

# BACHELOROPPGÅVE

*«Bedre med en skikkelig  
tannpuss om dagen enn flere  
slurvepuss i løpet av døgnet»*

Oral helse blant sykehjemsbeboere, med vekt på forebygging.

av

Kandidatnummer: 51  
Anne Myroldhaug

*”Better with one proper brushing a day than several careless  
during the day”*

Emnekode og navn: SK 152, Bacheloroppgave i sykepleie

Innleveringsdato: 19.04.2013

antall ord: 7288

Veileder: **Toril Olesrud Fjørtoft**

## **Sammendrag**

### **Tittel:**

Bedre med en skikkelig tannpuss om dagen enn tre slurvepuss i løpet av døgnet.

### **Bakgrunn for valg av tema:**

I sykepleierutdanningen er tannstell og fokus på oral helse ikke vektlagt så mye som det bør. Det har ikke vært nok fokus på hva tenner og munnhule kan bety for utvikling av sykdom og hvordan ubehag og smerter kan virke inn på livskvaliteten. I helsevesenet kan det av og til virke som om man ikke ser på tennene som en del av kroppen, og i praksis på sykehus, sykehjem og seinere i arbeid på sykehjem har jeg sett mye dårlig og av og til manglende tannstell.

*"Det er sjeldan eg kan krysse av for tilfredsstillande tannpuss på tilbakemeldingskjema til sjukeheimane."* er noe jeg bet meg merke i, som ble sagt av tannpleier ved den lokale tannklinikken. Dette utsagnet fikk meg for alvor til å reflektere over hvorfor det er slik, og jeg bestemte meg for å finne ut mer om temaet.

### **Problemstilling:**

Hva er det som hindrer en optimal tannhelse blant sykehjemspasienter, og hva kan vi som sykepleiere gjøre for å forebygge dette problemet?

### **Metode:**

Litteraturstudie, inkludert nyere forskningsartikler for å bygge opp under og sikre kvalitet i oppgaven. I tillegg har jeg tatt med praksiserfaringer for å gi oppgaven tyngde.

### **Oppsummering:**

*Kunnskap* om hva som fører til dårlig oral helse og *kunnskap* om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forebygge problemet er essensielt. Sykepleiere kan bidra til holdningsendring blant personalet og skape motivasjon ved å holde fokus på dette viktige temaet. Gjennom daglig systematisk arbeid, god dokumentasjon og implementering av praksisnær forskning, vil vi kunne forebygge ubehag, smerter og ikke minst sykdomsutvikling hos pasientene.

## Summary

### Title:

Better with one proper brushing a day than several careless during the day.

### Background:

In the nursing program, dental care and a focus on oral health is not emphasized as much as it should. There has not been enough focus on what teeth and mouth means in the development of disease, and how discomfort and pain can affect quality of life. In health care it sometimes seems like the teeth are not a part of the body. In practice in hospitals, nursing homes and later working at a nursing home, I've seen poor dental care, and sometimes even no dental care.

A dental hygienist at the local dental clinic told me "*I can hardly ever check for satisfactory brushing on the feedback form to the nursing homes*". This statement is something I particularly noted, and it made me seriously reflect on why it is so- I decided to find out more about the subject.

### Topic question:

What are the obstacles for maintaining a good oral hygiene when living in a nursing home, and what can the nurses do to prevent this problem?

### Method:

Literature studies, including recent research-articles to underpin and ensure quality in the assignment. In addition, I've included examples from practical experience.

### Summary:

*Knowledge* of factors causing poor oral health, and *knowledge* about what nurses can do to prevent the problem are essential. Nurses can help change attitudes among staff and create motivation by keeping focus on this important topic. Through systematic daily work, accurate documentation and implementation of practice-research, we will be able to prevent discomfort, pain and especially progression of disease in patients.

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.2.1 Avgrensning av problemstilling.....	3
<b>2.0 Metode</b> .....	3
2.1 Valg av litteratur .....	4
2.2 Forskning .....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4. Praksiserfaringer .....	6
<b>3.0 Teori</b> .....	6
3.1 Tannhelse og munnhygiene hos eldre/patologi .....	6
3.2 Konsekvenser ved dårlig munnhygiene.....	7
3.4. Etikk.....	8
3.5 Kari Martinsen/ teoretisk rammeverk.....	8
3.6 Kommunikasjon/ Relasjonskompetanse/Samhandling.....	9
3.7 Organisatorisk kompetanse/ Tid og ressurser.....	10
3.8 Ansvar.....	10
<b>4.0 Drøfting</b> .....	12
4.1 Hvis man vet bedre, men ikke gjør noe med det- ansvar ?.....	12
4.2 Relasjon, tilnærming, holdninger, kompetanse.... og hvordan fremme motivasjon? ....	13
4.3 ”Tiden går ikke, den kommer.....” .....	17
4.4 Skal vi spare oss til fant eller ta i bruk det beste utstyret?.....	19
<b>5.0 Styrke og svakheter ved oppgaven</b> .....	20
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	20
<b>LITTERATUR</b> .....	22

Vedlegg 1: Tiltak til forebygging for å fremme oral helse ved sykehjem

Vedlegg 2: Systematiserte treff i databaser



## 1.0 Innledning

*"Den korteste veien mellom to mennesker er et smil"!*

Tennene og munnen er en viktig del av kroppen, spesielt med tanke på at det som regel er det første man legger merke til hos et annet menneske. Munnen gir oss identitet og evne til kommunikasjon, og har dermed stor betydning for samvær med andre. Tenner og munn må fungere optimalt for å fremme de grunnleggende behovene for mat og drikke, og ikke minst puste. Et godt fungerende tannsett er ingen selvfølge, men er allikevel ofte et neglisjert område av kroppen i mange sammenhenger (Flovik, Anne Marie 2005).

*"Forholdene i munnhulen har direkte innflytelse på helse. Munnhulen er portalen til fordøyelsen og lungene. En ren og frisk munn har stor betydning for både psykisk og fysisk velvære", sier Anne Marie Flovik (2005).*

Ved åpningen av Den norske tannlegeforenings årsmøte 13. oktober 2012 holdt Helseminister Jonas Gahr Støre tale. Hovedpoenget var at han vil ha *"tennene tilbake i kroppen"*, og at tennene må ses i sammenheng med befolkningens øvrige helse. Han sa også at han ønsker et bredt perspektiv på norsk helsetjeneste med *"forebygging av sykdommer som hovedfokus."* Når det gjelder Samhandlingsreformen uttalte han at tannhelse er en viktig del av reformen for å forebygge befolkningens helse, og at *"tannhelse må være med i loopen med andre deler av helsetjenesten"*. (hDir)

Som utgangspunkt for oppgaven vil jeg referere en skrekkopplevelse på dårlig tannstell, en sjøløppløvd *"case"* fra min egen medisinske praksis:

*"En pasient fra et sykehjem kom inn med høy feber, CRP på nesten 300 og stigende. Pasienten var dement og ynket seg veldig, uten at legene fant ut hva som var galt. Det ble satt i gang antibiotikabehandling uten at årsaken var funnet. Den eldre dama hadde med seg pårørende som i likhet med personalet ikke forstod hva pasienten prøvde å uttrykke. Hun fikk ikke i seg vått eller tørt, fikk bare fukta munnen og tilført væske i.v. Den tredje dagen var det endelig en lege som insisterte på å se nøye inn i munnen til pasienten (hun var tidligere bare observert i halsen). Synet som møtte var et hissig, illrødt, hovent tannkjøtt og mange avbrevte tannstubber. Denne dagen var pasientens CRP på nærmere 400, og det ble bytta antibiotikatype. Dessverre døde pasienten utpå kvelden. Som student ble jeg veldig sjokkert*

*over dette. Jeg har tenkt mye på det siden og får tårer i øynene av å skrive om det. Dette er ikke noe som oppstår "over natta", og mange som har hatt ansvaret for denne pasienten har svikta, ikke minst personalet på sykehjemmet. Slik kan vi ikke ha det!"*

Jeg ønsker i oppgaven å belyse at tilbakemeldinger fra våre (tverrfaglige) samarbeidspartnere om at vi ikke gjør en god nok jobb, må vi forholde oss til, og ikke minst gjøre noe med det! I Bacheloroppgaven prøver jeg å få fram at vi som sykepleiere har muligheten til og bryte en ond sirkel, og at det er vi som er ansvarlige for å legge forholdene til rette slik at pasientene får opprettholdt en god oral hygiene på sykehjemmet.

