



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling –
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKSB3001

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27. April 2017 kl. 14.00

Veileder: Ellen J. Svendsbø

Kandidatnummer: 369

Fokus på tann-og munnhelsen i sykehjem

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen på Vestlandet, Avdeling Stord
Kull 2014
Antall ord: 7933

SAMMENDRAG

Tittel: Fokus på tann-og munnhelse i sykehjem

Bakgrunn: Den største prosentandelen av beboere på sykehjem er personer med demens. Munnpleien til eldre personer på sykehjem er et fokusområde som ofte kan bli glemt. Dårlig munnhygiene vil kunne påvirke både den fysiske og psykiske velvære til eldre personer med demens på sykehjem.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier påvirke livskvaliteten til eldre personer med demens på sykehjem ved å ha fokus på tann- og munnhelsen deres?

Hensikt: Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om tema som livskvalitet og tann- og munnhelsen hos personer med demens, samt sykepleier sin rolle.

Metode: Litteraturstudiet er basert på pensumlitteratur samt andre fagbøker, vitenskapelige artikler og egen erfaring. Anvendt forskning er blitt vurdert etter holdbarhet, etiske hensyn og pålitelighet.

Resultat: Det blir belyst i anvendt forskning at flere beboere med demens på sykehjem har problemer med å tygge mat, sårt tannkjøtt, munntørrehet og løse tannproteser. Andre funn fra artiklene belyste sykepleier sine meninger om ansvar for tann-og munnpleie i sykehjem, samt deres holdninger. Det var også funn som tydet på at sykepleier hadde redsel for å utføre tann- og munnpleie.

Konklusjon: Anvendt forskning i oppgaven har belyst at forholdene i munnen vil kunne påvirke livskvaliteten til en beboer med demens på sykehjem. Ytterligere utdanning og gode rutiner kan øke fokus på tann-og munnhelsen i sykehjem.

Nøkkelord: livskvalitet, munnhelse, demens, sykehjem.

SUMMARY

Title: Focus on oral health in nursing homes

Background: The largest percentage of the residents in nursing homes are people with dementia. Oral care for elderly people in nursing homes is an area that can often be forgotten. Poor oral hygiene can have an impact on both the physical and mental well being of elderly people with dementia in nursing home.

Issue: How can a nurse influence the quality of life of elderly people with dementia in nursing home when focusing on their oral health?

Purpose: The purpose of this assignment is to increase knowledge about subjects such as quality of life and oral health for people with dementia, as well as the nurse's role.

Method: The literature study is based on syllabus as well as specialist books, scientific articles and my own experience. Applied research has been assessed for durability, ethical considerations and reliability.

Result: It is presented in the articles that several residents with dementia in the nursing homes have difficulties with chewing food, sore gums, dry mouth and loose denture. Other findings illuminated the nurse's opinion on the responsibility for oral care in nursing home, as well as their attitudes towards oral care. Some studies showed that the nurses were afraid of performing oral care.

Conclusion: Applied research in the thesis has shown that the conditions in the mouth can affect the quality of life of a resident with dementia. Further education for the nurses and good routines can increase the focus on oral health in nursing homes.

Key Words: quality of life, oral health, dementia, nursing home.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 HENSIKT	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	2
1.4 AVGRENSING OG BEGREPSFORKLARING.....	2
2.0 TEORIDEL	4
2.1 SYKEPLEIETEORETIKER	4
2.2 TANN- OG MUNNHELSE	5
2.2.1 Munnhulen.....	5
2.2.2 Tannstell.....	5
2.2.3 Stell av proteser.....	6
2.2.4 Sykdomstilstander i munnhulen.....	6
2.2.5 Plager som følge av dårlig munnstell.....	7
2.3 DEMENS.....	7
2.3.1 Ulike demenssykdommer	7
2.3.2 Symptomer	8
2.3.3 Ulike stadier.....	8
2.4 LIVSKVALITET:	8
2.4.1 Definisjon av psykolog Siri Næss.....	9
2.4.2 Livskvalitet i sykepleien.....	9
3.0 METODE:	10
3.1 STRUKTURERT LITTERATURSTUDIE:	10
3.2 LITTERATURSØK	10
3.3 KILDEKRITIKK.....	12
3.4 FORSKNINGSETIKK.....	13
3.5 VITENSKAPELIGE ARTIKLER – SØKETABELL.....	13
4.0 RESULTAT	15
ARTIKKEL 1:.....	15
ARTIKKEL 2:.....	16
ARTIKKEL 3:.....	17
ARTIKKEL 4:.....	18
5.0 DRØFTING:	19
5.1 PÅVIRKNING PÅ LIVSKVALITETEN TIL BEBOERE MED DEMENS.....	19
5.2 SYKEPLEIER SITT FORHOLD TIL MUNN-OG TANNPLEIE	20
5.3 ARBEID SOM KAN FORBEDRE TANN-OG MUNNPLEIEN I SYKEHJEM.....	22
6.0 OPPSUMMERING	24
REFERANSELISTE:	25
VEDLEGG 1	I

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På sykehjem i dag blir det tilbudt helse- og omsorgstjenester som skal være faglig forsvarlig, tilpasset og inneholde god kvalitet (Hauge, 2014, s. 265). En ren og stelt munn har stor betydning for helsen (Porter et al., 2015, s. 4). Munnpleien til eldre personer på sykehjem er et fokusområde som ofte kan bli glemt (Stordalen, 2010, s. 134). Dårlig munnhygiene vil kunne påvirke både fysisk og psykisk velvære (Porter et al., 2015, s. 4). Forskning viser at forholdene i munnen har påvirkning på livskvaliteten til beboere på sykehjem. Snakke og spise er noe de fleste gjør i sitt daglige liv. Dette er forhold som vil bli påvirket av tannhelsen. Dårlig tannstatus kan også påvirke beboerne til å bli usikker rundt det å vise sine tenner. Det kan føre til at han eller hun isolerer seg fra sosiale situasjoner (Porter et al., 2015, s. 4). Kunnskap om godt munn- og tannstell vil være en forutsetning for å kunne hjelpe beboeren på sykehjemmet til en god munnhygiene (Flovik, 2005, s. 26).

Den største prosentandelen av beboere på sykehjem er personer med demens. Hele 80% av beboerne har en demenssykdom (Hauge, 2014, s. 267). Egenomsorgen til personer med demens vil etter hvert svikte. Det vil da oppstå et behov for hjelp til å opprettholde en god munnhygiene (Samson og Strand, 2014, s. 320). Sykehjemmene har bestemmelser de skal følge for å sikre at de grunnleggende behovene til beboerne blir ivaretatt. Slike bestemmelser blir nedfelt i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Der blir det blant annet nevnt at det skal settes i verk prosedyrer slik at munnhygien til beboerne skal bli ivaretatt.

Jeg har jobbet fem år på en avdeling for personer med demens på sykehjem. I løpet av de fem årene har jeg gjort meg mine observasjoner. Observasjonene som gjorde mest inntrykk var de dårlige holdningene og mangel på kunnskap til helsepersonellet. Det var flere ganger hvor enkelte ikke prioriterte munn- og tannstell. Noen av dem brukte unnskyldninger som at det var liten tid og andre mente at det ikke var noe problem å ta tannpussen morgenen etter. Jeg har erfart at beboere ikke har ønsket å spise grunnet smerter i munnen. Noen har vært aggressive andre lei seg. Det er på bakgrunn av observasjoner som nevnt over at jeg har valgt å skrive om de arbeidsoppgaver jeg mener en sykepleier har mest innflytelse over. Jeg vil

derfor ta utgangspunkt i tann-og munnhelsen til eldre personer med demens og dens betydning det har for deres livskvalitet.

1.2 Hensikt

Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om tema som livskvalitet og munnhelsen hos personer med demens, samt sykepleier sin rolle. Personlig ønsker jeg å få opparbeidet mer kunnskap om hvordan sykepleier kan påvirke til et økt fokus på munn-og tannhelsen. Jeg ønsker å bruke læringsarenaer som forskning og bøker til å belyse problemstillingen på ulike måter.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier påvirke livskvaliteten til eldre personer med demens på sykehjem ved å ha fokus på tann-og munnhelsen deres?

