstmateriale borgerne og de pårørende møder – og det var heller ikke en del af de arbejdsrelaterede systemer, som plejepersonalet møder i løbet af dagligdagen: de tavler deres arbejde er struktureret på og deres nedskrevne arbejdsgange. Ligeledes blev det også hurtigt tydeligt, at mundplejen ikke havde særskilte personalemøder, triagering eller systematisk videndeling. Nøjagtigt som det var fraværende i samtalen på plejeenhederne, var det således også fraværende i de materialer og systemer, der findes på institutionerne.

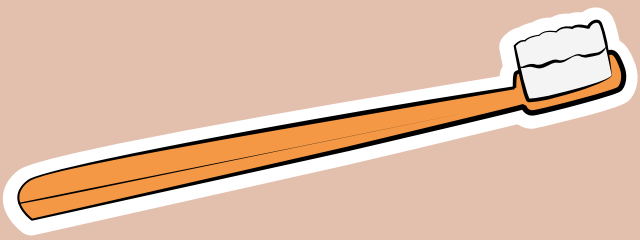
> "det er et meget vigtigt element. For det viser os, at vi er nødt til at gentænke den måde, vi underviser vores studerende og medarbejdere i at prioritere den samlede personlige pleje. Der skal være tid til at håndtere de vanskelige følelser, der er forbundet med det. […] Måske er det her, man skal begynde, fordi det ganske enkelt er mere vitalt end bad og hårbørstning"
>
> Leder

En lang række af projektets initiativer har derfor handlet om at gøre mundplejen mere synlig i plejeenhederne lokalt. Eksempelvis har plejeenhederne udarbejdet forskellige pjecer, plakater samt nyheder på infoskærme og hjemmesider for at skærpe opmærksomheden omkring mundplejen. Der er ligeledes udviklet og implementeret initiativer såsom magneter med tandbørsteikoner, som kan sidde på de tavler, hvor hver enkelt borgers helbredsstatus og plejebehov er oplistet for at tydeliggøre hvem, der har brug for hjælp til tandbørstningen. Nogle enheder har etableret en kurv til orale plejeremedier, som kan stå på den enkeltes badeværelse, og som desuden indeholder små kort med noter til specifikke orale plejebehov.

Desuden har enhederne etableret mundplejen som fast punkt på dagsordenen ved forskellige mødeformater på tværs af forskellige organisationsniveauer. Tilsammen har det blandt andet ført til, at langt flere borgere er blevet tilmeldt til omsorgstandplejen, ligesom langt flere borgere nu får hjælp til den daglige tandbørstning.

Projektet har desuden bevirket, at mundpleje i nogle plejeenheder ikke alene er blevet synliggjort i organiseringen af plejearbejdet, men også har fået en markant anderledes prioritering i forhold til andre plejeopgaver. Eksempelvis er rækkefølgen af de forskellige plejeopgaver, der udføres, når hjemmeplejen besøger en borger, forandret for at sikre mere tid til at tage sig af de svære følelser og usikre situationer, mundplejen kan afstedkomme.





Fra manglende dokumentation til begyndende systematik

Også i de digitale registreringssystemer viste mundplejen sig at være usynlig og uklart organiseret. Dels havde mundpleje ikke en tydelig og specificeret infrastruktur i de digitale systemer, og dels taler systemerne på tværs af ældreplejen og Omsorgstandplejen ikke sammen. Mundplejen var betydeligt underdokumenteret, hvilket gav et betydeligt videnstab, eksempelvis når Omsorgstandplejen har besøgt en borger, og plejepersonalet ikke får information om borgerens mundpleje- og behandlingsbehov fra besøget. I lyset af hvor stor en rolle de digitale registreringssystemer spiller i organiseringen af den daglige pleje, har det således været et stort fokus i projektet at gøre mundplejen tydeligere og bedre struktureret her. Flere initiativer lokalt i plejeenhederne – samt adskillelige lokale projektmøder – har derfor handlet om, hvordan dette kunne gøres i praksis. Det har vist sig lettere sagt end gjort, da plejeenhederne ikke har adgang til at forandre infrastrukturen og stisystemer i de digitale systemer, kommunerne benytter sig af. Det har derfor været svært at skabe strømlining af registreringen både internt på de deltagende enheder og på tværs af enhederne i kommunen. Kommunerne har dog lagt sig fast på ensrettede arbejdsgange, som imidlertid har indebåret nogle ad hoc løsninger.