## 1.2 Problemstilling

*"Hva er det som hindrer en optimal tannhelse blant sykehjemspasienter, og hva kan vi som sykepleiere gjøre for å forebygge dette problemet?"*

### 1.2.1 Avgrensning av problemstilling

Jeg avgrenser oppgaven til å gjelde pasienter og personalet ved sykehjem. Jeg skriver oppgaven ut fra sykepleiers ståsted, og i dette ligger også ansvaret for å lede personalet i det daglige arbeidet. Godt tannstell er noe alle har behov for. Pasienter som pusser tennene/proteseene sjøl er det ikke grunn til å utelukke, da vi som sykepleiere har et overordnet ansvar for *alle* pasientene med tanke på forebygging og tilrettelegging. Sykdomsutviklingen går raskt hos sykehjemspasienter, så det må holdes et våkent øye også med pasienter som i utgangspunktet er sjølstendige i tannstell.

## 2.0 Metode

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data, dvs. den informasjonen vi trenger til det temaet vi har valgt. Begrunnelsen for å velge *en* bestemt metode er at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Dette er en *litterær oppgave*, hvor spørsmålene blir stilt til litteraturen, altså tidligere dokumentert kunnskap. Det finnes mange gode og relevante kilder å velge mellom i en litteraturstudie, som fagbøker, fagartikler/forskning og tidsskrifter. Fordelen med en litteraturstudie er at dataene man jobber med hele tiden er tilgjengelige, og det er mulighet for

å hente inn tilleggsdata underveis, slik at man kan finne nye aspekter. For å skrive en god oppgave er det en fordel å søke i databaser etter oppdatert forskning. Det kan også være en ide å benytte seg av ressurspersoner i form av fagfolk på temaet man velger å skrive om (Dalland, Olav 2012). Jeg har valgt og benyttet meg av en ressursperson i denne oppgaven, en tannpleier ved den offentlige tannklinikken, som samarbeider med institusjonene i kommunen om tannstell.

## 2.1 Valg av litteratur

Ved manuell søking på google etter artikler og innlegg som handler om tannhelse generelt og tannhelse hos eldre spesielt, fant jeg noen av artiklene mer interessante i forhold til problemstillingen min enn andre. Ved å sjekke referanselista i artiklene fant jeg flere artikler jeg ville søke videre etter i databaser, og også litteratur jeg kunne finne på biblioteket.

I *"SYKEPLEIE OG ORAL HELSE. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt"* (Willumsen, Tiril, Wenaasen, Marianne, Armingohar, Zahra og Jenny Ferreira, 2008), blir det stilt spørsmål i innledningen om pleiere kanskje synes tannstell er en ekstrabelastning, at det kan være ubehagelig og muligens oppfattes som en "tidstyv"? Forfatterne tror den rette kompetansen tidligere ikke har vært lett tilgjengelig for de som til daglig utfører tannstell hos pasienter med funksjonssvikt

I *"MUNNSTELL. Godt munnstell nødvendig og helsebringende"* (2005) av Anne Marie Flovik tar hun for seg de fleste aspekter ved munnstell og setter fokus på hva som kan være problematisk ved tannstell, og hvordan mangelfullt tannstell kan føre til sykdomsutvikling.

I tillegg til disse to bøkene har jeg brukt litteratur fra flere av fagområdene vi har vært innom i sykepleiestudiet, som omhandler *organisatorisk kompetanse, relasjonskompetanse, kommunikasjon, pedagogikk, etikk og geriatri*. Litteratur om *kvalitetsutvikling* har jeg også i noen grad brukt.

Via Helsedirektoratet (hDir) fant jeg lovverket som sier noe om ansvarsforhold i forhold til tannhelse i befolkningen, *"Tannhelsetjenesteloven"*, *"Helsepersonell-loven"* og



"Kvalitetsforskriften" med kvalitetsindikatorer for tannhelse"(lovdata.no). Jeg fant også rapporten "*Tannhelsestatus i Norge* (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009:5).

## 2.2 Forskning

For å finne gode forskningsartikler gikk jeg inn på Pubmed og SveMed. Jeg visste at det var gjort studier ved norske sykehjem i de seinere åra(Suphammer, Trine 2011). Dette med bakgrunn i at det har blitt stilt spørsmål ved om tannhelsen ved institusjonene er god nok, og for å finne årsaker til dårlig tannstell. Jeg ville finne artikler fra norske forhold eller land vi kan sammenligne oss med, fordi min ressursperson fortalte at de nordiske landene har et samarbeid om å utarbeide samnordiske kvalitetsindikatorer for munn-og tannhelsetjenesten.

Flere forskningsprosjekter er gjort av Tiril Willumsen et al.,bl.a. i samarbeid med sykepleierutdanningen Høgskolen i Oslo og hjemmesykepleien i Oslo kommune,og er også ansvarlige for et forskningsprosjekt som involverte ca.500 pasienter og 4-500 pleiere ved 11 sykehjem i Østfold. Forskningsartikkelen som kom ut av studien i Østfold, "*Are the barriers to good oral hygiene within the nurses or the patients?*"(Willumsen,Tiril, Karlsen,Line, Næss,Richard og Sissel Bjørntvedt, 2011)(vedl.2) bruker jeg som utgangspunkt for oppgaven. Jeg har valgt å bruke artikkelen fordi den antyder *to hovedårsaker til dårlig tannstell på sykehjem, Tid og Motstand fra pasientene.*

Forskningsartikkelen "*Munnstell når livet er på hell*"( Strand G V, Wolden H, Rykkje L, Gjellestad Å og G Stenerud, 2005) viser vei i hva som skal til for å bedre tannhelsen blant sykehjemsbeboere. Hovedbudskapet er at det er mulig å bedre sykehjemsbeboeres orale hygiene ved *enkle pleietiltak satt i system, og med relativt liten innsats.* Artikkelen baserer seg på nye metoder som er utprøvd ved Fyllingsdalen undervisningssykehjem i Bergen. Fire tiltak som ble satt i gang : 1)Kompetanseheving og motivering av personalet, 2)Bildebaserte prosedyrekort, 3) Distribusjon av adekvate hjelpemidler(blant annet *elektriske tannbørster*), og 4)Innføring av nye rutiner i avdelingen,inkludert egne tannkontakter. Pasientenes orale hygienivå ble målt *før* og 15 mnd. *etter* at tiltakene ble satt i verk. Etter intervensjon ble det oppnådd en *signifikant forbedring* i munnhygien ved sykehjemmet. Artikkelen konkluderer ikke med hvilken av de 4 tiltakene som har størst betydning, men nøyer seg med å fastslå at kompetanseheving og bedre rutiner gav en klar bedring i det orale hygienivået hos 2/3 av beboerne.



## 2.3 Kildekritikk

Jeg har brukt både *primærkilder* og *sekundærkilder* i oppgaven. Primærkildenes fordel er at det er forfatterens egne ord, i motsetning til sekundærkildene, der man må stole på at den som gjengir har tolket budskapet rett. Men, man kan sjøl misforstå innholdet i en primærkilde, og da kan det være nyttig å se hvordan andre (sekundærkilder) har forstått forfatteren. Hvis oppgaven skal ha *validitet* og *reliabilitet* må man bedømme litteraturen med et kritisk øye og mest mulig fornuftig i forhold til relevans for problemstillingen man velger. Som en hovedregel bør ikke skriftlige kilder være eldre enn 10 år. Forskningsartikler som er *referibedømte*, viser at de er godkjente av andre forskere og fagfolk på området (Dalland, Olav og Hilde Tygstad 2012). Databasene jeg søkte i, Pubmed og Swemed+, er anerkjente og godt oppdaterte innen helsefag.

## 2.4. Praksiserfaringer

Jeg velger å ta med i innledningen og drøftingsdelen noen erfaringer jeg har gjort meg i praksis, både ved sykehjem og i medisinsk avdeling.

