

Bacheloroppgave

SYKHB3001

De eldres munn- og tannhelse:

Hva kan årsakene være til at munn- og tannstell hos eldre på sykehjem ofte blir nedprioritert, og hvordan kan sykepleieren bidra til bedre munn- og tannstell hos disse pasientene?



Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Våren 2009.

Kandidatnummer; 45

Antall ord; 7538

Sammendrag;

Ifølge en del ulike studier, har mange av dagens eldre dårlig munn- og tannhelse, spesielt beboere på langtidsinstitusjoner. Mange eldre beholder sin naturlige tenner i høy alder, og har derfor større risiko for å utvikle infeksjoner og andre sykdommer i munnhulen. Dårlig eller mangelfullt munnstell kan også føre til sykdommer i andre organer, som for eksempel lunge sykdommer som lungebetennelse og ulike hjerte sykdommer. De fleste pasienter på sykehjem er både fysisk og psykisk svekket, og har derfor behov for hjelp til daglig munnstell.

Sykepleierne i sykehjem har ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, som da også inkluderer daglig munn- og tannstell. Det er derimot mye som tyder på at munnstell ofte kan bli et nedprioritert gjøremål blant sykepleiere og annet helsepersonell. Jeg ville derfor i denne oppgaven kartlegge årsakene til dette, og dermed foreslå og drøfte aktuelle tiltak som ut i fra studier og vitenskapelige artikler har vist seg å resultere i at munn- og tannstell blir bedre og høyere prioritert.

Blant årsaker til årsaker til at munnstell ofte kan bli lavt prioritert i sykehjem, er følgende blitt rapportert i flere artikler; lite kunnskaper, personale og tid, dårlige rutiner, motstand fra enkelte pasienter, ledelsen, ingen eller lite trening i utførelsen av munn- og tannstell, dårlig samarbeid mellom sykepleiere og tannleger, negative holdninger, lite tilgjengelig utstyr og mangelfull opplæring i sykepleieutdannelsen. Det har også vist seg at det er mulig å forbedre munn- og tannhelsen hos de eldre ved å sette enkle tiltak i et system; blant annet ved å heve kompetansenivået hos sykepleiere og annet helsepersonell, utarbeide individuelle pleieplaner og bildebaserte munnstellkort, mer tilgjengelig og tilrettelagt utstyr for munn- og tannstell og identifisering av faste personer som skal ha ansvar for det daglige munnstellet. Dette er tiltak som sykepleiere kan bidra med for å bedre tannhelsen hos eldre pasienter på sykehjem, og dermed forebygge infeksjoner og sykdommer i munnhulen.

Summary;

According to different studies, many of today's elderly have poor oral and dental health, especially residents in long term care facilities. Many elderly retain their natural teeth in older age, and are therefore in a greater risk of developing infections and other diseases in the oral cavity. Poor or inadequate oral and dental hygiene can cause diseases in other organs, including lung disease such as pneumonia and different heart diseases. In addition, this group is more likely to be frail, and have a great need for assistance in daily oral care. Some reports indicate that oral health care is a low priority among nurses and other health professionals. Thus, in this assignment I wanted to uncover possible reasons why oral health care of older people in nursing homes is often given a low priority, and how nurses can improve oral and dental care for these patients.

I found different reasons why oral care is often given lower priority in nursing homes, and the following has been reported in several studies; lack of knowledge and skills among the nursing staff to perform oral care, lack of personnel and time, resistance from some patients, the management, poor co-operation between nurses and dentists, poor attitude towards oral and dental care, insufficient supply of equipment and inadequate training during nursing education. I have also found a number of measures that nurses can take to improve oral and dental hygiene of patients in nursing homes, and in that way prevent infections and other diseases in the oral cavity. Many articles recommend improved knowledge and training in oral health care among nurses and other caregivers in order for them to provide satisfactory mouth and tooth care. It's also possible to improve oral and dental health among the elderly by putting simple measures into routine; including developing individual oral care plans, use of photo-based mouth-and tooth instruction cards, more accessible and adapted equipment, and appointment of staff members who will be responsible for regular daily oral care.

Innholdsfortegnelse;

Kap 1, Innledning	5
1.1. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling;	5
1.2. Problemstilling;	5
1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen;.....	6
Kap 2, Metode	7
2.1. Hva er metode;	7
2.2. Litteraturstudie;	7
2.3. Forskningssetiske overveielser og kildekritikk.....	7
2.4. Kildekriterier;	7
2.5. Litteratursøkefasen;	8
Kap 3, Teori.....	10
3.1. Sykepleiers funksjon og ansvarsområder;	10
3.1.1. Virginia Henderson;	10
3.1.2. Sykepleiers forebyggende funksjon;	11
3.2. Lover og forskrifter;	11
3.3. Aldring og sykdom;	12
3.4. Forhold som påvirker tannhelsen hos eldre;	12
3.5. Farer ved dårlig munnstell;	13
3.6. Tiltak for munn- og tannstell hos eldre;	13
3.6.1. Kartlegging og inspeksjon av de eldres munnhule;	13
3.6.2. Stell av tenner;.....	14
3.6.3. Stell av tannproteser;	14
3.6.4. Rengjøring av slimhinner, gummer, tunge og lepper;.....	15
3.6.5. Spesielt munnstell;	15
Kap 4, Funn og drøfting	16
4.1. Årsaker til at munnstell ofte kan bli et lavt prioritert gjøremål;.....	16
4.1.1. Lite eller dårlige kunnskaper om munn- og tannstell;.....	16
4.1.2. Dårlige rutiner og manglende engasjement fra ledelsen;	17
4.1.3. Liten tid, lite bemanning og økonomiske restriksjoner	17
4.1.4. Holdninger;.....	18
4.1.5. Lite samarbeidsvillige pasienter;.....	19
4.1.6. Demente pasienter;	19
4.1.7. Pasientautonomi;	20
4.1.8. For lite kunnskap og praktisk trening i sykepleiestudiet;.....	20
4.1.9. Lite samarbeid mellom sykehjem og tannhelsetjenesten;	21
4.1.10. Lite tilgjengelig utstyr;	21
4.2. Tiltak som kan bedre munn- og tannhelse på sykehjem;	21
Kap. 5, Avslutning/Konklusjon;.....	24
Kildeliste;	25

Kap 1, Innledning

1.1. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling;

En frisk munnhule er nødvendig for hele og friske tenner, kommunikasjon, å spise, god allmenntilstand, utseende, velvære og selvfølelsen (1-3). Et mangelfullt munn- og tannstell kan lett føre til infeksjoner og smerter i munnregionen som igjen kan føre til blant annet underernæring og sykdommer i andre organer hos eldre med redusert immunforsvar (1, 4). Ut i fra tidligere studier utført i Norge, er det mye som tyder på at eldre på sykehjem har utilfredsstillende munn- og tannhelse (5). Lignende studier viser også at dårlig tannhelse hos eldre på sykehjem er et internasjonalt problem (5). De fleste pasienter på sykehjem er både fysisk og psykisk svekket, og har derfor behov for oppfølging og hjelp til daglig munnstell (6). Det er sykehjemmene som har ansvaret for at pasientene får ivaretatt daglig munn- og tannstell (1). Videre er det sykepleiere og annet pleiepersonell som har ansvar for å hjelpe og assistere beboerne på sykehjem med munn- og tannstell (2, 7).

Ifølge en spørreundersøkelse blant pleiepersonell på et sykehjem Bergen i 1999, kom det fram at munnstell ofte ble et "glemt" gjøremål i en travel hverdag (1). En annen nasjonal undersøkelse viste at ikke alle sykehjem i Norge hadde prosedyrer for pasientenes munnstell (8). Det er sykepleierens ansvar å kartlegge ressurser og behov samt å utarbeide en pleieplan for den enkelte beboer på sykehjem (9). Men det antydes i flere artikler at munn- og tannstell er et lavt prioritert gjøremål blant sykepleiere og annet pleiepersonell (4, 10-12), selv om det inngår i deres ansvarsområde.