1.4 Avgrensing og begrepsforklaring

Oppgaven vil ta for seg eldre beboere med ulike typer demenssykdom som bor på langtidsavdeling på sykehjem. Jeg vil fokusere på beboerne som er rammet av en moderat grad av demenssykdom. Dette er en gruppe beboere som trenger hjelp fra andre for å kunne klare seg i hverdagen (Engedal & Haugen, 2009, s. 18). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 2002) blir eldre klassifisert som over 60 år og oppmerksomheten i denne oppgaven vil da omtale eldre innenfor de rammene. Ordene munnhelse og oral helse vil ha samme betydning i oppgaven. Dette gjelder også munnpleie og oral pleie, ordene vil bli omtalt om en annen med samme betydning.

På bakgrunn av den teori jeg har valgt for å belyse problemstillingen vil jeg presentere de ulike begrepene som blir satt fokus på i oppgaven. Begrepene vil bli mer grundig forklart under teoridelen i oppgaven.

Livskvalitet:

”Psykisk velvære, en opplevelse av å ha det godt” (Næss, 2011, s. 15).

Munnhelse:

”Reflekterer de fysiologiske, sosiale og psykologiske egenskaper som er avgjørende for livskvaliteten” (Den norske tannlegeforeningen, 2016).

Sykehjem:

Omsorgstjenestetilbud til eldre med god kvalitet og utforming av en tilpasset pleie for dem med fysisk og/eller psykisk nedsatt funksjonsevne. For dem med medisinske tilstander som er komplekse, blir det tilbudt behandling og medisinsk utredning. Både langtids- og korttidsopphold blir tildelt (Hauge, 2014, s. 265).

Demens:

Det er en kronisk progredierende syndrom som svekker den kognitive funksjonen. Det vil påvirke hukommelsen, tenking, adferd og evnen til å utføre daglige gjøremål (WHO, 2016).

2.0 Teoridel

2.1 Sykepleieteoretiker

Oppgaven ses i lys av sykepleieteoretikeren Virginia Henderson fordi hun legger vekt på menneskets grunnleggende behov (Kristoffersen, 2011, s. 223-226). Henderson mener at dersom selvstendighet ikke er realistisk for pasienten så er det opp til sykepleieren å legge til rette for de grunnleggende behovene.

Virginia Henderson var ferdig utdannet sykepleier i 1921 (Kristoffersen, 2011, s. 223). Hun ga ut en bok kalt sykepleiens grunnprinsipper. Henderson stilte spørsmål til sykepleierutdanningen da hun selv studerte. Det var spørsmål rundt sykepleiepraksis, sykepleiens særegne natur samt arbeidsoppgavene til sykepleierne. Hun lurte på hva ansvaret til sykepleieren var og hvilken funksjon de hadde i arbeidet med pasientene. Hennes teori har blant annet hatt en påvirkning hos andre teoretikere (Kristoffersen, 2011, s. 223-224).

Virginia Henderson har beskrevet 14 punkt som hun mener er de grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse punktene er gjøremål som Henderson mener er menneskelige behov for pasienten. Blant punktene er det formulert både psykososiale behov samt fysiologiske behov. Henderson mener at det er avgjørende at sykepleieren skaffer seg informasjon om pasienten for å kunne dekke behovene til pasienten og tilfredsstille dem på best mulig måte. Innholdet i noen av de 14 punktene som Henderson har beskrevet omhandler blant annet å hjelpe pasienten med å opprettholde en god helse. Ett annet punkt omhandler hvordan sykepleier skal legge til rette for at pasienten spiser tilstrekkelig. Skape forhold for at huden til pasienten er beskyttet, samt ren og velstelt mener Henderson også er grunnleggende sykepleieprinsipper (Kristoffersen, 2011, s. 226).

I følge Henderson (Flovik, 2005, s. 19) mener hun at det ligger ett ansvar hos sykepleierne når det kommer til å ivareta munnhelsen til pasientene. Henderson sier: ”Det er viktig at sykepleieren kan greie å holde munn og tenner skikkelig rene hos dem som er skrøpelige og hjelpeløse” (Flovik, 2005, s. 19).

2.2 Tann- og munnhelse

”Med alderen følger forandringer i munnhulen” (Samson & Strand, 2014, s. 316). For personer med demens kan munnhelsen ofte bli glemt. Det kan derfor være gunstig å sette i gang tiltak for å forhindre at blant annet infeksjoner oppstår og dermed unngå at det går utover livskvaliteten til beboeren. For å kunne stille munnen til en beboer må en skape tillit, grunnet et slikt området kan være personlig for svært mange. En person med demens kan ha problemer med å forstå hvordan ett tannstell skal utføres. Det er derfor viktig å ha kunnskap om tann-og munnhelsen (Samson & Strand, 2014, s. 423).

2.2.1 Munnhulen

Det oppstår forandringer på et anatomisk nivå mellom en frisk munn og en munn hvor det har skjedd en rekke med aldersforandringer etter ett langt liv (Samson & Strand, 2014, s. 316). I følge Samson og Strand (2014, s. 317) er slimhinnene til en frisk munn blekrosa samt fuktige, stramt tannkjøtt og tenner uten store hull. Hos eldre blir ofte munnhulen misfarget, tannkjøttet er tilbaketrukket og tennene blir sprø. Det oppstår også en redusert hyposalivasjon. Med andre ord så blir spyttsekresjonen redusert. Årsaken for at det blir mindre av spyttet er ofte at muskelkraften i munnhulen blir mindre desto eldre en blir. Videre vil dette da få en innvirkning på smakssansene. Maten kan bli vanskelig å svelge og mindre spytt vil også påvirke rensingen av munnhulen (Samson & Strand, 2014, s. 317).

2.2.2 Tannstell

Samson og Strand (2014, s. 319) skriver at de naturlige tennene bør pusses to ganger for dagen. Hensikten med tannpussen blir å forbygge mot infeksjonen og plakk på tennene. Likeså viktig blir det å oppnå rene og fine tenner for estetikken sin del samt velvære (Flovik, 2005, s. 67). For å fjerne matrester og annet som plakk på tennene bør en pusse godt både på bak-og forside (Samson & Strand, 2014, s. 319). Flovik (2005, s. 68) påpeker at det blir friksjonen på tannbørsten som utgjør effekten for fjerning av plakk. Karies kan oppstå ved roten på tannen og blir derfor viktig å pusse langs tannkjøttet for å unngå dette (Flovik, 2005, s. 63). Samson og Strand (2014, s. 319) skriver at tanntråd kan benyttes mellom tennene for å fjerne eventuelle matrester. Når det gjelder tannkrem så kan de eldre reagere på for sterk såpetilsetning. Det blir da gunstig å bruke en mildere variant. I tilfeller der det ikke lar seg gjøre å bruke tannbørste og tannkrem kan en erstatte dette med klorheksidin (0,2%) som er et bredspektret aniseptikum. Det finnes som både skyllevæske og gel. Det vil redusere vekst av

bakterier. Samt fjerner skadelig belegg på tenner og munnhulen. I forbindelse med tannstell er det lurt å ta fluor. Gjerne flere ganger om dagen. Dette vil styrke tennene, og kan inntas i form av tabletter, tyggegummi og skyllevann. For et optimalt tannstell bør tannbørsten også brukes til å pusse vekk plakk på tungen, munnslimhinnene og ganen for å unngå at mikroorganismer fra plakket forlyttes over på de rene tennene etter tannstellet (Samson & Strand, 2014, s. 319).