"Når tandplejen fremgår af Cura *[digitalt registreringssystem]* bliver det en opgave. Og så er det bare meget mindre grænseoverskridende faktisk at gøre det. At børste andres tænder. Det er super unaturligt at træde ind ad nogens dør og spørge om du skal børste deres tænder. Men når først det er registreret, så er det altså dit job."

Plejer

De forandringer, der trods udfordringerne, er sket, har haft stor betydning for plejepersonalets oplevelse af at udføre mundpleje. I de udekørende hjemmeplejeenheder var mundpleje eksempelvis tidligere slet ikke specificeret i den såkaldte besøgsplan – en digital opgaveliste på den tablet, plejepersonalet bærer med sig til hver borger. Som led i projektet blev mundplejen gjort eksplicit og placeret først på listen.

Denne synliggørelse har ikke alene haft betydning for prioriteringen af opgaven men også for den følelsesmæssige oplevelse af plejesituationen. Selv mindre justeringer i digitale systemer kan dermed få stor betydning for både prioritering, praksis og det følelsesarbejde, der er forbundet med oral pleje.

"I 30 år har jeg undret mig over, hvorfor mundplejen ikke er blevet udført ordentligt. Og jeg må indrømme, at det har provokeret mig. Jeg tænkte, at plejerne var ligeglade. Nu forstår jeg lidt bedre, hvorfor det ikke bliver gjort."

