



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykehjemspasienten og munnhygiene**

**Patient in nursing homes and oral health**

**Helen Dragseth**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 44**

**Molde, 7. mai 2009**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykehjemspasienten og munnhygiene**

**Tittel på engelsk: Patient in nursing homes and oral health**

**Forfatter(e): Helen Dragseth**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Hilda Karin Aas**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**  ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 07.05.09**

**Antall ord: 11319**

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning .....	2
1.3 Forforståelse .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
1.5 Hensikt med oppgaven.....	3
1.6 Oppgavens oppbygning.....	3
<b>2.0 METODE .....</b>	<b>5</b>
2.1 Metodebeskrivelse .....	5
2.2 Datainnsamling og valg av kilder .....	5
2.3 Bruk av praksiserfaringer .....	7
2.4 Kildekritikk .....	7
<b>3.0 TEORI OM SYKEHJEMSPASIENTEN OG MUNNHYGIENE .....</b>	<b>9</b>
3.1 Hvem er sykehjemspasienten? .....	9
3.2 Forhold som gjør munnhygiene vanskelig for eldre i sykehjem .....	10
3.3 Konsekvenser ved dårlig munnhygiene .....	11
3.4 Hvorfor er munnhygiene viktig hos sykehjemspasienten? .....	12
3.5 Hvem har ansvaret for munnhygiene? .....	12
3.6 Den offentlige tannhelsetjenesten.....	13
<b>4.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>15</b>
4.1 Sykepleieteoretiker – presentasjon av Virginia Henderson. ....	15
4.2 Menneskesyn .....	15
4.3 Grunnleggende behov .....	15
4.4 Ansvarsområde .....	17
<b>5.0 FORSKNINGSARTIKLER .....</b>	<b>18</b>
5.1 Oral health among the elderly in long-term care.....	18
5.2 Munnhelsen hos institusjonsboere i Norge.....	19
5.3 Munnstell når livet er på hell.....	20
5.4 Oral Health Care – a Low Priority in Nursing .....	21
5.5 Oral health education for nursing personnel .....	22
5.6 Relevante fagartikler.....	24
5.6.1 Klar bedring i tannstatus for de eldre.....	24
5.6.2 Når standardløsningene ikke finnes – om behandlingsvalg hos syke eldre .....	24
5.6.3 Dårlig stelt .....	25
<b>6.0 DRØFTING .....</b>	<b>27</b>
6.1 Sykepleierens holdninger og handlinger.....	27
6.2 Sykehjemmenes utfordringer .....	30
6.3 Utdanningsinstitusjonenes utfordringer .....	33
6.4 Forebyggende sykepleie og tverrfaglig samarbeid.....	34
<b>7.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>36</b>
<b>8.0 OPPSUMMERING.....</b>	<b>37</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>38</b>

## **1.0 INNLEDNING**

Følgende kapittel inneholder litt om bakgrunn for oppgavens valg av tema, presentasjon av problemstillingen med avgrensninger, begrepsavklaring, hensikt med oppgaven og min forforståelse i forkant av oppgavebesvarelsen. Avslutningsvis følger litt om oppgavens videre oppbygning.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

I dag vet man at alder i seg selv ikke utgjør noen risiko for munnhygiene og tannhelse, men at kombinasjonen alder, nedsatt førlighet, sykdom, medikamentbruk og mangelfullt stell kan ruinere et tannsett i løpet av noen få måneder.

Infeksjoner og smerter i munnen kan gi problemer ved inntak av mat og drikke. Dette kan føre til både underernæring og dehydrering. Gleden ved å spise – enten ved at det gjør vondt og/eller at man ikke klarer å tygge maten, kan komme som en følge av dårlig tannstell. Dette kan igjen føre til redusert inntak av næringsrik mat, reduserte krefter og mindre sosialt samvær (Strand m.fl.2005).

Bakterier fra munnen kan også gi alvorlige infeksjoner f.eks. i hjerte og lunger hos immunsvekkede eldre (Willumsen 2008).

Man kan altså komme inn i en ond sirkel dersom munnhygiene forsømmes.

God munnhygiene betyr mye for allmenntilstanden, ernæringstilstanden, kommunikasjonen, utseende, selvfølelsen og velværet.

Ved å bedre omsorgen på dette området, vil livet kunne avsluttes med større verdighet.

Det er en selvfølge at pasienter aktiviseres ut fra sykdomsforløpet og individuelle forutsetninger. Det er ofte innarbeidede rutiner med bakgrunn i kunnskaper om å forebygge liggesår, pneumoni og blodpropp.

Holdningene til munnhygiene er ikke innarbeidet på samme måte og munnhygiene må ikke være "siste post på programmet" (Flovik 2005:14).

Når jeg skal skrive oppgave må jeg skrive om noe som jeg brenner for, noe som engasjerer og interesserer meg. Den første spiren om nåværende tema ble sådd som følge av observasjoner og erfaringer jeg gjorde meg under en av de aller første praksisperiodene i utdanningen. Selv

om vi ikke gikk så grundig inn på temaet verken i teoriundervisning eller i øvingsavdeling i grunnutdanningen, har vi i alle fall lært at munnhygiene er et viktig arbeidsområde.

Eldrebølgen gir oss en ny generasjon eldre, flere og flere med egne tenner, som har brukt mye ressurser og energi på å ta vare på dem. For dem vil det være viktig at tennene blir tatt godt vare på når evnen til egenomsorg svikter.

## ***1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning***

Oppgaven handler om sykepleiers ansvar for å gjennomføre tilfredsstillende munnhygiene hos sykehjemsbeboere. En ren og velstelt munn er viktig når man er frisk, og vil dermed også være det når man blir syk eller av andre årsaker får en endret livssituasjon.

Derfor har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier bevisstgjøres sitt ansvar overfor en sykehjemspasients munnhygiene?*

Fordypningsoppgaven har begrensninger i tid og omfang, og jeg vil derfor gjøre enkelte avgrensninger ved problemstillingen. Min besvarelse vil fokusere på pleietrengende pasienter på sykehjem, som av ulike grunner trenger hjelp til å ivareta sin munnhygiene. Ser bort fra de som klarer å ta hånd om den daglige munnhygien.

Beboernes diagnose er egentlig uvesentlig.

Jeg begrenser oppgaven min til å gjelde sykepleier – pasient, men kunnskapen vil likevel være overførbart og relevant, for andre omsorgspersoner som omsorgsarbeidere og hjelpepleiere.

Velger å bruke begrepene sykepleier og pasient gjennom hele oppgaven.

## ***1.3 Forforståelse***

Gjennom praksisperioder på sykehjem og sykehus har jeg opplevd og erfart at munnhygiene veldig ofte blir nedprioritert. Som sykepleier opplever man gjentatte ganger at tidspress og for mange gjøremål fjerner fokuset fra pasientenes tilstand og behov. Om det er på grunn av manglende tid eller manglende kunnskap, eller om det er en forglemmelse er uvisst. Jeg tør påstå at sykepleiere er mer oppmerksomme på, og flinkere til, å stille pasientenes problemer i

den andre enden av fordøyelseskanalen. Samtidig synes det viktigere med rene armhuler enn munnhuler!

### **1.4 Begrepsavklaring**

Bevisstgjøring av ansvar: å arbeide med holdninger slik at disse blir gjenstand for refleksjon og riktige valg. For så å la seg forplikte av verdier slik at disse forankres i personligheten og dermed er med på å prege ens handlinger.

Munnhygiene: å holde munnhulen og tennene eller tannprotesen ren.

Sykehjemspasienten: mitt utgangspunkt er den vanlige sykehjemsavdelingen, der de fleste pasientene bor på permanent basis.

### **1.5 Hensikt med oppgaven**

Oppgaven er avsluttende eksamen i grunnutdanningen i sykepleie. Det primære ønsket med denne oppgaven er at jeg og andre som leser oppgaven skal bli mer bevisst angående de eldres betydning av munnhygiene, og i det videre arbeid bli flinkere på dette området.

Temaet er relevant når en jobber som sykepleier.

Uavhengig av alder og diagnose så har sykepleiere ansvar for og plikt til å hjelpe pasienter som er syke eller som har en funksjonssvikt med å ivareta sine grunnleggende behov (Flovik 2005).

*”Det som blir bevisstgjort, kan vi gjøre noe med. Det vi ikke får bevisstgjort, gjør noe med oss”* (Dalland 2000:47)

### **1.6 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven består av 7 kapitler. Kapittel 1 er som vist en innledning til oppgaven. Kapittel 2 inneholder beskrivelse og valg av metode, samt en redegjørelse for valg av kilder og litteratursøk. Jeg beskriver i kapittel 3 teori som er relevant for problemstillingen, teori om sykehjemspasienten og munnhygiene. I kapittel 4, en redegjørelse av Virginia Hendersons sykepleiefaglige referanseramme, og sentrale trekk fra det hun kalte sykepleiens grunnprinsipper. Kapittel 5 inneholder sammendrag av de forskningsartikler og fagartikler jeg

har brukt. I kapittel 6 drøfter jeg problemstillingen ved hjelp av teorien i kapittel 3 – 5, samt eksempler fra praksis. Oppgavens konklusjon kommer i kapittel 7. Avslutningsvis kommer en oppsummering og litteraturliste.



## **2.0 METODE**

I dette kapittelet beskrives valg av metode, litteratursøk, valg av og begrunnelse for bruk av kilder og kildekritikk.

Dalland definerer metode slik:

*Metoden er et redskap som vi bruker i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle data, det vil si den informasjon vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland 200:71).*

### **2.1 Metodebeskrivelse**

Denne oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at jeg henvender meg til litterære kilder og eksisterende forskningsresultater for å hente kunnskap om et spesielt emne. Fordelen med litteraturstudie er at det som oftest finnes mange gode og relevante kilder å velge mellom. Det gjør det mulig å få fram et bredt spekter av aktuell litteratur innenfor oppgavens tema. I en litteraturstudie er de dataene man jobber med hele tiden tilgjengelige, og en har fortløpende mulighet til å innhente aktuell litteratur rundt emnet. Man kan finne nye aspekter og lese om igjen (Dalland 2000).

