

BACHELOROPPGAVE

Munnstell til syke og pleietrengende med egne tenner i sykehjem

Hvordan kan sykepleier bidra til økt fokus på munnstell til pasienter i sykehjem?

av

Kandidatnummer 89
Kjerstin Margaretha Nygard

How can nursing contribute to increased focus on oral care to patients in nursing homes?

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

Tal ord: 7069



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven Munnstell til syke og pleietrengende i sykehjem i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

kandidatnummer og navn

JA ___ NEI___

Kandidatnummer og navn

JA x___ NEI___

Kandidatnummer 89

Kjerstin Margaretha Nygard

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema

Erfaring fra praksis i sykehjem viser at det er lite oppmerksomhet på munnstell. Formålet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til endring. Tittelen på oppgaven er: Munnstell til syke og pleietrengende med egne tenner i sykehjem. Hvordan kan sykepleiere bidra til økt fokus på munnstell til pasienter i sykehjem.

Metode

Oppgaven bygger på kjent litteratur innen omsorgsteori. Alle forskningsartiklene er kvantitative litteraturstudium med positivistisk tilnærming. For å synliggjøre pasientens rettigheter og pleiepersonells plikter i omsorgssituasjonen, benyttes lovverk og sentrale føringer.

Oppsummering av funn

Forskning viser at pleiepersonell i sykehjem mener munnstell er en ubehagelig oppgave, og oppgaven blir ofte ikke prioritert. Pleietrengende pasienter har i økende grad egne tenner, og det vil være behov for omorganisering og kompetanseløft for å øke fokus på munnstell. Repeterende forskningsbasert kompetanseutvikling i konsekvenser, kommunikasjon, organisasjon og lovverk, kan bidra til å kaste nytt lys over munnstellet. Sykepleiers pedagogiske kompetanse bør benyttes, men friggitt personell vil kreve flere hender, og økte ressurser. Dette vil ikke være mulig uten at forholdene for en lærende organisasjon legges til rette, og forankres av ledelsen.

Sykepleiers organisasjonskompetanse vil komme godt med når slik omorganisering skal gjennomføres. Denne kompetansen kan også benyttes når behov for økte ressurser skal belyses på samfunnsplan.

Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og tannhelsetjenesten vil bidra til økt kompetanse rundt pasientens munnstellprosedyrer i sykehjem.

Skjerpede rutiner når det gjelder rapport og avviks registrering, vil bidra til at prosedyrer blir fulgt opp. Videre kan det belyse økte behov for ressurser, og flere hender i arbeidet med munnstell.

Lovverk og offentlige føringer er godt regulert i forhold til munnstell for eldre i institusjon.

Grunnlaget for samfunns politisk støtte ligger der, og burde dermed legge fundament for økt fokus.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 «Jeg har ikke fått pusset tenner på fire dager».....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensninger.....	2
1.4 Jeg har valgt å løse oppgaven slik.....	2
2.0 Metode	3
2.1 Søkeprosessen	4
2.2 Kildekritikk	5
3.0 Teorikapittel	6
3.1 Aldring og munnstell	6
3.2 Sykepleie og organisasjon	6
3.3 Grunnleggende sykepleieteori	7
3.4 Pedagogikk og kommunikasjon	8
3.5 Etikk	8
3.6 Dokumentasjon, uønskede hendelser og avvik.....	9
3.7 Presentasjon av relevant forskning	9
3.8 Sentrale føringer og regulerende lovverk	11
4.0 Drøfting.....	13
4.1 Tverrfaglig samarbeid og munnstellprosedyrer	13
4.2 Organisatorisk kompetanse og omlegging av rutiner	14
4.3 Kompetanseløft for bedre munnstell	16
4.4 Pasientens rettigheter og helsepersonells plikter.....	17
5.0 Konklusjon	20
6.0 Litteratulist	21
Vedlegg 1 Eksempel på munnstellkort.....	1
Vedlegg 2 Litteraturliste	1

1.0 Innledning

Dette kapittelet tar opp problemstilling, avgrensning og hvordan jeg har løst oppgaven. Munnstell til syke og pleietrengende i sykehjem.

1.1 «Jeg har ikke fått pusset tenner på fire dager»

Dette utsagnet kom fra en yngre pasient som hadde vært i avdelingen like lenge som jeg hadde vært i praksis. Pasienten hadde hurtig progredierende multippel sklerose. På få måneder hadde han fått sin fysiske funksjonsevne redusert fra å være en godt fungerende arbeidsmann, til å bli sterkt pleietrengende i sykehjemsavdeling. Han hadde alle sine trettito tenner intakt, og hadde alltid vært nøye med munnstellet. Sykdommen hadde gått hardt utover hans taleevne, men om en gav seg god tid var det ikke så vanskelig å forstå hva han sa. I yrkeslivet har jeg erfart at tannstell ikke prioriteres når tiden er knapp og arbeidsoppgavene står i kø. Jeg ønsker å belyse dette emnet i min bacheloroppgave på grunn av at det engasjerer meg veldig.

Tannhelse er i dag forankret i lovverk og statelige føringer. Lov om tannhelsetjenester slår fast at tannhelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid for eldre og langtidssyke i institusjon (Tannhelsetjenestelova, 1983). Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre at pasienter får nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene ved behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Aldring kan føre til endringer i munnhulen og faren for infeksjoner øker (Samson & Strand, 2010). En tredel av pasienter i sykehjem får utført lite tilfredsstillende tannstell. Dette viser en undersøkelse gjort i norske og andre vestlige lands sykehjem. Det er enighet om at dette er et problem som må endres, men det viser seg at det er vanskelig å få til endringer som er varige. Tidligere hadde mange eldre helproteser. I dag har de fleste permanente tenner, og munnstellet er mer tidkrevende. Dårlig munnstell kan føre til store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser for pasienten. I verste fall kan infeksjoner i munnhulen føre til døden. I Norge har heldigvis ikke dårlig oppfølging til tannstell ført til at helsepersonell har blitt saksøkt, men det er viktig og fokusere på ansvaret vi har som sykepleiere (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008).

Stortingsmelding nr.35 legger føringer for økt kunnskapsheving, fagutvikling og forskning rundt munnhelse (St. meld. nr. 35 (2006-2007), 2007). Videre er vederlagsfri ivaretagelse av munnhelse lovpålagt, og et nært samarbeid mellom institusjon og offentlig tannhelsetjeneste skal opprettes. Tannhelsetjenesten har ansvar for at slikt samarbeid tilrettelegges (Helsedirektoratet, 2000). I følge Strand (2011) har helsepersonell nok kunnskap til å ivareta et fungerende tannsett. Det er ikke etisk rett at tannstell uteblir i en periode av livet der mennesket er mest utsatt for tannsykdom, og minst

rustet til å ta hånd om problemene selv. Å forebygge den belastningen et ødelagt tannsett kan få, bør være en selvfølge for syke og pleietrengende pasienter i sykehjem (Strand, 2011).

1.2 Problemstilling

Munnstell til syke og pleietrengende med egne tenner i sykehjem. Hvordan kan sykepleier bidra til økt fokus på munnstell til pasienter i sykehjem?

1.3 Avgrensninger

Oppgava vil handle om hvordan sykepleier kan øke helsepersonells fokus på munnstell til pasienter i sykehjem. Jeg kommer ikke inn på temaet svært syke og døende pasienter med behov for spesielt munnstell. Jeg fokuserer ikke på diagnoser, eller pasienter med diagnosen demens. Ernæring vil ofte bli et problem når munnhygiene er dårlig ivaretatt, men av hensyn til omfanget på oppgaven velger jeg å ikke fokusere på dette. Av samme hensyn velger jeg ikke å skrive inngående om tannpleieprosedyre i selve oppgaven, men jeg legger dette med som vedlegg. Fokuset vil være pasienter med egne tenner som har generelt nedsatt egenomsorg på grunn av sviktende helse.

1.4 Jeg har valgt å løse oppgaven slik

I første del presenterer jeg problemstilling og avgrensning. I kapittel to vil jeg skrive litt om metode for oppgaveskriving. I teoridelen har jeg valgt å presentere den litteraturen jeg har funnet, forskning på området, statelige føringer og lovverk. I oppgavens drøftingsdel vil jeg diskutere hvordan sykepleier kan bidra til økt fokus rundt munnstellsituasjonen.

