



Høgskulen på Vestlandet

«Demens og munnhelse»

Bachelor Sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet Campus Førde

02.06.17

6823 ord

Karoline Os

Veileidar: Danuta Teresa Zaboltna

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/ tilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jfr. Forskrift om studier og eksamen ved Høgskolen i Bergen, § 9-1.*

Nøkkelord: demens, tvang, munnhelse.

Samandrag

Tittel: Demens og munnhelse

Bakgrunn: Det viser seg at 80 % av eldre bebuarar på institusjon har ein demenslidelse, og forskning viser at munnhygien hos desse er nedslåande. I sjukepleiepraksis opplevde eg at munnhelse ikkje var eit prioritert område innen stell. Demens kan ofte vere ei utfordring for både den som er ramma og for helsepersonell, som opplever at pasienten gjer motstand under munnstellbehandling. Derfor vil eg finne ut korleis sjukepleiar kan ivareta munnhelsa til eldre med demens.

Problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar ivareta munnhelsa til demensramma eldre?*

Framgangsmåte: Dette er ein litteraturstudie, det betyr at eg har søkt i eksisterande litteratur for å finne kunnskap. Denne oppgåva er bygd opp av forskningslitteratur, pensumlitteratur og anna litteratur. For å finne forskning er det brukt Academic Search Elite, Cinahl og Medline. Funn frå forskning er drøftet opp mot faglitteratur og egne erfaringar for å belyse problemstillinga. (Gjorde det meir «saklig»)

Oppsummering: Som sjukepleiar møter ein utfordrande etiske problemstillingar i stellsituasjonar. Demenssjukdom hos pasientar fører til redusert evne til å forstå korleis og kvifor tannpuss skal utførast. Forskning seier skilnaden mellom frivillighet og tvang jamt blir uviss, ofte utan at sjukepleiaren ser meint velgjerning blir tvang. Sjukepleiar i samarbeid med tannlege eller lege bør vurdere behov for vedtak for helsehjelp der pasientar motset seg munnstell. Eit tverrfageleg samarbeid mellom institusjon og tannhelsetenesta med gode munnstellrutiner er avgjerande for å kunne følgje opp munnstellbehandling hos demensramma eldre.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning til problemstilling.....	2
1.4 Begreps forklaring	2
1.5 Vidare oppbygging av oppgåva	3
2.0 Metode	3
2.1 Kva er metode	3
2.2 Litteraturstudie som metode.....	3
2.3 Søkeprosess.....	3
<u>2.3.1 Søkeprosessen etter forskning</u>	<u>3</u>
<u>2.3.2 Søkeprosessen etter annen litteratur.....</u>	<u>4</u>
2.4 Kjeldekritikk.....	5
3.0 Teori.....	6
3.1 Aldersforandringar.....	6
3.2 Demens.....	6
3.3 Tiltak for god munnhelse.....	6
3.4 Konsekvenser dersom munnhelsa ikkje vert ivaretatt.....	7
3.5 Sjukepleiar sitt funksjonsområde	8
<u>3.5.1 Virginia Henderson</u>	<u>8</u>
<u>3.5.2 Ansvar</u>	<u>8</u>
<u>3.5.3 Dokumentasjon.....</u>	<u>8</u>
<u>3.5.4 Tverrfageleg samarbeid</u>	<u>9</u>
<u>3.5.5 Tvang.....</u>	<u>9</u>
3.6 Lover og retningslinjer.....	9
4.0 Funn og resultat av forskning	10
4.1 Prestentasjon av forskningsartiklar.....	10
5.0 Drøfting.....	12
5.1 Når demensramma motsetter seg munnstell	12
5.2 Munnhelse- eit tverrfageleg samarbeid?	15

6.0 Konklusjon.....	18
Kjeldeliste	19
Vedlegg: Munnstellkort	22

1.0 Innleiing

Ei frisk munn har betydning for fordøyelsessystemet og helsa generelt, men også for å kunne snakke, bevare ernæringsstilstanden, utsjånad og sjølvkjensle. Dersom munnhelsa ikkje vert ivaretatt, så kan oppstå infeksjoner som kan føre til smerter og tannproblemer (Skaug, 2013, s. 354).