En utfordring ved litteraturstudie som metode, er det faktum at boklig kunnskap ofte foreldes, medisinsk og sykepleiefaglig kunnskap endrer seg fort. Jeg vil derfor tilstrebe å benytte litteratur av nyere dato, der det er nødvendig og tilgjengelig.

Som forsker søker en seg fram til litteraturen som er relevant, og deretter setter den sammen på en ny måte. Den nye sammenhengen har som mål å komme frem til en ny måte å se kunnskapen på (Dalland 2000).

### **2.2 Datainnsamling og valg av kilder**

Da jeg begynte å søke etter litteratur fant jeg fort ut at temaet jeg hadde valgt å skrive om var lite omtalt i pensumlitteraturen. Derfor har biblioteket vært en viktig ressurskilde for meg. Av pensumbøker har jeg i hovedsak brukt Generell Sykepleie av Kristoffersen (2002), og Eldre, aldring og sykepleie av Karoliussen og Smebye (2000). Resten av litteraturen jeg har benyttet i oppgaven er hentet fra fagbøker lånt på biblioteket, hovedsakelig Sykepleie og oral

helse av Willumsen mfl. (2008), Munnstell av Flovik (2005) og Strebing mot pasientens beste av Slettebø (2004), samt fag- og forskningsartikler, tidsskrifter, internett og databaser. I tillegg har jeg benyttet meg mye av fagartikler jeg har funnet i Norsk sykepleieforbunds, magasin Sykepleien.

Litteraturen er et viktig grunnlag, det er litteraturen kunnskapen tar utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes opp mot. Derfor må en gå tydelig frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort (Dalland 2000).

For å finne fram til relevant litteratur har jeg søkt i databaser etter vitenskapelig forskning, i hovedsak Bibsys Ask, Ovid, Swemed, og Norart.

I Bibsys, hvor jeg starten fikk jeg mange treff på munnhygiene, og kom frem til den selvvalgte litteraturen jeg refererer til. Da jeg kombinerte med flere søkeord, som for eksempel sykehjem, sykepleie, bemanning og ansvar, fikk jeg mindre og mindre treff, før jeg til slutt endte opp med null.

Valgte derfor å søke videre i Ovid. Søkeord som jeg benytter der var; oral health, elderly, nursing homes, attitude of health personnel og nursing home patient. Fant ett par artikler der som jeg har valgt å ta med i oppgaven. Fant også en forskningsartikkel, ikke av helt nyere dato (2000), men har likevel valgt å ta den med fordi den er relevant for oppgaven.

Søkte videre i Svemed, søkeord; oral health og priority, og endte opp med 1 treff, samme artikkel som jeg fant i Ovid.

I Norart lyktes jeg ikke med noen treff, søkeord; munnhygiene, sykepleie, nursing homes, priority, elderly og oral health.

I Geriatric Nursing fant jeg en artikkel.

I tillegg har jeg funnet relevant litteratur, ganske tilfeldig, i Tidsskrift for Den norske legeforening, Nordisk geriatrik og i den norske Tannlegeforenings Tidende.

Søking etter artikler har vært vanskelig. Jeg har funnet noen artikler, noen mer relevante til problemstillingen enn andre. Flere av artiklene har uansett gitt inspirasjon til arbeidet.

Det meste av den litteraturen jeg har brukt er av nyere dato. Nyere forskning og litteratur øker sannsynligheten for å finne svar på problemstillingen.

Jeg sitter med en følelse av at det ikke er så mye forskning om mitt tema.

Foruten veileder har jeg hentet tips, inspirasjon og motivasjon hos Eva Rydgren Krona, overtannpleier i Buskerud, og Gerd Marit Brandt, daglig leder i norsk Tannvern og redaktør i bladet Munnpleien.

### ***2.3 Bruk av praksiserfaringer***

Jeg vil også ta med erfaringer fra praksis i min drøfting. I min praksis som sykepleiestudent har jeg møtt sykepleiere som prioriterer og sykepleiere som nedprioriterer munnhygiene. I praksissammenheng har jeg også møtt mennesker som er avhengige av andre, i ordets rette forstand, for på alle måter å få sine grunnleggende behov dekket.

Eksemplene fra de ulike praksisstedene er nedskrevet i drøftingsdelen, og disse vil jeg ta med for å belyse problemstillingen. Eksemplene er anonymisert og skrevet på en slik måte at ingen skal kjenne seg igjen. Heller ingen på institusjonen.

### ***2.4 Kildekritikk***

Utfordringen er å velge ut den litteraturen man mener er valid. Jeg har benyttet både primær- og sekundær litteratur. Fordelen med primærkilder er forfatterens egne ord som ikke er tolket av andre. Ulempen kan være at man kan misoppfatte innholdet. Da kan man ha nytte av sekundærkilder der man kan se hvordan andre har tolket innholdet, men samtidig sekundærlitteratur kan være farget av tolkerens premisser og forforståelse, og slik inneholde feiltolkning.

Jeg er opptatt av at min besvarelse skal ha validitet (gyldighet og relevans) og reliabilitet (pålitelighet og nøyaktighet), og det krever at jeg kritisk bedømmer litteraturen og anvender den på en fornuftig måte.

Når det gjelder teori om sykepleiefaglig referanseramme er det en fordel å bruke primærlitteratur. Virginia Hendersons bok – Principles and Practice of Nursing – er på engelsk, og med noe begrensede engelskkunnskaper vil det være fare for mistolkinger. På

grunn av tilgang til og forenkling av arbeidsprosessen har jeg valgt å bruke også sekundær litteratur.

Da mitt valgte tema er lite omtalt i pensumlitteraturen har jeg stort sett vært nødt til å tilegne meg kunnskap fra andre bøker. Foruten boka til Willumsen, som jeg har kjøpt, har jeg hovedsakelig lånt bøker ved biblioteket på Høgskolen i Molde og Fagbiblioteket på Kristiansund Sykehus.

Den største utfordringen har vært å finne relevant forskning av nyere data. Jeg ønsket fortrinnsvis forskningsartikler som beskrev norske forhold, men har også måttet tatt til takke med artikler som beskriver forhold i Sverige. Synes likevel det er relevant i forhold til problemstillingen. Veldig mye at det jeg fant var relatert til tannpleiere og – leger. Likevel føler jeg at jeg har kommet frem til artikler som står til min problemstilling.

### **3.0 TEORI OM SYKEHJEMSPASIENTEN OG MUNNHYGIENE**

Dette kapittelet definerer sykehjemspasienten, forhold som gjør munnhygiene vanskelig hos eldre i sykehjem., og konsekvenser ved dårlig munnhygiene. Til slutt litt om hvorfor munnhygiene er så viktig for sykehjemspasienten, og hvem som har ansvar for de eldres munnhygiene.

#### ***3.1 Hvem er sykehjemspasienten?***

Sykehjemspasienten er mennesker som har varig behov for døgkontinuerlig pleie- og omsorgstjenester. Sykehjemspasienten som gruppe er preget av betydelig funksjonssvikt, og dette ligger til grunn for deres pleie- og omsorgsbehov.

De bor, har adresse på institusjonen, og blir gjerne også omtalt som beboere. Rommet er gjerne preget av personlige eiendeler og møbler.

Jeg har likevel valgt å bruke begrepet pasient, fordi jeg mener det er det beste begrepet for de som trenger helsehjelp, og fordi helselovene klart benevner alle som ”gis eller tilbys helsehjelp” som pasienter. Å være pasient innebærer lovfestede rettigheter.

To pasientgrupper inntar en særstilling i denne sammenheng, pasienter med sekveler fra hjerneslag og pasienter med aldersdemens (Størksen 2001). Hjerneslag kan få store konsekvenser for munnhygiene på grunn av for eksempel nedsatt kraft og pareser, i ansikt, munn eller ekstremitetene, mens demenssykdommen blant annet påvirker hukommelsen.

Den aktuelle pasientgruppen kjennetegnes ved store individuelle variasjoner. Innenfor gruppen av sykehjemspasienter har andelen av demente økt i takt med økende antall eldre. Det skyldes at det ikke har vært tilsvarende økning i antall sykehjemsplasser, og at demens er vanskeligere å håndtere i hjemmebasert omsorg. De som i dag innlegges i sykehjem, har i gjennomsnitt betydelig dårligere helsetilstand enn tilfellet var for 15-20 år siden. Gjenværende levealder etter innleggelse er i Norge i dag kommet ned under ett år. De fleste pasientene i den aktuelle gruppen er ikke i stand til å ivareta egen munnhygiene på grunn av fysiske eller mentale handikap (Størksen 2001).

Ved demenssykdom blir muskelkoordinasjonen endret slik at lepper og kinn ikke lenger fungerer selvrensende, demente kan ha vanskelig for å uttrykke seg og lokalisere smerter, og atferdsendringer kan gjøre at demente pasienter motsetter seg å pusse tenner selv, eller å få

hjelp av sykepleiere. Hos pasienter med sekveler etter slag kan det være at dårlig tungemotorikk gjør det umulig for pasienten å rense munnen for matrester. Nedsatt førlighet i slimhinnene gjør at pasienten ikke merker at det ligger matrester igjen. Nedsatt leppemotorikk kan også gjøre at spyttet renner ut i munnviken i stedet for å svelges (Willumsen 2008).

Samtidig har depresjon høy prevalens hos eldre. Det er ganske typisk at en depressiv reaksjon hos et gammelt menneske oppstår som følge av en somatisk sykdom, og også som en bivirkning på diverse medikament. Passivitet er en vanlig manifestasjon ved depresjon hos eldre. I tillegg kommer kraftløshet – med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagliglivets gjøremål, også munnhygiene. Av flere grunner kan det ofte være vanskelig å skille depresjon og demens. I og med at begge er vanlige tilstander i geriatrien kan de forekomme samtidig (Hummelvoll 2004).

### ***3.2 Forhold som gjør munnhygiene vanskelig for eldre i sykehjem***

Eldres spesielle sykdomsbilder, nedsatte funksjoner og særlige behov gjør at mange ikke lenger klarer å ivareta sin munnhygiene.