2.0 Metode

Metode er en forklaring på hvordan en går frem for å finne ny og kjent kunnskap om et tema. Det er også en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. For å finne kunnskap om tannhelse til eldre, valgte jeg litteraturstudium innen omsorgsteori (Dalland, 2012). Jeg benytter meg av relevant pensum og annen litteratur. Videre har jeg fått gode tips om kilder fra lærer ved Høgskolen i Førde, og fra kommunal tannpleier. Deriblant har jeg sett på litteratur som har vært benyttet i lignende oppgaver, eller henvist i bøker jeg har brukt underveis. I tillegg til primærkilder har jeg benyttet meg av sekundærkilder. Dette vil si at forfatteren av boka har sitert fra en annen forfatters verk (Dalland, 2012).

Jeg har gjort systematiske søk i databaser etter nyere forskning på området. Tidsbegrensing er viktig når en leter etter litteratur innenfor et fagfelt som stadig er under utvikling (Dalland, 2012).

Avgrensing til siste ni år, resulterte i seks relevante artikler. Forskningsartiklene er alle bygget opp etter IMRAD-prinsippet. Det vil si at de har en introduksjon, metodedel, resultatdel og diskusjonsdel (Dalland, 2012).

Litteraturstudier kan være både kvalitativ og kvantitativ. Kvalitative går dypere inn i et tema der opplevelser, følelser og mening, kan fanges opp. Denne metoden gir ikke tallfestet eller målbare resultat, men bedre forståelse omkring fenomener. Den bygger i hovedsak på hermeneutikken, som betyr fortolkningslære. Kvantitative bygger på positivisme forankret i naturvitenskapen. Den gir oss tallfestet og målbare data med bredde og systematikk, som for eksempel gjennomsnitt og prosentvis andel av befolkningen (Dalland, 2012).

Alle valgte artikler er kvantitative studier med ulike studiedesign. Randomisert kontrollert studie (RCT), går ut på at deltakerne blir tilfeldig fordelt i intervensjons og kontrollgrupper. Deretter blir utfallet av intervensjonen sammenlignet mellom de to gruppene (Nortvedt, Jamtvedt, Gravenholdt, Nordheim & Reiner, 2013). Kohortstudie er studie av en gruppe mennesker, som kan være utsatt for potensielt sykdomsfremkallende faktorer. Kohorten, eller gruppen med mennesker, følges i kortere eller lenger tid. Deretter identifiseres grad av sykdomsutvikling, eller andre mulige utfall. I en tverrsnittstudie blir informasjon samlet i en viss folkemengde over et vist tidsrom. Denne typen studie kan blant annet brukes når en ønsker å finne sammenhengen mellom flere variabler (Nortvedt et al., 2013).

På internett har jeg funnet offentlige føringer og lovverk som regulerer pasientomsorg, tannhelsetjeneste og dokumentasjonsplikt. Videre har jeg i innledning og drøfting benyttet meg av

egne erfaringer fra yrkeslivet. Slike erfaringer er utgangspunktet for at jeg valgte å skrive om dette emnet i bacheloroppgaven.

2.1 Søkeprosessen

Jeg har gjort systematiske søk i søkemotorene Academic search premier, Pub Med, Cinahl , Helsebiblioteket og sykepleieforskning. no. For å finne søkeord på engelsk benyttet jeg SveMed. Jeg kombinerte søkeord ved å benytte meg av funksjonen and, og dette gav meg flere gode treff. Videre avgrenset jeg søket til siste ni år og fremover, på grunn av at jeg ville ha så ny kunnskap som mulig om emnet.

Academic search premier

Søkeord: Elderly people, oral hygiene and nursing home. Tidsbegrensing 2009-2015, og fulltekst. Kombinasjonen gav fire treff. Jeg leste alle abstraktene og valgte til slutt en artikkel.

PubMed

Søkeord: Education, oral hygiene, elderly and nursing home. Tidsbegrensing 2009-2014, og fulltekst. Kombinasjonen gav 24 treff. Jeg leste igjennom relevante abstrakter, og fant en som var spennende for mitt tema.

Cinahl

Søkeord: Nursing , oral hygiene and nursing home. Tidsbegrensing 2009-2014, og fulltekst artikler. Kombinasjonen gav 17 treff, der en artikkel ble valgt. Jeg søkte videre i Cinahl med kombinasjonen elderly, oral hygiene and nursing home. Tidsavgrensing 2005-2014, og fulltekst. Denne kombinasjonen gav 6 treff, der jeg fant to som var relevante for min oppgave.

Sykepleien forskning

Her fant jeg en artikkel som omhandler tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Artikkelen belyser de samme problemer som en møter i en sykehjemsavdeling.

2.2 Kildekritikk

Jeg har vurdert validitet og reliabilitet av valgt litteratur. Dette vil si, gyldighet, pålitelighet og relevans til emnet (Dalland, 2012). Jeg mener at valgt teori belyser sykepleie og føringer for munnstell til syke og pleietrengende i institusjon.

En svakhet kan være at jeg har benyttet sekundærkilder. I utgangspunktet burde jeg finne frem til den opprinnelige kilden. Når dette ikke lar seg gjøre må jeg velge å stole på at litteraturen er rett gjengitt, og at jeg har tolket og videreformidlet budskapet rett (Dalland, 2012). Ikke all litteratur er av nyere dato, men innenfor siste ti år som er aldersgrense for skriftlige kilder. Jeg har valgt å benytte meg av dette på grunn av relevans til tema.

Artiklene er fagfellesvurdert(peer review), eller utgitt i anerkjente tidsskrift som Journal of the American Geriatric society, International journal of dental hygiene med flere. Dette vil si at de er godkjent etter vurdering fra eksperter innen fagfeltet (Dalland, 2012). Etske hensyn er gjort rede for, og alle som deltok gav tillatelse til at studien ble gjennomført. Jeg har valgt å ta med en artikkel fra Japan, dette kan være en svakhet med tanke på kulturelle forskjeller. Likevel fant jeg forskningen relevant, på grunn av at den omhandler konsekvenser dårlig munnstell har, og endringer som må til for å få en bedring. Enkelte av artiklene har svakheter med tanke på at de er gjort på et lite antall deltakere, eller over for kort tid. Artiklene belyser problemstillinger rundt munnstell i sykehjem i dag, og er relevant for problemstillingen. Alle unntatt en av artiklene har jeg, med hjelp av ordbok, oversatt fra engelsk.

3.0 Teorikapittel

I dette kapittelet presenteres aktuell litteratur rundt munnstell til eldre. Jeg tar for meg sentrale En frisk munnhule har rene faste tenner. Tannkjøttet, tungen og munnslimhinnen er blekt rosa og lett ru. Tannkjøttet ligger rundt tennene som en stram kappe. Slimhinnene er fuktige, uten belegg eller tendenser til sår (Samson & Strand, 2010). Aldring kan gi endringer i munnhulen vår. Årsaker til dette kan være redusert allmenntilstand, egenomsorg, nedsatt spyttsekresjon, medisinbruk med mer. Tennene blir sprø og mindre motstandsdyktige mot ytre påvirkninger. Slimhinner blir tynnere og mer utsatt for irritasjon og skade. Tannkjøttet trekker seg oppover langs tennene og blottlegger roten på tannen som er mindre motstandsdyktig mot syreskader fra bakteriebelegg (Samson & Strand, 2010). Virus, sopp og bakterier danner grunnlag for munnhulens normalflora (Flovik, 2005). Dårlig munnhygiene fører til at den normale balansen endres, og det blir en økning i tannråte og tannfestesykdom. Patogen bakteriekolonisering kan være ufarlig for friske med godt fungerende immunforsvar. Pasienter med dårlig fungerende immunforsvar kan utvikle potensielt alvorlig sykdom (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008).