I eldreomsorgen er det ofte sjukdom som fører til nedsatt evne til å ivareta personleg hygiene. Pleietrengande eldre er fysisk svekka og har eit redusert immunforsvar. Det er naudsynt at dei det gjeld, får hjelp av pleiepersonell til å vedlikehalde tenner og halde slimhinner fuktige og reine. Dette er viktig for å forebygge infeksjon, men også for å oppretthalde verdigheit og velvære (Samson & Strand, 2013, s. 267). I ytterste konsekvens så kan ei munnhelse som ikkje blir ivaretatt vere livstruande (Strand, Storesund & Hede, 2017).

I følge *Demensplan 2020* så er det om lag 70.000 menneskjer som har ein demenslidelse og mottar helsehjelp frå heimetenester og sjukeheimar. På sjukeheimsinstitusjonar så har 80 % av bebuarane ein demenslidelse og ein reknar med at antal menneskjer med demenslidelse vil auke framover i tid (Helse og omsorgsdepartementen, 2015).

Eldre bevarer eldre tennene sine lenger og det er meir vanleg med kroner, implantat og bruer no samanlikna med før (Samson, Strand & Haugejorden, 2008). Studier rapporterer at nesten halvparten av eldre på institusjon har for dårleg munnhygiene (Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2011).

Sjukepleiar har eit ansvar for at munnhelsa til institusjonsbebuarane vert ivaretatt (Samson & Strand, 2013). Det kjem fram i forskning at munnstellet på sjukeheim vert mindre prioritert på bakgrunn av tidsmangel og andre oppgåver. Pleiepersonalet uttrykker også at dei manglar kunnskap om munnstell, utstyr og prosedyrer på avdelingsnivå (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sørensen, 2000).

I denne oppgåva vil eg fokusere på eldre som er ramma av demenslidelse, som medfører vansker med orienteringsevna, emosjonelle problem og redusert kortidshukommelse. På grunn av dette kan det vere ei utfordring for helsepersonell å gje demensramma ei god munnstellbehandling og ivaretatt munnhelse (Strand et al., 2017).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg oppdaga allereie tidlig i praksis at munnstell var eit mindre prioritert område innanfor sjukepleie. Ei erfaring i frå praksis som ga inntrykk, var det ein pasient som ikkje ville ha hjelp til munnstell. Dette uteblei over lengre tid og førte til at pasienten utvikla sår, tannrote og sopp i munnhola. Eg spurte om det vart gjort noko tiltak for å forhindre at det gjekk så langt, men det blei ikkje følgt opp. Dette fanga mi interesse då eg skjønnte at motstand i utførelse av munnstell var eit gjennomgåande problem i praksis.

Som pårørende har eg også opplevd at ein kunne sjå tydeleg at munnstellbehandling ikkje blei gjort under opphald på institusjon, dette medførte rotne tenner, tannløsning og vond lukt frå munnen.

I dialog med ein tannpleiar kom det fram at dei også opplevde at fleire eldre sjukeheimsbebuarar har for dårleg munnhelse. Dette gav meg endå meir inspirasjon til å skrive om dette temaet.

Eg brenner for eldreomsorga og er opptatt av at dei eldre skal få ei verdig helsehjelp. Desse hendingane gjer at eg som nyutdanna sjukepleiar vil finne ut kva ein skal gjere i slike situasjonar.

1.2 Problemstilling

Korleis ivareta munnhelsa hos demensramma eldre på sjukeheim?

1.3 Avgrensning til problemstilling

Oppgåva er avgrensa til eldre 75 + med ulike grader av demenslidningar som bur på institusjon. Dette angår dei som har vansker med å gjennomføre munnstellet sjølv og treng hjelp til munnstell av pleiepersonell. Dette gjeld ikkje eldre som er i siste fase av livet.

1.4 Begreps forklaring

Begrepet *Munnhelse* blir beskrevet som viktig for den generelle helsa og livskvalitet. Det vil sei å vere fri for smerter i munn og ansikt, infeksjon i munnhola, sår, tannrøte, tap av tenner og andre sjukdommar og lidelsar som begrensar evna til å kunne bite, tygge, smile, snakke og psykososialt velvære (World Health Organization [WHO], 2017).