Jeg har valgt å skrive om dette temaet av mange grunner. Blant annet har jeg selv erfart at munnstell på sykehjem ofte kan bli nedprioritert blant sykepleiere og annet pleiepersonell. Jeg har derfor lyst å kartlegge årsakene til dette, og dermed konkretisere hva sykepleiere kan bidra med for å forbedre munn- og tannstellet hos denne pasientgruppen. Jeg tror at mer fokus og kunnskap samt bedre rutiner på munn- og tannstell kan bedre tannhelsen hos disse pasientene, og unngå at munnen blir en ekstra belastning for dem i hverdagen.

1.2. Problemstilling;

Hva kan årsakene være til at munn- og tannstell hos eldre på sykehjem ofte blir nedprioritert, og hvordan kan sykepleieren bidra til bedre munn- og tannstell hos disse pasientene?

1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen;

Emnet jeg har valgt er nokså omfattende. Jeg vil først og fremst kartlegge hvilke årsaker som kan bidra til at munn- og tannstell blir et nedprioritert gjøremål på sykehjem. Jeg kommer i teoridelen av oppgaven til å skrive litt om det grunnleggende munn- og tannstellet, og om sentrale tiltak som enhver sykepleier bør utføre for å ivareta munnhelsen hos eldre. I andre del av problemstillingen min vil jeg derimot foreslå og drøfte aktuelle tiltak som ut i fra studier og vitenskapelige artikler har vist seg å resultere i at munn- og tannstell blir høyere prioritert. I forhold til sykepleierens rolle vil hovedfokuset være ivaretagelse av grunnleggende behov. Jeg kommer også til å nevne sykepleierens forebyggende funksjon, siden munnstell på mange måter er både forebyggende og helsefremmende.

Kap 2, Metode

2.1. Hva er metode;

Metode er en fremgangsmåte/et redskap som blir brukt for å komme frem til eller etterprøve ny kunnskap og viten, og som fremstilles med krav om å være gyldige og sanne (13). Her nevnes det videre at valg av metode avhenger ofte av hva en tror vil gi gode data, og hva som kan forklare på en faglig og interessant måte det vi ønsker å få svar på. Det er vanlig innenfor samfunnsvitenskapen å skille mellom to metoder; kvalitativ og kvantitativ.

2.2. Litteraturstudie;

I denne hovedoppgaven bruker jeg litteraturstudier som metode. Bruk av litteraturstudier som metode inneholder kritisk og systematisk gjennomgang av data i forhold til et utvalgt problemområde (14). I litteraturstudier skal en hente litteratur fra vitenskapelige artikler, og drøfte disse i forhold til bakgrunns litteraturen og problemstillingen (15). Jeg vil bruke artikler i innsamlingslitteraturen som både er kvalitative og kvantitative.

2.3. Forskningsetiske overveielser og kildekritikk

Forskningens mål om å finne fram til ny kunnskap må ikke skje på en slik måte som går ut over enkeltpersoners integritet og velvære (13). Siden jeg vil bruke artikler som allerede er utgitt, er etiske overveielser gjort. Det jeg må tenke på i forhold til etiske overveielser, er hvordan jeg anvender det som står i artiklene. Blant annet må jeg oppgi den kilden som brukes, og ikke bare inkludere de artiklene som støtter mine påstander. Jeg skal også anvende kildekritikk i forhold til artiklene jeg skal bruke i oppgaven. Kildekritikk er en fremgangsmåte som benyttes for å fastslå om en kilde er troverdig og korrekt (13). Her nevnes det videre at hensikten med kildekritikk er å gjøre leseren oppmerksom på de overveielsene en har hatt i forhold til gyldighet og relevans av den litteraturen en bruker.

2.4. Kildekriterier;

Siden jeg skal bruke litteraturstudier som metode, må jeg samle inn teoretisk stoff som jeg kan bruke. Datamaterialet en samler inn bør være fyldig, pålitelig, gyldig, og så relevant som mulig for å kunne belyse problemstillingen (13). En må videre utdype hva slags data en har behov for, hvor de finnes, og hvem som kan gi dem (13). Jeg kommer i hovedsak til å bruke artikler som er blitt publisert i helserelaterte tidsskrifter, og jeg har brukt *Svemed*, *ProQuest*, *Pubmed* og *BIBSYS* for å finne frem til dem. Disse står oppført på internettsiden til

Høgskolens bibliotek. Jeg har inkludert både norske og internasjonale artikler. Dette gjorde jeg for å skaffe mest mulig stoff som kunne gi meg svar på det jeg vil finne ut av. Med tanke på kulturforskjeller, måtte jeg se artiklene litt an. Jeg fant etter hvert ut at jeg derfor skulle konsentrere meg om europeiske og amerikanske artikler. Videre ville jeg ikke ta med artikler som var eldre enn ti år, siden jeg ville ha mest mulig oppdaterte funn. I tillegg fant jeg en del litteratur om temaet i fra pensumlitteraturen, som jeg anvendte stort sett i teoridelen av oppgaven.

2.5. Litteratursøkefasen;

Jeg begynte å søke først på *svemed*, hvor jeg brukte søkeordet ”munnstell”, og fikk opp to artikler. Jeg kunne bruke én av dem. Denne artikkelen er skrevet av Strand og medarbeidere (1), og handler om nye metoder for systematisert tann- og munnstell blant sykehjemsbeboere. Artikkelen nevner en del tiltak som har blitt utprøvd på et sykehjem, og som har gitt gode resultater. Jeg synes derfor denne artikkelen passet godt, siden andre del av problemstillingen min var å finne aktuelle tiltak som har vist seg å være effektive, og som sykepleiere kan bidra med for å bedre munn- og tannstell hos eldre på sykehjem. Artikkelen er ganske ny og jeg fant også ut at samme artikkel er utgitt i ”*Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*”, som er et velkjent tidsskrift for leger.

Jeg synes ikke jeg fikk opp så noe særlig utvalg av artikler da jeg søkte på *svemed*, enda jeg utvidet søket mitt med andre ord som; ”tannhelse, eldre” og ”munnstell, sykehjem”. Jeg søkte videre på *PubMed*, som er en annen kjent søkekanal for helseartikler, men som er mer internasjonal. I det første søket med ”Dental care, elderly” fikk jeg opp 9682 muligheter, som var ganske mye. Det ble derfor avgrenset til ”Dental care, nursing homes”, siden dette var mer aktuelt i forhold til problemstillingen min. Dette søket gav meg 467 svar, noe som kan tyde på at manglende munnstell på sykehjem er et aktuelt problem i mange land. Som nevnt ville jeg finne mest mulig oppdaterte artikler, og søket ble derfor innskrenket til artikler utgitt i 1999 og frem til i dag. Et annet kriterium jeg la til for å avgrense søket, var at artiklene skulle være lagt til i søkekanalen *PubMed* innen de siste fem årene. Jeg ville også bare ha sykehjemspasienter som var over 65 +, siden så å si alle på sykehjem er eldre enn dette. Det siste kriterium var at jeg ville ha artiklene utgitt i et sykepleiefaglig tidsskrift. Dette søket gav meg fem treff, men jeg var ikke helt fornøyd med disse artiklene. Derfor utvidet jeg søket til å inkludere andre tidsskrifter, blant annet tannlegetidsskrifter. Dette søket gav meg 52 treff, og jeg gikk igjennom disse for å se hvilke av artiklene som var mest aktuelle for

problemstillingen min. En av artiklene jeg fant på dette søket er skrevet av Shay (12), og nevner en del om sykepleierens rolle i forhold til munn- og tannstell hos beboerne i sykehjem. Jeg fant også en artikkel av De Visschere med medarbeidere (32). Denne artikkelen handler om dårlig tannhelse blant eldre på langtidsinstitusjon, og nevner en del årsaker til dette, blant annet dårlig kunnskap hos personalet. Kunne bruke en del av det som stod i denne artikkelen i første del av problemstillingen min.