Sykehjemspasienter har ofte dårlig helsetilstand. De fleste trenger hjelp til personlig hygiene og medisinsk behandling. Sykehjemmet byr på sykepleiefaglige utfordringer, og pleien kan ofte bære preg av rutine (Hauge, 2010). God munnhygiene er viktig når vi er friske, og er dermed også viktig når en blir syk og pleietrengende. Det er sykepleierens ansvar og plikt å sørge for at pasientens tenner og munnslimhinne er skikkelig rengjort (Flovik, 2005). Kartlegging av pasientens munn, helsetilstand og eventuelt medisinbruk er nødvendig. Det må finnes klare prosedyrer for hva pasienten klarer selv, eller trenger hjelp til. Personalgruppa og primærkontakt til pasienten, må være informert om hver enkel pasients behov for munnstell (munnstellkort vedlegg nr. 1)(Samson & Strand, 2010).

føringer, etikk og lovverk. Videre presenteres utdrag av forskning. Jeg legger litteraturmatrikse som vedlegg til oppgaven(vedlegg nr.1).

3.1 Aldring og munnstell

3.2 Sykepleie og organisasjon

I dagens helseorganisasjoner stilles det krav om at sykepleier skal ha organisatorisk kompetanse. Dette innebærer ikke bare god pasientrettet handling, men også god organisering av pasientomsorgen og avdelingen som arbeidsplass. Det skilles mellom to former for organisatorisk

kompetanse. Organisasjonskompetanse innebærer forståelse for systemet innad i helseorganisasjonen. Blant annet evne til å takle verdikonflikter, yte god omsorg, verne om personalet og legge til rette for kompetanseheving. Organiseringskompetanse innebærer at sykepleieren er flink til å organisere eget og andres arbeid (Orvik, 2009). Godt grep om direkte pasientarbeid og god arbeidsorganisering, kan være avgjørende for pasientens opplevelse av kvalitet i den omsorgen han får, og for den faglige kvaliteten i avdelingen. Knapphet på ressurser i helseorganisasjoner, bidrar til at sykepleier kommer i en rollekonflikt. Fra pasienter og pårørende forventes god tid, mens det forventes høyt tempo og mer kostnadseffektive pasientrettede tjenester fra ledelsen (Orvik, 2009).

3.3 Grunnleggende sykepleieteori

Virginia Henderson (1897-1996) var utdannet sykepleier i 1921. Sykepleiedefinisjonen ble formet etter at hun i praksis hadde erfart svakheter, mangler og utilstrekkelighet i sykepleiens grunnprinsipper. Sykepleierens mål og funksjon, er ifølge Henderson å hjelpe pasienten til å utføre gjøremål som bidrar til å opprettholde og gjenvinner egenomsorg. Om selvstendighet ikke er mulig, må pasienten få hjelp til å ta vare på grunnleggende behov, slik at han bevarer god helse (Kristoffersen, 2011).

Joyce Travelbee (1926-1973) arbeidet som lærer og leder ved sykepleieutdanning i USA store deler av livet. Hun mente at kommunikasjon først og fremst er et instrument for å oppnå menneske-til-menneske-forholdet, og som videre er et utgangspunkt for at sykepleiers mål og hensikt skal realiseres. Sykepleier må tolke det pasienten kommuniserer, og bruke denne kunnskapen til å iverksette rette intervensjoner. Kommunikasjon mellom mennesker skjer verbalt og non-verbalt. Verbalt ved hjelp av ord. Non-verbalt ved hjelp av kroppsspråk, ansiktsuttrykk og handlinger. Om budskapet en formidler blir tolket og oppfattet rett, har vi en god kommunikasjon (Travelbee, 2007). Travelbee mente at menneske-til-menneske-forholdet utviklet seg etter at pasient og sykepleier hadde gått igjennom fem ulike faser. Første møtet der sykepleier og pasient gjensidig vurderer, observerer og trekker slutninger om hverandre. Videre skjer det en fremvekst av identitet der partene ser hverandre som unike individer. Tredje ledd i kommunikasjonsfasen er utvikling av empati. Partene evner å leve seg inn i den andres fysiske og psykiske tilstand i øyeblikket. Videre kommer sympati og medfølelse, som er videreføring av empati. Der vil partene utvikle medlidenhet, forståelse for plager og et sterkt ønske om å hjelpe eller lindre. Sist vil partene utvikle gjensidig forståelse og kontakt som er et menneske-til-menneske-forhold, og selve målet for all sykepleie (Travelbee, 2007).

3.4 Pedagogikk og kommunikasjon

Faglig forsvarlighet og kvalitet henger sammen. Oppdatering er nødvendig for at praksis skal fungere godt. Livslang læring krever motivasjon fra sykepleieren, men også et tilrettelagt læringsmiljø i organisasjonen. Ledelsen spiller en viktig rolle for at gode ideer kan videreutvikles. Det er en utfordring i en travel hverdag å gi noen fri til å arbeide med prosjekt. Fagutvikling og kompetanseheving vil lønne seg i det lange løp (Bjørk & Solhaug, 2008).

Pedagogikk betyr oppdragerkunst. Sykepleiers pedagogiske funksjon, for eksempel ovenfor kollegaer, er å bidra til å videreutvikle deres kompetanse og handlingsberedskap. Begrepet didaktikk betyr undervisning og læringskunnskap. Det rettes fokus på planlegging, gjennomføring og refleksjon av kompetanseutvikling i egen praksis (Tveiten, 2014). Den didaktiske modellen setter søkelys på vesentlige faktorer innenfor pedagogisk handling. Hvordan gjennomføre læring, hva skal det undervises om og hvorfor er dette viktig? Metode, mål og refleksjon. Modellen er et verktøy som kan brukes i planlegging, analysering, gjennomføring og evaluering av læringssituasjoner på en forenklet måte (Christensen & Jensen, 2003). Tilrettelegging for kompetanseutvikling krever også andre vurderinger. Til hvem, situasjonen, hva kan påvirke, hva kan fremme/hemme læringen, rammefaktorer, tidsaspekt, hvor og når nådde vi målet (Tveiten, 2014)?

Autonomi betyr retten til å bestemme over seg selv. Hjelpende kommunikasjon er rettet mot pasientens autonomi. Pasienten kjenner sin kropp og helsetilstand, og vet hva som er viktig og avgjørende for at omsorgen skal føles god. Alle pasienter er unike og må derfor få unik hjelp. For at problemer, utfordringer og uheldige situasjoner skal identifiseres tidlig, må sykepleier og pasient ha god kommunikasjon. Dette innebærer evne til å observere, lytte og vise respekt. Hjelpende kommunikasjon er også evne til å takle ulike kommunikasjonssituasjoner på en problemløsende og støttende måte (Eide & Eide, 2007).

3.5 Etikk

Yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippbasert etikk. Omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter er verdier som ligger til grunn. Drivkraften bak sykepleiers handling er å bruke kunnskapene de innehar til å forebygge sykdom, lindre lidelse, gjenopprette helse og fremme helse (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Nasjonale etiske retningslinjer er nedfelt i menneskerettigheter. Det innebærer retten til å bli behandlet med respekt og verdighet (Sneltvedt, 2007). Sykepleier plikter å varsle dersom pasienter utsettes for kritikkverdige forhold, uavhengig av lojalitet til arbeidsplassen. Sykepleiere arbeider for at sårbare gruppers

spesielle behov i helse- og omsorgstjenesten blir ivaretatt. Sykepleier må arbeide på samfunnsplan for å sikre ressursgrunnlag som muliggjør god praksis. Det vil for eksempel si delta i offentlig og helsepolitisk debatt med mer (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Helsevesenet må tåle effektivisering og omorganisering, der omsorgsfilosofi ofte må vike for økonomiske hensyn (Odland, 2007).

3.6 Dokumentasjon, uønskede hendelser og avvik

Dokumentasjon er en lovfestet plikt, og pasienten har lovfestet innsynsrett i dokumentet, Jamfjør (jf.) Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Dokumentasjon av sykepleie skal gi pasienten trygghet og sikre kontinuitet, forsvarlighet og oppfølging i behandling (Dahl & Skaug, 2011). Juridisk settes det likhetstegn mellom dokumentert pleie, og pleie pasienten har mottatt, til for eksempel munnstell. Dokumentasjon gir grunnlag for å etterprøve pasientbehandling, og sikrer dermed både pasient og helsepersonell rettsikkerhet. Pasientens sikkerhet kan trues om dokumentasjon uteblir (Heggdal, 2006).