Engedal & Haugen (2009) beskriv *demens* som ei fellesnemning for ein tilstand med ulike organiske sjukdommar. Demens kjenneteikast som ein kronisk og vedvarande kognitiv svikt med nedsatt evne til å utføre daglegdagse aktivitetar og endring i sosial adferd. Hukommelsesvikt er typisk ved demens (Engedal & Haugen, 2009, s. 17).

Begrepet *tvang* definerast som eit «redskap», som hindrar bebuaren sin bevegelsesfriheit eller tilgang til egen kropp. Dette inneber fysisk halding, ved undersøkelse og behandling eller i forbindelse med omsorgstiltak. Det gjeld også overvåking med elekstoniske redskap eller tilsetjing av medisiner i mat og drikke utan at bebuaren vil eller veit om det (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2002, s.41).

1.5 Vidare oppbygging av oppgåva

I første del av oppgåva vil eg presentere kva metode eg bruker for å svare på problemstillinga mi. Deretter vil eg beskrive prosessen om korleis eg fant litteratur og kva søkeord eg brukte for å finne forskning. Under kjeldekritikk kjem det fram sterke og svake sider med litteraturen eg har funne. I teoridelen presenterer eg kunnskap som eg synest er relevant til oppgåva si problemstilling. Vidare drøfter eg teori med funn frå forskning og knytt dette med eigne erfaringar. Avslutningsvis presenterer eg funn frå drøftinga i ein konklusjon.

2.0 Metode

2.1 Kva er metode

I følge Dalland (2012) er metode eit hjelpemiddel for kva vei ein vil gå for å skaffe seg betre kunnskap og forståelse av eit tema. Det er fleire ulike metoder ein kan bruke. Kva type kunnskap ein søker etter er avgjerande for kva metode ein vel (Dalland, 2012, s. 114).

2.2 Litteraturstudie som metode

Dette er ein litteraturstudie, det vil sei at ein presenterer allereie eksisterande kunnskap. Denne kunnskapen er oppgåva sitt utgangspunkt som skal drøftast i forhold til problemstillinga. I følge Dalland (2012) så stillast det krav til korleis ein gjer rede for val av litteratur, ein må beskrive korleis ein har gått fram for å finne litteratur, kva avgrensingar ein har gjort og kva søkeord som er brukt i søkeprosessen (Dalland, 2012, ss. 228).

2.3 Søkeprosess

2.3.1 Søkeprosessen etter forskning

Eg starta søkjesprosessen i veke 14 ;2017. Eg oppdaga tidleg at det var utfordrande å finne forskning som var skreve på norsk, derfor måtte eg finne søkeord på engelsk. I undervisninga blei eg anbefalt å bruke den svenske databasen Svemed+ for å finne engelske søkeord. For å beskrive problemstillinga mi, brukte eg enkeltorda «munnhelse», «eldre», «demens», «utdanning» «barrierer» og «sjukeheim». Søkeorda eg fant på engelsk var: «Oral health or oral care», «elderly», «dementia», «education», «barrieres» og «nursing home». Deretter gjekk eg på høgskulebibiloteket sine nettsider for å finne link til engelskspråklege databaser. Eg brukte Academic Seach Elite, Cinahl og Medline sine databaser fordi desse var anbefalt av høgskulen.

Først søkte eg i Academic Search Elite då dette er ein tverrfageleg database og eg tenkte at det kan vere lettare å finne forkning om munnhelse der. Her søkte eg med enkeltord og lagra alle treff ; «Oral health or oral care» treff: 4555, «elderly» treff: 150942 og «nursing care» treff: 51859 , deretter kombinerte eg enkeltorda og fekk 80 treff. Etter å ha lest titlane og samandrag, så fant eg ein artikkel eg vil bruke: *Oral Health Care—A Low Priority in Nursing* av Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sørensen (2000).

Etterpå brukte eg databasen Cinahl og søkte med enkeltorda; «oral health» treff: 8557, «Education» treff: 411863, «elderly» treff: 52824. deretter kombinerte eg enkeltorda og fekk 71 treff. Eg las igjennom overskrift, hensikt og resultat og då fant eg studien; *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* av Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sørensen (2003).