Da jeg søkte på søkekanalen *Proquest*, brukte jeg søkeordet ”dental care, nursing homes, elderly”, og fikk opp femten artikler som jeg gikk igjennom. To artikler kunne brukes. Den ene artikkelen er skrevet av Williams (16), og nevner en del årsaker og tiltak i forhold til problemstillingen min. Artikkelen er også utgitt i et sykepleiefokusert tidsskrift. Den andre artikkelen jeg fant, er skrevet av Coleman og Watson (17). Artikkelens hensikt var å beskrive det daglige munn- og tannstellet utført av pleiepersonell hos eldre i sykehjem. Denne artikkelen nevner en del årsaker til at munn- og tannstell på sykehjem ofte blir nedprioritert av pleiepersonell.

De fleste artiklene fant jeg ved å gå igjennom litteraturlisten til noen av de artiklene jeg allerede hadde funnet. Ved å se på artiklens navn, hvor og når de ble utgitt, kunne jeg lete dem fram på BIBSYS sin søkekanal på internett. En av artiklene jeg fant på denne måten er skrevet av Coleman (4), og handler om ufordringer i forhold til munn- og tannstell hos eldre på sykehjem. Denne artikkelen har jeg hatt god nytte av, siden den også nevner en del mulige årsaker til at sykepleiere ikke alltid utfører munn- og tannstell hos sykehjemspasienter. Videre fant jeg en artikkel skrevet av Wårdh (7), som handler om hvordan pleiepersonell i sykehjem opplever det å assistere pasienter med munnstell. En tredje artikkel som jeg fant på denne måten, er skrevet av Frenkel og medarbeidere (11). Artikkelen nevner en del årsaker til at munnstell kan bli nedprioritert i sykehjem.

Kap 3, Teori

3.1. Sykepleiers funksjon og ansvarsområder;

Sykepleieren har flere ulike funksjoner, blant annet helsefremmende, forebyggende, lindrende, behandlende og rehabiliterende (18, 19). I en felles rammeplan for Norsk sykepleierutdanning (20), står det blant annet at et felles mål med pleie, omsorg og behandling er at sykepleier skal ha kunnskap om hvordan sykdom har innvirkning på mennesket. Etter endt utdanning, skal sykepleiere ha handlingskompetanse til blant annet å ivareta pasientens grunnleggende behov, og forhindre at komplikasjoner og tilleggslidelser oppstår (20). I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på sykepleiers rolle i forhold til ivaretagelse av grunnleggende behov og forebyggende funksjon.

3.1.1. Virginia Henderson;

Jeg synes det passer å bruke Virginia Hendersons sin sykepleieteori, for å forklare hva jeg mener med menneskelige behov, og hva som er sykepleierens rolle i forhold til disse behovene. Virginia Henderson (1887-1996) var en av de første sykepleierne som utviklet en sykepleieteori som beskrev sykepleierens særegne ansvar og funksjonsområder (21). Her nevnes det videre at Hendersons sykepleiedefinisjon er fremdeles aktuell. Hendersons syn på helse er mer enn bare fravær av sykdom, og er nært knyttet til ivaretagelsen av menneskets grunnleggende behov (21). I følge Hendersons sykepleiedefinisjon, er sykepleierens oppgave å assistere eller hjelpe personer med gjøremål som de vanligvis ville ha utført selv uten hjelp, dersom de hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje eller kunnskaper til dette (22).

Virginia Henderson har utarbeidet fjorten punkter/gjøremål som er knyttet til menneskets grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale (21). Her står det videre at disse gjøremålene er nødvendige for å opprettholde normal menneskelig funksjon, velvære og helse, og/eller en fredfull død. Blant annet går punkt nummer 8 ut på; ”å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet” (21). Dette punktet har med personlig hygiene å gjøre, og er også sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten med dersom ikke pasienten klarer dette selv på grunn av helsesvikt eller sykdom (21). Ivaretagelse av munn- og tannhygiene inngår også som en del av det personlige stellet (23). Ut i fra dette, må sykepleiere utføre tilfredsstillende munnstell, for å ivareta grunnleggende behov og for å forhindre/forebygge at det utvikles infeksjoner i munn og tenner hos sykehjemspasienter.

3.1.2. Sykepleiers forebyggende funksjon;

Henderson nevner også at sykepleieren har en viktig forebyggende og helsefremmende funksjon (21). Det forebyggende arbeidet tar sikte på å forebygge sykdom, skade, og tidlig død, men også å fremme folks helse (24). Her nevnes det videre at forebygging av sykdom inngår også i det helsefremmende arbeidet. Dette fordi sykdom kan redusere helsen og skape helsemessige ulikheter hos enkeltpersoner og i resten av befolkningen. Sykdomsforebygging kan deles inn i tre faser; primær, sekundær og tertiær. Primær sykdomsforebygging har som mål å hindre eller utsette sykdommer, mens sekundær forebygging har som mål å forhindre flere sykdommer, og/eller at de utvikler seg. Tertiær forebygging tar sikte på å redusere de konsekvensene sykdommer har for funksjon og livskvalitet (24). Når det gjelder gjennomføring av daglig munnstell, kan dette ha primær, sekundær og tertiær forebyggende hensikt.

3.2. Lover og forskrifter;

Det står også i kvalitetsforskriften som gjelder for pleie- og omsorgstjenestene, at kommunen skal utarbeide skriftelige prosedyrer for å sikre at brukerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Her nevnes det videre at ett av de grunnleggende behovene er; ”nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene” (25). I følge denne forskriften har derfor sykehjemmene et ansvar i forhold til å hjelpe og assistere de eldre beboerne med munn- og tannstell. Videre har sykepleiernes etiske og faglige kompetanse stor betydning for om kvalitetsforskriften i pleie- og omsorgstjenesten blir fulgt opp, og at brukerne mottar den hjelpen de har krav på (9). Dette fordi det er sykepleiere som har ansvaret for kartlegging av ressurser og behov, samt å utarbeide en pleieplan for den enkelte beboer på sykehjem (9). For det står også i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene i § 3, at kommunen skal sikre at ”tjenesteapparatet og tjenesteytere kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slikt finnes”.

I følge lov om tannhelsetjenesten § 1-3, skal Den offentlige tannhelsetjenesten gi tilbud om forebyggende tiltak og regelmessig tannbehandling til pasienter i pleie og omsorgstjenesten (26). Som tidligere nevnt er det kommunens ansvar å sikre at brukerne av helse- og omsorgstjenestene får nødvendig tannbehandling. Videre har sykepleierne på sykehjem ansvar for at beboerne opprettholder eller utvikler rutiner for tannlegebesøk (27). Sykepleiere har en viktig rolle i å hjelpe pasienter til tannhelsetjenester, spesielt når den eldre har liten

mulighet til å gjøre dette selv (4). Pasientens munnhelse vil bli forsømt dersom ikke sykepleiere tar ansvar for dette (28).