Tandlæge

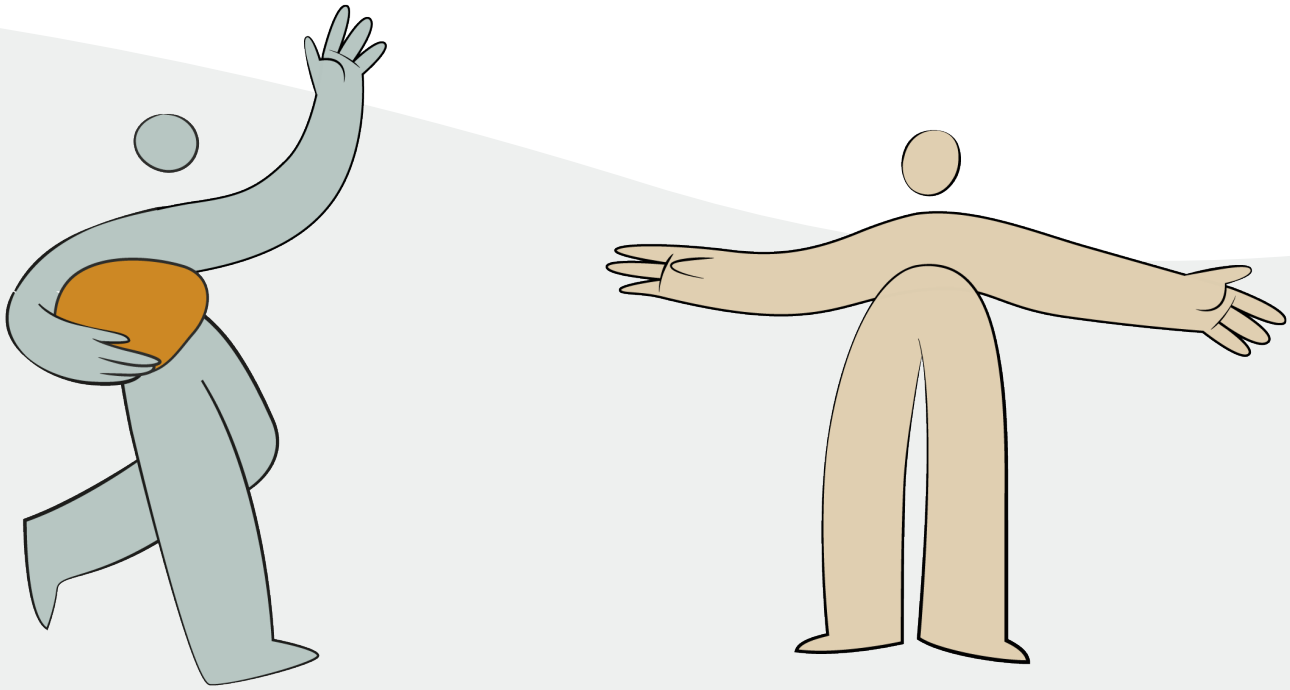
Fra monofaglighed til tværfaglighed

Et gennemgående fund i projektet har været, at samarbejdet mellem ældreplejen og Omsorgstandplejen forud for projektet var præget af manglende kendskab til hinanden og en uklar ansvarsfordeling. De to institutioner kendte i begrænset omfang hinandens arbejdsgange og hverdagsvilkår, og samarbejdet blev ofte oplevet som besværligt. Plejepersonalet vidste eksempelvis ikke altid, hvornår Omsorgstandplejen kom på besøg, hvilket kunne forstyrre den daglige planlægning og skabe frustration i en i forvejen presset hverdag. Omvendt gav medarbejdere fra Omsorgstandplejen udtryk for ikke at føle sig ordentligt modtaget eller inddraget i plejeenhedernes daglige praksis. Samtidig var der samarbejdsmæssige spændinger forbundet med, at begge parter tenderede til at betragte den orale pleje som den andens ansvar. Flere projektdeltagere har imidlertid peget på, at projektet og de fælles aktiviteter gradvist har bidraget til et forbedret og mere gensidigt forstående samarbejde mellem ældreplejen og Omsorgstandplejen.

Som led i projektet er der desuden blevet indført en række initiativer, der skal sikre, at samarbejdet også opretholdes og videreudvikles efter projektets udløb. Repræsentanter fra ældreplejen og Omsorgstandplejen mødes nu oftere og i mere formaliserede rammer, blandt andet gennem fælles mødefora, temamøder og lokale projektgrupper, hvor konkrete udfordringer kan drøftes, og arbejdsgange koordineres. Projektet har samtidig muliggjort en bedre – omend fortsat skrøbelig – koordinering af besøg og indsatser gennem justeringer i systemer og arbejdsgange. Begge parter har dog peget på, at koordineringen af Omsorgstandplejens besøg fortsat er vanskelig i en hverdag præget af akutte og uforudsete situationer. Ikke desto mindre viser vores erfaringer, at når kompleksiteten og det følelsesmæssige pres i den orale pleje anerkendes i fællesskab, og når faggrupper mødes regelmæssigt og understøttes i samarbejdet, opstår der nye muligheder for en mere kollektiv og institutionelt forankret håndtering på tværs af faglige og organisatoriske skel.

"Vi har helt klart fået et bedre samarbejde med Omsorgstandplejen. Vi tager kontakt til dem nu, når borgere afviser mundpleje. De hjælper os med at motivere borgerne, når det er svært."