Deretter brukte eg databasen Medline. Eg brukte enkeltorda «oral hygiene» treff: 19205, « barriers» treff: 98937, «nursing home» treff: 31477. Eg kombinerte enkeltorda og fekk 10 treff. Eg las igjennom overskrift, hensikt og funn. Då fant eg studien: *Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?* av Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt (2011).

2.3.2 Søkeprosessen etter annen litteratur

Det er viktig å finne relevant litteratur som belyser problemstilling ein har valgt (Dalland, 2015, s.128). Først såg eg igjennom litteratur i frå pensumlista til høgskulen. Dette blir ansett som pålitelege kjelder sidan det blir brukt som pensum i sjukepleieutdanninga. Eg vil derfor bruke Grunnleggande sjukepleie-bind 2 og Geriatrisk sjukepleie i oppgåva.

For å finne meir litteratur brukte eg biblioteket på høgskulen. Det var utfordrande å finne faglitteratur om munnhelse, men eg fant nokre bøker som eg anser som relevant. Her fant eg bøkene *Munnstell* av Anne Marie Flovik (2005) og *Sykepleie og oral helse* av Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira (2008). Deretter søkte eg i Oria etter faglitteratur om demens og munnstell, der fann eg eit kapittel om munnstell I boka *Forebygging, rehabilitering og omsorg* av Hanne Tutland (2005).

Etter kvart måtte eg finne ein studie om *tvang* og *demens*. Då brukte eg www.sykepleien.no og klikka på forskingar. Det søkte eg opp orda *tvang* og *demens* i søkemonitoren. Eg las igjennom fleire artiklar og fant tilslutt ein forskningsartikkel eg vil bruke; *Personellets erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell* av Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2010).

For å finne definisjon av demens brukte eg boka *Lærebok om demens-Fakta og utfordringer* skreve av Knut Engedal & Per Kristian Haugan (2009). Definisjon av begrepet *munnhelse* fant eg på ved å søke *oral health* i søkemonitor til www.who.int/en/. Definisjon av *tvang* fant eg i boka *Rettsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjonar og boliger for eldre* av Knut Engedal, Øyvind Kirkevold, Arnfinn Eek, Aase-Marit Nygård (2002).

I oppgåva brukar eg artiklane *Munnstell i sykehjem og Bruken av tvang- Lov eller ikkje?*, som eg blei anbefalt av ein tannpleiar då eg var sjukepleiepraksis. Desse fant eg ved å bruke nettsida www.tannlegetidene.no og søkte opp artiklane i søkemonitoren.

For å finne ut kor mange eldre med demens som bur på sjukeheimsinstitusjon gjekk inn på www.helsedirektoratet.no og søkte opp demensplan 2020. For å finne lovverk brukte eg nettsida www.lovdatabank.no, som er stifta av Justisdepartementet og det juridiske fakultet i Oslo.

2.4 Kjeldekritikk

Kjelder er kunnskap. Når ein skal belyse ei problemstilling, så er det viktig å vere kritisk til kjeldene fordi det er ikkje alle kjelder som er like truverdige. Det er nødvendig å sei noko om forskniga er i frå nyare tid. Det er også viktig når ein brukar fagkunnskap og pensumlitteratur at ein refererer til den faktiske kjelda til kunnskapen. Dette kan vere ei utfordring, då pensum ofte brukar sekundære kjelder (Dalland, 2012, ss. 72-73).

Ettersom engelsk ikkje er morsmålet mitt, har det vert utfordrande å finne relevante artiklar då dei fleste er skrevne på engelsk og det kan føre til at eg kan oversjå eller misforstå budskapet i artiklane. Eg prøver å unngå bruk av kjelder som er eldre enn 10 år, men studien *Oral Health care- a low priority in nursing* er 17 år gammal og boka til Flovik 2005 er 12 år gammal. Eg vel å bruke denne litteraturen då den er relevant til problemstillinga mi.