2.2.3 Stell av proteser

Flovik (2005, s. 101) skriver om to typer tannproteser. I en munn uten noen tenner blir det ofte brukt en helprotese som da fungerer som en erstatning for de opprinnelige tennene. For dem som mangler enkelte tenner i munnen, kan bruke delprotese. Den virker også som en erstatter for enkelte av tennene. Det kan være en tann eller flere tenner. Delprotese festes ved bruk av trykknapp eller kroker (Flovik, 2005, s. 101). I følge Flovik (2005, s. 101) bør tannprotesene bli stelt minst to ganger i døgnet. I tillegg til de to gangene blir det optimalt å skylle protesene i vann etter beboeren har spist. Det er mest gunstig å rengjøre dem ved å bruke såpe og vann (Flovik, 2005, s. 102). Ved stell av proteser streber en mot å fjerne tannstein, plakk og eventuelle rester av mat og lim på protesene. Godt redskap til å fjerne dette vil være en protesebørste. Ved å legge protesen i eddik (7%) kan være nøkkelen for å fjerne tannstein som ikke går vekk med en protesebørste (Samson og Strand, 2014, s. 320). Samson og Strand (2014, s. 320) skriver at det er best at tannprotesene ikke er i munnen om natten fordi det er en fin mulighet for at slimhinnene får ro. Før tannprotesen blir satt inn igjen i munnen bør munnhulen inspiseres for eventuelle sår som kan oppstå (Flovik, 2005, s. 96). Ved oppbevaring av tannprotesene mener Flovik (2005, s. 104) at det da er best at de ligger fuktig fordi tannprotesene unngår da å miste sin opprinnelige form.

2.2.4 Sykdomstilstander i munnhulen

Samson og Strand (2014, s. 317) skriver at det kan oppstå ulike sykdommer i munnhulen. De vanligste sykdomstilstandene som kan utvikle seg i munnhulen er tannråte, tanntap, munntørrehet, tannkjøttbetennelse og slimhinneforandringer (Samson & Strand, 2014, s. 317). Med et svekket immunforsvar hos de eldre kan slike sykdomstilstander være livstruende. Infeksjon i munnen kan bli spredt videre i kroppen ved at bakteriene følger blodstrømmen og til slutt ender opp med tilstander som lungebetennelse eller hjerte- og karsykdommer (Flovik, 2005, s. 93-94).

2.2.5 Plager som følge av dårlig munnstell

Flovik (2005, s. 94) skriver at eldre personer som opplever smerte eller infeksjon i munnhulen kan da få vansker med å spise samt drikke. Det kan gjøre det vanskelig å tygge, svelge og snakke (Samson & Strand, 2014, s. 318). Til slutt kan en slik dårlig munnhelse føre til at verdigheten og humøret til de eldre blir svekket (Flovik, 2005, s. 95). Samson og Strand (2014, s. 320) påpeker at personer med demens kan uttrykke smerte ulikt. Ubehag fra munnhulen kan være i form av et sår. Personer med demens kan uttrykke dette ved å være rastløs, andre irritert og noen kan nekte å spise (Samson & Strand, 2014, s. 320)

2.3 Demens

Demens er en betegnelse på ulike sykdommer som angriper flere av hjernens funksjoner. Av de sykdommene som angriper hjernen så er alle de progredierende. Det vil si at hjernen blir rammet over tid. De ulike funksjonene som hjernen styrer for at en skal klare seg i hverdagslivet vil etter hvert bli dårligere. Individet rammet av demens vil etter hvert bli så dårlig at han eller hun blir helt avhengig av hjelp fra andre (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411).

2.3.1 Ulike demenssykdommer

Demens blir ikke omtalt som én sykdom. Det er symptomene til flere sykdommer eller skader på hjernen som gir grunnlaget for å kunne stille en diagnose. Demens er derfor et syndrom (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411).

Solheim (2015, s. 32) skiller mellom degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Denne inndelingen blir utført med tanke på skadens årsak og/eller hvor den forekommer i hjernen (Solheim, 2015, s. 32). Årsaken til degenerative demenssykdommer blir ofte kjennetegnet dersom nervecellene dør gradvis, men kan også være ukjent (Solheim, 2015, s. 33). Alzheimers sykdom, fronttemporallappsdemens, lewy-legemer, parkinsons sykdom, huntigtons sykdom med demens blir omtalt under gruppen degenerative demenssykdommer. Når det gjelder vaskulær demens er årsaken kjent. Blodkarene i hjernen har en form for sykdom og det oppstår hjerneinfarkter eller blødning. Sekundær demens kan oppstå av årsaker som blant annet langvarig alkoholbruk, hjernesvulst, hodetraumer og vitaminmangel (Solheim, 2015, s. 33-32).

2.3.2 Symptomer

Det er ikke sagt at av alle de personene med demens får like symptomer selv med samme sykdom som har rammet hjernen. Det er andre faktorer som også spiller inn i symptombildet. Sosiale-, og miljøfaktorer samt personlige strategier for å mestre vil ha en innvirkning i hvordan symptomene vil variere fra person til person (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 416). Som en oversikt beskriver Solheim (2015, s. 21) om en inndeling over de ulike symptomene som oppstår som følge av en demenssykdom. Hun (Solheim, 2015, s. 21) skriver at symptomene ved demenssykdommene blir delt inn i tre områder på grunnlag av de vanligste kjennetegnene. Det kognitive, atferdsmessige og det motoriske. Symptomer som svekker intellektuelle evner, hukommelse, læringsevne, redusert språkevne blir beskrevet som kognitive kjennetegn. De atferdsmessige kjennetegnene utfolder seg som blant annet som depresjon, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, rastløshet, vandring, aggresjon og forandret døgnrytme. Det siste området, motoriske kjennetegn, som Solheim (2015, s. 21) skriver om er balansesvikt, styringsproblemer, inkontinens og muskelstivhet.

2.3.3 Ulike stadier

Det finnes egne kriterier som er laget med hensyn til å stille diagnosen for demens. Det er et system som heter ICD-10 som blir brukt i Norge. Blant disse kriteriene så er det mulig å undersøke hvor langt pasienten er kommet i sitt sykdomsforløp. En inndeling av gradene mild, moderat og alvorlig vil være en pekepinn på hvor mye hjelp personen med demens trenger. Ved en mild grad så vil det være tydelig at evnen for å utføre dagligdagse oppgaver er påvirket. Moderat vil si at personen trenger hjelp fra andre, grunnet han/hun ikke klarer dette alene. Den siste graden, alvorlig, vil tyde på at personen med demens trenger tilsyn kontinuerlig. Det blir nødvendig at pleien må utføres ved hjelp av andre (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411-412).

2.4 Livskvalitet:

Sykepleier er opptatt av den helhetlige pleien. Det er personlige oppfatninger om hva livskvalitet er, og det vil dermed være forskjellige måter for sykepleier å legge til rette en helhetlig tilnærming til hvert enkelt individ (Wahl og Rokne, 2011 s. 193).

2.4.1 Definisjon av psykolog Siri Næss

Siri Næss (2011, s. 18) definerer livskvalitet slik: ”en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative”.

Næss påpeker (2011, s. 16) at når hun omtaler begrepet livskvalitet fokuserer hun på hvert enkelt individ og deres oppfattelse av den psykiske velvære. De materielle forholdene er noe hun derimot ikke fokuserer på som betingelser. Det er gjerne nødvendig, men ikke tilstrekkelige for å oppnå høy livskvalitet (Næss, 2011, s. 16).

2.4.2 Livskvalitet i sykepleien

De fleste individ har sine egne opplevelser til livets kvaliteter (Wahl og Rokne, 2011, s. 192). En forståelse av betydningen til begrepet, livskvalitet, kan gi sykepleieren det grunnlaget for å påvirke. Det er flere forhold som påvirker livskvaliteten til beboerne. Noen av dem kan sykepleierne kontrollere, men ikke alle forhold. Omgivelsene til beboeren og informasjon er forhold som en sykepleier kan påvirke (Wahl og Rokne, 2011, s. 195). I følge Wahl og Rokne (2011, s. 197) kommer det frem i flere studier at sykepleier kan bedre livskvaliteten til beboerne ved å sette i verk tiltak som veiledning. Det er den subjektive opplevelsen av livskvalitet, altså beboerens egen vurdering, som videre setter søkelyset på dialogen som oppstår mellom sykepleier og beboer (Wahl og Rokne, 2011, s. 197).

3.0 Metode:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

For å kunne besvare en problemstilling så vil metode være redskapet for å innarbeide nødvendig informasjon. Det er ulike fremgangsmåter knyttet til det å besvare et slikt spørsmål, og blir derfor avgjørende å foreta de rette valgene i en slik prosess (Dalland, 2012, s. 113-114).