Friske mennesker lar sjelden være å pusse tennene i lang tid. Når en blir syk og pleietrengende (funksjonelt avhengige), går det ofte ut over munnhygiene (Willumsen 2008). Også den normale aldringsprosessen påvirker synet, sensibiliteten og finmotorikken. En god munnhygiene ved hjelp av tannbørste, tannpikere, tantråd og andre hjelpemidler blir litt etter litt vanskeligere å gjennomføre. Det aldrende øyet trenger mer lys og den etter hvert stive linsen gjør det vanskeligere å se ting på nært hold. Fingrene blir stivere og det blir vanskelig å bruke tantråd eller mellomromsbørste med tilstrekkelig presisjon. Etter hvert kan munnhygiene bli mindre effektiv enn tidligere i livet. At denne utviklingen inntreffer gradvis gjør at man venner seg til at det finnes belegg på tennene og matrester i munnen. Sykdom og de normale aldringsprosessene innebærer altså at det kan bli vanskeligere å opprettholde en tilstrekkelig god munnhygiene, hvilket øker risikoen for karies, gingivitt (betennelse i tannkjøtt), periodontitt (betennelse i tennenes festeapparat) og andre orale slimhinneinfeksjoner, spesielt soppinfeksjoner. Vedkommende kommer inn i en ond sirkel; på grunn av dårlig munnstell blir appetitt og sosialt velbefinnende dårligere, den eldre blir slappere, og det blir vanskeligere å få munnen helt ren på grunn av gammelt belegg (Flovik 2005).

### ***3.3 Konsekvenser ved dårlig munnhygiene***

Munnen er del øverste delen av fordøyelseskanalen. Gjennom tygging skal maten grovfordeles, og ved hjelp av spyttet starter enzymer spaltingen. En forutsetning for at dette skal skje er at alle munn- og kjevemusklener fungerer godt. For at kosten skal kunne bearbeides og svelges trengs spytt i tilstrekkelig mengde. Når alle faktorer som er nødvendige i tyggeprosessen fungerer, tenker man ikke på hvilket finstemt samspill som ligger bak tygge- og svelgprosessen (Karoliussen 2000).

Spyttsekresjonen reduseres når den ikke stimuleres ved tygging og suging. Pasienter med kroniske sykdommer, pasienter med stort legemiddelforbruk og eldre pasienter er spesielt utsatt for munntørhet.

Munntørhet kan, ved siden av å være en plagsom tilstand, føre til ulike problemer. Det kan være med på å redusere matinntaket, gi svelgproblemer, redusere smaksopplevelsen av mat og føre til at tannproteser ikke vil feste seg. Protoser vil virke løsere fordi tunge og munn ikke glir så lett mot protesene som når munnhulen er smurt med spytt. Kronisk munntørhet kan være predisponerende for infeksjoner i munnhulen.

Hos mange pasienter som er plaget av munntørhet vil en blant annet finne soppinfeksjoner, og et større antall karies (Flovik 2005).

Helt klare vitenskapelige funn viser at dårlig munnhygiene hos syke mennesker øker risikoen for og alvorlighetsgraden av både aspirasjonspneumoni og influensa. Risikoen for aspirasjonspneumoni er størst når periodontal sykdom, karies og dårlig munnhygiene er kombinert med generelt dårlig funksjonsnivå, svelge- og spiseproblemer. (Willumsen 2008).

I tillegg til pasientens fysiske plager vil dårlig munnhygiene ha psykososiale aspekter.

Munnen spiller en viktig rolle i kommunikasjon. Når man er tørr i munnen, er det vanskelig å snakke. Tørre lepper sprekker lett ved et smil. Dels kan det også dreie seg om et kosmisk problem. Et annet problem er dårlig ånde, som ikke bare kan være sjenerende for pårørende og medpasienter, men også for pleiepersonalet som skal pleie pasienten (Ranhoff 2007).

Dårlig vedlikehold, betennelser i munnen og dårlig stell av tenner og proteser er hovedårsaken til dårlig ånde. (Flovik 2005).

### ***3.4 Hvorfor er munnhygiene viktig hos sykehjemspasienten?***

Det er flere grunner til at tilfredsstillende munnhygiene er viktig hos syke. Stadig flere pasienter beholder sine egne tenner, og i dag har de fleste av de eldre sine egne tenner hele livet (Aase 2004).

De som er eldre i våre dager, har også en annen innstilling enn tidligere generasjoner til det å ha egne tenner. Både de gamle selv, deres ektefeller, barn og barnebarn ser på det å ha tennene intakt som en del av den enkeltes personlige verdighet (Willumsen 2008:18).

Tennene har også gjennomgått aldersforandringer, og mye sykdom er reparert. Derfor blir det mye vanskeligere fysisk å få gjort et aldrende tannsett skikkelig rent enn et yngre. Generell tretthet, nedsatt motorikk, nedsatt syn osv. gjør at mange eldre har vanskelig for å opprettholde sin innøvde tannpuss. I tillegg har 70-80 % av eldre i institusjon demenssymptomer som påvirker forståelse, vilje, evne og motivasjon (Willumsen 2008).

Selv om en pasient har få tenner igjen, er disse verdifulle. De kan brukes som feste for delproteser, gjelder spesielt tenner i underkjeven. Å miste den siste tannen i underkjeven og å få en hel protese er en stor utfordring. Det er nemlig svært vanskelig å lære seg å bruke en hel protese i underkjeven, selv for en frisk person. Protesen holdes på plass av muskler, og for å få nytte av protesen, kreves en positiv innstilling og grundig trening, noe som for en syk person med nedsatt motorikk kan være umulig. Den ene tannen holder altså protesen på plass og gjør det mulig for pasienten å ha et veltilpasset tyggeapparat. Derfor er det spesielt viktig å rengjøre de få, siste tennene grundig slik at de ikke går tapt (Willumsen 2008).

Å beholde tyggefunksjonen med egne tenner er også et vesentlig poeng fordi introduksjon av løse proteser ofte er vanskelig på grunn av sykdom og mental svikt (Rykkje m.fl. 2003).

Det er da ikke alltid like lett å forstå hvorfor det skal være et fremmedlegeme i munnen, og hvordan dette skal manøvreres.

### ***3.5 Hvem har ansvaret for munnhygiene?***

Omsorgen for de eldste og svakeste er underlagt kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Forskriften om kvaliteten etter disse lovene (FOR 2003-06-27 nr. 792) beskriver grunnleggende behov som kommunene skal tilstrebe å dekke.

Grunnleggende behov er imidlertid vagt definert i denne forskriften. Den er derfor lite egnet til å tydeliggjøre tjenestemottakernes krav til tjenesten.



Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene sier i § 3 at det av kommunen skal utarbeides skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at pasientene får tilfredsstillende grunnleggende behov. Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene presiseres herunder.

Kommunene har ansvar for et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for omsorgstjenester. Dersom en sykehjemsbeboer har hatt opphold i institusjon i mer enn tre måneder, er det institusjonen som har ansvar for utarbeidelse av prosedyrer og for gjennomføring av adekvat personlig hygiene (Willumsen 2008:19).

Ansvar består av to ord; an og svar, og vil si å svare på. Sykepleieren skal svare på pasientens behov for sykepleie, og denne skal være av faglig holdbar kvalitet (Slettebø 2002:21).

I profesjonell omsorg er kanskje ansvarlighet den viktigste komponenten. Ansvarlighet knyttes til forpliktelsen overfor pasienten som mottar tjenesten. Forpliktelsen er knyttet til evne og vilje til å ta ansvar, og innebærer at en yter en tjeneste som er av faglig god kvalitet. En forutsetning for å kunne ta ansvar og handle ansvarlig, må sykepleieren være bevisst på hva han har ansvar for. En ansvarsbevisst sykepleier er en sykepleier som reagerer på pasientens behov for sykepleie, og som møter pasientens behov på en selvstendig og ansvarsbevisst måte (Kristoffersen 2002).

Holdning har med innstilling å gjøre. Holdningene kan være basert på kunnskap, og på personlig erfaring. De kan også være overtatt fra mennesker hun identifiserer seg med. Sykepleiers holdninger inngår gjerne i hennes selvbylde. De har derfor dype røtter i personligheten, og er ikke lette å endre på.

Holdningsskapende arbeid er å arbeide bevisst med holdninger, slik at disse blir gjenstand for refleksjon og bevisste valg. Å velge holdning innebærer å la seg forplikte av verdier slik at de forankres i personligheten og dermed preger ens handlinger (Leenderts 1997)

### ***3.6 Den offentlige tannhelsetjenesten***

Den offentlige tannhelsetjenesten reguleres gjennom "Lov om tannhelsetjenester" fra 1983. Loven definerer klart tannhelsetjenestens rolle i sykehjem i § 1: "Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie". Til pasienter på sykehjem er tannhelsetjenestens primære oppgave å regelmessig tilby tannhelsetjenester, herunder også forebyggende tiltak.

I forskrift til loven utdypes kravet om rett til gratis tannbehandling ved at opphold i institusjonen må være av mer enn 3 måneders varighet.

Rundskriv om "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene" definerer Den offentlige tannhelsetjenestens ansvarsområde i forhold til brukere og ansatte i pleie- og omsorgstjenester, herunder også sykehjem.

Rundskrivet fastslår at det er pleiepersonellet som har ansvaret for at pasientene får daglig munnstell.

## **4.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV**

Det ble litt frem og tilbake når jeg skulle velge sykepleiefaglig referanseramme. Valget falt på Virginia Henderson. Hendersons modell tar utgangspunkt i de menneskelige og grunnleggende behovene som er av betydning for å opprettholde en normal menneskelig funksjon. Sykepleiefunksjonen knyttes til det å ivareta menneskets grunnleggende behov ved sykdom og helsesvikt. Sentralt i Hendersons sykepleietenkning er også hennes beskrivelse av sykepleierens ansvarsområder eller rolle.

### ***4.1 Sykepleieteoretiker – presentasjon av Virginia Henderson.***

Virginia Henderson ble født i USA i 1897, og ble ferdig utdannet sykepleier i 1921. Etter hvert, samtidig som hun arbeidet som sykepleier, begynte hun også å undervise.