Avviksregistrering kan bidra til at kvalitet rundt hjelpende omsorg opprettholdes. Helsepersonell har rett og plikt til å melde fra om uforsvarlige forhold til tilsynsmyndighetene, i første omgang til nærmeste overordnet, jf. Helsepersonelloven (1999) (Bjørø & Kirkevold, 2011). Kontroll og inspeksjoner av sykehjem er et statelig krav. Statens helsetilsyn kontrollerer virksomheten. Fylkesmannen sørger for at kontrollvirksomheten gjennomføres (Ytrehus, 2013). Dette arbeidet er regulert i Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten fra 1984 (Helsetilsynsloven, 1984). Loven pålegger alle tjenesteledd å ha internkontroll og godt utviklet system for å lære av feil. Dette vil kvalitets sikre arbeidet (Ytrehus, 2013).

3.7 Presentasjon av relevant forskning

Her presenteres seks akademiske forskningsartikler som bidrar til å belyse tema (Litteraturmatrise vedlegg nr. 2).

3.7.1 Pilot testing of intervention protocols to prevent pneumonia in nursing home residents in the New Haven, Connecticut, Area

52 sykehjemspasienter ble randomisert til manuelt munnstell. Studien ble gjennomført i løpet av tre måneder. Målet var å teste personalets oppfølging av munnstell intervensjoner i sykehjem, og effekten intervensjoner har for å bedre munnhygiene og redusere tilfeller av pneumoni hos pasientene. Resultatet viste at daglig manuelt munnstell, og skylking med Klorhexidin 12% var lett

gjennomførbart av sykehjemets ansatte, om det kunne gjennomføres innen ti minutt per dag. Intervensjonene viste seg å ha god effekt på forbedring av munnhygiene til pasientene. Studien var gjort over for kort tid, og på for lite antall pasienter til å konkludere med at det var effektiv reduksjon i pneumonitilfeller (Quagliarello et al., 2009).

3.7.2 Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required

Ved sykehjem i Frankrike deltok 203 ansatte i en undersøkelse der målet var å vurdere kunnskap om oral hygiene, og avdekke behov for opplæring. Bakgrunnen for studien var det faktum at daglig oral hygiene til syke og pleietrengende er den beste måten å forebygge orale plager. Konklusjonen på studien er at helsepersonell i sykehjem trenger opplæring for å forstå hvor viktig munnstell er for å opprettholde god helse. Viere er opplæring viktig for at de lettere skal kunne identifisere orale lidelser og konsekvenser dårlig munnstell kan få (Catteauc et al., 2013).

3.7.3 Attitude and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff.

105 sykehjems ansatte i Sverige deltok i en spørreundersøkelse om oppfatninger og holdninger til pasientenes munnstell. Studien slår fast at 87% ser på munnstell som en ubehagelig oppgave. Mindre enn 30% følte at den hjelpen pasientene fikk til munnstell var tilstrekkelig. Flere ansatte svarte at de hadde nok tid og kunnskaper om munnstellprosedyrer. På samme tid er de usikre på hvem som har ansvaret og redde for å gjøre feil med mer. Uvilje blant pasientene var en av årsakene til at munnstell var vanskelig. Uviljen ble redusert etter at personalet hadde gjennomgått kurs i blant annet praktisk trening, konsekvenser av dårlig munnstell og kognitiv terapi (Forsell et al., 2010).

3.7.4 Dental status and mortality in institutionalize elderly people

403 sykehjems pasienter i Japan i alderen 65 år og oppover ble prospektivt fulgt opp i fem år. Studien ville søke å avdekke sykdom og død forbundet med dårlig munnstell og redusert tannsett. Dårlig munnstell og dårlig tannsett er forbundet med høy dødelighet. Luftveisinfeksjoner var hovedårsak til pasientenes død. Større innsats rundt munnstell intervensjoner i sykehjem bør anbefales (Takahashi et al., 2006).

3.7.5 A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes. Effect estimates and metodological quality of randomised controlled trials

Systematisk gjennomgang av effektestimater og metodisk kvalitetsvurdering av RCT studier, gjort rundt temaet luftveisinfeksjoner og pneumoni i sykehjem. Konklusjon av RCT studier viser at mekanisk munnstell har en klar forebyggende effekt på pneumoni og luftveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem. Pneumoni er en vanlig infeksjon i institusjon, og det er oppimot 25% dødelighet. Det ble konkludert med at et av ti dødsfall grunnet pneumoni kan forbygges med forbedret mekanisk rensing av pasienters tenner (Sjøgren et al., 2008).

3.7.6 Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien

137 pasienter med en snittalder på 80,8 år i Oslo deltok i prosjektet. Studien slår fast at en stor andel av eldre i dag har egne tenner. Etter hvert som helsetilstanden svekkes øker behovet for tilrettelegging og hjelp til tannstell. Det vil dermed være nødvendig med en omorganisering av tjenesten, endrede holdninger, opplæring og kunnskapsheving av helsepersonell. Det konkluderes også med at oral hygiene er et sykepleieansvar (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010).

3.8 Sentrale føringer og regulerende lovverk

Stortingsmelding 35 melder at regjeringen vil satse på kunnskapsheving rundt munnhelse for hele befolkningen. Regjeringen vil sette fokus på forskning og fagutvikling. Det slås fast at det er stort behov for å bygge opp kunnskap rundt tannhelsetjenester til pasienter innlagt i sykehjem.

Regjeringen vil satse på videre kartlegging rundt dette emnet (St. meld. nr. 35 (2006-2007), 2007).

Vederlagsfri tannhelsetjeneste for eldre i sykehjem er lovpålagt. Det er ødeleggende for tannhelsen om munnhygienien blir neglisjert over tid (Helsedirektoratet, 2000). Det vil være tannhelsetjenestens ansvar å legge til rette for samarbeid som sikrer pasientene et tilbud som fungerer godt. Videre er det et mål at pasientens egenomsorg i størst mulig grad skal være grunnlaget for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Likevel kan dette være et urealistisk mål for pasienter i institusjon (Helsedirektoratet, 2000).

Offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig, oppsøkende og forebyggende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonellova, 1999).

Kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a. nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig, verdig og koordinert tilbud. Personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Pasienter har rett til hjelp til handlinger som har forebyggende, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende pleie- og omsorgs formål, utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

4.0 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg problemstillingen utfra litteratur og forskning i teoridelen. Jeg vil også benytte meg av egne erfaringer fra yrke og praksisliv. Hvordan kan sykepleier bidra til økt fokus på munnstell til pasienter i sykehjem?

4.1 Tverrfaglig samarbeid og munnstellprosedyrer

Pasienten jeg møtte i praksis hadde ikke fått munnstell på fire dager. Det var en tydelig fortvilet mann jeg traff den morgenen. Jeg hadde vert delaktig i stellet av pasienten daglig, og det var ofte min oppgave å hjelpe han med munnstell. Det tok tid å tilrettelegge for at han fikk gjøre det han klarte selv, eller om ikke annet få si hvordan han ønsket hjelpen utført. Erfaring viser at munnstell blir kortet ned på, eller uteblir helt i sykehjem. Kan grunnen være liten tid, sjenanse, mangel på rutiner eller kunnskap?

Om en har erfart flere dager uten munnstell, vil en fort merke ubehag. En blir engstelig for at det lukter vondt, eller ser ekkelt ut (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008). Blir munnhulen ikke rengjort rutinemessig, vil bakterier kolonisere seg. Blir god munnhygiene innarbeidet på dette stadiet, vil slik kolonisering reverseres. Om det derimot blir en uteblitt prosedyre over tid, kan sykdomsfremkallende bakterier forårsake systemisk sykdom. Bakterier kan aspireres, eller føres rundt i kroppen via koronar sirkulasjon (Flovik, 2005). Etter hvert kan dette utvikle seg til sykdommer som lungebetennelse, hjerte-kar sykdommer, blodforgiftning med mer (Willumsen et al., 2008). I følge systematisk oversikt av randomisert kontrollert studier i europeiske land, har bedret oral hygiene stor forebyggende effekt på antall luftveisinfeksjoner i sykehjem. Et av ti dødsfall kan forebygges (Sjøgren, Nilsson, Forsell, Johansson & Hoogstraate, 2008). Eller som studien fra Japan slår fast at pasienter med dårlig tannsett hadde 18,3 % dødelighet, kontra pasienter med godt ivaretatt tannsett 14,1% (Takahashi et al., 2006).