3.1 Strukturert litteraturstudie:

For at denne oppgaven skal bli omtalt som en strukturert litteraturstudie må ulike kriterier være oppfylt. Først må en velge primærstudier, altså enkeltstudier. Det må gjøres systematisk og en definert utvalgsmetode. Det er viktig at problemstillingen er tydelig. De ulike søkestrategiene som en har brukt for å komme frem til primærstudiet er viktig å få med i eget studie, samt hvorfor de ulike primærstudiene inkluderes. Resultatene av primærstudiene må det gjennomføres en analyse av. Det må utfylles et analyseskjema slik at en viser at studiene er kvalitetsvurdert. I litteraturstudier er det krav at en har med problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet samt en rapport. Ved å ha med de ulike punktene som nevnt i setningen over i eget studie blir det en gjennomgående god struktur (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

3.2 Litteratursøk

Da problemstillingen til oppgaven var formulert startet jeg med å søke etter litteratur som var relevant og aktuell, samt kunne besvare problemstillingen. Jeg har brukt både faglig litteratur fra pensum, men også litteratur utenom pensum. I følge Dalland (2012, s. 65) er Oria/BIBSYS en bibliotekbase hvor en kan søke frem litteratur som er nettbasert. Jeg brukte den nevnte bibliotekbasen for å søke frem litteratur utenom pensum. Søkeordene som da ble brukt for å søke frem den relevante litteraturen til min problemstilling var: munnstell, demens, livskvalitet og Virginia Henderson. For å avgrense søket valgte jeg at kun trykte bøker skulle komme som resultat.

Oppbyggingen til forskningsartiklene som er blitt fremlagt i oppgaven under punktet resultat følger IMRaD-strukturen. I følge Thidemann (2015, s. 30-31) står de følgende bokstavene i ordet IMRaD for introduction, method, results and discussion. Videre blir det beskrevet at en slik struktur bidrar til en god disponering av litteraturen i de vitenskapelige artiklene.

Strukturen bidrar også til at jeg som leser av de vitenskapelige artiklene får en god og rask oversikt over innholdet som kan være interessant for min problemstilling (Thidemann, 2015, s. 30-31).

Jeg har også brukt helsefaglige databaser som CINAHL, SveMed+ og PubMed for å belyse min problemstilling. Søkeordene som ble brukt var: nursing home, patient, dementia, oral hygiene, quality of life, oral health, assessment, attitudes, nursing home staff og mouth care. Siden engelsk er det internasjonale språket valgte jeg å bruke engelske søkeord slik at utvalget av forskning ble størst mulig.

Da jeg søkte i databasen CINAHL fant jeg en relevant artikkel ved å kombinere søkeordene nursing home, patient, dementia og oral hygiene. Denne kombinasjonen førte til et resultat på 12 treff. Jeg leste så sammendraget av artiklene, og kom frem til én jeg mente hadde mest relevans for å kunne belyse min problemstilling.

Videre i mitt søk valgte jeg ordene nursing home, quality of life og oral health i databasen PubMed. Etersom jeg kombinerte de nevnte ordene valgte jeg så å avgrense søket med forskning publisert innen de siste fem årene. Disse valgene førte til et resultat med totalt 64 treff. Innholdet i artikkel nr. 16 var aktuell for min problemstilling og av den grunn endte valget på den artikkelen.

Mitt tredje søk i CINAHL med var med søkeordene: mouth care og dementia. Da jeg kombinerte de to søkeordene fikk jeg totalt 20 treff. Videre avgrenset jeg søket med forskning publisert innen de siste fem årene og det ble totalt 18 treff. Jeg valgte så forskningsartikkelen nr. 2 fordi innholdet i artikkelen er relevant for problemstillingen i oppgaven.

Jeg utførte et systematisk søk i databasen SveMed+ med søkeordene: quality of life, assessment og dementia. Det var totalt 3 treff og jeg valgte artikkel nummer to. Jeg utførte så et manuelt søk ved å gå videre fra det systematiske søket. Jeg fant to andre artikler ved å se i referanselisten som jeg har anvendt i drøftingsdelen av oppgaven.

3.3 Kildekritikk

I en bacheloroppgave er det viktig at faglitteraturen belyser problemstillingen som oppgaven omhandler. Og på det grunnlag må litteraturen kvalitetssjekkes. I hovedsak handler det om å være kritisk til den kilden en velger til å bruke i oppgaven sin. Flere ulike steg blir utført i denne prosessen (Dalland, 2012, s. 67-72).

Forskningslitteraturen jeg har valgt å bruke i min oppgave har jeg tatt en kritisk vurdering av for å utelukke eventuelle artikler som ikke er relevant. Jeg har brukt sjekkliste for å vurdere den metodiske kvaliteten av studiene (kunnskapssenteret, 2017).

Da jeg søkte etter forskning fra Norge var det lite resultat som var relevant for min problemstilling. Det var hovedsakelig studier utført i hjemmesykepleien, og ikke sykehjem som jeg skriver om. Jeg fant derimot en systematisk oversikt skrevet av to norske sykepleiere og en professor fra Norge som har blitt brukt i oppgaven. To av forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er fra land som Sverige og en annen artikkel fra England. Ved at forskningen baserer seg på land i Europa kan være relevant grunnet likheter med Norge hvor alle er I-land og av den grunn god kapasitet for utvikling av et godt helsevesen. Jeg valgte også en artikkel fra USA. Selv om det er utenom Europa, mener jeg studiet er relevant for problemstillingen i oppgaven.

De artiklene som er brukt i oppgaven er blitt publisert innen de siste 10 år. Dalland (2012, s. 72) skriver at en avgrensning på 10 år når en søker etter litteratur for å belyse en problemstilling kan være fornuftig. Denne oppgaven har et fokus på munn-og tannhelsen og livskvalitet. Jeg hadde som mål å bruke forskning som ikke var eldre enn fem år slik at litteraturen jeg bruker i oppgaven skulle være aktuell for i dag. Den eldste artikkelen som er tatt med i oppgaven er 10 år gammel, men fordi den hadde god relevans for problemstillingen førte til at jeg allikevel anvendte den.

Forskningsartikkelen til Bruvik, Mjørud og Engedal (2012) som jeg har anvendt i drøftingsdelen av oppgaven er basert på et usystematisk litteratursøk. Et slikt søk vil være en

svakhhet i artikkelen. Det kan bli et alt for vidt søk da det ikke blir utført systematisk, og relevant forskning kan bli oversett (Dalland, 2012, s. 70).

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler blant annet om at personopplysninger skal bli ivaretatt i forskningsprosessen (Dalland, 2012, s. 95-96). Det blir beskrevet i personopplysningsloven (2000) om hvordan opplysninger om enkeltindivid i forskning skal behandles. Der står at det kreves samtykke fra den som skal delta i studie, slik at han eller hun godtar at opplysning av dem blir behandlet (personopplysningsloven,2000). I denne bacheloroppgave er det blitt anvendt forskning som omtaler beboere med demens. De ulike artiklene som er blitt anvendt har tatt stilling til om beboerne har samtykkekompetanse eller ikke. Andre parter som har deltatt i studiene som helsepersonell har deltatt frivillig. Det blir også påpekt i studiene at anonymiteten til deltakerne blir ivaretatt. For å forhindre at det skal oppstå misbruk av opplysninger blir det avgjørende å ta en etisk vurdering av de ulike leddene i forskningen (Dalland, 2012, s. 95-96). Det er to artikler som er anvendt i oppgaven som ikke er blitt etisk godkjent. Det er artikkelen til Jablonski, Kolanowski og Litaker og artikkelen til Frøydis, Mjørud og Engedal. De resterende tre forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er blitt etisk godkjent.

3.5 Vitenskapelige artikler – søketabell

Under vil jeg vise frem søkehistorikken lagt frem i form av tabeller.