## 3.0 Teori

### 3.1 Tannhelse og munnhygiene hos eldre/patologi

Tannhelse er et vidt begrep og derfor vanskelig å definere og måle. Subjektivt kan tannhelse måles ved å spørre hvordan den enkelte sjøl vurderer sin tannhelse. En reduksjon i sykdomsforekomsten trenger ikke nødvendigvis bety en bedring i tannhelsen. En tannløs person kan for eksempel synes at han eller hun har god tannhelse. Tannhelse og tilstanden i munnen utgjør tilsammen *oral helse* (rapport 2009:5).

Aldersforandringer kan bidra til sykdomsutvikling i munnhulen, men mange andre faktorer spiller også inn. De vanligste aldersforandringene er misfargede, sprø tenner, tilbaketrasket tannkjøtt, svekkede slimhinner, redusert spyttsekresjon, og nedsatt muskelstyrke som kan gi

dårlig tygge-og svelgfunksjon og dårlig egenrensing av munnhulen. Ved redusert spyttsekresjon blir de enkleste ting som å snakke, svelge, tygge og smake vanskelig. Ekstrem munntørrehet kombinert med dårlig munnhygiene kan ødelegge et tannsett i løpet av få måneder. 20-30 % av befolkningen lider av munntørrehet, og problemet er økende ved aldring. Den vanligste årsaken er kronisk sykdom, med bruk av legemidler med munntørrehet som bivirkning. Polyfarmasi øker risikoen for munntørrehet (Samson og Strand 2008) (Flovik 2005).

To faktorer som gjelder mange sykehjemspasienter kan spille inn på munnhygiene, *funksjonssvikt*, som gjelder i mer eller mindre grad alle sykehjemspasienter, og *demens*, som medfører at pasienten har spesielt nedsatt evne til egenomsorg. Demente har i tillegg ofte vanskelig for å uttrykke seg og beskrive smerter, og gjør det spesielt utfordrende for pleiepersonalet å oppdage og lokalisere problemer i munnen. Adferdsendringer spiller inn på motivasjonen for å pusse tenner eller få hjelp (Samson og Strand 2008). Tannkjøtt- og slimhinnestatus har stor betydning for eldres tannhelse, bl.a. med tanke på *smerte- og spiseproblemer*. For å få en mer dekkende beskrivelse av tannhelsen bør derfor disse indikatorene tas med (rapport 2009:5). Ved å ha en funksjonell og komfortabel munnhule som mål, kan man *forebygge* og eventuelt redusere ubehag og plager som kan utvikle seg til komplikasjoner. Mange eldre er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. Dårlig munnhygiene kan for disse være livstruende (Samson, Heidi og Gunhild Vesterhus Strand 2008).

### 3.2 Konsekvenser ved dårlig munnhygiene

Bakterier, sopp og virus finnes normalt i et stort antall i munnhulen. Hvis balansen forrykkes vil patogene bakterier kolonisere seg, og kan forårsake *slimhinneforandringer, karies, gingivitt og periodontitt*. Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene eller spres via blodbanen, og i neste omgang kan det føre til systemiske sykdommer som (asp.) pneumoni, endokarditt, sepsis og arterosklerose. Dårlig munnhygiene kombinert med nedsatt immunforsvar og redusert spyttsekresjon er de viktigste risikofaktorene. Høyt sukkerforbruk øker også infeksjonsrisikoen. Andre konsekvenser ved dårlig munnhygiene er ubehag og smerter, som fører til forringa livskvalitet med tap av matlyst og velvære (Samson og Strand 2008). Tiril Willumsen sier "Det er bedre med en skikkelig grundig tannpuss en gang pr. dag enn med tre slurvetannpuss i løpet av dagen!" (Willumsen, Tiril, Wenaasen, Marianne, Armingohar, Zahra og Jenny Ferreira 2008, s.18).



### 3.4. Etikk

Etikk er teori om moral. Nærhetsetikk er en tilnærming som setter *jeg-du*-forholdet i sentrum. I følge Brinchmann er nærhetsetikk relasjonsetikk, i den forstand at sykepleierens holdninger og væremåte har betydning for at situasjonen skal bli god for pasienten. Hovedpoenget er at sykepleieren må være oppmerksom på det spesielle i hver enkelt situasjon, og sette fokus på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Nærhetsetikken vektlegger også følelsenes betydning for å oppdage at faglige og moralske verdier står på spill (Brinchmann 2005). Innenfor *de fire prinsippers etikk*, kan nesten enhver problemstilling bli et dilemma mellom å oppfylle prinsippene. "*Velgjørenhet*" kan for eksempel stå i konflikt med prinsippet "*Autonomi*", og kan det føre til *Paternalisme* overfor pasienten å gjennomføre prinsippet om velgjørenhet (Brinchmann 2005).

Stellet er en arena der den gamle er utsatt og langt på vei prisgitt hjelperen, og mulighetene for å krenke pasienten er til stede (Brodtkorb 2008). Møte mellom pasient og pleier kan også bli det motsatte, der handlingene fører med seg at pasientens integritet og verdighet ivaretas. Nærhetsetikken sier ikke noe om *hvordan* vi skal handle, og kan derfor ikke stå alene. Det trengs også normative teorier som sier noe om hva vi skal gjøre, og handlingsorienterte prinsipper, som de yrkesetiske retningslinjene. I de yrkesetiske retningslinjene under *Sykepleieren og profesjonen*, er det et eget punkt som sier "*Sykepleieren bidrar til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis*", og et annet som forteller oss at sykepleieren skal "*beskrive og tydeliggjøre forsvarlig praksis*" (NSF, 2013).

### 3.5 Kari Martinsen/ teoretisk rammeverk

I følge Kari Martinsen er sykepleie en form for yrkesmessig omsorgsarbeid. Omsorg er en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, som omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering. Omsorgen er betingelsesløs, og er et mål i seg sjøl. Konkrete mål kan være å gjøre det så godt som mulig i her-og-nå situasjonen og opprettholde et visst funksjonsnivå og unngå forverring. Fordi pasienten er i en situasjon der han ikke er sjølhjulpen, må forholdet bygge på uegennyttig gjensidighet. Dette innebærer at man ikke forventer noe tilbake, men engasjerer seg i pasientens situasjon og handler ut i fra sin



faglige merforståelse, på en måte som gagnar pasienten best mulig- med andre ord en *svak paternalisme*. Den praktiske sykepleien tar utgangspunkt i den felles menneskelige dagligverden, og i fagkunnskap, med en sykepleie basert på praktisk og erfaringsbasert kunnskap. Martinsen mener at teoriene og prosedyrene i sykepleiefaget vil være inkludert i gode holdninger, og at *praktisk-moralsk handlingsklokskap* må utvikles sammen med andre sykepleiere i sykepleierfellesskapet, hvor kunnskapen utvikles på grunnlag av felles forståelse av hva som er gode og riktige handlinger i konkrete situasjoner (Martinsen, Kari 2003).

### 3.6 Kommunikasjon/ Relasjonskompetanse/Samhandling

*"I kommunikasjon med eldre kan man benytte seg av ulike metoder, gjerne i kombinasjon, men mye tyder på at hjelperens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det viktigste for å få god kontakt og kunne kommunisere godt"*

(Eide Hilde og Tom Eide 2007, s.383)

Når det gjelder kommunikasjon, viser nyere forskning at det ikke er en bestemt metode eller strategi som er best eller fører fram for alle pasienter. *Relasjonen* er viktigere enn metoden, og lite tyder på at det er en metode som er bedre enn en annen. En regel man kan trekke ut, er at hvis man prøver en strategi som viser seg og ikke virke, er det viktig å ikke gjøre mer av det samme, men tenke nye løsninger (Eide og Eide 2007). Gode *nonverbale* kommunikasjonsevner er spesielt viktig i arbeid med pasienter som har reduserte kognitive evner. I kommunikasjon med demente vil den nonverbale kommunikasjonen ha sterkere gjennomslag enn den verbale. Det er grunn til og tro at spesielt i kontakt med pasientens kropp, der pasienten er intimt berørt, spiller det nonverbale språket en særlig viktig rolle (Eide og Eide 2007). Det nonverbale språket må virke kongruent i forhold til det verbale språket. Kongruent kommunikasjon er bekreftende og inngir tillit. Sykepleieren må være bevisst sin egen måte å kommunisere på; ansiktsuttrykk, stemmens klang, øyekontakt, blick, kroppsspråk, berøring, stillhet og "ikke-ord" er faktorer som henger nøye sammen, og kan virke enten avvisende eller bekreftende, akkurat som det verbale språket. For å oppnå en konstruktiv kommunikasjon, må ferdigheter i verbal og nonverbal kommunikasjon ligge til grunn. Å kommunisere klart, og å vise at man er en aktiv, interessert

lytter, er en forutsetning for å identifisere hva en situasjon krever. Da kan man forebygge med gode løsninger for å unngå uheldige valg av løsninger (Eide og Eide 2007).