Hun kom med sin sykepleiedefinisjon i 1955, og i 1960 utgav hun det hun kalte sykepleiens grunnprinsipper. Hennes sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper har hatt stor innflytelse på flere senere sykepleiemodeller. Hun har også påvirket mye av tenkningen omkring utdannings- og praksisspørsmål verden over (Kristoffersen 2002).

Virginia Henderson døde i 1996.

### ***4.2 Menneskesyn***

I sin sykepleiedefinisjon viser Henderson til gjøremål som er nødvendige for helse, helbredelse eller til en fredfull død. Hun ser på kropp og sjel som nær knyttet til hverandre, og av dette kan vi utlede et menneskesyn som går ut på at mennesket har grunnleggende behov (Kristoffersen).

### ***4.3 Grunnleggende behov***

Grunnleggende sykepleie er for Henderson å hjelpe pasienten med 14 definerte gjøremål, eller tilrettelegge for pasienten så han kan utføre dem selv.

*”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha*

*gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Henderson 1960:10)*

Henderson tar utgangspunkt i de grunnleggende behovene og presenterer det hun kaller den generelle sykepleiens komponenter.

- 1) Puste normalt
- 2) Spise og drikke tilstrekkelig
- 3) Kvitte seg med avfallsstoffer
- 4) Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger
- 5) Sove og hvile
- 6) Velge passende klær – kle på og av seg
- 7) Oppettholde normal kroppstemperatur
- 8) Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten
- 9) Unngå farer i miljøet og å skade andre
- 10) Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
- 11) Dyrke sin tro
- 12) Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen
- 13) Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon
- 14) Lære, oppdage eller tilfredsstillte nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes

Disse utgjør sykepleierens mest sentrale gjøremål. Komponentene er også lette å kjenne igjen som viktige i den sykepleien som faktisk utføres på et sykehjem (Slettebø 2004).

Henderson vektlegger at sykepleieren skal fokusere på pasienten, med utgangspunkt i pasientens situasjon og tilstand, og assistere pasienten der hans egne krefter, kunnskaper eller vilje ikke strekker til for å imøtekomme de grunnleggende behov som han har.

Behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Dette er ifølge Henderson utgangspunktet for hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienten. Sykepleieren må derfor skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan de best kan tilfredsstilles (Kristoffersen 2002).

#### **4.4 Ansvarsområde**

Ifølge Kristoffersen er Hendersons mål å hjelpe enkeltmennesker, syke eller friske, til så raskt som mulig å gjenvinne sin selvstendighet til å utføre gjøremål knyttet til de grunnleggende behovene. Hvis selvstendighet ikke er realistisk skal sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke de grunnleggende behovene. Mottakere av sykepleie kjennetegnes ved å være i en situasjon der han trenger hjelp for å få utført gjøremål for å få tilfredsstilt grunnleggende behov. Behovet for sykepleie er oppstått fordi personen mangler de nødvendige ressurser til selv å kunne utføre de nødvendige gjøremålene.

Om munn og munnhygiene sier Virginia Henderson:

*”Det er viktig at sykepleieren kan greie å holde munn og tenner skikkelig rene hos dem som er skrøpelige og hjelpeløse. Under sykdom trenger tennene og gummene mer stell enn når en er frisk. Minst to ganger om dagen bør tennene pusses. Mange foretrekker å gjøre det oftere. Når pasienten ikke kan gjøre dette selv, må sykepleieren rense munn og tenner for ham”*  
(Henderson 1960:41)

Sykepleiens mål blir å ivareta de daglige aktiviteter som er knyttet til tilfredsstillelse av grunnleggende behov i samsvar med det enkelte menneskets livsmønster.

## 5.0 FORSKNINGSARTIKLER

I dette kapittel følger et kort sammendrag fra de fem forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i besvarelsen.

### *5.1 Oral health among the elderly in long-term care*

Publisert i Swedish Dental Care 2003 – av Birgitte Moesgaard Henriksen, Ambjørnsen, Eirik, Laake, Knut, Axell, Tony

Birgitte Moesgaard Henriksen har i forbindelse med sin doktoravhandling undersøkt 1910 eldre over 67 år, 1358 ved sykehjem og 552 hjemmeboende fra alle Norges 19 fylker, for å kunne kartlegge munnhelsen hos eldre. Formålet var å beskrive situasjonen, som et grunnlag for planlegging av helse- og forebyggingstiltak, slik at de eldre kunne hjelpes til bedre livskvalitet.

Hun forsøkte å få de hun skulle undersøke til å møte opp på klinikker eller undersøkelsesrom i de utvalgte kommunene, men endte ofte opp med å reise hjem til dem, utstyrt med hodelykt, speil og sonde.

Deltakerne gjennomgikk en fullstendig klinisk undersøkelse. I tillegg har hun foretatt intervjuer.

Den orale status var betydelig bedre hos pasienter som hadde proteser enn hos de med egne tenner.

Den orale statusen hos de som hadde egne tenner og bodde på institusjon, var mye dårligere enn hos de hjemmeboende med egne tenner. Menn hadde høyere slim- og plakkbelegg enn kvinner. Spise- og tyggeproblemer ble registrert hos 34,1 % av de spurte. Bare små forskjeller ble funnet mellom de som bodde på institusjon, og de som bodde hjemme. Tørr munn ble registrert i 16,9 % av de undersøkte og var mer utbredt hos de som hadde proteser enn hos de som hadde egne tenner. Forekomsten av tørr munn var lik blant de som bodde hjemme og de som bodde på institusjon.

Fire eller mer daglige medisiner ble tatt av 51 % av institusjonsbeboere og 35 % av de hjemmeboende.

Hovedkonklusjonen må være at de friske alderspensjonistene har det bra, uansett hvor i landet de bor. Men når man ikke lenger kan klare seg selv, kommer på institusjon eller blir pleietrengende hjemme, endrer situasjonen seg drastisk.

Studien indikerer at mange eldre har utilfredsstillende munnhygiene. Orale symptom, og også spiseproblemer er utbredt. Det poengteres at funnene i denne undersøkelsen stort sett er

lignende andre nasjonale eller internasjonale studier. Vi står over utfordrende behandlingsoppgaver i fremtiden for denne delen av befolkningen.

## ***5.2 Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge***

Publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende 2006 – av Anne Løvberg Gimmestad. Artikkelen bygger på Sosial- og helsedirektoratets prosjekt, ”Tenner for livet – ny giv i det helsefremmende og forebyggende arbeid”. I 2004 ble det hos 188 sykehjem, 10 sykehjem i hvert fylke, foretatt en grunnlagsundersøkelse; en kartlegging av tann- og munnhelsen hos sykehjemsbeboerne. Kartleggingen bestod av en klinisk undersøkelse og en spørreundersøkelse. Utvalget bestod av 3 440 beboere. Antall deltagere i undersøkelsen utgjorde 8,3 % av totalt antall sykehjemsplasser i Norge i 2004.

Sykehjemmene valgte selv ut deltagerne etter en prosedyre der utvelgelsen var detaljert beskrevet. Det er mulig at noen av de svakeste ble skånet fra å delta og derfor er noe underrepresentert, likedan at enkelte demente kan ha falt ut av deltagerlistene på grunn av problemer i forbindelse med samtykkeerklæringer.

Registreringen ble utført av to tannpleiere i hvert fylke. Institusjonene visste når registreringen skulle skje. Hvis munnstellet ble utført ekstra godt denne dagen, ville det ha betydning for beleggindeksen, mens slimhinneindeksen ville fortelle om munnstellet over tid. Med de begrensninger som utvelgelse og registreringsmåte gir, skulle resultatene gi et godt bilde av munnhelsen til beboere på norske sykehjem.

Beboernes munnhelse ble beskrevet ved en belegg- og slimhinneindeks, gnagsår, og tannstatus (rotrester, egne tenner, hel- eller delproteser) fra hver kjeve ble registrert. Også proteser som ikke ble brukt ble registrert. Beboerne fikk spørsmål om de hadde plager/smerter fra tenner eller slimhinner på undersøkelsestidspunktet, og om de hadde behov for hjelp av tannlege/tannpleier.

63 % av sykehjemmene rapporterte at de benyttet individuelle rutiner for beboernes tann- og munnstell. Men dette gjaldt ikke for alle og på alle avdelinger. Inntrykket er at beboerne ofte blir vurdert individuelt, og at rutiner ble utarbeidet eller endret med endringer i beboerens helse. Undersøkelsesresultatene og kommentarene tyder at de sykehjemsansatte mange steder gjør en god jobb når det gjelder beboernes tann og munnstell, selv om dette ikke gjelder overalt. Det positive er at flere institusjoner og avdelinger oppgir at de nå er i ferd med å utarbeide prosedyrer og rutiner for denne delen av pleien.

Personalets kunnskapsnivå ble kartlagt gjennom spørreskjema, før og etter undervisning.

95 % mente de hadde tilstrekkelig kunnskap etter opplæringen, mens det bare var 30 % som mente dette før. Og 60 % svarte de var i stand til å utføre munnhygieneprosedyrer ”meget bra” etter kurset, mens bare 26 % svarte det før de hadde fått opplæring.

### ***5.3 Munnstell når livet er på hell***

Publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening 2005 – av Strand mfl.

I 1999 gjennomførte Fyllingsdalen Undervisningssykehjem en spørreundersøkelse blant personalet. Her kom det fram at munnstell ofte var et ”glemt” gjøremål i en travel hverdag, og at det var opp til den enkelte pleier om og hvordan det daglige munnstellet ble utført.

Artikkelen beskriver et prosjekt som hadde som mål å undersøke om man ved hjelp av enkle tiltak kunne påvirke sykehjemsbeboernes orale hygienivå.

Beboernes orale hygienivå ble målt før og 15 måneder etter iverksetting av følgende tiltak: innføring av pleieplan for munnstell i form av individuelle, bildebaserte munnstellkort, distribusjon av adekvate munnstellartikler, kompetanseheving hos personalet og fastsetting av rutiner med egen tannkontakt. Beboernes orale hygienivå ble kartlagt ved hjelp av belegg- og slimhinneindeks.