Tabell 2: Søk i PubMed			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
#1	Quality of life		294 603
#2	Oral health		125 588
#3	Nursing home		79 130
#4	#1 AND #2 AND #3		114
#5	#4	Full text	82
#6	#5	Published in the last 5 years	44

Valgte artikkel #6: The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents (Porter et al., 2015).

Tabell 1: Søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Nursing home		38 682
S2	Patient		905 751
S3	Dementia		33 385
S4	Oral hygiene		3519
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		12

Valgte artikkel S5: Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia (Sonde, Emami, Kiljunen & Nordenram, 2010).

Tabell 3: Søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Oral hygiene		3519
S2	attitudes		175 304
S3	Nursing home staff		982
S4	S1 AND S2 AND S3		6

Valgte artikkel S4: Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff (Forsell et al., 2011).

Tabell 4: Søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Mouth care		957
S2	dementia		33 399
S3	S1 AND S2		20
S4	S3	Published in the last 5 years	18

Valgte artikkel S4: Profile of Nursing Home Residents with Dementia Who Require Assistance with Mouth Care (Jablonski, Kolanowski & Litaker, 2011).

4.0 Resultat

Her vil jeg legge frem innholdet i forskningsartiklene som er brukt i oppgaven for å belyse problemstillingen. Det vil også bli tatt stilling til individuell kildekritikk for hver artikkel.

Artikkel 1:

”The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents” (Porter et al., 2015).

Hensikten i studien var å belyse hvilken påvirkning munnhelsen har på livskvaliteten hos eldre som bor på sykehjem. Omsorgsarbeiderne og ledelsen sitt syn på munnhelsen til beboerne på sykehjemmet ble også tatt stilling til i studien. Artikkelen er en kvantitativ studie. Dette var en tverrsnitts epidemiologisk undersøkelse av beboerne på sykehjemmet, omsorgsarbeidere og ledere av alle ni sykehjem i Islington, London. Totalt så var det 325 beboere fra de ni ulike sykehjemmene som ble klinisk undersøkt. 180 beboere ble intervjuet for å vurdere om munnhelsen deres påvirket livskvaliteten. Ledere og omsorgspersoner som arbeidet i sykehjemmene ble også intervjuet. Beboerne som var med i studiet var i alderen 65-100 år. Det ble spurt fire spørsmål for å bedømme deres kognitive tilstand. Resultatet i studien viste at beboerne uttrykte problemer som munntørrehet, løse tannproteser, sprukne lepper og problemer med å tygge mat. I intervjuene uttrykte omsorgsarbeiderne bekymring omkring beboernes tannproteser, og deres tannkjøtt. Omsorgsarbeiderne ga også uttrykk for å møte vanskeligheter for å hjelpe beboerne med demens da de nektet å ta i mot hjelp med tannstell. Studien konkluderte med at byrden av forholdene til munnhelsen var betydelig blant sykehjemsbeboere. De største kliniske problemene for livskvaliteten til beboerne var grunnet tannproteser, samt den høye forekomsten av tann og rot forfall. Symptomer som tørr munn og tannverk hos beboerne forverret også deres livskvalitet.

Kildekritikk:

Denne artikkelen vurderer jeg som relevant til min problemstilling. Hensikten i studien kommer tydelig fram. Forfatterne får også tydelig frem funnene i studien. Jeg anser artikkelen som god for min problemstilling.

I undersøkelsen ble det spurt fire spørsmål for å bedømme beboernes kognitive tilstand på sykehjemmet. Dette ser jeg på som en svakhet i studien, ettersom de tidligere nevnte

internasjonale kriteriene ICD-10 tilsier en større utredning for å kunne ta en slik avgjørelse om beboernes kognitive tilstand.

Artikkel 2:

”Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia” (Sonde, Emami, Kiljunen & Nordenram, 2011).

Hensikten med studien var å beskrive omsorgsyterens oppfatning av munnhygiene hos sykehjemsbeboere med demens. Det var også som mål og få beskrive sykepleiernes argumentasjon i forhold til deres ansvar for å overvåke at de ulike tiltak rundt munnhygiene blir utført hos sykehjemsbeboere med demens. Artikkelen er en kvalitativ studie. To delstudier ble utført; fokusgrupper med ulike diskusjoner som bestod av totalt ni hjelpepleiere og innrullerte sykepleiere. Den andre gruppen inneholdt fire sykepleiere som ble intervjuet. Alle deltakerne var ansatte i sykehjemsavdelinger spesialisert innen demens. Som resultat ble det avdekket tre temaer i fokusgruppen: kunsten for omsorg, barrierer og behandlingsstrategier. Sykepleierne sine meninger om munnhygiene til beboerne omhandlet tema som pleie, ansvar for omsorg og informasjon. Studien konkluderte med tre hovedfunn. Det var et uklart ansvar hos de ansatte relatert til den daglige munnhygien. Mangel på retningslinjer og rutiner for munnhygiene blant de ansatte. Det siste funnet omhandlet retningslinjer for deling av informasjon mellom de ulike yrkesgruppene.

Kildekritikk:

Etter å ha vurdert denne artikkelen anser jeg den som relevant for problemstillingen i oppgaven. Datainnsamlingen i studien er god og grundig. Studien omhandler både sykepleiere, helsepleiere og innrullerte sykepleiere. Til tross for dette har jeg valgt å fokusere kun på resultatet som omhandler sykepleierne og tatt det med i drøftingen. Dette mener jeg er fornuftig grunnet det får frem sykepleier sitt syn på oral helse og dermed belyser problemstillingen på en god måte.

Artikkel 3:

”Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home” (Forsell et al., 2011).

Hensikten med studien var å undersøke hvilke holdninger og oppfatninger pleiepersonellet har til det å opprettholde den daglige munnhygiene hos beboere på sykehjem. Artikkelen er en kvantitativ studie. Det ble utført et beskrivende spørreskjema av 105 ansatte på et sykehjem i Sverige. Personellet var både sykepleiere samt pleiere uten formell utdanning. Sykehjemmet hvor spørreskjemaet ble utført på var et senter for personer med demens. Personellet som var med i undersøkelsen fikk kurs om munnhygiene etter spørreskjema. Det ble så undersøkt om det var forskjell på svarprosenten etter kurset sammenlignet med svarene før. Det var et resultat på totalt 83% som svarte på spørreskjemaene. Hele 87% av pleierne følte at det var ubehagelig å utføre munnpleie. Hovedårsaken til dette resultatet var at de møtte beboere som var motvillig. Andre årsaker var at de følte på redsel for å gjøre skade da de utførte munnpleie. Etter kurset var prosentandelen som følte på ubehag redusert til 81%. Det viste seg å være pleiere som følte de måtte bruke mild form for tvang for å kunne utføre munnpleie optimalt, 84%. Her viste det seg å ikke være noen endring i prosentandelen etter kurset. 92% mente de hadde for liten tid til å utføre munnpleie.

Studien konkluderte med at det er viktig at pleierne har kunnskap om munnhygiene. At de føler seg komfortabel med å utføre munnpleie for å kunne tilby den daglige hjelpen beboerne har behov for. Det viser seg at sykepleierne trenger mer utdanning innen munnhygiene og munnpleie. Studien påpeker at tannpleierne bør undervise pleierne på sykehjemmet slik at de får den rette kunnskapen. Ledelsen bør også holde jevnlig kurs om tannhygiene slik at pleierne får inntrykk av at dette er viktig for ledelsen. Dermed kan pleierne opparbeide et større fokus rundt munnhygiene.

Kildekritikk:

Dette er en artikkel jeg vurderer som god for min problemstilling. Resultatet og hensikten av studien kommer tydelig fram. Studien trekker frem ulike faktorer som kan påvirke sykepleien til beboere med demens, og samtidig arbeid som kan forbedre sykepleien.

Sykehjemmet hvor studien ble utført har jevnlig kontakt med tannleger. Personellet har dermed opparbeidet seg en del kunnskap fra dem. Når en tolker resultatene bør en derfor være observant. Jeg har valgt å anvende studiet i oppgaven fordi det viser hvordan sykepleier kan påvirke den orale helsen ikke bare med kunnskap men også med deres holdninger.