Artiklane *Munnstell i Sykehjem og Bruken av tvang-Lov eller ikke?* er skreve av kjente forfattarar innan odontologifaget. Under kvar artikkel står det at dei har gjennomgått ei ekstern fagleg vurdering. Eg forstår dette som at dei er fagfellevurdert. Det vil sei at det blir stilt strenge krav til artikkelens innhald og korleis den oppbygd, deretter skal den godkjennast av ekspertar innen fagområdet (Dalland, 2012, s. 78).

I denne oppgåva brukar eg www.kildekompasset.no som rettesnor til APA 6 skrivestil.

3.0 Teori

3.1 Aldersforandringar

Munnen vil forandre seg når ein blir eldre. Tennene endrar utsjånad på grunn av missfarging, slitasje, og skader. Tannkjøtet trekk opp mot tannrøttene, som medfører følsomme tannrøtter. Slimhinnene i munnen vert tynnare og meir sårbare. Aldring fører også til redusert spyttsekresjon. Dette påverkar smakssansane som kan føre til redusert matlyst. Munnen sin sjølvrensande eigenskap vert endra grunna redusert muskelkraft i svelget (Samson & Strand, 2013, s. 268).

Aldersforandringar og sjukdom kan ha innvirkning på evna til å oppretthalde eigne munnstellrutiner. Nedsatt motorikk, generell trøtthet, nedsett syn og sjukdom er områder som kan påvirke munnhelsa. For å oppretthalde munnstellersrutinene er det avgjerande at eldre får hjelp av helsepersonell (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008, s. 18).

3.2 Demens

Demens er ein hjerneorganisk sjukdom med vedvarande kognitiv funksjonssvikt. Det finst ulike typer og grader av demens som kan delast inn i 3 ulike kategoriar. Mild grad påverkar evna til å klare seg sjølv. Ved moderat grad, så mistar pasienten taket på tilværelsen og pasienten klarar seg ikkje utan hjelp. Ein alvorleg grad av demens fører til at pasienten er avhenging av hjelp, pleie og tilsyn døgnet rundt. Demens fører til redusert orienteringsevne, hukommelse og emosjonelle vanskar. Dette medfører vanskelege tankar, nedsatt evne til planlegging, dømmekraft, svingande stemningsleie, irritabilitet og apati. Kva symptom som oppstår, kan forklarast med kor i hjernen sjukdommen er lokalisert (Berentsen, 2013, ss. 351, 355).

Ulike gradar av demens påverkar evna til å kunne ta vare på seg sjølv. Demens kan påvirke både forståelsen om kvifor ein skal utføre munnstell og evna til å samarbeide i munnstellsituasjon. (Haugan, 2005, s. 82). Dette kan medføre vanskar med å ivareta munnhelsa, men også å oppretthalde kontakt med tannhelsetenesta. God oppfølging og tilrettelagt munnhelsetilbod er viktig for å unngå tannproblem. Helsepersonell må opplyse tannhelsetenesta tidleg i demensforløpet, slik at ein kan unngå problem seinare med munnhelsa (Willumsen et al., 2008, ss. 85-86).

3.3 Tiltak for god munnhelse

Ein munn består av tenner, slimhinner, tunge og lepper. For å oppretthalde ei god munnhelse treng den vedlikehald (Skaug, 2011, s. 354). Eit godt munnstell har betydning for allmenntilstand, ernæringstilstanden, kommunikasjon, utsjånad, sjølvkjensle, korleis ein har det og livskvalitet (Strand et al., 2017). Hos eldre med demens er det viktig med rutiner tidleg i demensforløpet, slik at ein kan oppretthalde eit fast munnstellregime lenger ut i demensforløpet (Willumsen et al., 2008, s. 85). Det

er viktig at demente får forebyggande behandling for å unngå heilprotese, då det kan vere utfordrande å meistre med kognitiv svikt (Strand et al., 2017).

Tannpuss med elektrisk tannbørste forebygger plakkdanning, stimulerer spyttsekresjon, blodsirkulasjonen og forebygger infeksjon i munnhola (Flovik, 2005, s. 67-68). Det er naudsynt med reingering av proteser, tenner og tannkjøtt. Den eldre bør få munnstell minst to gonger dagleg, helst etter kvart måltid (Skaug, 2013, s. 354).