Sett i slikt lys bør kanskje den offentlige tannhelsetjenesten bidra til større fokus på munnhelsen til sykehjemspasienter? Lov om tannhelsetjenesten slår fast at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til eldre (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Tannhelsetjenesten skal ha ansvaret for tilrettelegging av vederlagsfritt tannhelsetilbud som fungerer (Helsedirektoratet, 2000). En kan dermed hevde at pasienter har god oppfølging av tannpleier, som har tilsyn i institusjoner oftest to ganger per år. Det er likevel mulig at denne oppfølgingen blir nytteløs om ikke personalet følger opp? Det vil være rimelig å si at grundig tannpuss to ganger i året blir for lite.

I følge Willumsen et al., (2008) skal primær sykepleier være til stede når pasientens tenner undersøkes og stelles av tannpleier. På denne måten vil kunnskap kunne formidles videre til personalet i avdelingen. Det er mulig at dette kan sikre pasienten kontinuitet og riktig oppfølging i munnstell (Willumsen et al., 2008). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen slår fast at det må utarbeides skriftlige nedfelte prosedyrer, som vil sikre pasientene nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Med grunnlag i dette skal primær sykepleier, gjerne i samråd med tannpleier, evaluere prosedyrer med jevne mellomrom. Dette kan kanskje bidra til å øke fokus på munnstell ytterligere? Videre kunne sykepleier og tannpleier formidle behov for økt kunnskap til ledelsen. Kanskje vil dette danne grunnlag for arenaer der tannpleiers kompetanse kan formidles til hele personalgruppen?

4.2 Organisatorisk kompetanse og omlegging av rutiner

Jeg har erfart at utstyr til munnstell ofte er på plass. Likevel står tannbørster, tanntråd, flaskebørster med mer, ofte nedstøvet på badet. Utstyret er rett og slett ikke i bruk, det er på tide å tørke støv av de velmente hjelpemidlene. På den ene siden svarer 105 sykehjemsansatte i Sverige at pasientene er motvillige og de er misfornøyd med den hjelpen de gir til pasientene. De svarer også at munnstell rett og slett er en ubehagelig oppgave. På den andre siden så svarer flertallet at de har nok kunnskap og tid til å gjennomføre munnstellprosedyren (Forsell et al., 2010). Kanskje kan en endring av rutiner bidra til at oppgavene blir lettere og gjennomføre?

For så vidt kan rutiner være bra, de er med på å skape forutsigbarhet og trygghet for pasientene. Rutiner kan også bli for generelle og individuelle behov blir oversett (Hauge, 2010). Opphold i sykehjem kan strekke seg over måneder, kanskje år. Manglende rutiner, eller for rutinemessig tannstell vil fort medføre smertelige konsekvenser for pasienten. Westlund og Sjøberg (2005) skriver i boka Antonovsky-inte Maslow, at helsehjelp ofte ikke tilpasses den enkelte beboer i institusjon (gjengitt etter Hauge, 2010). Sett i slikt lys må pasienten få nødvendig hjelp til å opprettholde god helse, men det er svært viktig at pasienten får gjøre det han klarer selv. Sykepleier må etablere rutiner for tidlig kartlegging av pasientens funksjonsnivå. Kanskje kan dette avdekke at pasienten klarer å gjennomføre noe av munnstellet? Om mulig kan dette bidra til at pasienten opprettholder funksjoner, som ellers vil gå tapt om de ikke praktiseres (Hauge, 2010)? En kan også hevde at dette ville være tidsbesparende, og dermed bidra til at sykepleier får frigitt tid til andre oppgaver?

Rutiner for når munnstell skal utføres kan endres. Erfaringsmessig skal all personlig hygiene gjøres før frokost, og igjen rett før sengetid, når tidsklemma er størst. For at sykepleieintervensjonen skal oppfylle sykepleiers hensikt og mål, er det i følge Joyce Travelbee (2007), viktig å etablere menneske-

til-menneske forholdet. Sett i slikt lys, kunne holdningene til munnstell fra både sykepleier og pasient vært bedre om oppgaven hadde vært utført på en roligere tid av døgnet (Travelbee, 2007). Rolige omgivelser vil bidra til bedre kommunikasjon og samhandling med pasienten? Tillitsforhold kan etableres, og sykepleier får hjelpe pasienten som motsetter seg, eller vegrer seg for munnstellet? Eldre i sykehjem har dårlig helse. Bedre tid og tilpasset tempo etter pasientens dagsform kan også være avgjørende for at en skal lykkes med å gjennomføre munnstell (Hauge, 2010)?

Helsepersonell i en svensk forskningsartikkel svarer at det ikke er mangel på tid. Videre viser en undersøkelse gjort ved et sykehjem i Conneticut at munnstell og skylling med Klorhexidin 12% var lett gjennomførbart, dersom det ikke tok mer enn ti minutt daglig (Quagliarello et al., 2009). Det er mulig at det er slik, men min erfaring er at det ofte fokuseres på tidsklemme og dårlig økonomi når det er snakk om pleie i sykehjem. Endring av rutiner for når munnstell skal utføres kan bidra til at munnstell er lettere å gjennomføre. Likevel vil det være behov for økte ressurser etter hvert som pleietrengende med egne tenner øker (Fjæra et al., 2010). Noen vil kanskje hevde at økonomi skal være et middel til å gi pasientene god pleie. Derimot kan effektivitet i hverdagen kanskje gå hardt utover verdiene og omsorgsfilosofien vi ønsker å jobbe etter (Odland, 2007). I følge Sjøgren et al. (2008), er luftveisinfeksjon og lungebetennelse en vanlig infeksjon i sykehjem, med oppimot 25% dødelighet (Sjøgren et al., 2008). Jeg tenker at disse lidelsene må koste samfunnet en del ekstra årlig. Kanskje er det mer samfunnsøkonomisk nyttig å forebygge fremfor å betale for skadene i ettertid? Helsevesenet må tåle effektivisering og omorganisering, men det kan ofte virke som om omsorgsfilosofi må vike for økonomiske hensyn (Odland, 2007).

I følge Orvik (2009) vil det være avgjørende for kvaliteten i omsorgen at sykepleier har gode organisatoriske evner og vet å bruke evnene på rett plass. Sykepleieren må ofte takle et krysspress mellom organisasjon, arbeidstaker og faglig kontekst. Slik «sammenveving» vil kreve både organiseringskompetanse og organisasjonskompetanse. Det kan dermed være nyttig at sykepleier vet hvor skoen trykker, og har innsikt i organisasjonens økonomi og maktforhold (Orvik, 2009). Kanskje kan sykepleier og organisasjonens ledelse sammen bruke denne kunnskapen til å formidle sykepleiers behov for økte ressurser til munnstell under behandling av budsjett? I følge yrkesetiske retningslinjer må sykepleier arbeide på samfunnsplan for å sikre ressursgrunnlag som muliggjør god praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

4.3 Kompetanseløft for bedre munnstell

I følge forskning gjort i 12 bydeler i Oslo, har flere eldre i dag egne tenner. Dermed vil det være behov for økt fokus på munnstell. Det konkluderes med at en omorganisering av dagens tjenester må gjennomføres. Holdningene til helsepersonell må endres, og det vil være behov for mer opplæring og kunnskapsheving (Fjæra et al., 2010). Føringer som kommer frem i Stortingsmelding nr.35, konkluderer med at det skal satses på forskning, fagutvikling og kunnskapsheving rundt munnhelse (Meld. St. 35 (2006-2007), 2007). Men, er det slik at alle disse gode intensjonene snarlig vil gi oss en endring? Stortingsmelding nr.35 ble publisert i 2007.