Undervisning og motivasjon av personalet; både teori og praktisk munn- og tannstell ble presentert fra tannlege, tannpleier og pleiepersonalets side. Gruppearbeid var en vesentlig del av undervisningen.

Det ble utarbeidet seks forskjellige typer munnstellkort med enkle, praktiske og kunnskapsbaserte prosedyrer som skulle dekke alle behov. Det relevante kortet ble plassert på badet til den enkelte som en individuelt tilpasset pleieplan.

Som standard ble elektrisk tannbørste, interdentalbørste, tannkrem og fluortabletter utlevert til alle med egne tenner. Pasienter med hel- eller delproteser fikk protesebørste og flytende såpe. På hver post ble det etablert en ”tannkontakt” som hadde direkte kontakt med tannhelsepersonalet. ”Kontrakt”, med klare retningslinjer for tannkontaktens ansvar og arbeidsoppgaver, ble utformet. Skriftlig informasjon om oral pleie ble distribuert til alle postene.

Effekten av tiltakene ble målt ved å registrere hygienivået, ny kartlegging ved hjelp av belegg- og slimhinneindeks, etter tre måneder og etter ytterligere ett år. Også gjennom spørreundersøkelser ble personalets holdninger og om de hadde endret sin praksis, vurdert. Resultatet og fortolkningen av prosjektet viste at kompetanseheving og bedre rutiner gav en klar bedring av det orale hygienivået hos 40 av 63 beboere. 95 % av personalet mente i



ettertid at de hadde fått tilstrekkelig kunnskap om munnstell, og 77 % benyttet de elektriske tannbørstene regelmessig.

Prosjektet har i stor grad vist seg å være vellykket. Det settes imidlertid spørsmålsteget om den gode effekten vil holde.

### ***5.4 Oral Health Care – a Low Priority in Nursing***

#### **(In-depth Interviews with Nursing Staff)**

Publisert i Nordic College of Caring Science 2000 – av Wårdh, Inger, Hallberg, Lillemor, Berggren, Ulf, Andersson, Lars og Sørensen, Stefan

Artikkelen beskriver en “i dybden” intervju av 22 pleiere innen eldreomsorgen i Sverige. Halvparten av disse hadde mer enn ti års erfaring innen omsorgsyirket, ingen hadde mindre enn to år. To menn og tjue kvinner, av varierende alder, men mesteparten var rundt 40 år. Alle 22 intervjuobjektene ble intervjuet en gang, og samtalene ble tatt opp og omskrevet av en trent sekretær.

Intervjuobjektene ble spurt på forhånd, og informert om at det var frivillig å være med. Alle hadde fast ansettelse.

Målet med studien var å finne ut hvordan pleiepersonell erfarte det å hjelpe pasienter med munnhygiene.

Kjernen i spørsmålene gikk på kunnskap, rutiner, assistanse, arbeidsmengde, og tidspress på grunn av økt arbeidsmengde.

Av spørsmålene kom det blant annet fram at pleierne var utilfredse med betydningen av munnhygiene under utdanningen. De få som hadde etterutdanning følte seg derimot mer kompetente. Likevel uttalte de alle, at de visste pasienten skulle få hjelp til dette minst to ganger om dagen, det var utførelsen av selve handlingen de stilte seg tvilsom til. Å skifte bleier på en pasient var av erfaring enklere enn å hjelpe til med munnstell. Mange var også redde for å skade pasientens munn. Videre visste de at det ikke burde bli servert noe annet enn vann etter kveldsstell, men at dette var en rutine det ble vanskelig å få gjort noe med. De konstaterte at flesteparten av de eldre trengte hjelp med munnhygiene, og at det største problemet var med de demente eldre. Kvaliteten på hjelpen sto ofte i forhold til pasientenes samarbeidsvilje. Dessuten var munnhygiene noe som ble omtalt som noe negativt, og å pusse gebiss ble sett på som frastøtende.

Munnhygiene har blitt separert fra andre oppgaver, og ble aldri diskutert når pleieplaner ble skrevet. Bortsett fra når munnproblemer var tydelige. Noen pleiere uttalte at tidspress var en årsak til manglende assistanse til pasienters munnhygiene, mens andre ikke så det som noe problem. De hadde tid, men på grunn av stress ble det likevel ofte glemt.

Artikkelen konkluderer med at det ofte ikke var spesielle rutiner for hvordan de skulle gjøre det, og at andre aktiviteter ble gitt en høyere prioritet. Videre ble det konkludert med at pleiepersonell som arbeider med geriatriske pasienter trengte bedre opplæring/utdannelse innen munnhygiene. Avslutningsvis ble det nevnt at de selv måtte se på munnhygiene som en del av andre daglige gjøremål, en holdnings- og handlingsendring.

### ***5.5 Oral health education for nursing personnel***

#### **(Experiences among specially trained oral care aides: One-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility)**

Publisert i Nordic College of Caring Science 2003– av Wårdh, Inger, Hallberg, Lillemor, Berggren, Ulf, Andersson, Lars og Sørensen, Stefan

Artikkelen beskriver en utdanningmodell som ble gjort for å bedre både pleiernes syn og kompetanse på munnhygiene.

Målet var å utvikle personellet slik at det skulle ende opp med endringer som kunne føre til langtidseffekter.

Fire pleiere fra to avdelinger, ble valgt ut til å arbeide/læres opp på en tannklinikk en dag pr. uke i fire uker, samt repetisjon ett år senere.

De kom tilbake til sine avdelinger med skisser over nye arbeidsoppgaver som ”munnhygienepleiere” samtidig som de skulle ivareta sin sykepleierrolle. De andre innenfor disse to avdelingene ble tilbudt 3 timers undervisning innenfor munnhygiene.

De som hadde vært på tannklinikken erfarte at de etter ca. ett halvt år som ”munnhygienepleiere” følte de ble mer kompetente og så på seg selv som en ressurs. Den følgende tiden skulle de som hadde vært på tannklinikken ha ansvar for munnhygien på sine avdelinger. Likevel ble de møtt med en viss motstand fra kollegaene. Årsakene til at de utelot å utføre munnhygiene var utilstrekkelighet, mangel på tid, mangel på personell, pasienter som motsetter seg munnstell og barrierer som måtte brytes.

Etter hvert ble de sett på som tannsykepleiere, og som et viktig bindeledd mellom sykehjemspasienten og tannlege. Å beskrive en pasients problem ble lettere for den som hadde fått opplæring kontra en ”vanlig” sykepleier.

I begynnelsen var det vanskelig å irettesette/veilede de andre pleierne når de utførte ting feil. De ble sett på som politi, men også dette synet endret seg. De ble også møtt av pasientene på en annen måte.

”Munnhygiene-pleierne” følte at de i en overgangssituasjon ble tillagt litt for mange arbeidsoppgaver, men det poengteres at en av grunnene kan være mangel på personell i kortere eller lengre tidsrom.

Intervju av de involverte i etterkant av prosjektet viste at ved å bruke spesifikke pleiere i utførelsen av munnhygiene var nyttig. Profesjonell og økonomisk støtte har vært nyttig for å endre enkelte rutiner.

Studien viste at ”munnhygiene-pleierne” følte de kunne opprettholde en høy standard, selv om de ikke fikk full støtte fra alle de andre i personalgruppen.

## **5.6 Relevante fagartikler**

I tillegg til overnevnte forskningsartikler har jeg også valgt å trekke inn noen fagartikler jeg mener er relevante for min oppgavebesvarelse.

### **5.6.1 Klar bedring i tannstatus for de eldre**

Publisert i Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2003 – av Ellen Beate Dyvi

Artikkelen bygger på prosjektet som jeg tidligere refererte til under kapittelet 5.3. Der ble det stilt spørsmål om langtidseffekten av prosjektet.

I ettertid, ser det nå ut til at rutinene er godt innarbeidet, og at hver pasient følges opp i henhold til det som står på munnstellkortet. Når det gjaldt konkret måling av tannstatus i etterkant, viste målingen etter tre måneder en klar bedring. Etter 12 måneder så de riktignok en liten tilbakegang, men at status fortsatt var langt bedre enn utgangspunktet.

I ettertid viser det seg at personalet, etter at tiltakene ble satt i verk, er overrasket over hvor lite tid det egentlig tar å hjelpe pasientene med den nødvendige munnhygien. Tidligere var munnstell noe som kom helt til slutt hvis de syntes de hadde tid.

Personalet uttrykker en tilfredshet over at de nå vet hva de skal gjøre, og over at de har fått økte kunnskaper om oral helse og de alvorlige konsekvensene av manglende munnstell.

### **5.6.2 Når standardløsningene ikke finnes – om behandlingsvalg hos syke eldre**

Publisert i Tandläkartidningen 2001 – av Kjell Størksen.

En artikkel skrevet av sykehustannlegen ved Haukeland sykehus i Bergen. Artikkelen fokuserer på odontologiske problemstillinger blant geriatriske pasienter, i det vesentlige begrenset til sykehjemspasienter og pasienter som mottar hjemmesykepleie.

(odontologi; læren om tennene og tannsykdommene)

Størksen påpeker i sin artikkel at en rekke forfattere har dokumentert at de geriatriske pasientene har betydelige odontologiske problemer. Mulighetene for å behandle pasientene begrenses blant annet av helseproblemer, økonomi, praktiske forhold som transport og ikke minst av manglende forståelse for orale problemstillinger blant annet helsepersonell.

Munnhygiene for de svakeste geriatriske pasientene gir utfordringer som kan være spennende

og frustrerende. Den aktuelle pasientgruppen kjennetegnes ved store individuelle variasjoner. Det er derfor ikke mulig å utarbeide generelle regler for behandling av orale problemer. Likevel bør det være mulig å sette opp enkle retningslinjer som kan forenkle både forebygging og behandling innenfor realistiske rammer. For pleietrengende eldre vil pleierutiner og holdninger blant pleiepersonell påvirke valgene. Det blir ikke riktig å gi et fåtall av pasienten ”idealbehandling” mens de øvrige ikke får behandling i det hele tatt. Behandlingen bør prioriteres i rekkefølgen helse – funksjon – estetikk. Forfatteren av artikkelen poengterer at et tettere samarbeid mellom dem som utfører det daglige kliniske arbeidet og lærestedene er nødvendig, og vil gi fordeler for alle parter.