Haugan (2005) anbefaler at kvar pasient har eit munnstellkort med informasjon om rutiner for munn og tannstell tilgjengeleg på baderommet. Dette kan sikre alle som er involvert i pleien vert kjent med kva som er anbefalt for kvar brukar. Som oftast er det tannlege eller tannpleiar som er ansvarleg for å lage slike kort (vedlegg: munnstellkort). For betre kunnskap om munnhelse, så er utnevnelsen av ein tannkontakt nødvendig. Pleiaren får opplæring av tannhelsepersonell om munnhygiene og er ansvarleg for å formidle kunnskapen vidare til andre ansatte på avdelinga og kommuniserere med tannhelsetenesta. I tannhelsetjenesta er det ofte ein tannpleiar som fungerer som eit bindeledd mellom sjukeheimsinstitusjonen og tannhelsetjenesta (Haugan, 2005, s. 94).

3.4 Konsekvenser dersom munnhelsa ikkje vert ivaretatt

Munnen er inngansport til resten av kroppen. Blir det problemar der, så kan dette føre til konsekvensar for andre deler av kroppen (Haugan, 2005, s. 78). Munnen sin normalflora består av bakteriar, sopp og virus. Dersom ein eller fleire av desse vert dominerande, kan dette føre til sjukdom (Flovik, 2005, s. 63). Uteblir munstellet kan dette føre til ubehag, lukt og nedsett matlyst (Willumsen et al., 2008, ss. 15-16). Det kan også føre til smerter, tap av tenner og kan det oppstå bakterieinfeksjon. Bakteriar kan trekke ned i luftvegane og i verstefall gje alvorlege infeksjonar i andre kroppsorganar, som pneumoni, endokarditt, gastrointestinale infeksjoner og sepsis (Skaug, 2013, s. 354).

Munnen består av bakteriar som danner syrer for å bryte ned mat. Dersom denne syren ikkje vert fjerna ved tannstell, så vil det etse igjennom tannemaljen og føre til tannråte. Det kan også oppstå betennelse i nerver, som vil føre til sterke smerter, absessar og hevelse. Sopp er også ein del av munnen sin normalflora og kan auke i omfang ved sjukdom, ved bruk av medisin eller proteser. Slimhinna kan nokon gonger vere dekkja av eit kvitt belegg, raude og sviande. Tunga er ofte kvit, og dersom ein skrapar vekk det kvite vil ein ofte sjå eit hissig og raudt område. Sprekker i munnvika er også vanleg. Dersom plakk ikkje blir fjerna frå tannkjøttet så kan det oppstå tannkjøttbetennelse. Dette kan føre til raudhet, hevelse og smerter i tannkjøttet, og det kan lett blø ved tannpuss. Dette kan også føre til at tennene løysnar (Willumsen et al., 2008, ss. 28, 32-33).

3.5 Sjukepleiar sitt funksjonsområde

3.5.1 Virginia Henderson

I sjukepleieteoretisk perspektiv brukar eg Virginia Henderson sin behovsteori. Henderson blei født 30. November i 1897 og utdanna seg som sjukepleiar i 1921. (Henderson, 2012, s. 6). Teorien hennar handlar om at sjukepleiar har sine røtter i grunnleggjande menneskelege behov. Det vil sei at sjukepleiar skal hjelpe individet, sjukt eller friskt, å utføre gjeremål som bidrar til god helse eller heling, noko pasienten sjølv ville gjort utan hjelp dersom han/ho hadde hatt krefter, vilje og kunnskap til å kunne utføre det sjølv (Henderson, 2012, ss. 14, 17).

Henderson (2012) beskriv 14 forskjellige grunnleggande menneskelege behov som sjukepleiar skal legge til rette for. Munnstell kan bidra til dekke behovet med å halde kroppen rein, velstelt og beskytte huda (Virginia Henderson, ss. 42, 45).

3.5.2 Ansvar

Sjukepleiar er pliktig og ansvarleg til å hjelpe og følgje opp munnstellbehandling hos pleietrengande eldre og sjuke. Det er viktig å samle informasjon om pasientens munnstellrutinar, og hjelpe dei til å fortsette med desse. Målet med munnstellbehandling bør vere å halde slimhinner reine og fuktige, lepper reine, reine tenner for å forebygge infeksjon.