Plejer



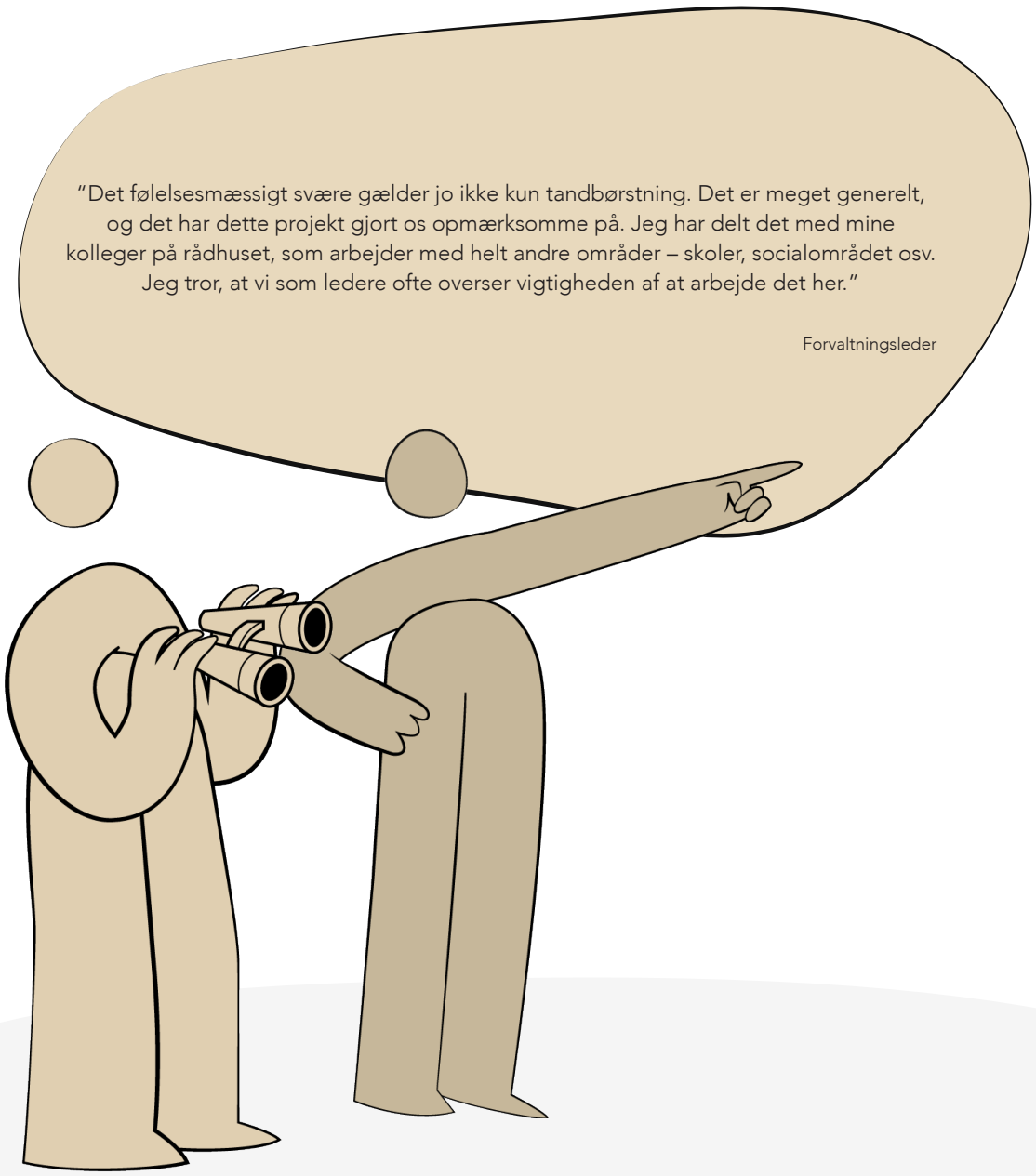
Samskabelsens bredere perspektiver

Selv om SMUHL-projektet har haft et klart og afgrænset fokus på oral sundhed og pleje, peger vores erfaringer alligevel på, at samskabelsesprocessen har haft en langt bredere betydning. Flere ledere beskriver, hvordan den måde, der er arbejdet på i projektet, har bidraget positivt til medarbejdernes faglighed og arbejdsglæde generelt.

> "Når vi arbejder, som vi har gjort i dette projekt, tilfører det noget til vores medarbejderes arbejdsglæde og trivsel generelt. […] Det bidrager til deres kernefaglighed. Det giver dem virkelig noget – ikke kun i forhold til tandplejen. Det har også betydning for kateterpleje, personlig hygiejne og hvad ved jeg. Det giver dem noget endnu bredere."
>
> Forvaltningsleder

Det er særligt blevet tydeligt, at samskabelsen har bidraget til udviklingen af en bredere sensitivitet over for plejesituationer, hvor intimitet, modstand, skam eller ubehag kan være på spil. Samtidig har projektet skærpet den ledelsesmæssige opmærksomhed på, at de følelsesmæssige dimensioner af plejearbejdet ikke er unikke for oral pleje, men et generelt vilkår i arbejdet.

Erfaringerne fra projektet har sat brede refleksioner i gang på tværs af organisatoriske niveauer og fagområder. Samskabelsen omkring oral pleje står således også tilbage som omdrejningspunkt for et mere generelt arbejde med det relationelle og følelsesmæssigt komplekse i organiseringen af velfærdsarbejde generelt.



Eksempler på lokale initiativer

Dialog om kommunikation

- Lokale workshops med plejere omkring deres oplevelser og faglige behov omkring oral pleje, faciliteret af en projektleder uden direkte personaleansvar.
- Dialogmøder, hvor projektlederen bringer plejernes oplevelser og ønsker anonymt videre til ledelseslag, der kan sikre institutionel opbakning i de orale plejesituationer plejerne står i.
- Oral sundhed og pleje som fast punkt på dagsorden ved personale- og ledelsesmøder på tværs af organisationsniveauer og vagtlag.
- Uformelle samtaler omkring oral sundhed og pleje i dagligdagen på tværs af organisationsniveauer i kommunerne.
- Tilbagevendende møder mellem plejeenheder og omsorgstandplejen med fokus på kendskab til hinandens faglighed og arbejdspraksisser.