3.3. Aldring og sykdom;

Mange eldre har nedsatt funksjonsevne som følge av kroniske sykdommer og fysiske aldersforandringer (27). Sykdomsbildet hos mange eldre er ofte svært sammensatt, og kan bestå av både medisinske, nevrologiske, psykiatriske, kirurgiske og sosialmedisinske problemer (18). Her nevnes det videre at det å flytte på sykehjem blir ofte en god løsning for eldre som har behov for pleie og medisinsk behandling. For mange av dem som bor på sykehjem er hjelpetrengende og klarer ikke lenger å ivareta alle sine grunnleggende behov (18). Blant grunnleggende behov inngår personlig hygiene, som har stor betydning for selvfølelse, velvære og hvordan en blir betraktet av andre (3). Her nevnes det videre at mange eldre mangler indre ressurser for å ivareta personlig hygiene, som blant annet fysiske og psykiske krefter, utholdenhet og mental kapasitet. Med tanke på munn- og tannstell er det derfor ikke alle pasienter på sykehjem som vil klare å utføre dette selv. Det kan kreves både fysiske og psykiske krefter, vilje, god koordinasjon og finmotorikk for å utføre tannpuss (3). I sykehjem er en viktig del av sykepleietilbudet å hjelpe pasientene med å ivareta sine grunnleggende behov (29).

3.4. Forhold som påvirker tannhelsen hos eldre;

I dag lever mange eldre lenger enn tidligere, og de har derfor ofte flere kroniske sykdommer som de tar medisiner mot (4). Her nevnes det videre at en del av disse medikamentene kan ha negative bivirkninger på munn- og tannhelsen. Blant bivirkningene er munntørrehet, som kan gjøre det vanskelig å svelge, tygge, snakke, ha tannprotesene på plass, og som medfører en større risiko for infeksjoner og hull i tennene (4). I tillegg gjennomgår munnen en del aldersforandringer ved økende alder, blant annet økende hyppighet av munntørrehet og nedsatt spyttsekresjon i munnen (27). Her nevnes det videre at etter hvert blir også tannkjøttet og slimhuden mer fibrøs og mottar mindre blodtilførsel. Dette medfører at små skader i munnen gror langsommere. De eldres tyggekapasitet blir med økende alder også redusert, som følge av mindre muskelstyrke. Dette gjør at kvaliteten på de tennene som er igjen ofte er dårlige. I dag har også mange eldre egne tenner i høy alder (6). Selv om egne tenner i høy alder er et tegn på bedre helse, er det også en risikofaktor for syke eldre (7). Tennene forandrer seg også med alderen, blant annet blir emaljen raskere slitt, og dette øker faren for hull i tennene, tannrøte og andre skader (27).

3.5. Farer ved dårlig munnstell;

Aldersforandringer i munnhulen kombinert med blant annet dårlig/mangelfullt munnstell, kan lett medføre at det utvikler seg infeksjoner og sykdommer i munnhulen hos eldre (6). Blant de vanligste tilstandene som kan oppstå i munnhulen hos eldre, er infeksjoner i resterende tenner eller tannkjøtt, tannråte, betennelse i tennenes støttevev, skader som følge av tannproteser og munnhulekreft (27). Her nevnes det videre at en annen vanlig infeksjon i munnhulen hos eldre er soppinfeksjoner. Disse infeksjonene kan forebygges med tilfredsstillende munn- og tannstell, men dersom infeksjonene utvikler seg kan det medføre alvorlige konsekvenser, spesielt for eldre med redusert immunforsvar (27). Dersom bakteriebelegg får samle seg i munnhulen, kan det dannes en sykdomsfremkallende mikroflora (28). Bakterievekst i munnhulen hos immunsvekkede eldre kan medføre alvorlige infeksjoner i andre kroppsdeler, blant annet i hjertet og lunger (1). Det viser seg også ut i fra en del studier at det er stor sammenheng mellom dårlig munnstell og lungebetennelse hos eldre på sykehjem (30, 31). Et godt munnstell er nødvendig både for å forebygge spredning av patogene mikrober fra munnhulen til lunger og andre organer, men også for velvære og livskvalitet (28). Mangelfullt munnstell kan også medføre underernæring, og dermed vekttap hos eldre (1, 17).

3.6. Tiltak for munn- og tannstell hos eldre;

Hensikten med munn- og tannstell er å forebygge belegg og infeksjoner på tenner og tunge, samt å forhindre uttørking av slimhinner og sprukne lepper (6). Rengjøring av både tenner, tunge, lepper, tannkjøtt og slimhinner inngår ved et munnstell (3). Her nevnes det videre at munnstell inkluderer både vanlig tannpuss, rengjøring av munnhulens strukturer, stell av tannproteser dersom pasienten har det, og spesielt munnstell til pasienter med særskilte behov. Videre skal munnstell også tilbys minst to ganger i døgnet, spesielt etter måltider (3). En må oftere rengjøre både tenner og munnhule, fukte munnslimhinne, og smøre leppene desto sykere pasienten er (28). Jeg skal nå komme nærmere inn på den praktiske utførelsen av munnstell.

3.6.1. Kartlegging og inspeksjon av de eldres munnhule;

Samtale og inspeksjon av de eldres munn- og tannstatus ved innleggelse på sykehjem er en god begynnelse for å kartlegge pasientens munn- og tannhelse (27). Ved det første møtet bør sykepleier registrere og evaluere pasientens mulighet til å utføre munn- og tannstell (6). Som sykepleier må en også forklare pasienten og eventuelt pårørende hvor viktig det er med munnhygiene. Videre bør sykepleier veilede pasienten i hvordan en utfører et godt munnstell,

og motivere de eldre til å utføre dette selv dersom pasienten har ressurser til det (6).

Sykepleier bør også avgjøre om pasienten har eventuelle smerter, sårhet, endret smaksfølelse eller blødning ved renhold, og om tygging og svelging går bra (27). Her nevnes det videre at sykepleier også må undersøke om pasienten har tannproteser, og dersom dette er tilfelle, må en også se til at de er av riktig størrelse. Pasientens munnhule bør inspiseres for å se etter endringer fra det normale, som for eksempel betennelser og klumper. Dersom pasienten har egne tenner, bør en sjekke om de er faste, hele og ikke har skarpe kanter. Disse observasjonene bør noteres ned for å kunne vurdere eventuelle endringer over tid (27). For å sikre at pasienter får det munn- og tannstellet de har behov for, bør det være en egen pleieplan for dette (3).

3.6.2. Stell av tenner;

Tennenes tilstand er viktig for både språkuttalen, smilet og ikke minst selvbildet og sosial kontakt (6). Selve tannpussen har som hensikt å få bort plakk (bakteriebelegg) fra tenner og tannkjøtt, og dermed forebygge både hull i tennene og infeksjoner i munnhulens strukturer (3). Her nevnes det videre at tannbørsten er det beste hjelpemiddelet til tannpuss, og at det finnes mange ulike typer. I forhold til bruk av tannkrem, bør den inneholde fluor, som bidrar til å forebygge karies. Videre fins det også skumgummiputer på plastskaff som en kan bruke til å fukte slimhinnene i munnen med. De er også gode å bruke når tannkjøttet er sårt, og hjelper med å fjerne matrester, belegg og slim. Når det gjelder selve pussingen, bør den skje på en systematisk måte. En bør begynne oppe, bakerst på yttersiden av tennene og føre børsten enten i loddrette, vannrette eller sirkelbevegelser. Så kan en bevege seg fra en side oppe til neste, deretter til innsiden, tyggeflaten og så fortennene. En bør så pusse tennene nede på samme måte. Det kan være lurt å bruke små bevegelser for å komme til alle steder, og selve tannpussen bør være grundig, og vare minst to minutter (3).