I sjukepleiefaget er forebyggjande behandling avgjerande. Det kan unngå eller redusere ubehag og plager i munnhulen. Med bakgrunn av kunnskap og erfaringar så skal sjukepleiar kunne forutsjå og forhindre komplikasjonar hos pasientar som ein har følgd opp i behandlingsforlaupet. Det må vurderast kva behov pasienten vil ha framover i tid, identifisere problemar som oppstår og iverksette tiltak før det kan utvikle seg til ein belastning for pasienten (Flovik, 2005, ss. 17, 25-26).

Det er også eit sjukepleiarfagleg ansvar for at det er gode rutiner på avdelinga som sikrar jevnleg observasjon av munnen til pasienten (Flovik, 2005, s. 21). Dersom det er behov for råd eller veiledning, så må sjukepleiar kontakte tannhelsetenesta for veiledning eller behandling (Haugan, 2005, s. 95).

3.5.3 Dokumentasjon

Sjukepleiar skal dokumentere den helsehjelpen dei gjer pasienten. Dette inneberer ein skrifteleg plan der ein beskriv pasienten sitt individuelle behov og ynskje ein har for munnstellbehandling. Dokumentasjon av munnstell skal bidra til kvalitetsmessig god munnhygiene, det ein skriv observasjonar og tiltak. Kvar inspeksjon i munnhula hos pasienten skal dokumenterast slik at ein kan gjere endringar (Flovik, 2005, s. 23).

3.5.4 Tverrfageleg samarbeid

For å ivareta munnhelsa til eldre er det nødvendig med eit tverrfageleg samarbeid (Haugan, 2005, s. 95). Sjukepleiar og tannhelsetenesta må samarbeide for å få råd og oppfølging om munnhelsa til den eldre. Tannhelsetenesta må inn på institusjonen og undersøkje pasientane gjevnleg saman med sjukepleiar. På den måten kan tannpleiar komme med råd, veiledning og utarbeide prosedyrer for munnstell (Willumsen et al., 2008, s. 20). Dersom dette samarbeidet ikkje fungerer vil det gå ut over den eldre (Haugan, 2005, s. 95).

3.5.5 Tvang

Tvang i denne samanhengen handlar om at sjukepleiar utfører nødvendig munnstell mot pasienten sin vilje, men før ein vurderer dette skal ein gjere andre tillitskapande tiltak (Willumsen et al., 2008, s. 80-81). Det kan vere å prøve seg fram med ulike kommunikasjonsmåtar eller med andre pleiarar som pasienten er trygg på. Dersom pasienten opprettheld motstand, kan eit søkje om vedtak for helsehjelp, det vil sei helsehjelp som utførast sjølv med motstand. Sjukepleiar er pliktig til å informere lege eller tannlege dersom pasienten motset seg munnstell over tid. Det er viktig at pasienten alltid får moglegheit til å foreta eit val (Willumsen et al., 2008, ss. 80-81).

3.6 Lover og retningslinjer

Det står i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at før det kan utførast helsehjelp sjølv om pasienten motsett seg behandling, skal tillitskapande tiltak vere forsøkt først. Dersom pasienten opprettheld motstand, eller helsepersonell ser det som stor sansynlegheit at pasienten opprettheld motstand, så kan det treffast vedtak om helsehjelp. Dersom unnlåtelse av helsehjelp kan føre til vesentleg helseskade for pasienten, eller ein anser hjelpa som nødvendig og tiltaka står i forhold til behovet for helsehjelpa (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I følge Helsepersonelloven (1999) er sjukepleiar pliktig til å føre opplysningar om pasienten i pasientjournal (Helsepersonelloven, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer er basert på etikk som er grunnlagstenkning for all sjukepleie. Det blir stilt krav til at sjukepleiar skal oppdatere seg om forskning, utvikling og dokumentert praksis i fagområdet som skal bidra til at dette brukast i praksis. Vidare står det at sjukepleiarar skal respektere pasienten sin rett til å ikkje ville ta i mot helsehjelp og beskytte pasienten mot krenkande handlingar som ulovleg og unødvendig rettsbegrensing og tvang (Norsk sykepleieforbund, 2011).