Undervisning

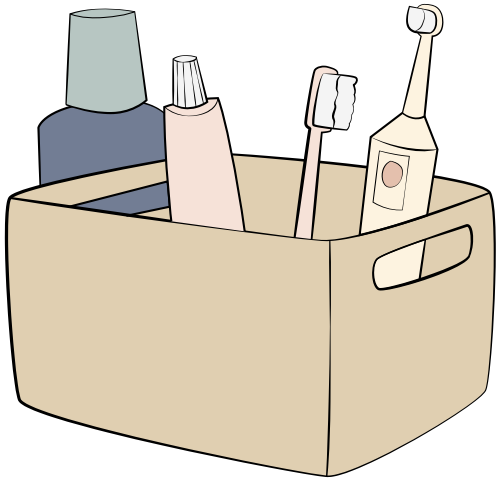
- Undervisnings og kompetenceudviklingsinitiativer målrettet lokale forhold, eksempelvis oplæg ved kommunens omsorgstandpleje for plejere og ledere.
- Peer-to-peer undervisning, hvor erfarne plejere bistår kollegaer og elever i orale plejesituationer.
- En årlig temauge, hvor tandplejestuderende inviteres til at være en del af dagligdagen på plejeenhederne og underviser plejerne i det enkelte ældre menneskes orale plejebehov.

Synlighed

- Synlighed omkring oral pleje og omsorgstandplejen over for borgere og pårørende i form af pjecer, plakater, infoskærme, hjemmesider og velkomstmateriale når ældre mennesker tilknyttes plejeenheden.
- Synlighed omkring oral pleje og omsorgstandplejen over for plejepersonale i form af tydelighed på tavler, i nedskrevne arbejdsgange, magnetikoner på whiteboards og som led i triageringssystemer.

Praksistiltag

- Forandringer af rækkefølgen, den daglige pleje gives i, så oral pleje får mere fokus og bedre tid.
- Tydelig infrastruktur omkring oral pleje i digitale registreringssystemer, eksempelvis som en fast del af hjemmeplejens besøgsplaner.
- Ændring i produkter til tandpleje, eksempelvis at borgerne motiveres til indkøb af elektriske tandbørster eller at der indkøbes en bedre tandpasta.
- Samling af borgerens tandplejeremedier et bestemt sted, eksempelvis i en kurv.



Konklusion

Sund Mund Hele Livet projektet har vist, at samskabelse mellem forskning og kommunal praksis er krævende, men også at det kan være reelt forandrings- og værdiskabende – både for forskningen og for praksis. Rapportens **Del I** har tydeliggjort, at et ambitiøst samskabelsesprojekt forudsætter en gennemtænkt organisering med klare mandater, bred involvering på tværs af fagligheder og ledelsesniveauer samt løbende investering i relationer. Samtidig har projektet demonstreret, at selv den mest veltilrettelagte struktur ikke kan forhindre uforudsete situationer, forskydninger og lokale variationer. Samskabelse er i praksis en dynamisk proces præget af forhandling, tilpasning og kontinuerlig projektnavigation – hvor tillid, åben kommunikation og gode samarbejdsrelationer er mindst lige så afgørende som formelle aftaler og planer.

I Rapportens **Del II** har vist, at når forskningens indsigter bringes tæt på praksis, kan de skabe konkrete forandringer – men sjældent på lineær og forudsigelig vis. Projektets adressering af oral sundhed viste sig at komme til at handle om langt mere end tænder: om følelser, skam, faglig usikkerhed, prioritering, systemer, ledelse og samarbejde. Gennem udviklingen af et fælles sprog og en fælles forståelse er oral pleje flere steder blevet løftet fra tavshed og lavprestige til øget professionalisering, ejerskab og institutionel forankring. Samtidig viser de forskellige erfaringer på tværs af plejeenhederne, at forandring altid er afhængig af lokale vilkår, ledelse og engagement.

Samlet peger projektet på, at forandringer i komplekse velfærdsopgaver kræver relationelt arbejde, mod til at adressere det følelsesmæssigt vanskelige, samt en tydelig organisatorisk opbakning over tid. Samskabelsens perspektiver rækker derfor ud over oral sundhed. Det kan også skabe bredere forandringer, større forståelse og nye faglige fællesskaber – særligt når kompleksiteten anerkendes som et grundvilkår og som en kilde til læring.