3.6.3 Stell av tannproteser;

Selv om mange har sine egne tenner i høy alder, har også en del tannproteser (3). Bruk av tannproteser kan også medføre problemer, blant annet fordi de ikke er like gode å tygge med som egne tenner (27). Her nevnes det videre at skader som følge av bruk av tannproteser kan forekomme dersom protesene har dårlig tilpasning eller ikke blir rengjort skikkelig. Ved dårlig tilpassing av protesen, kan det oppstå protesestomatitt, som er en betennelse i munnslimhinnen. Mangelfullt renhold av protesen kan medføre tannstein, som igjen kan gjøre protesen ru, irritere munnslimhinnen og danne sår. Tannproteser bør derfor rengjøres minst to

ganger i døgnet, særlig etter måltider. Videre bør det brukes lunkent vann og selve tannbørsten bør heller ikke være for hard, siden den da kan slite på protesematerialet. En bør heller ikke bruke vanlig tannkrem, for den kan lage riper i protesematerialet. Det kan derfor være lurt å bruke spesialtannkrem, uparfymert såpe, eller eventuelt oppvaskemiddel. I forhold til tannstein, kan dette løses opp det ved å legge protesene i husholdningseddik i noen timer (27).

3.6.4. Rengjøring av slimhinner, gummer, tunge og lepper;

Munnen bør også skylles godt etter munn- og tannstell, for å få bort matrester (27). Her står det videre at det da kan være aktuelt å bruke et munnskyllemiddel. Når en skal rense gommene, kan en for eksempel bruke en låsbar tang eller bløt tannbørste dyppet med oppløsningsvæske, som for eksempel klorheksidin 0.2 % (Corsodyl). Dette vil påvirke bakteriebelegget i munnhulen. Andre hjelpemidler som tanntråd, tannstikkere og mellomromsbørste, er gode fordi kommer til og renser mellom tennene. Tungen kan rengjøres ved å bruke enten tannbørsten eller en tungebørste, for å få bort belegg. Når det gjelder lepper, kan de smøres med vaselin for å forebygge tørrhet. En bør ellers se til at pasientene får nok å drikke for å redusere munntørrheten (27).

3.6.5. Spesielt munnstell;

Spesielt munnstell bør utføres fire-fem ganger daglig hos pasienter som er svært syke eller helt eller delvis bevisstløse (23). Her nevnes det videre at til dette skal det brukes hansker og spatel for å komme til. Munnhulen, tunge og tenner skal også rengjøres med tupfere festet med låsbar tang/pinsett, fuktet i egnet munnrensemiddel (23).

Kap 4, Funn og drøfting

4.1. Årsaker til at munnstell ofte kan bli et lavt prioritert gjøremål;

I følge flere internasjonale studier, er det mye som tyder på at tannhelsen hos en del eldre på sykehjem og langtidsinstitusjoner er dårlig, og at dette kan skyldes manglende munnstell (2, 4, 5, 7, 10-12, 32-34). Dette kan være forbundet med den sykepleien de eldre mottar.

Henderson nevnte for over 40 år siden at ved å se på tilstanden i pasientens munn, kunne en bedømme kvaliteten av den sykepleien som var utført (2). Flere artikler hevder at munnstell er et lavt prioritert gjøremål innen sykepleien, spesielt på sykehjem (4, 7, 10-12, 16, 17, 34).

Dette til tross for at temaet har vært publisert i en del sykepleietidsskrifter de siste årene (11). Sykepleierne i sykehjem har ansvar for å ivareta pasientenes munn- og tannstell daglig (6).

Teoretisk sett vet sykepleiere at god sykepleie inkluderer munn- og tannstell, men denne kunnskapen blir ikke alltid ivaretatt (7). Det finnes lite forskning omkring hvorfor sykepleiere og annet pleiepersonell ikke ivaretar sitt ansvar i forhold til munn- og tannstell hos sykehjemspasienter (12). Jeg skal nå komme inn på mulige årsaker til at munnstell kan bli et nedprioritert gjøremål blant pleiepersonell.

4.1.1. Lite eller dårlige kunnskaper om munn- og tannstell;

Det viser seg ut fra flere studier at en del sykepleiere og annet pleiepersonell på sykehjem har mangelfulle og/eller lite kunnskaper om de Eldres munn- og tannhelse (4, 7, 10, 12, 16, 17, 32, 34). Dette synes å være den viktigste årsaken til at munnstell ofte kan bli nedprioritert. En studie viste også at tenner som var rengjort av pasienter ikke var renere enn tenner rengjort av pleiepersonell (34). Ifølge Shay (12) hadde en del pleiepersonell på sykehjem, inkludert sykepleiere, få eller ingen instruksjoner om utførelse av munn- og tannstell. Dette kan tyde på at det ikke bare er dårlige kunnskaper som er problemet, men også lite trening i hvordan en utfører munnstell. Sykepleiere har en viktig rolle i å assistere pasienter med munnstellet, men også å hjelpe og lære opp annet pleiepersonell til dette (2). I en annen artikkel blir det også hevdet at sykepleiere mangler både kunnskaper og trening i utførelse av munnstell, og at de derfor heller ikke kan lære opp annet pleiepersonell som ofte utfører store deler av personlig stell og pleie på sykehjem (11). Dette var riktignok en britisk artikkel, men det er stor mulighet for at dette er tilfelle i norske sykehjem, hvor mye av stellet ofte blir utført av hjelpepleiere og assistenter.

Derimot ble det hevdet i en annen studie at pleiepersonell, inkludert sykepleiere, så på munnstell som en viktig del av sykepleien, og følte seg ansvarlig for å undersøke den eldre munnstatus (7). Her nevnes det videre at enkelte mente de gav munnstell høy prioritet, men at i virkeligheten ble munnstell satt til side for andre viktige gjøremål. Selv om mange sykepleiere er klar over nødvendigheten av god munnhygiene, viser studier at daglig munn- og tannstell ikke alltid blir utført (2). Dette kan også være tilfelle på norske sykehjem, hvor en del sykepleiere kan ha både kunnskaper og trening i munnstell, men kanskje ikke utfører dette på grunn av andre årsaker som jeg skal komme nærmere inn på.

4.1.2. Dårlige rutiner og manglende engasjement fra ledelsen;

Det viser seg også ut i fra en del artikler at dårlige rutiner er en medvirkende årsak til at munnstell kan bli nedprioritert både av sykepleiere og annet pleiepersonell på sykehjem (7, 17, 32). Spesielt i sykehjem er det ikke alltid rutiner for å assistere ved munnstell, og at andre gjøremål blir prioritert høyere (7). På sykehjem kommer ofte det medisinske i sentrum, mens gjøremål som munnhygiene blir nedprioritert (16). I følge en undersøkelse fra Belgia, er det et stort behov for mer strukturerte rutiner for å oppnå et akseptabelt nivå av tannhygiene (32). Ut i fra en spørreundersøkelse utført på sykehjem i Norge, viste det seg at ikke alle institusjoner hadde prosedyrer for pasientens munnstell (8). Her nevnes det videre at selv om de fleste sykehjem i spørreundersøkelsen hadde nedskrevne prosedyrer, kunne ikke undersøkelsen svare på hva disse prosedyrene gikk ut på eller om de ble utført (8). I følge artikkelen til Simons og Beighton (33), ble ikke alltid pleieplaner utarbeidet når en pasient ble innlagt.

Få eller dårlige rutiner i munnstell kan også skyldes ledelsen på sykehjem og langtidsinstitusjoner (10, 32). Som nevnt i bakgrunns litteraturen, er sykehjemmene forpliktet til å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for hver enkelt beboer etter individuelle behov. Siden ledelsen ved slike institusjoner dermed også har et ansvar, bør ikke hovedansvaret ligge hos sykepleierne alene.