### 3.7 Organisatorisk kompetanse/ Tid og ressurser

Koordinering og samordning av tjenestetilbudet til pasienten er en viktig sykepleieoppgave.

*”Sykepleiere er sentrale aktører i å organisere arbeidet for å ivareta helhet og kontinuitet overfor pasientene, og står i en særstilling i forhold til andre terapeuter, med sin døgnkontinuerlige pasientkontakt”*

(Bjæro K. og Marit Kirkevold 2011)

Begrepet *organisasjonskompetanse* er organisasjonsforståelse. Når en sykepleiere håndterer rollekonflikten mellom pasienthensyn, hensynet til egen arbeidssituasjon og effektivitetskrava i organisasjonen på en reflektert måte, så har hun en slik kompetanse (Orvik, Arne 2012, s.37-40). Det er viktig at sykepleiere er reflekterte organisasjonsmennesker. Man må ha forståelse for hvordan organisatoriske rammer kan påvirke omsorgen til pasientene og sykepleie som arbeid, sjøl om *pasienten* ideelt sett skal komme først i den normative pyramiden. For å kunne organisere pasientarbeidet effektivt, må sykepleieren være handlekraftig.

*Organisasjonskompetansen* handler om å forstå sykepleiens og sykepleierens plass i en organisasjon. Den andre formen for organisatorisk kompetanse, *organiseringskompetanse*, går på ledelse – også kalt *handlingsrettet kompetanse*. *Organisasjonskompetanse* kan være en hjelp til å forstå konflikter. ”Kampen om tida” (tidsjag) kan være et organisasjonspåført dilemma, som også fører til private frustrasjoner. Tidsjaget kan føre til dilemmaer. Spesielt kan det være en utfordring å koordinere dette og samtidig holde seg oppdatert faglig, og egne behov kan lett komme sist på lista for å sette pasienten først. Mange kompromisser må gjøres for å ivareta pasientene, og samtidig ta vare på seg sjøl som profesjonsutøver og arbeidstaker. Fra ledelsen (produksjon) presser også kravene på, og som en buffer mot dette krysspresset trenger sykepleieren organisasjonskompetanse (Orvik 2004, s.155-157).

### 3.8 Ansvar

Det er flere fokus under ansvar; *Sykepleierens* personlige ansvar, *Kommunens* ansvar og *Fylkeskommunens* ansvar gjennom drift av Den offentlige tannhelsetjenesten. I helsepersonellovens §4(1999), understrekes det at helsepersonell har et *selvstendig* ansvar for



å yte *forebyggende*, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende hjelp på en faglig forsvarlig måte. En sykepleier skal kunne forutse og forhindre komplikasjoner med bakgrunn i erfaring og kunnskap hun har fra tidligere pasientforløp, og kunne sette i verk forebyggende tiltak (Flovik 2005). Det forventes i stadig større grad at den faglige utøvelsen skal være *kunnskapsbasert* og kunne begrunnes i den beste kunnskapen fra forskning, klinisk praksis og pasienterfaringer. Et avvik fra kunnskapsbaserte prosedyrer eller retningslinjer vil kreve en god begrunnelse for å kunne sies å være forsvarlig. Krav om forsvarlighet innebærer også å evaluere virkning av tiltak (Bjæro og Kirkevold, 2011).

*Pedagogisk ansvar*, med formidling av kunnskap, og *kvalitetsutviklingsarbeid* er viktige deler av arbeidet til en sykepleier. Sidsel Tveiten sier (2008) at hensikten med den pedagogiske virksomheten til sykepleieren er at mennesket utvikler eller videreutvikler sin mestringskompetanse. Sykepleierens pedagogiske funksjon kan være rettet mot student, pasient og/eller kollega. Sykepleiere har en veiledende funksjon for nyansatte, og veiledning overfor kolleger i det faglige og tverrfaglige samarbeidet er en lederoppgave. Det er fem grunnprinsipper som fremmer læring, som er mye brukt i pedagogikken. Disse er *motivering, aktivisering, konkretisering, individualisering og samarbeid* (MAKIS). Bevissthet om hva veiledning er, kan hjelpe sykepleieren til på best mulig måte å videreformidle den kunnskapen hun sitter inne med. Lederen må møte den ansatte der hun er, og på denne måten stimulere til innsats gjennom ansvarliggjøring og tilrettelegge for utvikling faglig, som er positive faktorer som er godt dokumentert og kan forebygge utbrenthet og øke personlig trygghet i arbeidet (Tveiten 2008).

I *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (2003), presiseres det at de ansatte i *kommunens* hjemmetjenester og i institusjonene har ansvar for det forebyggende tannhelsearbeidet. Personalet skal sørge for at eldre som har behov for det får tilbud om gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Ved opphold i institusjon over 3 mnd., er det institusjonen som har ansvar for utarbeiding av prosedyrer og for gjennomføring av adekvat personlig hygiene (Samson og Strand 2008). Nødvendigheten av tannbehandling og ivaretatt munnhygiene står presisert i §3 i kvalitetsforskriften i kommunene. God munnhelse er avhengig av *tverrfaglig samarbeid* mellom pleiere innenfor omsorg og tannhelse (Willumsen et al. 2008).



## 4.0 Drøfting

*"Hva er det som hindrer en optimal tannhelse blant sykehjemspasienter, og hva kan vi som sykepleiere gjøre for å forebygge dette problemet?"*

Forskningen som er lagt fram belyser problemstillingen godt. Det er hindringer for å fremme et optimalt tannstell ved sykehjemmene. I drøftingen vil jeg prøve å få fram sammenhengen mellom dårlig tannstell, for lite kompetanse på flere områder, hvordan vi bruker de ressursene vi har til rådighet, og hva som evt. kan forandres på for å bøte på problemet, med vekt på teorien jeg har lagt fram.

### 4.1 Hvis man vet bedre, men ikke gjør noe med det- ansvar ?

Det er sammensatte årsaker til dårlig tannstell. Jeg tenker at pleiepersonalet kanskje gjør så godt de kan ut i fra gitte forutsetninger, men jeg har også sett og hørt mye jeg reagerer på. Det er sykepleierens ansvar å holde tenner og munnslimhinner rene, fuktige og intakte for å forebygge infeksjoner og opprettholde verdighet og velvære (Samson og Strand 2008).

I følge Willumsen (2008) har det foreløpig ikke skjedd i Norge at noen har blitt saksøkt for å neglisjere tannstell på institusjonene, men at det allikevel er veldig viktig at helsepersonell er klar over ansvarsforholdene. En del pasienter opplever et svært dramatisk forfall i tannhelsen mens de er i institusjon (Rapport 2009:5).

Det jeg ofte reagerer på er holdningen til servering av sukkerholdig drikke som juice og saft fra morgen til kveld. Det samme gjelder lett-tygde mat som inneholder mye sukker. Det er en utfordring å få eldre, svekka mennesker til og drikke nok, men jeg er ofte uenig i tilnærminga til problemet. Mitt inntrykk er at mange ikke tenker så nøye over hva de serverer pasientene. "Dei må no få i seg *nøke* drikke", er et vanlig utsagn der jeg arbeider. På pasientrapportene kan man lese "pasienten ville ikke/orke ikke pusse tennene", og oftest er tennene/protesene ikke en gang nevnt i rapporten, bortsett fra når pasienten begynner å få åpenbare smerter eller problemer med å tygge eller svelge. Jeg tenker at dette er noe personalet gjør av gammel vane. Det skal litt til for å bryte innarbeida mønster og arbeidsrutiner når man kommer ny på en arbeidsplass, men det er allikevel viktig å tørre og stille spørsmålstegn ved om det alltid er rett å fortsette som før. Som sykepleier har man plikt til å sette seg inn i ny forskning (NSF

2013),og når det gjelder tannstell er det forskning som kan vise til gode resultater når det gjelder å bevisstgjøre de ansatte om farene ved feil kosthold og dårlig tannstell,og også betydningen av bedre opplæring(Strand et al.2005).