Artikkel 4:

” Profile of Nursing Home Residents with Dementia Who Require Assistance with Mouth Care” (Jablonski, Kolanowski & Litaker, 2011).

Hensikten med studien var å beskrive den demografiske, funksjonelle og atferdsmessige profilen av beboere med demens på sykehjem som krever verbal eller fysisk assistanse til munnpleie. Artikkelen er en kvantitativ randomisert kontrollert studie. Det var totalt 128 beboere som deltok i studien fra ni ulike sykehjem i Pennsylvania, USA. Alle beboerne som deltok hadde diagnosen demens. Beboerne ble intervjuet. ADL funksjonen til beboerne ble undersøkt. Deres munnpleie og forståelsen av språk. Atferden og personligheten. Irritasjon og passiviteten til beboerne ble undersøkt. Studien tok også for seg hvem som trengte verbal og fysisk hjelp til tann-og munnstell fra personalet på sykehjemmet.

Beboerne som deltok i studiet var delt i to grupper: 68 personer som trengte verbal hjelp til tann-og munnstell. 60 personer som trengte fysisk hjelp.

Resultatet i studien viste at beboerne som trengte verbal assistanse var: mer åpen og viste mer tegn til personlighet, høyere verdi av ADL funksjon, mindre passivitet og forsto språket bedre. Beboerne som trengte fysisk hjelp var mer passiv i motsetning til dem som trengte verbal hjelp. Studien viser hvilke teknikker sykepleierne bør ta i bruk på sykehjem for å ivareta de eksiterende fysiske og kognitive funksjonene hos beboerne. Forskjellen mellom fysisk eller verbal assistanse under tann-og munnstell viser at pleien må tilpasses til en hver beboer med demens.

Kildekritikk:

Studien er relevant for min problemstilling fordi den trekker frem hvordan sykepleier kan tilrettelegge og ha fokus på tann-og munnpleien til beboere med demens.

En svakhet i studien var at det ikke var målbare enheter som kunne tilsi at de ulike måtene å assistere tann-og munnpleien til beboerne var effektiv. Jeg har allikevel anvendt forskningsartikkelen i oppgaven da den belyser ulike måter å møte beboeren under tann-og munnstell.

5.0 Drøfting:

Jeg vil her drøfte følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier påvirke livskvaliteten til eldre personer med demens på sykehjem ved å ha fokus på tann- og munnhelsen deres?

For å belyse problemstillingen i oppgaven har jeg anvendt vitenskapelige artikler, sykepleieteoretikeren Virginia Henderson og egne erfaringer. På bakgrunn av anvendt forskning har jeg valgt å fokusere på hva som kan påvirke livskvaliteten til beboere med demens. Deretter vil jeg skrive om sykepleier sitt forhold til tann- og munnpleien. Siste punkt i drøftingsdelen vil omhandle arbeid som kan føre til et økt fokus på tann- og munnhelsen til eldre med demens på sykehjem.

5.1 Påvirkning på livskvaliteten til beboere med demens

Studien til Porter et al. (2015) viser at tannhelsen til beboerne på sykehjem har betydning for livskvaliteten deres. Som beskrevet i artikkelen så vil en aldring av befolkningen føre til nye utfordringer rundt oral helse. Videre i artikkelen skriver de at det er forventet at eldre skal leve lenger samt bevare sine egne tenner. Porter et al. (2015) påpeker at dette vil så føre til et økt behov for tannbehandling og et større behov av helsesystemer som sykehjem. Studien (Porter et al., 2015) undersøkte hvordan forhold i munnen påvirket det daglige livet til beboerne på sykehjem. Beboerne i studien ble spurt om de hadde problemer med å tygge, snakke, rengjøre tennene eller protesene, sove og emosjonelle problemer. Porter et al. (2015) rapporterte at 20,2% av beboerne med egne tenner og 30,9% av dem som var tannløs hadde minst ett av de nevnte problemene i løpet av de siste 6 månedene. Videre påpekte Porter et al. (2015) at dette er tydelige indikatorer på at forhold i munnen kan påvirke livskvaliteten til beboere. Den største bekymringen som helsepersonellet i studien til Porter et al. (2015) hadde gitt uttrykk for var tannprotesene til beboerne. Helsepersonellet mente at tannprotesene ikke passet munnhulen til beboerne (Porter et al., 2015). Henderson sier at "under sykdom trenger tennene og gommene mer stell enn når en er frisk" (Flovik, 2005, s. 19). Fra egen arbeidserfaring på sykehjem har jeg erfart at beboere med demens kan glemme hvordan et tannstell utføres. Jeg har observert beboere som har brukt tannkøst som hårbørste, eller tannkrem på leppene som salve. Moyle, Mcallister, Venturato og Adams (2007) forteller i deres studie at redusert ADL-funksjon er en faktor som kan påvirke livskvaliteten. Fra egne

arbeidserfaringer opplever jeg at det kan være gunstig å tilrettelegge ved tann-og munnstell for beboere med demens på sykehjem. Henderson (1998, s. 45) påpeker at som sykepleier har en som oppgave og utfylle det som beboeren mangler for å bli ”hel”.

Bruvik et al. (2012) påpeker utfordringer relatert til å vurdere livskvalitet hos personer med demens. Videre skriver de at den kognitive svikten hos personer med demens kan påvirke sykdomsinnsikten. Bruvik et al. (2012) mener at den kognitive svikten kan føre til at den subjektive opplevelsen av livskvalitet kan bli vanskelig å vurdere. Studien til Bourbonnais og Duchame (2010) viser at livskvaliteten kan bli redusert hos personer med demens grunnet de har vanskeligheter med å uttrykke følelser, tanker samt deres ønsker. Henderson (1998, s. 57) påpeker at det er en krevende prosess å kunne forstå situasjonen til et annet menneske. Videre mener hun at sykepleier må lytte og observere for å sette seg inn i en annen sin situasjon. Ikke minst tolke ikke-verbale atferd (Henderson, 1998, s. 57). Fra egen arbeidserfaring har jeg opplevd at det kan være vanskelig å vurdere livskvaliteten til beboere med demens. Mine observasjoner fra sykehjem av beboere med demens som har smerter i munnhulen er at en del av dem vandrer og er urolig i stedet for å uttrykke seg verbalt. Jeg har erfart at beboere med moderat grad av demens har redusert evne til å kunne sette ord på sine følelser. I artikkelen til Bruvik et al. (2012) blir det fremmet flere måter å vurdere en livskvalitet. Videre skriver de om selvrapportert livskvalitet. De skriver at det er et skjema som en beboer kan fylle ut, eller ved å svare på spørsmål gjennom et intervju. Bruvik et al. (2012) påpeker at følelser er individuelle, også hvordan følelsene blir uttrykt. De mener også at på det grunnlag av at alle er forskjellige så bidrar det til utfordringer for hva som kan forklares som normal eller tilfredsstillende livskvalitet. Bruvik et al. (2012) mener at sykepleier må også være bevisst på at egne oppfatninger av normal livskvalitet er annerledes enn beboer sin opplevelse.

5.2 Sykepleier sitt forhold til munn-og tannpleie

Sykepleierne i studien til Sonde et al. (2011) hadde ulike meninger for hvem som skulle ha ansvaret for å følge opp den orale hygien til beboerne med demens. Noen av sykepleierne i studien mente at det var en del av den grunnleggende pleien å utføre oral pleie og av den grunn omhandlet ansvaret alle omsorgsstederne. Personlig har jeg erfart at det er for mange beboere på et sykehjem til at sykepleierne alene skal ha ansvaret for den orale pleien. Slik jeg ser på det er det naturlig at alle omsorgsstederne på et sykehjem har et delt ansvar for den orale pleien. Av egen erfaring fra å jobbe på sykehjem jobber jeg bedre i lag med andre i

motsetning til alene. Noen andre sykepleiere i studien til Sonde et al. (2011) mente at det var de, sykepleierne selv, som skulle ha hovedansvaret for den orale hygien til beboerne. Under intervjuet i studien til Sonde et al. (2011) sa flere av sykepleierne at dersom beboerne ikke hadde problemer med den orale helsen så var det hjelpepleierne sitt ansvar å utføre den orale pleien. Videre påpekte sykepleierne at det var hjelpepleierne sitt ansvar for å rapportere til sykepleierne om den orale statusen til beboerne (Sonde et al, 2011). I følge Henderson (1998, s. 45) jobber sykepleier i et team. Som et medlem av det teamet skal en ikke legge for mye arbeid over på et annet medlem slik at hovedoppgaven blir glemt. Henderson skriver at det er beboeren som skal være i fokus, og alle rundt må vite at det først og fremst er han eller hun de hjelper (Henderson, 1998, s. 45).