Mange ser på munnhulen som et privat område. Det å måtte ta imot hjelp til munnstell kan føles sjenerende og flaut. Er tannstellet dårlig kan en følelse av skam være årsak til at pasienten motsetter seg, eller har vansker med å be om hjelp (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008). Kan det være slik at sykepleier også ser på munnhulen som et intimt område? Kan slike følelser bidra til at sykepleier blir redd for å krenke pasientens integritet (Willumsen et al., 2008)? I følge Forsell et al. (2010) ble uviljen pasientene viste redusert etter at personalet fikk opplæring rundt munnstell. Det kom frem at for å kunne gi godt munnstell til eldre i sykehjem var kunnskap og tilstrekkelig opplæring nødvendig (Forsell et al., 2010). Dette viser også studien gjort ved åtte sykehjem i Frankrike. Der konklusjonen er at helsepersonell trenger opplæring for å forstå hvor viktig munnstell er. Daglig munnstell bidrar til tidlig identifisering av lidelser, og kan avverge uheldige konsekvenser (Catteau, Piaton, Nicolas, Hennequin & Lassauzay, 2013).

I følge Joyce Travelbee, utvikler sykepleier og pasient gjennom fem kommunikasjonsfaser menneske - til-menneske-forholdet. Dette er selve målet for all sykepleie. Hun mente også at gjensidig tillit må fortjenes, og sykepleier må vise at hun er til å stole på. Verbalt kan sykepleier kommunisere at munnstell er viktig og må gjennomføres. Om derimot det non-verbale kroppsspråket formidler tidsklemme, sjenanse eller dårlige holdninger, vil budskapet vi prøver å formidle ikke bli overbevisende for pasienten. Sykepleier må kunne tolke det pasienten kommuniserer, for eksempel sjenanse, frykt og angst. Sykepleier må også bruke tillit og medfølelse, opparbeidet gjennom kommunikasjonsfasene, i konstruktive sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2007). Det er mulig at tidsklemma hindrer oss i å knytte gode relasjoner til alle pasientene. Kanskje hadde menneske-til-menneske-forholdet og økt tillit mellom sykepleier og pasient, kunne bidra til at pasienten ikke hadde vansker med å be om, eller ta imot hjelp til munnstell? Pasienten jeg møtte i praksis hadde prøvd å formidle at han ønsket hjelp til munnstell, men hadde ikke blitt forstått. En kan dermed hevde at mer tid til kommunikasjon ville bidratt til å avverge en trist opplevelse for han.

Kunne mye utilfredshet og dårlig kvalitet i pasientrettet omsorg vært unngått om evnen til å kommunisere klokt og empatisk var godt innarbeidet? Kanskje vil opplæring i hjelpende kommunikasjon, der pasientens autonomi står i sentrum, være med på å lette utfordringene rundt munnstell? Det har vist seg at helsepersonell har blitt bedre til å stille åpne og fokuserte spørsmål etter systematisk kommunikasjonstrening. Sykepleier gir bedre respons på pasienters bekymringer, setter ord på følelser og uttrykker empati (Eide & Eide, 2007).

Med grunnlag i dette bør det legges til rette for at læring kan videreformidles i praksis. Sykepleier har en pedagogisk funksjon. Hensikten er at kompetanse og handlingsberedskap videreformidles. Denne kompetansen kan formidles på ulike måter. Sykepleier kan for eksempel undervise, informere, veilede eller være en god rollemodell. Det er ingen fasit på hva som er best, målet er å utvikle kompetanse (Tveiten, 2014). Med grunnlag i didaktisk relasjonsmodell kan sykepleier bidra til å formidle en helhetsforståelse. For det første må fokuset være på hva det skal undervises om? For eksempel holdninger til munnstell, kommunikasjon og organisatorisk kompetanse. For det andre må det formidles hvorfor dette viktig? For eksempel for å øke fokus rundt munnstell, etablere god pasient kontakt og belyse alvorlige konsekvenser. For det tredje må undervisning og læringsmål evalueres underveis for å sikre at opplæringen har problemløsende effekt (Christensen & Jensen, 2003). Det kan da være nyttig at sykepleier har motivasjon til å drive faglig utvikling, men motivasjon alene er ikke nokk. Slikt arbeid vil ikke være mulig, uten forankring i ledelsen og et fungerende læringsmiljø. Det er mulig at det i en travel hverdag kan by på problemer å frigjøre personal til å drive med fagutvikling, men om evaluering byr på gode resultater kan det være vel verdt å videreføre (Bjørk & Solhaug, 2008).

4.4 Pasientens rettigheter og helsepersonells plikter

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson (1897-1996) mente at sykepleier skal hjelpe pasienten til å opprettholde og gjenvinne egenomsorg. Selvstendighet er ikke alltid oppnåelig, da må pasienten få hjelp slik at han bevarer god helse (Kristoffersen, 2011). Det slås også fast i Lov om pasient- og brukerrettigheter, at pasienten har rett til hjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På tross av dette, har vi sett at 87% av sykehjems ansatte i Sverige svarer at munnstell er en vanskelig oppgave. De er usikre på hvem som har ansvaret, og redde for å gjøre feil (Forsell et al., 2010). Det er mulig at repeterende kompetanseløft rundt pasientens retter og helsepersonells plikter, er det vi trenger for å endre oppmerksomhet på munnstell, og bedre våre holdninger. I yrkeslivet har jeg har erfart at repetisjon bidrar til økt fokus, og skjerpene rutiner rundt et tema.

I følge yrkesetiske retningslinjer er sykepleier forpliktet til å ta vare på mennesker med helsesvikt. Dette innebærer et stort ansvar, som berettiger at etiske regler overholdes og ivaretas moralsk forsvarlig (Sneltvedt, 2007). Forskningen blant helsepersonell i Sverige forteller oss at munnstell ikke blir gjennomført (Forsell et al., 2010). Dette er i følge Flovik (2005), et belyst problem i litteraturen. Rydahl Hansen (1996) har uttalt at sykepleiere ofte er mer fokusert og flinkere til å ta seg av andre enden av fordøyelseskanalen (gjengitt etter Flovik, 2005). Lov om helsepersonell slår fast at helsepersonell skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra de kvalifikasjoner de har, og utfra de utfordringer en står overfor (Helsepersonellova, 1999). Videre slår Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fast, at det skal ytes et helhetlig, verdig og forsvarlig tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesten generelt skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse og grunnlag for å kunne overholde lovpålagte plikter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I yrkeslivet har jeg sjelden opplevd at tilstanden i pasientens munnhule har blitt rapportert. Jeg har ofte erfart at det rapporteres for eksempel at pasienten er svært sår og rød nedentil. Det er ikke hverdagskost å finne rapporter som sier noe om munnen. For eksempel at pasienten har rødt og hovent tannkjøtt, som blør lett. Eller at det lukter ille fra pasientens munnhule. Jeg har også erfart at årsak og behandling fort blir kartlagt når det gjelder sår hud nedentil, eller i hudfolder på magen. Men tannstell blir ikke vektlagt i særlig grad, om det står aldri så dårlig til. Helsepersonell har lovfestet plikt til å dokumentere, og pasienten har lovfestet innsynsrett i dokumentet. Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). På den ene siden vet vi at dokumentasjon av utført sykepleie skal gi pasienten trygghet, sikre kontinuitet og oppfølging i behandling (Dahl & Skaug, 2011). På den andre siden vet vi også at pasientens sikkerhet trues om dokumentasjon uteblir. Dokumentasjon gir grunnlag for å etterprøve pasientbehandling, og sikrer dermed både pasient og helsepersonell rettsikkerhet (Heggdal, 2006). Erfaring jeg har gjort viser at observasjoner og tiltak som er skriftlig dokumentert blir fulgt opp. Det ville være uansvarlig og ikke observere videre, eller følge opp bestemmelser gjort før vaktskiftet. Mulig kan sykepleier bidra til kompetanseheving for å skjerpe rutiner rundt dokumentasjon og dokumentasjonsplikt, også når det gjelder tenner og munnstell. Hva skal dokumenteres, Hvorfor og hvordan?