Etter hva jeg ser og opplever og ut i fra tilbakemeldinger fra tannpleier så er vi langt fra gode nok på dette feltet. Så hva er årsakene? Er det bare så enkelt at *dårlig tid og motstand fra pasienten* (Willumsen et al. 2011) hindrer oss i å utføre et godt tannstell,eller må vi tenke nytt og "ta tida tilbake" gjennom for eks. bedre organisering og synliggjøring overfor ledelsen at dette er noe vi må og vil ta tak i? Undersøkelser viser at tiltak som systematisering av tannstell(vedlegg 1),fører til bedre munnhygiene og bedre velvære og helse hos gamle mennesker.

#### 4.2 Relasjon, tilnærming, holdninger, kompetanse.... og hvordan fremme motivasjon?

For noen pleiere oppleves munnstell ubehagelig og for andre direkte frastøtende,og enkelte innrømmer at dette er den oppgaven som først blir nedprioritert når det er mye å gjøre(Samson og Strand 2008). Noen sykepleiere opplever det som "*uestetisk og ekkelt*" å utføre munnpleie,og overlater det helst til andre(Flovik 2005). Det er nedstemmende lesning,men jeg tror dette er holdninger som går an å jobbe med,hvis vi i større grad setter tannstell på dagsordenen. Det er forståelig at det kan føles ubehagelig å hjelpe pasienter med munnstell hvis det som møter deg er plakkdannelse, sopp og belegg på tunga. Det er også pleiere som arbeider med pasienter som ikke er *klar* over mye en god oral helse betyr for den generelle helsen. Bedre *kunnskap* om forebygging vil kunne hjelpe på de ansattes holdninger(Strand et al.2010).

Hvis pasienten motsetter seg tannstell og pleieren vet hun har dårlig tid,så er det kanskje lettere å la pasienten "slippe"? Er det rett å la pasienten bestemme at han ikke vil pusse tenner hvis det på sikt vil medføre mer lidelse og sykdom? I følge Willumsen(2008)er det ikke noe argument for å unnlate å pusse tennene at pasienten sier "Jeg vil ikke". Hvis pasienten motsetter seg munnstell eller undersøkelse,er det *sykepleierens ansvar* å utrede pasienten i samarbeid med tannhelsepersonell. Dersom en person med samtykkekompetanse motsetter seg munnstell,fremheves det at det er *motivasjon* som må til(willumsen et al. 2008). Det er viktig å vinkle hjelpen som et positivt tilbud,for å øke velvære og trivsel,og bør være like naturlig som motivasjon til vask ellers på kroppen. Det er eksempler på at pleiepersonalet



forsvarer seg med at de ikke vil frata de gamle deres verdighet ved å overta ansvaret for munnhygiene. Det kan oppstå et dilemma mellom å respektere den gamles autonomi og å gripe inn når den gamle ikke klarer å holde tenner og tannkjøtt rent og friskt(Flovik 2005).

Psykisk opplever de fleste det som ubehagelig å få fremmede ansikter for tett inn på ansiktet. Munnen er en intimsone, noe av det mest private på kroppen vår, og også et psykisk følsomt område. De fleste er følsomme for kritikk av denne kroppsdelen, og det å få høre at de ikke klarer å holde god hygiene, kan bli oppfattet som kritikk. Det er viktig å ha respekt for at terskelen for å motta hjelp til tannpuss kan være høy hos en som er syk. Pasientene må *motiveres* for å motta hjelp, og tannstell må utføres på en effektiv og profesjonell måte(Willumsen et al. 2008). Pleieren må utføre handlingene slik at de gjenspeiler respekt og omtanke for personen det gjelder. Nedsatt evne til å kommunisere av ulike årsaker kan vanskeliggjøre samhandling, og stiller krav til sykepleierens evne til innlevelse og kommunikasjon (Brodtkorb, Kari 2008) .

Det blir påpekt hvor viktig det er at den som utfører tannstell føler seg erfaren og trygg i arbeidsoppgaven, at hun har gode praktiske ferdigheter, riktig utstyr og generelt god kunnskap(vedlegg 1). Pleiere som har *praktiske ferdigheter* og *profesjonalitet i sin holdning* vil gi pasienter som opplever assistanse ved munnstell som et positivt tiltak som øker helse og velvære, i stedet for at det blir opplevd som et ubehagelig inngrep. Først når disse forholdene er oppfylte vil hjelperen framstå som profesjonell(Willumsen et al. 2008). For å oppnå gode rutiner er det viktig at pasienten har en *tannkontakt*, som både har oversikt over utstyr den enkelte pasient har bruk for og følger opp samarbeid med tannklinikken(vedlegg 1). Man kan innføre faste rutiner på å sjekke pasientens munn, for eksempel med eget skjema for avkryssing, på samme måte som med dusj- og avføringsregistrering, for å sikre god kvalitet.

Hvordan skaper man bedre motivert personale? Under et prosjekt ved Fyllingsdalen sykehjem(Strand et al.2010), var kasusbasert gruppearbeid en del av undervisningen. Utveksling av erfaring med andre og lære av de som sitter inne med kunnskap, er faktorer som trekkes fram. Betydningen av utveksling av erfaring og påfyll av kunnskap fra ”eksperter” skaper motivasjon. Sykepleierens pedagogiske kompetanse er svært viktig for at kolleger kan utvikle praktisk dyktighet i sykepleie, og er dermed en forutsetning for at pasienten skal få god pleie. Kompetanse må vedlikeholdes(Tveiten, Sidsel 2008). Bedre opplæring av personalet innebærer også *forebygging*. Undervisning om praktisk stell av tenner og proteser er bra, men også økt kunnskap om hva som kan bli konsekvensene ved



kombinasjon av feil kosthold og dårlig tannstell må poengteres, bl.a. kunnskap om økt dødelighet pga. aspirasjonspneumoni og endokarditt, og andre tilstander i munnhulen som gir ubehag som går ut over helse og livskvalitet. Økt kunnskap om ernæring/kost som gir bedre helse for pasientgruppen er også aktuelt tema (vedlegg 1). Gjennom å sette tannstell på dagsorden og øke kunnskapen om hva som skal til for å oppnå en god oral helse, vil personalet kunne endre holdninger. Kunnskap om hva som er riktige og *gode holdninger* er viktig, men det må også settes i system for å oppnå målet (NSF 2013; Martinsen 2003).

Tilnærming til pasienten, hvordan *gjør* vi det? I følge Brodtkorb (2008) er det gjort flere undersøkelser som viser at mangel på tid og tilrettelegging i forbindelse med stell ikke er uvanlig. Det er heller ikke uvanlig med bruk av tvang, og hun sier det kan synes som det er flere ulike årsaker til dette. Pasienten kan reagere med angst og uro, motsette seg hjelpen, og samarbeidet kan bli vanskelig og konfliktfylt. Demente kan reagere med uro og aggresjon fordi de ikke forstår hva som skjer, og det kan føles invaderende. På institusjon må man bruke *tid* for å tilnærme seg demente med nytt uvant utstyr (vedlegg 1), og ikke ha som mål at det skal gjennomføres på første forsøk. Tillitsskapende tilnærming må prøves, og går det ikke så må det brukes *mer* tid (Willumsen et al. 2008).

I stellsituasjoner kan det av og til være vanskelig å unngå helt å krenke. Enkelte ganger kan det være riktig å bestemme over pasientene for å unngå mer omfattende krenkelser på sikt (Brinchmann 2005), og tannstell er et godt eksempel på dette. Hvis man setter pasientens verdighet opp mot sykdomsutvikling med infeksjonsfare, og legger til smerter og ubehag, som kan føre til nedsatt appetitt og dårlig næringsopptak, så er det lett å se at det ikke er velgjørenhet å la pasienten "slippe" tannpussen. I lengden er det *ikke* velgjørenhet og god omsorg å droppe tannpussen "*fordi pasienten ikke vil det*". Dette er også i tråd med Kari Martinsen (2003) sin innstilling om "*å handle ut i fra sin faglige merforståelse*". Man kan stille spørsmål om det da er vår plikt "å få pasienten til å ville"? Jeg mener ja. Hvis vi ser på forskning som er gjort, vil vi se at den makten vi har kan brukes både positivt og negativt. Pleiere som fremelsker en positiv interaksjon ved å ha pasienten i fokus og jobber rolig og systematisk, har større sannsynlighet for å oppnå "målet". Ved å reflektere kritisk over egen væremåte og tilnærming, vil man bli oppmerksom på sin egen rolle i samhandlingen. Ved å være fleksibel og utsette ting til seinere når situasjoner låser seg, er det større sjanse for å nå fram (Brodtkorb 2008). Pasienter som føler seg forstått og sett som mennesker vil gjerne være positive tilbake.