Studien til Forsell et al. (2011) synliggjør sykepleier sine holdninger og oppfatninger til tann- og munnpleie til beboere på sykehjem. Et stort flertall, 87% av sykepleierne som ble intervjuet i studien, mente at det var ubehagelig å utføre munnhygiene til beboerne med demens. Det viste seg å være flere grunner til dette. Forsell et al. (2011) skriver at den største årsaken var fordi beboerne nektet å motta hjelp til tann-og munnstell fra sykepleierne. Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 101) påpeker at forholdet mellom sykepleier og beboer vil ha en viss grad av ubalanse. Videre forklarer de at sykepleier har fagkunnskapen om pleie som beboeren derimot ofte ikke har. Min personlige mening er at det er vanskelig å komme opp i en situasjon hvor en beboer nekter å motta hjelp til tann-og munnstell. Av egen erfaring vil jeg naturlig hjelpe beboeren med tann-og munnstellet, men samtidig blir det viktig for meg å lytte til beboerens egne ønsker. Henderson (1998, s. 54) mener at sykepleier skal komplettere beboeren. Viljen til å kunne utføre gjøremål og styrken er blant annet sykepleier sin utfyllende rolle ovenfor beboeren (Henderson, 1998, s. 54). Henderson påpeker at å utfylle en slik rolle krever stor selvinnsikt som sykepleier. Konsentrasjon om beboeren og han eller hennes behov blir vesentlig. Samtidig vedkjenne følelsene som begrenser sykepleier for å oppfylle slike behov for beboeren (Henderson, 1998, s. 57). I studien til Forsell et al. (2011) uttrykte 84% av sykepleierne at de måtte utføre en mild form for fysisk tvang slik at de kunne utføre den orale hygien til beboerne med demens. Noen andre sykepleiere i studien til Forsell et al. (2011) kjente på en redsel for å skade tennene til beboerne under tannstellet. Det var flere sykepleiere som også var redd for å ødelegge tannprotesene da de tok den inn og ut munnen, samt ved stell. Resultatet i studien til Forsell et al. (2011) påpeker at det er avgjørende at sykepleierne er komfortable og trygge i situasjoner hvor de skal utføre tann-og munnstell til beboerne med demens.

5.3 Arbeid som kan forbedre tann-og munnpleien i sykehjem

I artikkelen til Forsell et al. (2011) ble det konkludert med at det er nødvendig med mer utdanning. Mangel på kunnskapen om oral helse og oral hygiene, samt det psykologiske aspektet fører til at beboerne på sykehjem ikke får tilstrekkelig god tann-og munnpleie. Forsell et al. (2011) refererer til et annet studie i artikkelen og skriver at det er blitt påvist at utdanning om tannhygiene har ført til en forbedret tannstatus og oral helse blant beboerne på sykehjemmet. Henderson (1998, s. 79) mener at det kreves utdanning siden sykepleier skal være en selvstendig utøver og ekspert innenfor området velferd og helse. Min personlige mening er at en sykepleier umulig kan lære alt, men det er allikevel viktig at sykepleier bygger ny kunnskap. Henderson (1998, s. 91) påpeker at det er gunstig å legge opp til at teorien blir lært i praksis.

Sonde et al. (2011) belyste i deres studie at det var mangel på rutiner og retningslinjer på sykehjemmet for helsepersonellet. Artikkelen til Sonde et al. (2011) fremmer sykepleierne i USA. Der utfører de en oral vurdering av beboerne da de ankommer sykehjemmet. Den type vurdering sykepleierne i USA utfører er påvist å være klinisk nyttig for eldre beboere på sykehjem (Sonde et al., 2011). I følge Henderson (1998, s. 64) er det avgjørende med et system som er godt utviklet. Videre påpeker hun at dette systemet skal være til stede slik at sykepleier kan jobbe mest mulig effektivt. (Henderson, 1998, s. 64). Henderson omtaler at en pleieplan kan bidra til å sette fokus på de menneskelige behov. Videre mener hun at en slik plan skal inneholde gjøremål som sykepleier skal legge til rette for å hjelpe beboeren på best mulig måte (Henderson, 1998, s. 59). Jeg har egen erfaring fra sykehjemmet jeg jobbet på med pleieplan. Det var en plan som beskrev utførelsen av pleien til et sår i munnen til en beboer med demens. Personlig følte jeg meg mer trygg på stellet ved å følge pleieplanen. Det var beskrivelse steg for steg, med faglig begrunnelse på hva som hjalp mot såret. Jeg observerte at såret forsvant ettersom pleieplanen ble fulgt opp.

I følge Jablonski et al. (2011) får ikke beboere med demens på sykehjem god nok hjelp med den orale hygiene. I studien til Jablonski et al. (2011) ble det fremstilt en profil av beboerne som skulle bidra til å gjøre helsepersonellet oppmerksom på hvordan de skulle assistere en beboer med demens med tann-og munnstell. Videre skriver de at passivitet, aggresjon, ADL-funksjon, forståelsen av språk, atferd og personligheten skulle være grunnlaget for hvem som

hadde behov for ulike type assistanse til tann-og munnpleien. Jablonski et al. (2011) mener at beboere med demens som har høyere nivå av kognitiv funksjon og evnen til å utføre ADL-funksjoner blir det da gunstig at sykepleier tar i bruk verbal assistanse under tann-og munnstell. Fra egen arbeidserfaring har jeg observert at dersom beboerne får for mange instruksjoner til tann- og munnstell på en gang, kan det ende opp med at beboeren ikke forstår og stopper opp i handlingen. Studien til Jablonski et al. (2011) påpeker at den beste måten å hjelpe en beboer med tann-og munnstell verbalt vil være å gi én instruks om gangen. Videre skriver de at tann-og munnstellet blir optimalt foran en vask og med det rette utstyret tilgjengelig. Kristoffersen (2011, s. 226) skriver at sykepleier må skaffe informasjon om hvordan beboeren opplever sine egne behov. Henderson sier at det er krevende, men igjen helt avgjørende at sykepleier skaffer seg en slik forståelse for at behovene kan bli tilfredsstilt på best mulig måte (Kristoffersen, 2011, s. 226). Jablonski et al. (2011) mener at dersom sykepleier hjelper en beboer verbalt vil bidra til å fremme så mye som mulig av egenomsorgen til beboeren. I følge Samson og Strand (2014, s. 320) vil egenomsorgen til personer med demens bli gradvis sviktende i den grad at de kan ha et stort behov for hjelp til stell av tenner og munnhulen. Det kan være gunstig å utføre ulik behandling i et tidlig sykdomsforløp. Personer med demens kan ha større forståelse av behandlingen tidlig i forløpet i motsetning til sent ettersom demensprognosen har fått utvikle seg (Samson & Strand, 2014, s. 320). Jablonski et al. (2011) viser i studien at beboerne med demens som trenger fysisk assistanse med tann-og munnpleie var veldig passiv. Videre skriver de at beboerne hadde i tillegg lite forståelse av språk. I følge Jablonski et al. (2011) vil den gruppen som trenger fysisk assistanse med tann- og munnstell sannsynligvis ikke ha evnen til å sette i gang tiltak eller forstå verbale instruksjoner for å fullføre oppgaven med oral egenomsorg (Jablonski et al., 2011). For veldig mange er munnen et personlig område (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 423). Jablonski et al. (2011) mener at fysisk assistanse trenger ikke være fysisk kontakt, men uten å bruke det verbale språket er det mulig å gestikulere handlingen slik at beboeren med demens gjør det samme. Henderson (Kristoffersen, 2011 s. 225) beskriver at ansvarsområdet til sykepleier innebærer å assistere samt hjelpe personer med å utføre ulike gjøremål. Henderson (1998, s. 15) sier at beboernes helse og velvære blir påvirket av god sykepleie, forskning og det beboeren forteller oss. Selvstendighet er et mål knyttet til blant annet god helse. Dersom det ikke er et realistisk mål er det sykepleier sin oppgave å dekke de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2011, s. 225).