### **5.6.3 Dårlig stelt**

Publisert i Tidsskriftet Sykepleien 2004 – tekst av Kari Anne Aase.

I Tidsskriftet Sykepleien refereres det til overtannpleier i Buskerud fylkeskommune Eva Rydgren Krona retter krass kritikk mot pleierne ved ulike institusjoner, og hevder blant annet at i noen tilfeller har ikke pleierne åpnet munnen på pasientene i det hele tatt. Hun hevder å ha møtt pasienter med delproteser som har vært grodd fast i tannsten- og det skjer ikke over natten. Videre hevder Krona at ved en anledning ble hun møtt med levende marker i gommene til en pasient, ”å skylde over dårlig tid når man hopper over tannstellet holder ikke”.

I samme artikkel advarer tannpleier Wenaasen og kommer med en bønn til pleiere og pårørende; ”Dere må advare mot saft! Saft er døden for tennene til syke eldre”.

Artikkelen omtaler også et fagseminar om munnstell, som rettet oppmerksomheten mot sykepleiernes rolle når det gjelder eldres munnhygiene. På spørsmål om de pusset pasientenes tenner hver dag, var svarene unnvikende. Det blir vel ikke gjort, var den gjennomgående innrømmelsen fra de tilstedeværende. Men etter seminaret og gjennomgang av hvor viktig munnhygiene er, sa flere seminardeltagere at munnstellet ville få en helt annen prioritering i hverdagen.

Krona oppfordrer sykepleiere til å tenke forebygging også på tannhelseområdet. ”Forebygging er bedre enn behandling. Det som begynner som et lite problem kan bli både til plage og skade dersom sykepleierne ikke følger opp”. Hun oppfordrer videre utdanningsinstitusjonene til å gi tannstell og munnhygiene en mer sentral plass i opplæringen av nye sykepleiere. Holdningene som skapes under utdanning tas med ut i yrket. Dersom tann- og munnhelsen

bare blir nevnt i en bisetning på sykepleierhøgskolen, er det lite trolig at det blir et prioritert område i pleien senere, sier Krona.

## 6.0 DRØFTING

I det følgende drøftingskapitlet skal jeg drøfte problemstillingen som er:

*Hvordan kan sykepleier bevisstgjøres sitt ansvar overfor en sykehjemspasients munnhygiene?*

### 6.1 Sykepleierens holdninger og handlinger

Som tidligere nevnt så vektlegger Henderson at sykepleieren skal ta utgangspunkt i pasientens situasjon og tilstand, og assistere der hans egne krefter, kunnskaper eller vilje ikke strekker til for å imøtekomme de grunnleggende behov han har, og slik at individet gjenvinner sin uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1960:10).

Det er et problem med denne definisjonen i forhold til pasienter på sykehjem, nemlig at den vektlegger at pasienten skal bli uavhengig av pleie. Dette er i mange tilfeller urealistisk innen sykehjemspleie. På sykehjem er ofte det sentrale å opprettholde de funksjonene pasientene har, så lenge som mulig, heller enn at pasienten skal gjenvinne funksjoner for så å bli uavhengige.

For rehabiliteringspasienter som er inne for korttidsopphold, vil man i flere tilfeller kunne ha uavhengighet som mål for sykepleien.

Begrepet ”å gjenvinne uavhengighet” kan imidlertid tolkes som det at sykepleieren ikke skal spille en større rolle i pasientens liv enn det hun absolutt må for at pasienten skal fungere. Det innebærer at sykepleieren ikke overtar funksjoner pasienten klarer selv, men at hun lar pasienten være uavhengig i den grad han klarer det.

Denne tolkningen er mer i samsvar med Orems syn på egenomsorg. I Orems forståelse skal sykepleieren erstatte de områder hvor pasienten har egenomsorgssvikt (Kristoffersen 2002). Oppsummerende vil dette si at sykepleieren, med utgangspunkt i pasienten og hans tilstand, primært hjelper ham med å få dekket grunnleggende behov der pasienten mangler krefter, kunnskaper og vilje. Sykepleieren skal sørge for at pasienten selv får mobilisert det han har av krefter, kunnskaper og vilje så lenge som mulig.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere peker på at sykepleieren skal erkjenne det faglige og personlige ansvar hun har for handlinger og vurderinger (ICNs etiske regler).

Om disse skal være kloke og relevante, må de ha rot i fagkunnskap og vise forståelse for pasienten. Kunnskaper danner holdninger som preger den pleien sykepleier gir, og de løsninger og prioriteringer vi velger i arbeidet. Fokus på, og kunnskaper rundt munnhygienens betydning for pasienten er med på å danne nye refleksjoner, nye holdninger og gir sykepleieren utvidede kunnskapsområder.

Gjennom forskning og fagartikler og i praksissammenhenger har jeg ofte hørt og samtidig erfart at bemanningssituasjonen veldig ofte blir lagt til grunn som unnskyldning for at munnstell ikke blir gjennomført.

Gapet mellom visjon og virkelighet, mellom teori og praksis skaper daglige dilemma for sykepleieren. I helsevesenet er misforholdet mellom ambisjoner og tilgjengelige ressurser stort. Bemanning, tidsklemme og kompetanse gjør at sykepleierne ofte blir stilt overfor umulige prioriteringsoppgaver. Som en konsekvens av dette er at pleie- og omsorgstilbudet drives på akkord, faglig sett, og i mange tilfeller direkte uforsvarlig (Slaatten 2003).

Overtannpleier i Buskerud, Eva Rydgren Krona, retter krass kritikk mot ivaretagelsen av de eldres munnhygiene. Hun mistenker i noen tilfeller at sykepleiere ikke har åpnet munnen på pasientene i det hele tatt. Ikke sjelden har hun møtt pasienter med delproteser som har grodd fast i tannstein. Hun poengterer at dette ikke er noe som skjer over natten (Aase 2004).

Jeg vil vise til et eksempel fra praksis:

*Jeg var på kveldsvakt da jeg fikk en henvendelse fra den andre avdelingen. Sykepleieren der hadde vært opptatt med sårskift, og de hadde fremdeles mange å legge. Jeg ble forespurt om jeg kunne bistå en pasient. Jeg kjente ikke pasienten fra før. Derfor spurte jeg sykepleieren hvordan jeg best kunne hjelpe pasienten. Må for ordens skyld legge til at pasienten ikke hadde språk. Jeg fikk orientering om at han brukte å bli stelt i seng, hvilken bleie han skulle ha (at også en bleie skulle ligge på tvers foran, slik at nattevakten bare kunne nappe den ut i løpet av natten), at han skulle ha på ull-labbene som lå i nattbordskuffen og at jeg måtte bruke heis til forflytning. Jeg spurte om han hadde egne tenner eller proteser, og fikk til svar; "Han har bare ei tann, nedi tror jeg, ikke bry deg om det".*

*Senere samme uken, på en kveldsvakt skulle jeg inn til den samme pasient. Han hadde sovet middag. Han lå våken og lå liksom å smattet eller sugde på noe da jeg kom inn. Jeg spurte han om han hadde fått godt å kose seg med, men jeg fikk selvfølgelig ikke noe svar. Ved leggetid skulle jeg på nytt pusse "tannen" hans. Da oppdaget jeg at han hadde deler av en skinkeskive i munnen. Om skinkeskiven kom fra frokosten samme dag, kveldsmaten dagen før*



*eller enda tidligere, vet jeg ikke noe om. Pasienten kunne som tidligere nevnt ikke uttrykke seg om det.*

Alle friske personer kan gjøre et forsøk ved å unnlate å pusse tenner i en uke og samtidig spise og leve som normalt mange av årsakene til at munnstell er viktig, vil bli innlysende da. En må av og til stoppe opp og spørre seg selv; ”hva om dette har vært meg, hvordan ville jeg hatt det?”

En viktig funksjon sykepleieren har er å forebygge komplikasjoner og skader. Mangel på munnstell kan som tidligere nevnt vise seg å få alvorlige og fatale følger. Sykepleieren hadde ikke sjekket denne pasientens munnhule. Å fjerne matrester fra pasientens munn er viktig for å unngå aspirering. Hvis vi har for mange bakterier (det skjer om vi ikke pusser tennene), eller hvis det er for lite spytt slik at bakteriene ikke blir fraktet ned i magesekken, øker risikoen for at bakteriene aspireres ned i lungene, og der er det ikke noe bakteriedrepende surt miljø. Det er ikke noe problem hos friske mennesker, men når allmenntilstanden er nedsatt eller immunforsvaret svekket, kan resultatet bli alvorlig sykdom (Willumsen 2008:16).

Holdninger er relativt varige atferdsdisposisjoner. Å forandre holdninger forutsetter tidkrevende prosesser. Undersøkelser viser at holdninger ofte endres hvis vi får økt kunnskap om den eller det vår holdning gjelder. Dermed endres også tendensen til å handle på en bestemt måte (Kristoffersen 2002).

Ifølge Henderson skal sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke de grunnleggende behovene. Sykepleieren må derfor skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan de best kan tilfredsstilles.

En pasient som ikke får rengjort munnhulen vil etter hvert heller ikke bli i stand til å spise. Pasienten kommer inn i en ond sirkel dersom munnstellet forsømmes. Infeksjoner og smerter kan gi problemer ved inntak av mat og drikke. Dette kan føre til underernæring og dehydrering. Dårlig munnstell kan dempe gleden ved å spise – enten ved at det gjør vondt og/eller at man ikke klarer å tygge maten. Dette kan igjen føre til mindre inntak av næringsrik mat, reduserte krefter og mindre sosialt samvær (Strand 2005).

Å utelate og hjelpe pasienten med munnhygiene får dermed konsekvenser for Hendersons andre grunnprinsipp; å hjelpe pasienten å spise og drikke.