Hvordan utfører vi tannstell og hvordan oppleves det av pasienten.? Tillit og god kommunikasjon er nøkkelbegreper. Den som skal utføre tannstell bør helst kjenne pasienten, og pasienten bør ha tillit til vedkommende. Det kan være vanskelig for den gamle og be om hjelp til tannstell, og for helsepersonell kan det være vanskelig å hjelpe uten å føle at de trækker over grensen for personlig integritet(Willumsen et al.2008). God tid,tålmodighet og evne til og "være til stede i øyeblikket" er sentrale kjennetegn ved kommunikasjon med eldre(Eide og Eide 2007). Munnstell må ikke bli bare en oppgave vi sykepleiere skal gjennomføre,men i høyeste grad en samhandling,enten pasienten kan delta aktivt eller ikke. Tilnærmingen må tilstrebe og være individuell,og forutsetter at hjelperen kjenner den gamle, og er oppmerksom på vaner og preferanser fra før(Brodtkorb 2008). Ved å ta hensyn til pasientens ønsker,vil sykepleieren hjelpe pasienten til å opprettholde sin integritet,som kan gi følelsen av sammenheng og mening i livet.

Jeg har sjøl opplevd at det hjelper å ha en god tone med en pasient som i følge rapporten "ikke vil åpne munnen". Ved å få pasienten på lag,ta seg god tid og fortelle en stund før det skal skje at man har tenkt på å hjelpe pasienten med tannpuss,så kan mye være gjort. Vi må tenke at det kan være en grunn til at pasienten kniper igjen. Har pasienten blitt krenket av andre under tannstell før? Har han *vondt* i munnen? (Enda større grunn til å få se inn i munnen!). Man kan begynne med å si til pasienten at man bare vil se litt først. Så gjerne skryte litt hvis han greier å gape høyere- særlig demente pasienter kan like å bli motivert på denne måten. Det som også kan virke er å si at det skal bli godt å få vekk matrusk og få god smak i munnen. Jeg spør ofte om pasienten har lyst til og hjelpe meg litt og holde et papir,koppen,eller jeg snakker om pårørende som "blir glade" når pasienten har fått så god hjelp. Demente pasienter åpner ofte munnen når man smiler og er blide. Berøring og stryking på kinn og hånd er også beroligende. Alle disse tingene tar selvfølgelig litt *tid*,men det kan gå raskere for hver gang man steller tennene,ved å hente fram sine beste relasjonskunnskaper. Dette er mild paternalisme,og av og til nødvendig for at pasientene ikke skal bli skadelidende på sikt.

Pasienter som greier det meste sjøl kan være en større utfordring,da det er enda lettere å krenke disse ved "ta over" tannpussen. Det er vår plikt å kartlegge hva pasienten klarer her og nå- å spørre. Dette er en pågående prosess som må revurderes ofte,da sykehjemspasienter ofte har en rask negativ utvikling. Hvis det blir et overfokus på mestring,kan det også bli feil- å ikke kunne leve opp til forventninger om sjølstendighet kan føles ydmykende(Brodtkorb 2008). Det går an å spørre på nytt sjøl om pasienten tidligere har klart dette sjøl.



Det kan skorte på motivasjon og overskudd hos pasientene. Depresjon, trøtthet og søvnvansker kan tappe krefter- sykepleieren må fortløpende vurdere om det trengs mer hjelp. Sykepleieren kan mest mulig skånsomt og umerkelig overta der pasientens evner ikke strekker til. Dette kan være en utfordring (Brodtkorb 2008). Min erfaring er at flere av disse pasientene ikke er flinke til å be om hjelp, sjøl om de trenger det. Det er stor forskjell på hvordan man legger fram et tilbud om hjelp. Pasienter som har en mild kognitiv svikt behøver som regel bare en påminnelse (Brodtkorb 2008). Med disse pasientene kan det være greit å spørre om de har nok tannkrem, trenger flere tannglass eller annet utstyr. Man kan også benytte anledningen til å spørre om andre ting som kan ha innvirkning på tannstellet, som for eksempel om pasienten fortsatt er stiv i skuldra, om han synes det er vondt å løfte armen så mye osv. Evnen til å ivareta seg sjøl kan forandre seg fort, og dagsformen kan variere, så et avslag på tilbud om hjelp er aldri varig (Brodtkorb 2008). Avslaget kan også være avhengig av hvem som spør, så man kan ikke se seg blind på rapportene. Mange gamle har behov for en nære og *stabile relasjoner*, og helst bare noen få å forholde seg til. Nye folk kan føles som en belastning, og ut i fra dette vil det være naturlig at kjentfolk slipper til, mens andre kan bli avvist (Willumsen et al., 2008). *Kontinuitet* i relasjoner betyr mye for mange eldre, og når vi tenker på at munnen er mer intim for de fleste enn området nedentil, så kan man lett tenke seg at det ikke er så aktuelt å la en "fremmed" slippe til med munnstell. Dette aktualiserer også at vi må tilstrebe *god kvalitet* i pleien. Jeg mener kvalitet i stor grad innebærer å forsøke og organisere slik at de gamle har færrest mulig å forholde seg til, men det er ikke lett å få til i store enheter som et sykehjem. Dess viktigere er det at den som er primærsykepleier for pasienten er seg sitt ansvar bevisst og passer på at "*munnen blir en del av kroppen*", både i det daglige arbeidet, i rapporten, på gruppemøter og ved kartlegging. Det er ikke greit å vente til problemer har oppstått, da eldre ofte kan lide seg gjennom mye plager før de gir beskjed til personalet, har jeg erfart. Det bør være like viktig å se etter sår og plager i munnen som det er å observere tilstanden nedentil. Hvis vi gjør det til *rutine* å se i munnen, sjøl om pasienten tilsynelatende ikke har plager, vil det kanskje bli lettere for pasienten å be om hjelp når det trengs også? (Vedlegg 1).

#### 4.3 "Tiden går ikke, den kommer....."

Gamle trenger mer *tid* til både å utføre handlingene og til å forstå og samarbeide med hjelperen (Brodtkorb 2008). Behovet for *tid* står ofte i kontrast til bemanningssituasjonen i



store deler av eldreomsorgen, der *tid er en mangelvare*. Verdikonflikter består ofte i valget mellom å økonomisere mellom begrensede ressurser og samtidig ta vare på verdier, som *tid, kontinuitet og relasjonsbygging*. Problemet er at kravene til effektivitet undergraver kjerneverdier, som det å bry seg om og bruke tid på enkeltpasienten (Orvik 2012). Spesielt relasjonsbygging blir skadelidende når man mangler tid til den enkelte pasienten. Hvem vil vel bli sett på som en "ting" som skal fikses før man raser videre til neste oppgave? For mennesker med kognitiv svikt, og særlig med demens, er en god relasjon, og det at man gjennom kroppsspråket signaliserer at man har *god tid* til pasienten stor betydning for å få til et godt samarbeid (Eide og Eide 2007).