4.1.3. Liten tid, lite bemanning og økonomiske restriksjoner

I følge en del internasjonale artikler er liten tid og lite bemanning en annen årsak til at munnstell ofte kan bli nedprioritert av sykepleiere i sykehjem (4, 10, 11, 34). Det viste seg at for mange oppgaver for personalet i langtidsinstitusjoner, medførte at det ofte ble vanskelig å utføre munnstell (32). Dette kan nok også være tilfelle for sykepleiere i Norge. For i følge en spørreundersøkelse blant pleiepersonell på et sykehjem Bergen i 1999, kom det fram at

munnstell ofte ble et ”glemt” gjøremål i en travel hverdag (1). Forutsetningene for å utøve god omsorg i sykehjem er ofte utilstrekkelige på grunn av lav bemanning, ofte med ufaglærte personale, tyngre pasientbelegg, sparehensyn og krav om effektivisering (18).

Dette er et kjent dilemma, siden en hører stadig vekk i media om lite personale på sykehjemmene og for mange oppgaver på sykepleierne. Det er forståelig at det kan være vanskelig for både sykepleiere og annet pleiepersonell å gi alle pasientene den nødvendige pleien, når mange er overarbeidet. En del sykepleiere erkjenner at munnstell ofte er den pleieoppgaven som først blir nedprioritert når de er overarbeidet (6). Sykepleiere må prioritere hva som er viktigst til enhver tid, og dette kan gjøre at munnstell havner lenger nede på listen av nødvendige gjøremål. Lite bemanning kan igjen skyldes ledelsen, men også helsepolitikken og økonomiske restriksjoner siden man hører stadig vekk om nedskjæringer i økonomien i helse-Norge.

4.1.4. Holdninger;

Det viser seg at en del holdninger blant sykepleiere og annet helsepersonell på sykehjem er en medvirkende faktor til at av munn- og tannstell blir dårlig utført eller lite prioritert (4, 7, 12). Holdninger blant pleiepersonell som personlig avsky eller lav prioritering av eget munnstell, kan være årsaker som gjør at ikke munnstell blir ivaretatt hos pasienter på sykehjem (12). Dårlig ånde kan også være en medvirkende årsak til at en del pleiepersonell synes det er ubehagelig å utføre munnstell (1). I følge en artikkel i Nursing Outlook (4), beskrev en del pleiepersonell munnstellet som ekkelt og noen fryktet også å bli bitt. Derfor mente en del pleiepersonell at utførelse av munnstell ofte var problematisk og lite hyggelig å utføre (4). I følge Fitzpatrick (34), var utførelse av munnstell ofte et ubehagelig gjøremål blant sykepleiere, og mange hadde også ulike meninger om hvem som hadde hovedansvaret for ivaretagelse av dette behovet. En dårlig holdningskultur blant pleiepersonell når det gjelder munn- og tannstell, kan også være tilfelle på mange sykehjem. Når først noen sykepleiere ikke ivaretar dette behovet, kan dette ”smitte” over på annet pleiepersonell slik at det til slutt nærmest blir opp til hver enkelt pleier om pasienten får munnstell eller ikke.

Munnen er for mange et intimt og personlig område (28). Derfor kan en del sykepleiere synes at det er ubehagelig å rengjøre munnhule og tenner hos andre. Imidlertid er ikke dette en ”unnskyldning” for å la være å utføre munnstell. I følge Virginia Henderson, skal sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke grunnleggende behov, slik at pasienten kan oppnå

optimal helse (21). Dersom sykepleier unngår å hjelpe pasienten med munn- og tannstell som følge av en negativ holdning, hjelper en heller ikke pasienten med å oppnå optimal helse.

4.1.5. Lite samarbeidsvillige pasienter;

Det som gjør det vanskelig for mange sykepleiere å utføre tilstrekkelig munn- og tannstell, er at en del pasienter er lite samarbeidsvillige (16). I følge artikkelen til Wårdh (7), var ofte hovedproblemet at pleiere ikke alltid fikk tilgang til de områdene i munnen som trengte stell. En del eldre var ikke alltid like villige til å la pleiepersonell ta ut tannprotesene, selv om de tydelig hadde problemer med dem i forhold til gummene i munnhulen (7). Ut i fra en annen studie som skulle beskrive daglig munnstell til sykehjemspasienter, viste det seg at en del pasienter ofte viste motstand, og enkelte snudde seg vekk, nektet å åpne munnen, skubbet pleiere bort, eller bet (17). Her nevnes det videre at en del av pleiepersonellet ikke visste hvordan de skulle takle motstand og vanskelig oppførsel når de skulle utføre munnstell (17). I forhold lite samarbeidsvillige pasienter i forbindelse med munnstell, fryktet en del av pleiepersonalet å bli bitt (12). Her nevnes det videre at pleiepersonalet også var redd for å få spytt på seg, spesielt dersom pasienten hadde infeksjoner i munnen. I slike tilfeller kan en på mange måter forstå at en del pleiepersonell synes det er vanskelig å utføre munnstell, og at de kanskje derfor heller ikke prioriterer dette gjøremålet.

4.1.6. Demente pasienter;

Det viser seg at det er spesielt vanskelig med demente pasienter når det gjelder å ivareta deres munn- og tannhelse (4). Aldersdemens er en hjerneorganisk sykdom, hvor flere intellektuelle funksjoner som blant annet hukommelse, konsentrasjon og språkfunksjon er redusert (35). Ved alvorlig demens kan ikke pasienten ta vare på seg selv, og er ikke orientert om sted, tid og situasjon (36). Aggressiv atferd i arbeid med demente pasienter er ofte en daglig utfordring for pleiepersonell (37). I takt med demenstilstanden endrer atferden seg også (38). Her nevnes det videre at aggressiv atferd hos pasienter med demens ofte er vanskelig å forholde seg til. Forsvarsaggressivitet kan oppstå i en hendelse eller en vanskelig situasjon, hvor for eksempel pasientens intimsfære overskrides (38). Dette kan være tilfelle i forbindelse med utførelse av munn- og tannstell til demente pasienter i sykehjem, hvor pasienten ikke forstår hva som skal skje og reagerer med aggresjon. I mange tilfeller kan vanskelig atferd hos demente være fremprovosert av at pleiepersonalet mangler forståelse, eller at de ikke har brukt rett tilnærming til pasienten (35). Coleman (2) nevner i sin artikkel at det er svært viktig med en positiv tilnærming og innstilling til utføring av munnstell.

Lite samarbeidsvillige pasienter under munnstell kan ofte være pasienter med demens (4, 7). Dette er derfor en viktig årsak til at munnstell kan bli nedprioritert, men ikke den viktigste årsaken til at mange eldre på sykehjem har dårlig tannhelse. I følge studien til De Visschere og medarbeidere (32), var det mye som tydet på at eldres tannhelse på langtidsinstitusjoner var dårlig, men denne studien inkluderte ikke demente pasienter.

4.1.7. Pasientautonomi;

Et annet dilemma i forhold til pasienter som ikke samarbeider under munnstell, er autonomiprinsippet. I følge Wårdh (7) kan etiske problemer oppstå når eldre pasienter nekter å samarbeide. Pasientautonomi betyr at pasienten har rett til å velge selv og ta del i beslutninger som gjelder deres egen behandling og helsetilstand dersom de har samtykkekompetanse (39). Pasienter som ikke er demente og som dermed kan ta egne valg har rett til å la være å ivareta sitt eget munnstell, selv om dette kan medføre alvorlige konsekvenser. Mange eldre har nedprioritert egen munnhygiene over flere år, og har ikke samme vaner som yngre har i forhold til dette (7). Her nevnes det videre at mange eldre heller ikke føler at det er så viktig å ivareta dette behovet lenger (7). Dette kan også være en årsak til at sykepleiere ikke prioriterer å hjelpe disse pasientene med munnstell, siden pasientene selv ikke vil eller er motivert til dette. Sykepleiere bør respektere pasientens rett til selvbestemmelse, men bør også motivere og forklare pasienten hvor viktig det er med god munnhygiene. Mange eldre er ikke klar over hvor nødvendig det er med god munnhygiene, og kan føle at det også er vanskelig å snakke med pleiepersonell om problemer i forhold til tannhelsen (7).