”Sykepleieren bør også ha en intuitiv eller ervervet kunnskap om spisingens psykologi, så hun kan forstå hvordan psykiske forhold kan påvirke appetitten, og hvilke virkninger dette kan få i det lange løp” (Henderson 1960:27).

På alle arbeidsplasser er det problemer og utfordringer. Det betyr at problemløsning og håndtering av utfordringer er blant de viktigste oppgavene til sykepleieren. I denne sammenhengen er det ikke likegyldig hvilke holdninger sykepleier og sykepleielederen nærmer seg denne viktige oppgaven med (Pfeiffer 2002).

For å sikre kvaliteten i helsetjenestetilbudet er det nødvendig med en hensiktsmessig ledelse og organisering av arbeidet.

Trenger medarbeiderne mer tid, avlastning fra andre gjøremål, opplæring eller andre ting? En leder med solide og oppdaterte kunnskaper og ferdigheter vil være i stand til å gi hensiktsmessige råd og veiledning. Lederen må fungere som en rollemodell. Sammen med engasjement vil dette være med på å motivere medarbeiderne (Pfeiffer 2002). Forholdene må legges til rette for at alle skal få faglig påfyll. Dette kan være vanskelig å få til i en travel hverdag. Likevel må det prioriteres. Det er viktig fordi hver og en skal få utvikle seg som helsearbeidere til det beste for pasienten (Ranhoff 2007).

## ***6.2 Sykehjemmenes utfordringer***

Sykehjemmets oppgave er å gi hjelpetrengende, oftest eldre personer, både en god bolig og en optimal medisinsk behandling, pleie og omsorg. Bevaring av verdighet og respekt er kanskje det viktigste for pasienten. Selv om mange yter en stor innsats i de eldres munnhygiene, viser dessverre de forsknings- og fagartikler jeg har brukt at det er store forskjeller på kvaliteten i omsorgen. Det stilles store krav til effektivisering.

Tidspress ble oppgitt som en av årsakene til manglende assistanse til pasienters munnhygiene (Wårdh 2000).

Sykehjem har ofte små personalressurser og samtidig mange svært pleietrengende pasienter. Å finne løsninger på de mange praktiske situasjonene kan derfor være utfordrende. For eksempel må personalet hele tiden ta stilling til hvordan man skal fordele tid og omsorg mellom de ulike arbeidsoppgavene.

Jeg vil igjen vise til et eksempel fra praksis:

*Jeg var inne hos en pasient sammen med en annen sykepleier. Vi tok opp en pasient som vi måtte være to på. Jeg var inne på badet med mannen, foretok morgenstell, mens sykepleieren holdt på å re den våte sengen hans. Jeg spurte om han ville ha hjelp til å pusse tennene, og det ville han. Sykepleieren åpnet døren inn til badet og sa til meg: ”Vi kan ikke bruke tid på det nå. Vi må fortsette hvis vi skal få opp alle som skal opp til frokost”*

For å kunne utføre munnhygienedelen må pleiepersonalet også sikres kompetanse på området. I tillegg må det legges vekt på motivasjon og betydningen av munnhygiene. Mange medarbeidere på sykehjem har et relativt lavt helsefaglig utdanningsnivå og lite formell kompetanse, og det faglige miljøet blir preget av dette. Det store antallet ekstravakter og ufaglærte i sykehjem tilsier at grundig opplæring må gir høy og kontinuerlig prioritet. (Ranhoff mfl 2007).

Også mange er relativt unge, og de har dermed et helt annet tannsett enn de gamle pasientene. En eldre pasients munn kan bli sett på som fremmed og med frykt.

Mange, spesielt yngre, opplever også avsky når de må stelle en pasients munn (Wårdh m.fl. 2000). En del er utdannet for mange år tilbake, da munnstell ikke ble vektlagt fordi ”det blir ikke hull i proteser” (Rykkje m.fl. 2003).

Rutiner må innføres og følges opp. Den som hjelper den syke må ha nødvendig kunnskap om munnstell tilpasset pasientens behov (Willumsen 2008). Ifølge Henderson poengterer også hun at sykepleieren skal ta utgangspunkt i pasientens behov. Behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra pasient til pasient. Sykepleier må derfor skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever disse behovene, og hvordan de best kan tilfredsstilles (Kristoffersen 2002). Ikke minst er det svært viktig at helsepersonell får praktiske ferdigheter nok til å utføre munnstell på en profesjonell måte. Slike ferdigheter omfatter alt fra kunnskap om gode arbeidsstillinger, bruk av lys for å få oversikt i munnen, og bruk av ulike hjelpemidler. Først når den som skal utføre tannstellet, føler seg erfaren og trygg på oppgaven, fremstår vedkommende som profesjonell (Wårdh 2003).

Å investere i undervisning kan være vanskelig å prioritere for sykehjem med lite ressurser. Undervisning kan imidlertid gjennomføres på en mindre ressurskrevende måte enn det som

ble gjort i prosjektet ved Fyllingsdalen, noen timers undervisning er et bedre alternativ enn ingen undervisning.

Jeg kan telle på en hånd de gangene en pasients munnhygiene er blitt nevnt på rapport. Heller ikke i pleieplan er en pasients munnstatus noe særlig beskrevet. Først når det er blitt riktig ille har jeg opplevd at det kommer som et mål, med tilhørende tiltak på pleieplan. Ingen mål, ingen tiltak!

Vi må jobbe for å få pleierne til å inkludere informasjon om munnhygiene i pleieplan. Det er helt nødvendig å få rutinene ned på papiret. Pasientens sykehistorie, helsestatus og funksjon danner grunnlaget for en plan for behandling og pleie.

Allerede ved det første møte bør sykepleiere registrere sykehjemsbeboernes individuelle behov for hjelp til munnhygiene.

Når vi vet at dårlig munnhygiene fører til sykdom hos svekkede pasienter, sier det seg selv at ferdigheter på dette området er viktig hos pleiepersonell.

Som i alt annet helsearbeid er forebygging viktig. For å fjerne matrester og de skadelige bakteriene som fører til tannsykdommer, er det derfor viktig å rengjøre tenner og munnen jevnlig.

I løpet av prosjektet som ble utført i Fyllingsdalen fikk pasientene montert elektrisk tannbørster på badet, og det ble utarbeidet fem ulike prosedyrer (munnstellkort) for munn- og tannstell.

Etter at de elektriske børstene hadde vært i bruk i 15 måneder, ble det foretatt en undersøkelse blant pleierne for å finne ut hva de syntes om dette hjelpemiddelet. De var samstemmige i at det var mye og enklere og mer effektivt å bruke elektriske børster, og de syntes situasjonen føltes mindre ”intim” (Stenvik 2006).

Når det gjelder elektriske tannbørster og munnstellkort, er dette en investeringskostnad for sykehjemmene. Jeg vil imidlertid gjøre leseren oppmerksom på at elektriske tannbørster og munnstellkort er en engangsinvestering. Laminerte munnstellkort kan skrives på med sprittusj, vaskes av og brukes om igjen. Den elektriske stammen på tannbørstene rengjøres, kun børstehoder trengs å byttes.

Også Virginia Henderson uttaler at en elektrisk tannbørste kan være nyttig. Spesielt hos de som ikke har gode vaner kan tjene på elektrisk børste. Dessuten gjør en roterende elektrisk børste selv mye av jobben (Henderson 1997).

Munnstellkort er til stor hjelp for nyansatte og ikke minst vikarer, og gir trygghet for at prosedyrene blir fulgt.

Oppretting av tannkontakter bør baseres på interesse og frivillighet, og det må settes av tid slik at tannkontaktene får tid til å utføre dette arbeidet.

### ***6.3 Utdanningsinstitusjonenes utfordringer***

En sykepleieutdanning spenner seg over et stort felt og det er ikke mulig å gå i dybden på alle oppgavene sykepleier skal dekke. Som ved alle andre institusjoner må det prioriteres.

Vi har på grunnutdanningen vært innom temaet, og ”lekt” litt ved skolens øvingsavdeling med vattpinner o.l., men på ingen måte gått i dybden av munnhygieneproblematikken.

På samme måte som med trening i annen personlig pleie bør alle pleieutdannelser inneholde kurs i praktisk utførelse av munnhygiene. Kurs, hvor pleiepersonell i grupper på 15-20 øver på hverandre og observerer hverandre virker godt. Pleiepersonalet skal oppleve hvor hardt det skal børstes og hvordan man får den beste arbeidsstilling og best kan se, hvor man børster. Tann- og munnstell må inn i sykepleiernes grunn- og etterutdanning. Vi kommer ikke utenom sykepleierne når vi skal møte de kommende utfordringene hos pasienter i sykehjem. Flovik (2005) trekker frem yrkesgruppens kunnskaper om sykdommer og medisiner som svært viktig for å kunne ivareta tann- og munnhelsen hos pleietrengende pasienter. Sykepleierne har posisjon til å sørge for at tann- og munnhelsen daglig blir ivaretatt hos pleietrengende pasienter.

Krona hevder at holdningene som skapes under utdanning tas med ut i yrket. Hun poengterer viktigheten av at utdanningsinstitusjonene gir munnhygiene en mer sentral plass i opplæringen av nye sykepleiere. Dersom tann- og munnstell bare blir nevnt i en bisetning på sykepleierhøgskolen, er det lite trolig at det blir et prioritert område i pleien senere (Aase 2004).

Munnpleien (2006) refererer til et spørreskjema som ble sendt til 270 ulike skoler som utdanner sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. De fikk svar fra 74 % av utdanningene. Nesten alle, 94 %, hadde noe undervisning om temaet, men de fleste hadde ikke mer enn 1 – 2 timer.

## **6.4 Forebyggende sykepleie og tverrfaglig samarbeid**

Det er ikke lenger slik som tidligere at en som eldre må regne med å miste egne tenner. Å ta vare på tennene har betydning for tygging, fordøyelse, språkuttale, velvære og kosmetiske forhold. Tannpuss eller en annen måte å rense munnhulen på må bli en selvfølgelig rutine i det daglige stedet.