Men hvordan skal vi få tid? Jeg tror *nytenkning* kan være nyttig. Hvorfor skal vi pusse tennene 5 min. før leggetid? Kan medvirkende årsak til dårlig eller manglende tannpuss være at tidspunktet er feil? Av erfaring er eldre mennesker ofte ganske slitne etter en lang dag, sjøl om mange legger seg allerede rett etter kvelds. Ut i fra det vi vet om eldre, når det gjelder lavt energinivå, økt trettbarhet og andre faktorer som spiller inn på egenomsorgen, er det ikke rart mange ikke vil eller orker tannpuss på denne tiden av døgnet. Vi kan organisere tiden bedre for å få til et optimalt tannstell - dette kan gå på økt *ressursbruk*, men også bedre utnyttning av ressursene vi har ved å forandre rutiner i form av *omorganisering av dagen*/forskyving av gjøremål. I følge tannpleier er det veldig viktig at pasienten får *ett grundig tannstell i døgnet*. Dette har mye større betydning for tannhelsen enn at pasienten får pusset tennene før leggetid. Mange demente har ikke noe tidsbegrep, og da bør vi benytte anledningen når den kommer, og ikke gjøre oppgaver ut i fra gamle vaner. For oss som jobber på sykehjemmene er tid en mangelvare, og rutinene med måltider og stell er "spikret" til en viss grad, og det er forståelig ut fra organiseringen av ansatte på vakter.

Pasientene har derimot *ikke* dårlig tid. De tilbringer som regel dagen i fellesstua, og har minimalt med aktiviteter. Jeg tenker at det må gå an å få til en bedre utnyttelse av tiden tidlig på dag når det er mer personale på jobb. Sjøl om det er litt utradisjonelt, så er det ikke noe i veien for å ta en tannpuss økt for eksempel etter middag. På denne tiden av døgnet er de fleste pasientene opplagte. I følge Willumsen (2008) "er det bedre med 1 skikkelig grundig tannpuss pr. dag enn tre slurvepuss". Å pusse flere ganger pr. dag gir ikke nødvendigvis kvalitet, sjøl om A.M. Flovik (2005) sier at de anbefaler *minst 2* ganger pr. dag. Jeg mener vi bør tørre å tenke nytt i forhold til hvordan vi skal få *tid* til å få et godt munnstell. Hvorfor ikke begynne med noen få pasienter? Det vil nok bli stilt spørsmål om hvorfor de skal pusse tennene så tidlig, og jeg kan tenke meg at noen pasienter vil si "Jeg skal vel ikke legge meg

nå?” Hvis vi klarer å få en del av pasientene som erfaringsmessig er trøtte og uopplagte ved leggetid til å pusse/få hjelp til å stelle tennene tidligere på dag,så vil det samtidig frigi tid til andre pasienter før leggetid. Hvis pasientene ikke får pussa tennene når de skal legge seg av forskjellige årsaker, så vil det være risiko for stor bakterieutvikling i løpet av neste døgn,med de helsefarer og ubehag det innebærer. Poenget er at det er bedre å få pusset tennene grundig på et tidspunkt som passer for den enkelte pasient,enn slurvepuss eller ingen puss når pasienten er trøtt og sliten. Erfaringsmessig er det også i disse tilfellene at motstanden fra pasienten er størst. I følge Willumsen et al.(2008)bør en planlegge munnstellet til en tid på døgnet hvor pasienten samarbeider best.

#### 4.4 Skal vi spare oss til fant eller ta i bruk det beste utstyret?

Hvilken praktisk opplæring har/får helsepersonell på sykehjem? Nødvendigheten av kunnskap,godt og individuelt tilpassa utstyr og gode lyskilder blir framheva(vedlegg 1). Det kan være en stor utfordring å pusse tennene på andre mennesker, og det krever dyktighet og fingerferdighet(Willumsen et al. 2008).

Det er eksempler på sykehjem hvor alle pasientene får utstyr som *elektrisk tannbørst*(Svendsen, Kari 2010), men dette er ikke normen i Norge. Elektrisk tannbørst er spesialutstyr som er vanlig ved allerede oppståtte problemer,og etter anbefaling fra tannpleier/tannlege,eller ved spesielt vanskelig tannstell,der pasienten har sykdom som medfører skjelving og spasmer. Fordi den orale helsen blir *signifikant* forbedret ved bruk av elektrisk tannbørst,og pleiepersonell i tillegg finner det både enklere og mindre ”intimt” å bruke el. børst,bør det *vurderes å innføre som en hovedregel* at pasientene på sykehjem får det mest adekvate utstyret på markedet(Strand et al.2005). Infeksjoner er årsak til de fleste sykehusinnleggelses,og hele 60% av hjerte-og karlidelser utvikles som følge av *orale streptokokker*(Flovik 2005),så det sier seg sjøl at det vil være en stor samfunnsbesparelse å spandere elektrisk tannbørst til alle pasienter. I tillegg til at jobben blir bedre utført,vil jeg ut fra erfaring også tro det sparer en del tid. I følge en spørreundersøkelse ved Fyllingsdalen sykehjem etter innføring av elektrisk børst til alle pasienter,svarte 65% av de ansatte at de syntes tannstellet var enklere med elektrisk tannbørst(Strand, et al.2010). I framtiden vil det bli større oppmerksomhet rundt forholdet mellom kvalitet og kostnader,men pr. i dag mangler vi pålitelige indikatorer på resultat kvalitet innen pleie-og omsorg(Bjørø og Kirkevold 2011).



## 5.0 Styrke og svakheter ved oppgaven

Det meste av litteraturen og forskningen som finnes om tannstell, er skrevet av tannleger og tannpleiere som er eksperter på området. Det kan derfor stilles spørsmålsteget ved om de er de beste kildene for en bacheloroppgave i sykepleiestudiet. Mye av forskningen er derimot gjort i nært samarbeid med helsepersonell, og er derfor en styrke og veldig relevant for oppgaven. Dette synliggjør også hvor viktig tverrfaglig samarbeid og forskning er for å oppnå gode resultater. Temaet tannhelse er blant mine "hjertebarn" innenfor eldreomsorgen og noe jeg har interessert meg for siden jeg begynte på sykepleiestudiet. Stort engasjement er i hvert fall en styrke for meg sjøl i oppgaveskrivinga. Fordi jeg har arbeidet ut i fra en hypotese om at det ikke står så bra til med oral helse på sykehjemmene, vil mitt utvalg av litteratur og artikler til en viss grad preges av dette, og det kan vel også ses på som en svakhet at jeg visste hva jeg var på jakt etter. Intensjonen min har vært å være så objektiv som mulig.

## 6.0 Konklusjon

For å hjelpe pasienten til en optimal tannhelse, må sykepleieren ta i bruk kunnskap fra mange av fagområdene hun har vært inntil i sykepleiestudiet. Å få til forandringer og nå nye mål er utfordrende. Det holder ikke alltid "å fortsette i samme tralten". Hvis sykepleieren (og pasienten) skal oppnå framgang, kreves det at hun holder seg faglig oppdatert og implementerer *praksisnær forskning* i sitt daglige arbeid. Tverrfaglig samarbeid kan bidra sterkt, med tilbakemeldinger og samarbeid om opplæring og kompetanseheving blant personalet.

Av alle gode tiltak jeg kan finne i litteraturen og fra praksisnær forskning, er det ingen som nevner hva som skal til for å få *nok tid* til å gjennomføre disse tiltakene. Det kan se ut som veien er brolagt med gode intensjoner. Vi som sykepleiere må synliggjøre for ledelsen (og politisk ledelse!), ved hjelp av kvalifiserte argument og ved å bruke vår organisatoriske kompetanse, at det ikke holder *bare* med gode rutiner og økt kunnskap for å oppnå god sykepleie. *Tid* må i større grad bevilges. Tidsforbruk sett i forhold til forebyggende helsearbeid må settes på dagsorden når beslutninger om stillingsbevilgninger og ressursbruk skal tas. Vi kan begrunne det gjennom den nye Samhandlingsformen, som har helsefremmende og forebyggende tilnærming som et *hovedmål*. Ved at vi sykepleiere holder



oss oppdaterte på forskning og på politiske vedtak og føringer, får vi et grunnlag for å delta i den offentlige debatten og bli hørt.

Det er likevel hevet over tvil at den enkeltfaktoren som spiller mest inn er den daglige tilstedeværelsen av *engasjert og kvalifisert personell*, som ser at munnen og tennene er en viktig del av kroppen som fortjener den beste pleie. Det må aldri bli tilfeldig om pasienten har fått pusset tennene eller ei, men gjenstand for et systematisk daglig arbeid fra sykepleieren og hennes kolleger.