4.1.8. For lite kunnskap og praktisk trening i sykepleiestudiet;

En del artikler never at lite kunnskaper og praktisk trening om munn- og tannstell i sykepleiestudiet, er en medvirkende faktor til at munn- og tannhelsen hos eldre i sykehjem er dårlig (4, 11). Lite praktisk trening i munn- og tannstell i sykepleieutdannelsen, gjør det vanskelig å oppnå mål som bedre tannhelse (4). Her nevnes det videre at for å hjelpe sykepleiere til å øke deres engasjement og kunnskaper for munn- og tannhelse og forebygge sykdommer i munnhulen, trengs det mer systematisk samarbeid mellom sykepleiere og tannleger under studiet. Mer trening og kunnskap om munnstell i utdannelsen utført av tannleger, kan føre til høyere standarder i forhold til tannhelsen hos eldre pasienter (4). Som nevnt viser en del artikler til at det er behov for mer kunnskap og trening i utførelse av munn- og tannstell hos

eldre. Dette kan også være et tegn på at det er for lite opplæring i munnstell under sykepleiestudiet, som kanskje dermed bidrar til at dette blir et nedprioritert gjøremål.

4.1.9. Lite samarbeid mellom sykehjem og tannhelsetjenesten;

Et annet problem som kan medvirke til dårlig tannhelse hos eldre på sykehjem, er lite samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere og tannleger (4). Det nevnes også at både av sykepleiere og tannleger har behov for bedre forståelse av munn- og tann- komplikasjoner hos eldre (4). Dette kan også tyde på at de eldres tannhelse er et nedprioritert problem blant sykepleiere og annet pleiepersonell. Hvis ikke tannlegetjenesten rapporterer til sykehjemmet om pasientenes tannstatus, vil nok ikke sykepleiere prioritere tannhelsen på lik linje som andre gjøremål. Dette kan også gå andre veien, hvor sykepleiere kanskje ikke er flinke nok til se behovet for pasientens tannlegebesøk eller gjenkjenner symptomer på sykdommer og infeksjoner i munnhulen.

4.1.10. Lite tilgjengelig utstyr;

En del artikler nevner også at det er lite tilgjengelig utstyr til munn- og tannstell på en del sykehjem (11). I tillegg kan økonomiske restriksjoner i forhold til utstyr ved munn- og tannstell være et problem i enkelte sykehjem (7). Dette er nok en viktig årsak til at munnstell hos sykehjemspasienter kan bli nedprioritert blant sykepleiere. Dersom det mangler munn- og tannpleieutstyr på pasientenes rom/baderom, vil kanskje munnstellet bli "glemt". Feilt utstyr og gal bruk av utstyr kan kanskje også gjøre at munnstellet til enkelte pasienter blir mangelfullt.

4.2. Tiltak som kan bedre munn- og tannhelse på sykehjem;

Jeg har funnet en del tiltak som kan bidra til å bedre munn- og tannhelsen hos eldre på sykehjem, og dermed forebygge dårlig tannhelse. Det har vist seg ut i fra flere studier at kompetanseheving hos pleiepersonalet med undervisning og opplæring om munnstell har gitt gode resultater i form av bedre kunnskaper og en mer positiv holdning (4, 10, 11). I tillegg må mer kunnskap og praktisk trening i munn- og tannstell inkluderes i sykepleiestudiet (34). Et annet tiltak som også har vist seg å bidra til bedre tannhelse hos pasienter i sykehjem, er at det utnevnes spesielle personer som skal være ansvarlig for det daglige munnstellet (10). Et annet aktuelt forslag er at sykepleiere og tannleger samarbeider mer. I følge Coleman (4) vil eldre få både bedre tannhelse og økt livskvalitet dersom sykepleiere og tannleger samarbeider mer, og setter høyere krav og standarder for munn- og tannhygiene.

I artikkelen til Williams (16) nevnes også et tiltak som går ut på å trene opp helsepersonell til å legge merke til forandringer i oppførselen hos demente, hvor årsaken da kan være tannproblemer (16). Her nevnes videre at pleiepersonell bør være oppmerksom på forandringer hos demente pasienter, som blant annet nekter å spise (spesielt kald eller hard mat), økt rastløshet, sutring eller roping, ikke vil delta i daglige aktiviteter, konstant tar seg i ansiktet eller munnen, har forstyrret søvn og aggressiv oppførsel (16).

En annen studie som ble utført på et sykehjem i Norge, hadde som formål å undersøke om enkle tiltak kunne påvirke sykehjemspasientenes munnhygiene (1). Her nevnes det videre at sykehjemsbeboernes munnhygiene ble kartlagt ved hjelp av en belegg- og slimhinneindeks, både før og etter at prøvetiltakene ble innført. Denne indeksen kunne fortelle noe om nivået på munn- og tannhygienien ved å gjengi mengde bakteriebelegg på tenner og proteser, og grad av betennelse på slimhinnene. Blant tiltakene som ble innført i undersøkelsen, var kompetanseheving av pleiepersonalet. Det ble utført undervisning som ble presentert av tannleger og tannpleiere, og inkluderte både teori og praktisk trening i munn- og tannstell. Videre ble det innført pleieplaner om munnstell, som inneholdt individuelle bildebaserte munnstellkort, med enkle, kunnskapsbaserte og praktiske prosedyrer. Disse kortene ble hengt opp på pasientenes baderom, diskuré, men synbare. De var også tilpasset den enkelte pasienten. I tillegg ble det også distribuert en del hjelpemidler. Blant annet fikk pasienter med egne tenner utlevert elektrisk tannbørste, fluortabletter, tannkrem og interdentalbørste. Protesebørster og tilpasset såpe ble utlevert til pasienter som hadde del- eller helproteser. Også annet utstyr ble utlevert, alt etter behov. Det siste tiltaket var innføring av nye rutiner på avdelingen, hvor det ble avgjort at alle pasientene skulle få faste tannkontakter. Disse kontaktene hadde klare oppgaver og hadde tett kontakt med tannhelsepersonalet (1).

Resultatene fra denne undersøkelsen viste klar bedring av munnhygienien hos 40 av 63 beboere, og at personalet var positive til de tiltakene som ble innført. Denne undersøkelsen viser at det går an å bedre det orale hygienivå på sykehjem ved hjelp av systematiserte og enkle pleietiltak (1). Slike tiltak kan bidra til at munn- og tannstell blir høyere prioritert.

Andre tiltak som blir nevnt i artikkelen til Strand og medarbeidere (1), er å tilby sukkerfrie alternativer som fluor tyggegummi eller tabletter, som kan stimulere spyttsekresjonen og forebygge munntørrethet. Videre ble det plassert drikkebegre på fellestolettene på

sykehjemmet, slik at pasientene kunne skylle munnen etter måltider. For å hindre munntørrhet, ble det også satt opp drikkevannsbeholdere på fellesrommet (1).