Ifølge Henriksen m.fl. (2004) må noen ta ansvar for munnhygienen når de eldre havner på institusjon. Det ansvaret må spikres og det må overvåkes av tannhelsepersonell. Hun tror at mye kan gjøres ved at man får gode rutiner for munnstell og at pleiepersonell kan være de som utfører dette. Videre uttaler hun at det er åpenbart at tannhelsepersonell i større grad må inn på institusjonene og sjekke og vurdere behov for tannbehandling.

Også Krona oppfordrer sykepleierne til å tenke forebygging. Forebygging er bedre enn behandling. Sykepleiernes utfordring blir å tenke mer bevisst og helhetlig. Dersom pasientene ikke klarer vanlig stell, klarer han som regel ikke munnstellet heller.

Krona sier at ”du får ikke god tannhelse av å gå til tannlegen, men ved å sørge for god munnhygiene”. I tillegg til daglig tannpuss fordrer dette et sunt kosthold og vann i stedet for sukkerholdig drikke. Ikke minst når det gjelder drikke har sykehjemmene mye å lære. Krona hevder ironisk at: ”det første du må lære deg hvis du kommer på sykehjem, er om du vil ha sukkerholdig rød eller gul saft” (Suphammer 2005).

Flovik (2005) poengterer at eldre som har egne tenner bør tilbys fluortablett eller fluorskylling etter hvert måltid. Svært mange av de eldre med krav på gratis tannbehandling får ikke tilbud om å komme til tannlege eller tannpleier. Flovik oppfordrer alle sykepleiere om å engasjere seg mer for å forebygge tannhelseproblemer.

Flovik sier videre at kompetanseteam med blant annet tannlege og tannpleier bør inngå formelt samarbeid med sykehjem og hjemmesykepleie om tann- og munnhygiene.

Sykepleiere bør da oppfatte tannhelsepersonell som konsulenter eller veiledere, ikke som kontrollører. Kommunene bør dessuten utdanne sine egne team som kan spille en sentral rolle i det forebyggende arbeidet.

Staten må bidra med penger. Ikke minst av hensyn til opplæring og holdningsskapende arbeid blant pleiepersonell. Forebygging blir i de lengre løp billigere enn behandling.

Det finnes allerede i dag et behov for munn- og tannpleie innen eldregruppen. Hvordan skal det gå i fremtiden? Disse er vant til god tannhelse og de selv og deres pårørende vil sette tilsvarende høyere krav selv om de skulle havne på sykehjem. Det kreves større innsats fra

pleiepersonalet for å ta vare på tenner enn på proteser. For å unngå munn- og tannrelaterte lidelser og et økt behandlingsbehov, må en lykkes med det forebyggende arbeidet. Slik kan en nå målet om at den enkelte skal få beholde et effektivt og velfungerende tannsett livet ut. Beboerne må selv kjøpe sitt eget tannpleieutstyr, mens såpe, medisiner og bleier etc. dekkes av sykehjemmet. Det indikerer jo at tannpleieartikler regnes som luksus og ikke som en forutsetning for å opprettholde god helse (Stenvik, 2003). På sykehjemmet hvor jeg tar vakter var en pasient gått tom for protesefestekremen med det resultat at protesen ble liggende igjen i et glass med vann.

## 7.0 KONKLUSJON

Sykepleiere står daglig overfor faglig krevende utfordringer. Kunnskap er helt nødvendig for å sikre kvaliteten på disse tjenestene.

”Kunnskap om” er et viktig nøkkelord. Begrepet går igjen i bortimot alle fag- og forskningsartikler jeg har lest i forbindelse med denne oppgavebesvarelsen.

De fleste vet at sykdom og medisinerer kan gi dårligere tenner, men de færreste vet at påvirkningen også kan gå motsatt vei. Dårlig munnhelse kan innvirke på allmenntilstanden ved at sykdom forverres og behandling forlenges.

En hendelse fra praksis sier litt om hvor viktig kunnskap er:

*Det var kveld, de fleste pasientene var lagt, og kort oppsummerte vi de arbeidsoppgaver som gjenstod. En sykepleier fortalte at ”hun” var lagt, men at hun ikke hadde pusset tennene hennes ennå. Hun kikket på meg og fortalte at hennes tenner var veldig viktig å pusse, hun hadde fremdeles ”egne” tenner.*

Med økt kunnskap endres ofte våre holdninger. Nye holdninger medfører forhåpentligvis også at vi endrer våre handlinger. Dermed endres tendensen til å handle på andre og kanskje mer hensiktsmessige og målbevisste måter. Sykepleiers kompetanse viser seg i måten handlingene utføres på. Kompetanse slik jeg ser det er, evne til å gjøre noe.

Sykepleiers kunnskaps- og kompetansenivå, samt motivasjon for den daglige munnhygiene er avgjørende for om pasientene får den nødvendige hjelp.

Sykepleiere må ikke bagatellisere eldres behov for tilfredsstillende munnhygiene. Ved å sette fokus på nettopp munnhygiene, blir vi minnet på viktigheten av dette.



## 8.0 OPPSUMMERING

Å skrive denne oppgaven har vært en travel og strevende, men veldig lærerik prosess. Jeg har lest mye litteratur som jeg vet jeg vil ha nytte av i min fremtidige jobb som sykepleier.

Det største utfordringen har vært å finne relevant forskning. Frustrasjonen var til tider stor og tanken på å bytte tema har streift meg.

Jeg har imidlertid fått god hjelp av min veileder. Videre inspirasjon og motivasjon, samt tips om forskning har jeg fått fra Eva Rydgren Krona og Gerd Marit Brandt.

Arbeidet med denne oppgaven har utvilsomt gjort mye for min egen bevisstgjøring i forhold til en pasients munnhygiene. De månedene jeg har holdt på med Bacheloroppgaven har jeg samtidig tatt vakter på et sykehjem, og i tillegg har jeg begynt på min obligatoriske fordypningspraksis i sammenheng med grunnutdannelsen i sykepleie. Ikke en eneste gang, under denne prosessen, har en pasient ytret ønske om å få stelt munnen sin. Pasientene er med andre ord prisgitt en sykepleier som virkelig tar ansvar for å få hjulpet pasienten med munnhygiene. Gamle er generelt en ressurs svak gruppe, hvor manglende evne til å stille krav er utbredt.

Min for forståelse om sykehjempasientens munnhygiene og sykepleiers ansvar har på mange områder blitt bekreftet og understøttet av forskning.

Studiet har gitt meg et stort faglig utbytte, og mitt håp er at den kan være til inspirasjon for andre sykepleiere.

## LITTERATURLISTE

- \*Aase, Kari Anne (2004) *Dårlig stelt*. Tidsskriftet Sykepleien, 7:8-11, 4 sider
- \*Bondevik, Margareth, Nygaard, Harald (1999) *Tverrfaglig geriatri – En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, kap. 9, 7 sider
- Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Dyvi, Ellen Beate (2003) *Klar bedring i tannstatus for de eldre*. Den Norske Legeforening Tidende 2003;113:854-855, 2 sider
- \*Flovik, Anne Marie (2005) *Munnstell – Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. 1.utg. Oslo: Akribe AS, 62 sider
- \*Gimmestad, Anne Løvberg (2006) *Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge*. Den norske Tannlegeforenings Tidende, 2006;116: 268-273, 6 sider
- \* Rykkje, Linda, Gjellestad, Åshild, Wolden, Heidi (2003) *Munn- og tannstell på sykehjem*. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, rapport nr.1, Bergen, kap. 1 og 2, 4 sider
- \*Helse- og omsorgsdepartementet; Lov om tannhelsetjenesten, Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven), Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (1984-05-24)
- \*Henderson, Virginia (1960) *Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk Sykepleierforbund, 4 sider
- \*Henderson, Virginia (1997) *Principles and Practice of Nursing*. USA: ICN, 2 sider
- \*Henriksen, Birgitte Moesgaard, Ambjørnsen, Eirik, Laake, Knut, Axell, Tony (2004) *Oral health among the elderly in long-term care* Spec Care Dentist 2004:254-259, 6 sider

Hummelvoll, Jan Kåre (2006) *Helt – ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

ICNs yrkesetiske retningslinjer

Karoliussen, Mette, Smebye, Kari Lislerud (2000) *Munnstell – Eldre, aldring og sykepleie*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (2002) *Generell sykepleie 1* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Leenderts, Aalen Torborg (1997) *Person og profesjon – menneskesyn og livsverdiar i offentlig omsorg* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 3 sider

\*Pfeiffer, Riccarda (2002) *Sykepleier og leder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 4 sider

\*Ranhoff, Anette Hysten, Schmidt, Gisle, Ånstad, Unni (2007) *Sykehjemsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 8 sider

Slettebø, Åshild (2002) *Sykepleie og etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Slettebø, Åshild, (2004) *Strebing mot pasientens beste*. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS, 3 sider

\*Stenvik, Reidun (2003) *67+ og rett til tannhelse* Munnpleien 1/2003, 4 sider

\*Stenvik, Reidun (2006) *Dagens sykehjemsbeboere har mange tenner og er mer pleietrengende* Munnpleien 2/2006, 2 sider

\*Strand, Gunhild Vesterhus., Wolden, Heidi, Rykkje, Linda, Gjellestad, Åshild, Stenerud, Gro (2005) *Munnstell når livet er på hell*. Tidsskrift for den Norske legeforening, 2005; 125:1494-1496, 3 sider

\*Størksen, Kjell (2000) *Når standardløsningene ikke finnes – om behandlingsutvalget hos syke eldre*. Tandläkartidningen, 93 (2):50-59, 10 sider

\*Suphammer, Trine (2005) *Eldres tannpleie i fokus* Munnpleien 1/2005, 3 sider

\*Willumsen, Tiril, Wenaasen, Marianne, Armingohar, Zahra, Ferreira, Jenny (2008) *Sykepleie og oral helse*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, kap. 1-6, 48 sider

\*Wårdh, I, Hallberg, L, Berggren, U, Andersson, L og Sørensen, S (2000) *Oral health care – a low priority in Nursing*. Nordic College of Caring Science 14:137-142, 6 sider

\*Wårdh, I, Hallberg, L, Berggren, U, Andersson, L og Sørensen, S (2003) *Oral health education for nursing personell*. Nordic College of Caring Science 17:250-256, 7 sider