Vi ser at omsorg og respekt for pasienten er nedfelt i grunnleggende menneskerettigheter nasjonalt. De samme retningslinjer og lovverk pålegger oss å varsle om kritikkverdige forhold (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Dette blir ikke alltid gjort. Første dag i en praksisinstusjon ble jeg med en sykepleier inn til en pasient som hadde behov for hjelp til stell. Pasienten låg i senga med et brunt, tykt belegg over tennene. Belegget var så tykt at når pasientens lepper skulle møte hverandre, møtte de i stedet en gummiaktig kant av gammelt sekret fra munnhulen. Jeg hadde forståelse av at pasienten hadde kommet fra sykehus dagen før, dermed sa jeg til sykepleier at det er

skammelig dårlig utført munnstell. Da kunne sykepleier fortelle at pasienten hadde vært i denne avdelingen i to uker. Det er rimelig å si at dette burde vært registrert som en uønsket hendelse eller avvik, og kanskje bidratt til bedre kvalitets sikring av tjenesten (Ytrehus, 2013). Dette tilsier at det kan være nyttig og kontinuerlig repetere plikter vi er lovpålagt å overholde, deriblant plikten til å melde fra om avvik. At sykepleier rapporterer avvik i pleie til overordnede vil synliggjøre uønskede hendelser. Mange registrerte avvik kan bidra til økt fokus på munnstell både lokalt og på organisasjonsplan?

5.0 Konklusjon

Dårlig munnstell vil kunne ha mange flere konsekvenser enn beskrevet i oppgaven, men av hensyn til oppgavens omfang har jeg måttet begrense meg. I forskning kommer det frem at pleiepersonell ser på munnstell som en vanskelig og ubehagelig oppgave. En grunn kan være at munnhulen for mange er et intimt område. Det kommer frem at helsepersonell må få grundig opplæring rundt munnstell, og uheldige konsekvenser manglende munnstell kan ha. Utstyret er ofte på plass, og i følge forskning har personalet nok tid og kunnskap rundt munnstellprosedyrer.

Kompetanseutvikling kan være det vi trenger for å øke fokus, og endre holdningene våre til munnstell. Sykepleiers pedagogiske funksjon er en ressurs som oftere burde benyttes i en lærende organisasjon. Dette krever at forholdene må legges til rette, med god forankring i ledelse. Å frigi personale for kompetanseheving, vil kreve flere hender og økte ressurser.

Det fokuseres på tidsklemme og stramme budsjett i eldreomsorgen. Rutiner i dagens sykehjem legger opp til munnstell før frokost, og rett før sengetid, når tidsklemma er størst. Tid og kunnskap til å kommunisere godt med pasienten, er det som skal til for å opprette et menneske-til-menneske forhold. Etablering av tillitsforhold bidrar til at sykepleier og pasient lettere kan samarbeide om utfordrende oppgaver. Sykepleiers organisatoriske kompetanse vil være nyttig når en skal belyse krav til omorganisering og omlegging av rutiner, som etterhvert kan bli nødvendig. Denne kunnskapen kan sykepleier også formidle videre når det gjelder kartlegging rundt behov for økte ressurser på samfunnsplan. Videre vil tverrfaglig samarbeid, mellom sykepleier og tannhelsetjenesten, bidra til oppdaterte prosedyrer. Pasientenes behov for daglig munnstell blir synliggjort, og legger grunnlag for videreformidling av kunnskap til hele personalgruppen.

Skjerpede rutiner for rapport, og avviksregistrering rundt munnstell, vil belyse utfordringer en står ovenfor. Dette vil også kunne føre til at behov for ekstra ressurser, og økte bevilgninger kommer frem. Kritikkverdige forhold som vi ser i dag, er ikke bare smertelig for pasientene. Det kan også føre til rettsforfølgelse av personalet som ikke yter lovpålagte plikter. Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg sett at lovverk og offentlige føringer, er godt regulert i forhold til munnstell for eldre i institusjon. Det er naturlig å si at det burde være god samfunns politisk støtte for å få øke fokuset. Oppgaven belyser hvordan sykepleiere kan bidra til å øke fokus på munnstell til pasienter i sykehjem. Pasienten jeg møtte i praksis var fortvilet. De aller fleste vet hvordan munnhulen skal stelles. Likevel har vi behov for å belyse at dette er oppgaver som må gjennomføres for at pasienten skal få god og verdig omsorg.

6.0 Litteratulliste

Bjørk, I. A. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. (s. 175-187) Oslo: Akribe AS.

Bjøro, K. & Kirkevold, M. (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiers grunnlag, rolle og ansvar* (s. 358-362). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Catteau, C., Piaton, S., Nicolas, E., Hennequin, M. & Lassauzay, C. (2013). Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required. *Gerodontology* 2013; doi: 10.1111/ger.12094

Christensen, S. L. & Jensen, B. H. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning: Sykepleierens pedagogisk felt*. (s. 62-160). Oslo: Akribe.

Dahl, K. & Skaug, E. A. (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov* (s. 19-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (s. 86-122)(5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 72-76)(5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (s.19-21)(2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjæra, B., Willumsen, H. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos elder pasienter I hjemmesykepleien: *Sykepleien forskning*, 2010(2), 102-108. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>.

Flovik, A. M. (2005). *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende* (s. 17-61). Oslo: Akribe.

Forsell, M., Sjøgren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. & Hoogstraate, J. (2010). Attitude and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. doi: 10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleie-dokumentasjon*(2. utg.)(S. 20-24). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Helsedirektoratet. (2000). *Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid* (Veileder IS-2659/2000). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf>

Helse-og omsorgstjenestelova. (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m. (Helse-og omsorgstjenestelova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorgstjenesteloven>

Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonellova)*.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov+om+helsepersonell>

Helsetilsynslova. (1984). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (Helsetilsynslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug(Red.), *Grunnleggende sykepleie, Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s.223-226). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v* . (Kvalitetsforskrift for pleie-og omsorgstjenestene). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitet+i+helse+og+omsorg>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Gravenholt, B., Nordheim, L.V. & Reiner, L. M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert* (3. utg.)(s. 95-140). Oslo: Akribe.

Odland, L-H. (2007). Menneskesyn. I B. T. Brinchmann (Red.), *Etikk I sykepleien* (s. 25-35). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Orvik, A. (2009). *Organisatorisk kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (s. 22-42)(5. utg.). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Pasient-og brukerrettighetslova. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov+om+pasient+og+brukerrettigheter>

Quagliarello, V., Juthani-Mehta, M., Ginter, R.N., Taule, V., Phil, M., Allore, H. & Tinetti, M. (2009). Pilot testing of intervention protocols to prevent pneumonia in nursing home residents. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02311.x

Samson, H. & Strand, G. (2010) Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 267-273). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Sjøgren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effekt estimates and methodological quality of randomized controlled trials. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x

Sneltvedt, T. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. T. Brinchmann (Red.), *Etikk I sykepleien* (s. 88-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Meld. St. 35 (2006-2007). (2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning
Framtidas tannhelsetjenester*. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/stm_nr35.pdf

Strand, G. V. (2011). Tenner for livet. *Den Norsk tannlegeforening tidene*, 121(2), 104. Hentet fra
<http://www.tannlegetidende.no/asset/2011/P11-02-104-9.pdf>

Takahashi, O., Toshifumi, M., Mitsuyoshi, Y., Takeyoshi, Y., Mieko, A., Yasumasa,
A.,...Hidetada,S.(2006). Dental status and mortality in institutionalized elderly people.
Doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00326.x

Tannhelsetjenesteloven. (1983). *Lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenestelova)*. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=lov+om+tannhelsetjenester>

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 135-215)(5. utg.). Oslo: Gyldendal
Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2014). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (s. 30-59)(2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
Vigmostad & Bjørke AS.

Yrkesetiske retningslinjer Norsk sykepleieforbund (2011). Hentet fra
<https://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf>

Ytrehus, S. (2013). Kvalitet i eldreomsorgen. I Å. Bergland & I. Moser(Red.), *Kvalitetsarbeid i
helsetjenester til eldre* (s. 49-54). Oslo: Cappelen Damm AS.

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse. Guide til
godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt* (s. 15-20). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1: Eksempel på munnstellkort

Vedlegg 2: Litteratormatrise 5 sider

Vedlegg 1 Eksempel på munnstellkort

MUNNSTELLKORT

Kort nr. 2:
Egne tenner og delprotese

Daglige rutiner for: _____

Tennene skal pusses 2 x daglig. Protesen bør være ute om natten.
Protesen skylles etter hvert måltid.



1) Bruk plasthansker. Ta tak i klammerne med neglene og skyv dem ut.



2) Fjern matrester.



3) Bruk en mild tannkrem.