Videre kunne det være interessant og gått dypere inn i kvalitetsarbeid. Ei ny bok om kvalitetsarbeid i helsetjenester for eldre som nettopp kom ut tar opp bl.a. "Refleksjonsgrupper som verktøy i kvalitetsarbeid" og "Marte-Meo"-metoden i kvalitetsarbeid med demente, med eksempel fra tannstell-situasjon (Bergland og Moser (red.) 2013). På grunn av oppgavens omfang kom det ikke med her, men kan være spennende og ta med i forbedringsarbeid i fordypningspraksis.

## LITTERATUR

Bergland, Ådel og Ingunn Moser(2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo:

Cappelen Damm AS

Bjørø, K.og M.Kirkevold(2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie, kap.8. I:

Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, sykepleiens grunnlag, roller og ansvar*. Oslo: Gyldendal

Brodtkorb, Kari(2008). *Stellet – mulighetens arena*. I: Kirkevold, Brodtkorb og

Ranhoff(red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Brinchmann, Berit Støre(2005). *Etikk i sykepleien*. Kap.5 og Kap.7(Brinchmann) Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav(2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide(2007). *Kommunikasjon i relasjoner. samhandling, konfliktløsning,*

*etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Flovik, Anne Marie(2005). *MUNNSTELL. Godt munnstell nødvendig og helsebringende.*

Oslo: Akribe as.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting.* Fastsatt ved kgl.res. 26. juni 2003 nr. 792 med hjemmel i lov 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2.juli 1999 nr. 64.* Hentet fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Martinsen, Kari(2003). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien.* Oslo: Tano

Norsk sykepleierforbund. (2013, 05.04). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Hentet fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [05.04.13]

Orvik, Arne (2004). *Organisatorisk kompetanse.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Samson, Heidi og Gunhild Vesterhus Strand(2008) *Munnhelse.* I: Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff(red.) Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS



Sellevold, Gerd Sylvi(2013). *Refleksjonsgruppe som verktøy i kvalitetsarbeid*(kap.6). I:

Bergland Ådel og Ingunn Moser(2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo:

Cappelen Akademisk

Strand, G V, Wolden H, Rykkje L, Gjellestad Å og G Stenerud(2008).

*Munnstell når livet er på hell* i Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125:1494-6

Suphammer, Trine(2011) *Tannhelsearbeidet i sykehjem skal forbedres*. I: Tidsskriftet

Munnpleien nr.1/2011.

Svendsen, Karin E (2010)*Rene tenner er livsviktig*.

Hentet fra [http://www.fagbladet.no/helse\\_og\\_sosial/article5772423.ece](http://www.fagbladet.no/helse_og_sosial/article5772423.ece)

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009:5), rapporten *Tannhelsestatus i Norge*. ISBN: 978-82-

8082-314-4 elektronisk utgave

Tveiten, Sidsel (2008)*Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og

Bjørke AS

Willumsen Tiril, Karlsen, Line, Næss, Richard og Sissel Bjørntvedt (2011) *Are the barriers to*

*good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the*

*patients?* Hentet fra Gerodontology, doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.0055.x

Willumsen, Tiril, Wenaasen, Marianne, Armingohar, Zahra og Jenny Ferreira(2008).

*SYKEPLEIE og ORAL HELSE. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

**2 vedlegg :**

- 1) Skjematisk framstilling av tiltak for å fremme oral helse ved sykehjem, henvisn. i drøftingsdelen
- 2) Systematiserte treff i databaser

## Vedl.1 Tiltak til forebygging for å fremme oral helse ved sykehjem

### Drikke:

- Tilby *vann* utenom måltidene. Saft og juice behøver ikke stå tilgjengelig, men kun tilberedes ved forespørsel eller hvis det er bestemt(ut i fra spesielle situasjoner/forhold)
- Hvis det skal tilbys saft bør den være *sukkerfri* .Evt. kan sukkerholdig drikke serveres *til* måltidene, da tennenes bearbeiding av mat hjelper på slik at sukker ikke får ligge og ”virke”på tennene i timesvis.
- *Vannautomater* i fellesrom anbefales, da lett tilgjengelighet fremmer bruk av sunn drikke(Brodtkorb 2008).- Like viktig til *pasientene* som til de ansatte!
- Husk å *spørre* pasientene ofte om de vil ha et glass vann- ikke alle kommer på at de bør drikke!
- Vann stimulerer spyttproduksjonen, *saft fører til mer munntørhet*(Samson og Strand 2008)(Flovik 2005)

### Mat:

- *Tenk over årsaken* hvis du gir mosa mat, grøt med sukker eller youghurt. Ikke alle pasienter klarer å tygge mat, noen pga. dysfagi eller kognitiv svikt, andre pga. dårlige tenner/smerter i munnen. Disse pasientene behøver mer enn andre et godt næringsopptak, med proteiner og fett i stedet for tomme kalorier. Hvis grunnen er smerter i tenner /munn må vi *finne årsaken* før vi setter i gang med og begrense kostholdet.
- Vær obs på at pasienter med kognitiv svikt ofte ikke kan uttrykke hva de ønsker(Willumsen 2008).
- ”Lettpist”mat /mosa mat *skal aldri begrunnes med at det er raskere* og at personalet *mangler tid!*

### Fluor:

- Fluortabletter har anbefalt *døgn dose 1,5 mg* (6x 0,25 mg), og er ikke reseptbelagt. For *pasienter med funksjonssvikt/spesielt svekka* er døgnanbefaling *inntil 2o ganger*.
- Fluortyggegummi( men mange eldre har motforestillinger mot ”tyggis”)



- Fluortabletter har best *terapeutisk* virkning hvis tannhygienen er god og tbl. blir gitt med jevne mellomrom ut over dagen.
- Fluor *stimulerer* også *spyttdannelsjonen* ved å gis i intervall(Flovik 2005; Willumsen et al..2008).

### **Utstyr/praktisk:**

- Elektrisk tannbørst anbefales til (nesten) *alle*, ut i fra forskning på erfaringer ved flere sykehjem, fordi: 1) Enklere å komme til/bedre resultat, 2) Raskere, 3) Føles mindre "intimt" i.f. helsepersonell(Strand et al.2005).
- Vanlig tannbørst(evt.barnetannbørst) → God pusseteknikk + God tid!
- Annet utstyr som anbefales av tannpleiere bør innføres, f.eks. interdentalbørste.
- Godt arbeidsllys og god arbeidsstilling for den ansatte en forutsetning for å lykkes.
- Bildebaserte tannstellkort(individuelle) til alle pasienter er et godt hjelpemiddel, unngå tvil om hvordan tannstellet skal foregå(Flovik 2005; Samson og Strand 2008).

### **Tannkontakt/helsepersonell:**

- *Tannkontakt* (evt.primærskykepleier)må ha oversikt og *følge opp* den enkelte pasient, både ved å innføre *rutinemessig sjekk/observasjon* av pasientens munn og oppfølging av personalet som har ansvar for pasienten. *Gode rutiner* på systematisering av tannstell/sjekk av munn innføres og følges opp.
- *Dokumentasjon* på hva som blir gjort i/med pasientens munn/observasjoner på *daglig basis*, på lik linje med andre deler av kroppen som har spesielt behov for å dokumentere.
- Individuelle tiltak settes inn raskt ved tegn til ubehag eller plager fra munnhulen, noe som krever nøyaktig dokumentasjon og rapportering(Flovik 2005; Willumsen et al.2008).

### **Generelt /ledelsesansvar:**

- Sørg for å sette pasientens munn på dagsorden, både på fagdager, gruppemøter etc.
- Innføre en praksis hvor det er naturlig og diskutere tannhelse/uhelse og ansvarliggjøre de ansatte gjennom økt opplæring og fokus på hvordan vi kan få til å gi pasientene økt velvære gjennom bedre oral helse. Utveksling av erfaringer med kolleger og samarbeidspartnere er en stor motivasjonsfaktor(Strand et al..2005)

## Vedlegg 2.

### SYSTEMATISERTE TREFF I DATABASER

DATO FOR SØK: 14.- 17.02.13

Søkeord	PubMed	SveMed+
Eldre+ Tannhelse	0	2
Eldre+ Tannhelse+ Sykehjem	0	0
Elderly+ Oral health	2429561	4531
Elderly+ Oral health+ Nursing homes	6878	8
Gerodontologi+ Nursing homes	0	3
Oral health + Elderly+ Norway	87(1)	0