6.0 Oppsummering

Hensikten i oppgaven var å undersøke hvordan sykepleierne kunne påvirke livskvaliteten til beboere med demens på sykehjem ved å ha et økt fokus på tann-og munnpleien.

Anvendt forskning i oppgaven har fremvist at forholdene i munnen vil virke inn på livskvaliteten til en beboer med demens. Til tross for utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens har både sykepleier og beboer selv gitt uttrykk for at tann-og munnhelse vil påvirke livskvaliteten. Det er synliggjort at sykepleier har ulikt forholdt til tann- og munnpleie. Det foreligger uenighet blant sykepleierne om hvem som har hovedansvaret for tann-og munnpleien til beboerne. Sykepleier sine holdninger og ulike oppfatninger om tann-og munnstell kan flytte fokus vekk fra selve utførelsen. Forskning belyser at sykepleier kan øke fokus på tann-og munnhelsen med den rette kunnskapen. Utøvelse av gode rutiner kan bidra til at sykepleier øker fokuset på de menneskelige behovene til beboerne, deriblant tann-og munnstell. Sykepleier må bruke kunnskapen om tann-og munnstell og tilpasse assistansen etter behovene til beboer med demens.

Min personlige mening er at tann-og munnhelsen til beboere med demens er et område som det må rettes fokus mot i pleien på sykehjem. Basert på teorien og funn fra de ulike studiene som er anvendt i oppgaven blir det tydelig at sykepleier har muligheten til å påvirke livskvaliteten til beboere med demens med den rette kunnskapen og det rette fokuset på tann-og munnhelsen. Henderson påpeker at det å skaffe seg en slik forståelse for hvordan slike behov kan bli tilfredsstilt er både krevende og vanskelig, men også helt avgjørende. Avslutningsvis vil jeg belyse det Henderson sier: ”Det er viktig at sykepleieren kan greie å holde munn og tenner skikkelig rene hos dem som er skrøpelige og hjelpeløse”.

Referanseliste:

- Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2010). The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 22(07), 1172-1184.
- Bruvik, F., Mjørud, M., & Engedal, K. (2012). Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. *Geriatrisk Sykepleie* 2012;4(2)8-15
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P-A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske tannlegeforening. (2016, 7. september). *FDI lanserer ny definisjon på 'oral helse'*. Hentet 5. april 2017 fra <https://www.tannlegeforeningen.no/profesjon-og-fag/FDI-lanserer-ny-definisjon-p-oral-helse.aspx>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok*. (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell*. Oslo: Akribe.
- Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal Of Dental Hygiene*, 9(3), 199-203.
doi:10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., & Litaker, M. (2011). Profile of Nursing Home Residents with Dementia Who Require Assistance with Mouth Care. *Geriatric Nursing*, 32(6), 439-446. doi:10.1016/j.gerinurse.2011.09.002
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapscenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 25.april fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Hentet 24.mars 2017 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Moyle, W., Mcallister, M., Venturato, L., & Adams, T. (2007). Quality of life and dementia The voice of the person with dementia. *Dementia*, 6(2), 175-191.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S, Næss., T, Moum., & J, Eriksen (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Bokforlaget.
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet 25. april fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., & Tsakos, G. (2015). The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 102.

- Samson, H., & Strand, G. V. (2014). Munnhelse. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 316-323). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skovdahl, K., & Berentsen, D. V. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(1), 92-99. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Virginia Henderson. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wahl, A. K., & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I S, Næss., T, Moum., & J, Eriksen (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 191-198). Bergen: Bokforlaget.
- WHO. (2002). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Hentet 19. januar fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- WHO. (2016, april). *Dementia*. Hentet 24. mars fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<i>"The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents"</i> (Porter, Ntouva, Read, Murdoch, Ola & Tsakos, 2015).	Hensikten i studien var å belyse hvilken påvirkning munnhelsen har på livskvaliteten hos eldre som bor på sykehjem. Omsorgsarbeiderne og ledelsen sitt syn på munnhelsen til beboerne på sykehjemmet ble også tatt stilling til i studien.	Artikkelen er en kvantitativ studie. Dette var en tverrsnitt epidemiologisk undersøkelse av beboerne på sykehjemmet, omsorgsarbeiderne og ledere av alle ni sykehjem i Islington, London.	Totalt så var det 325 beboere fra de ni ulike sykehjemmene som ble klinisk undersøkt. 180 beboere ble intervjuet. Ledere og omsorgspersoner ble også intervjuet.	Studien konkluderte med at byrden av forholdene til munnhelsen var betydelig blant sykehjemsbeboere.
<i>"Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia"</i> (Sonde, Emami, Kiljunen & Nordenram, 2010).	Hensikten med studien var å beskrive omsorgsyterens oppfatning av munnhygiene hos sykehjemsbeboere med demens. Det var også som mål og få beskrive sykepleiernes argumentasjon i forhold til deres ansvar for å overvåke at de ulike tiltak rundt munnhygiene blir utført hos sykehjemsbeboere med demens.	Artikkelen er en kvalitativ studie. To delstudier ble utført. Det var en fokusgruppe med ulike diskusjoner som bestod av hjelpepleiere og innrullerte sykepleiere. Den andre gruppen inneholdt sykepleiere som ble intervjuet.	Det var totalt ni hjelpepleiere og innrullerte sykepleiere i fokusgruppen. Den gruppen som ble intervjuet bestod av fire sykepleiere.	Som resultat ble det avdekket tre temaer i fokusgruppen: kunsten for omsorg, barrierer og behandlingsstrategier. Sykepleierne sine meninger om munnhygiene til beboerne omhandlet tema som pleie, ansvar for omsorg og informasjon.
<i>"Attitudes and perceptions towards oral"</i>	Hensikten med studien var å undersøke hvilke holdninger og oppfatninger	Artikkelen er en kvantitativ studie. Det ble utført et beskrivende	Det var 105 ansatte som deltok på spørreskjemaet.	Det var et resultat på totalt 83% som svarte på spørreskjemaene. Hele 87% av

<p><i>hygiene tasks among geriatric nursing home” (Forsell, Sjögren, Kullberg, Johansson, Wedel, Herbst & Hoogstraate , 2011).</i></p>	<p>helsepersonellet har til det å opprettholde den daglige munnhygiene hos beboere på sykehjem.</p>	<p>spørreskjema av de ansatte på sykehjemmet. Personellet var både sykepleiere samt pleiere uten formell utdanning.</p>		<p>pleierne følte at det var ubehagelig å utføre munnpleie. Hovedårsaken til dette resultatet var at de møtte beboere som var motvillig.</p>
<p><i>” Profile of Nursing Home Residents with Dementia Who Require Assistance with Mouth Care” (Jablonski, Kolanowski & Litaker, 2011).</i></p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive den demografiske, funksjonelle og atferdsmessige profilen av beboere med demens på sykehjem som krever verbal eller fysisk assistanse til munnpleie.</p>	<p>Artikkelen er en kvantitativ randomisert kontrollert studie. Beboerne i studien ble intervjuet. Beboerne sin ADL-funksjonen, munnpleie, forståelsen av språk, atferden, personligheten, irritasjon og passiviteten til beboerne ble undersøkt.</p>	<p>Beboerne som deltok i studiet var delt i to grupper: 68 personer som trengte verbal hjelp til tann-og munnstell. 60 personer som trengte fysisk hjelp.</p>	<p>Resultatet i studien viste at beboerne som trengte verbal assistanse var: mer åpen og viste mer tegn til personlighet, høyere verdi av ADL funksjon, mindre passivitet og forsto språket bedre. Beboerne som trengte fysisk hjelp var mer passiv i motsetning til dem som trengte verbal hjelp.</p>