4) Puss tennene langs tannkjøttet på utside, innside og på tyggefletter.



5) Bruk flaskekost mellom tennene.



6) Børst tungen med en myk tannbørste.



7) Rengjør delprotesen med protesebørste og f.eks. Zalo. Skyll godt.



8) Fluortablett (0.25mg) suges, hel eller knust, etter hvert måltid.

Kommentarer: _____



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland



Stenerud/Strand

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Metode			Resultater	
Tittel/forfatter(e) /årstall	Studiedesign	Innhold	Funn	Mulige drøftingsområder i bacheloroppgåva
1) Pilot testing of intervention protocols to prevent pneumonia in nursing home residents in the New Haven, Connecticut, Area . Quagliarello et al., 2009).	1) kvantitativ kohort studie	1) 52 sykehjemspasienter ved to sykehjem ble randomisert til grundig manuell rengjøring av tenner, skylning med klorhexidin 0,12%, samt oppreist spisestilling for sengeliggende pasienter. Studien ble gjennomført i løpet av tre måneder. Alle deltakere fikk skriftlig informasjon, og informert samtykke ble gitt.	1) Resultatet viste at daglig manuell rensing av munnhulen, og skylning med Klorhexidin 12% var lett gjennomførbart av sykehjemmets ansatte, om det kunne gjennomføres innen ti minutt per dag. Intervensjonene viste seg å ha god effekt på forbedring av munnhygiene til pasientene. En multikomponent intervensjonsprotokoll testet alle tre prosedyrene samlet for finne ut om dette gav reduksjon i pneumonitilfeller. Konklusjon var at intervensjonen var testet på få deltakere, over for kort tid.	1) Positive konsekvenser bedret munnhygiene kan ha for pasienten. Muligens kan slik forskning være med å sette munnhygiene sterkere på dagsorden?
2) Assessmen	2) Kvantitativ	2) 203 ansatte i åtte sykehjem fikk et spørreskjema	2) Konklusjon på studien er at	2) Hva trenger vi for å oppnå større

<p>t of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required. (Catteau et al., 2013).</p>	<p>metode.</p>	<p>med 58 spørsmål. Målet var å vurdere kunnskap om oral hygiene, og avdekke behov for opplæring. Bakgrunnen var det faktum at daglig oral hygiene til syke og pleietrengende er den beste måten å forebygge orale plager. 99% av helsepersonalet deltok i undersøkelsen.</p>	<p>helsepersonell i sykehjem trenger opplæring for å forstå hvor viktig oral hygiene er for å opprettholde god helse, og for at de lettere skal kunne identifisere orale lidelser og konsekvenser dårlig oral hygiene kan få.</p>	<p>fokus og bedre rutiner for munnstell? Kan det være gunstig at vi får opplæring i at dårlig ivaretatt munnhygiene kan være sjukdomsframkallende? Potensielt dødelig for pasienter med nedsatt immunforsvar? Kan kompetanseheving rundt tema generelt bidra til økt fokus?</p>
<p>3)Attitude and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home</p>	<p>3)Kvantitativ metode.</p>	<p>3)105 sykehjems ansatte ved et sykehjem i Sverige fikk spørsmål rundt munnstell til pasientene. Deltakerne ble spurt om oppfatninger og holdninger til beboernes munnhygiene. Spørsmålene ble gjentatt etter at personalet hadde fått opplæring i bland annet praktisk trening, ulike konsekvenser av dårlig munnstell og kognitiv terapi.</p>	<p>3)Studien slår fast at et stort flertall, hele 87% av de sykehjems ansatte, ser på munnstell som en ubehagelig oppgave. Mindre enn 30% følte at den hjelpen beboerne fikk til munnhygiene daglig var tilstrekkelig. Til tross for at mange svarte at de har nok tid og tilstrekkelig kunnskap</p>	<p>3)Hvorfor blir ikke munnstell utført, på tross av nok tid og kunnskap? Personalet i denne studien er ikke fornøgd med gitt munnhygiene, men hva kan grunnen være?</p>

<p>staff. Forsell et al., 2010).</p> <p>4)Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien.</p> <p>Fjæra et al., 2010).</p> <p>5)Dental status and mortality in institutionalized elderly people. (Takahashi et al., 2006)</p>	<p>4)Tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming.</p> <p>5)Kvantitativ kohortstudie</p>	<p>4)137 pasienter med en snittalder på 80,8 år i 12 bydeler i Oslo, deltok og gav tillatelse til prosjektet. Studien slår fast at en stor andel av eldre i dag har egne tenner.</p> <p>5)403 sykehjems pasienter i alderen 65 år og oppover ble prospektivt fulgt opp i fem år. Studien ville søke å avdekke sykdom og død forbundet med dårlig oral hygiene og redusert tannsett. Bakgrunnen for studien er at dårlig oral hygiene og redusert tyggefunksjon er forbundet med systemisk helse relatert sykdom. Pasientene ble delt i tre grupper etter ulik tannstatus. Gruppe A hadde permanente tenner, med eller uten partielle proteser. Gruppe B hadde helproteser og gruppe C hadde veldig redusert tannsett, uten partielle proteser.</p>	<p>rundt prosedyren munnstell (83%). Den viktigste grunnen til at personalet så på munnstell som en ubehagelig oppgave, var uviljen fra pasientene. Uviljen de følte fra pasientene, ble redusert etter at personalet hadde fått flere opplæring.</p> <p>4)Etter hvert som helsetilstanden svekkes øker behovet for tilrettelegging og hjelp til tannstell, og det er nødvendig med en omorganisering av tjenesten, endrede holdninger, opplæring og kunnskapsheving av helsepersonell. Det konkluderes også med at oral hygiene er et sykepleieansvar. Behovet for oppfølging fra tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vil også være økende.</p> <p>5)Konklusjon var at etter to år er</p>	<p>4)Vi ser at behovet for tilrettelagt munnstell vil være økende. Det kan være behov for endrede rutiner og kunnskapsløft for å bedre holdninger og øke fokuset på munnstell. Videre vil det være nyttig med tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og tannhelsetjenesten og organisasjonen.</p>
--	---	--	---	---

<p>6)A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in Hospitals and nursing homes. Effect estimates and metodological quality of randomised</p>	<p>6)En systematisk gjennomgang av effektestimater og metodisk kvalitetsvurdering av randomiserte kontrollerte studier.</p>	<p>6)Målet var å undersøke om oral hygiene kunne ha forebyggende effekt. Etter søk i publikasjoner i Nederland, Tyskland, England, Danmark, Norge, Finland og Sverige ble 15 publikasjoner som oppfylte inklusjonskriteriene benyttet. Alle studiedesign ble grundig analysert. Litteratursøk ble gjort i blant annet databaser som Medline og Cochrane library. For at konklusjonen skulle være så riktig som mulig, gjorde forfatterne vurderinger uavhengig av hverandre. Eventuelle korrigeringer og uenighet ble løst i konsensusmøter.</p>	<p>dødeligheten blant pasientene i gruppe C 1,84 ganger større enn for pasientene i gruppe A. Etter fem år er dødelighet i gruppe C 18,3% i motsetning til gruppe A, der dødeligheten var 14,1%. Dårlig oral hygiene og dårlig tannsett er forbundet med høy dødelighet, luftveisinfeksjoner var hovedårsak til pasientenes død. Større innsats i oral hygiene intervensjoner i sykehjem bør anbefales.</p> <p>6)Konklusjon av RCT studier viser at mekanisk oral hygiene har en klar forebyggende effekt på pneumoni og luftveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem. Pneumoni er en vanlig infeksjon hos syke og pleietrengende i institusjon, og det er oppimot 25% dødelighet. Det ble konkludert med at et av ti dødsfall grunnet pneumoni kan forbygges med forbedret</p>	<p>5)Fokus på at dårlig munntill er forbundet med systemisk sykdom og død. Det er behov for endringer og større fokus på dette emnet.</p>
---	---	--	---	---

controlled trials. (Sjøgren et al., 2008).			mekanisk rensing av pasienters tenner.	6) Kompetanseheving rundt effekt av mekanisk rensing av munnen. Videre om alvorlige konsekvenser dårlig munnstell kan ha for syke og pleietrengende.
---	--	--	--	--