Sykepleiere på sykehjem kan bidra med noe i forhold til alle de nevnte tiltakene, som på mange måter er med på å forebygge dårlig tannhelse. I første omgang kan det være aktuelt å oppdatere kunnskaper om munn- og tannhelsen og prosedyrer for munnstell. Videre kan opplæring og kurs i samarbeid med tannleger være til god nytte. Når sykepleiepersonell føler seg kompetent til å utføre munnstell, kan de kanskje lære opp annet pleiepersonell til å gjøre dette. Dessuten bør sykepleiere gå foran som et godt eksempel, slik at også annet pleiepersonell tar dette gjøremålet alvorlig. Siden det er sykepleiers oppgave å lage individuelle pleieplaner, er billedbaserte munnstellkort en god løsning slik det ble gjort i artikkelen til Strand og medarbeidere (1). Dette er nok også et rimelig tiltak, som kan utarbeides i samarbeid med tannhelsepersonale. Disse munnstellkortene kan kanskje motivere pleiepersonalet til å gjennomføre munnstell, og i tillegg er det et godt tiltak i forhold til fremmedspråklig pleiepersonell. Derimot vil nok utstyr og ulike hjelpemidler koste penger, så dette tiltaket er det nok ikke bare sykepleiere som kan gjøre noe med. Men sykepleiere kan se til at pasienten har det nødvendige munn- og tannpleie utstyret som er nødvendig, gjerne i samarbeid med pasientens pårørende. Når det gjelder mer strukturerte rutiner og fastsetting av personer som skal være ansvarlig for munnstellet, kan sykepleiere på sykehjem samarbeide, slik at dette kan organiseres. Dette er en god løsning, siden det viser hvem som har hovedansvaret, og samarbeidet mellom sykehjemmet og tannhelsetjenesten kan bli bedre slik. Det er også nyttig å drøfte utfordringer i forhold til munnstell og gjøre dette gjøremålet mer prioritert, ikke bare for sykepleiere, men også annet pleiepersonell på sykehjem.

Kap. 5, Avslutning/Konklusjon;

Mange eldre på sykehjem har dårlig munn- og tannhelse, og mye tyder på at munnstell ofte kan bli et nedprioritert gjøremål blant sykepleiere og annet helsepersonell. Årsaker til dette kan være lite kunnskaper, personale og tid, dårlige rutiner, motstand fra enkelte pasienter, ledelsen, ingen eller lite trening i utførelsen av munn- og tannstell, dårlig samarbeid mellom sykepleiere og tannleger, negative holdninger, lite tilgjengelig utstyr og mangelfull opplæring i sykepleieutdannelsen. Som nevnt tidligere i oppgaven, har sykepleierne i sykehjem ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, som da også inkluderer daglig munn- og tannstell. Det har vist seg at det er mulig å forbedre munn- og tannhelsen hos de eldre ved å sette enkle tiltak i et system; blant annet ved å heve kompetansenivået hos sykepleiere og annet helsepersonell, utarbeide individuelle pleieplaner og munnstellkort, å ha tilgjengelig og tilrettelagt utstyr, og identifisering av faste personer som skal ha ansvar for det daglige munnstellet. Dette er tiltak som sykepleiere kan bidra med for å bedre tannhelsen hos eldre pasienter på sykehjem, og dermed forebygge infeksjoner og sykdommer i munnhulen.

Å jobbe med denne oppgaven har gjort meg mer oppmerksom på tannhelsen til eldre, og at de også er mer utsatt for sykdommer og infeksjoner i munnhulen enn yngre personer. Det har også blitt tydeligere for meg hvor viktig det er med godt munn- og tannstell, spesielt til eldre pasienter med redusert immunforsvar. Jeg kan nå se bedre at det er en stor sammenheng mellom tannhelse og generell helse og velvære. I tillegg har jeg fått mer kunnskaper om munn- og tannstell enn det jeg hadde, som 3. års sykepleiestudent. Jeg synes en del av årsakene jeg har kommet frem til ved hjelp av artiklene er veldig aktuelle, og kan også kjenne meg igjen i noen av dem. Jeg synes også at det finnes lite forskning om dette temaet i Norge, så jeg har mest brukt internasjonale artikler. Men jeg regner med at årsakene til at munn- og tannstell kan bli nedprioritert er de samme for sykepleiere i Norge som i Europa og USA.

Kildeliste;

1. Strand, G.V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å. og Stenerud, G. Munnstell når livet er på hell. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005;115 (15).
2. Coleman, P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs.* 2002 Jul-Aug; 23(4):189-99.
3. Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M.I., Koch, A.M. og Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 2.* Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red.). Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap 13.
4. Coleman, P. Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nurs Outlook.* 2005 Jan-Feb;53(1):33-9.
5. Henriksen, B.M. Oral health among the elderly in Norway. *Swedish Dental Journal.* 2003;27 (Suppl. 162).
6. Samson, H. og Strand, G.V. (2008). *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten.* Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) Gyldendal Akademisk, Kap; 21.
7. Wardh, I., Hallberg, L.R., Berggren, U., Andersson, L. and Sörensen, S. Oral health care-- a low priority in nursing. In-depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(2):137-42.
8. Gimmetstad, A.L. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006;116(5):268-73.
9. Lunde, B.V. (2005). *Etikk i sykepleien.* Brinchmann, B.S. (red.) Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap. 10.
10. Wardh, I., Hallberg, L.R., Berggren, U., Andersson, L. and Sörensen, S. Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aides: one-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scand J Caring Sci.* 2003 Sep;17(3):250-6.
11. Frenkel, H., Harvey, I. and Needs, K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Apr;30(2):91-100.
12. Shay, K. Who is responsible for a nursing home resident's daily oral care? *J Am Geriatr Soc.* 2007 Sep;55(9):1470-1.
13. Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo, Gyldendal Akademisk.
14. Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* Stockholm, Författarna och Bokförlaget natur och kultur.

15. Olsson, H. og Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
16. Williams, L. Don't overlook your residents' oral health. *Nursing Homes*. 2006;55(4):76.
17. Coleman, P. and Watson, N.M. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Jan;54(1):138-43.
18. Smebye, K.L. (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (red). Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap; 2 og 4.
19. Norsk Sykepleierforbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet den 04.02.09. Tilgjengelig fra; <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
20. Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleieutdanning. Hentet den 28.01.09. Tilgjengelig fra; <http://www.regjeringen.no/Upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/126188809-10-200602190-52.pdf>
21. Kristoffersen, N.J. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red) Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap 23.
22. Henderson, V.A. (1998). *Sykepleiens natur; en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo, Universitetsforlaget.
23. Borge, A.M. (2007). *Sykepleieboken 1, Grunnleggende sykepleie*. Mekki, T.E. (red) og medvirkning fra Pedersen, S. Oslo, Akribe forlag AS, Kap; 18.
24. Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* Oslo, Universitetsforlaget.
25. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Hentet 29.01.09. Tilgjengelig fra; <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#3>
26. Lov om tannhelsetjenesten (1983) § 1-3. Hentet den 27.01.09. Tilgjengelig fra; <http://www.lovdato.no/all/tl-19830603-054-001html#1-4>
27. Karoliussen, M. (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (red). Oslo, Universitetsforlag, Kap 6 og 8.
28. Flovik, A.M. (2005). *Munnstell: Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo, Akribe.
29. Hauge, S. (2008). *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap; 18.

30. Bassim, C.W., Gibson, G., Ward, T., Paphides, B.M., Denucci, D.J. Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Sep;56(9):1601-7.
31. Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohrui, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., and Hoshiba, K. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Mar;50(3):430-3.
32. De Visschere, L.M., Grooten, L., Theuniers, G. and Vanobbergen, J.N. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology.* 2006 Dec; 23(4):195-204.
33. Simons, D., Kidd, E.A. and Beighton, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. *Lancet.* 1999, May 22;353(9166):1761.
34. Fitzpatrick, J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *J Adv Nurs.* 2000 Dec; 32(6):1325-32.
35. Rokstad, A.M.M. (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (red). Oslo, Universitetsforlag, Kap 10.
36. Dietrichs, E. (2001). *Sykdomslære; Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K. og Solheim, K. (red). Oslo, Gyldendal Akademisk, Kap 13.
37. Hval, S-A. Behandling av aggressive demente. *Sykepleien* nr 2/1997
38. Engedal, K. (2008). *Lærebok; alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse, Kap; 14.
39. Brinchman, B.S. (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal akademisk, Kap 10.