4.0 Funn og resultat av forskning

4.1 Prestentasjon av forskningsartiklar

Oral Health Care—A Low Priority in Nursing, av Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sørensen (2000).

Metode: Dette er ein kvalitativ studie. Forskarane intervjuar 8 sjukepleiarar og 14 pleiarar frå 3 ulike heimesjukepleie og sjukeheimsinstitusjonar.

Hensikt: Finne ut korleis sjukepleiarane opplever å hjelpe eldre med munnstell. Pleiarane blei stilt spørsmål om etiske situasjonar, kunnskap, haldningar, auka arbeidsmengde og invadere personleg integritet. Sjukepleiarane skal rapportere om ulike hindringar som påvirker munnhelse til eldre.

Funn: Dei opplever at på grunn av tidsmangel så rekk dei ikkje å pusse tennene til pasientane, dei opplever munnstell som å invadere pasienten si intimsone sjukepleiarane føler at dei mangler kunnskap, dei etterlyser meir kommunikasjon med tannhelsetenesta og det er behov for betre munnstellrutiner og prosedyrer på avdelinga.

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, av Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sørensen (2003).

Metode: Kvalitativ studie.

Hensikt: Finne ut korleis det har gått 1 år etter at ei gruppe utvalgte pleiarar fekk undervisning om munnstell 1 gong i veka i ein periode på 4 veker. Pleiarane blei utnevt som som tannkontakt på avdelinga. Dei fekk ansvar for at munnhelse på avdelinga blei følgt opp på bakgrunn av ny kompetanse om munnhelse og betre samarbeid med tannhelsetenesta.

Funn: Viser at kunnskap og ansvar endrer haldningar om munnhelse hos pleiarar på sjukeheimsinstitusjonar. Pleiarane føler at med meir kunnskap om tannhelse så meistrar dei betre ulike ulike utfordringar knytt til munnhelse. Det viser seg at tett samarbeid med tannhelsetenesta, med støtte, råd og veiledning viser seg å endre munnstell praksis på sjukeheim.

Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Av Willumsen, T., Karlsen, T., Næss, R., & Bjørntvedt (2011).

Metode: Kvalitativ og kvantitativ studie

Hensikt: Undersøke munnhelse til pasientane og finne ut kva sjukepleiarane meiner er barrierer for å forbetre den. Her blei munnhygiene målt hos 358 bebuarar fordelt på 11 sjukeheimar i Noreg. Samstundes deltok sjukepleiarane i ein spørreundersøking.

Funn: Munnhygiene må bli betre på sjukeheimane sidan 40 % av bebuarane hadde dårleg munnhelse. Pasientar med meir enn 10 tenner hadde lavast kvalitet på munnhelse. Pasientar med demens hadde same munnhelse som eldre utan demens. Det kan forventast at 50 % av eldre med demens har dårleg munnhelse og 25 % hos eldre utan demens som viste motstand i utførelsen av munnstellbehandling. Det å handtere motstand kan føre til praktiske og etiske utfordringar. Antall eldre med demens vil auke framover i tid og det bør fokuserast meir på desse utfordringane i framtida.

Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang, av Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2010).

Metode: Kvalitativ studie.

Hensikt: Finne ut korleis grensa mellom frivillighet og tvang i omsorg og pleie til demensramma på sykehjem er, og hensikta i studien beskriver pleiarane typiske situasjonar der demete mottsetter seg hjelp.

Funn: Det viser seg at hjelp til personleg stell kan vere utfordrande til eldre. Det er ofte uklare grenser mellom frivillighet og tvang, der frivillighet kan fort gå over til å bli tvang. Motstand i stell kan ligge meir i måten korleis stellet blir utført på, enn motstand mot sjølve handlinga. Forfattarane konkludere med at ein måte ein kan redusere tvang på er å auke frivillighet, meir samarbeid og etablete tillitsfulle relasjonar med pasienten.

5.0 Drøfting

5.1 Når demensramma motsetter seg munnstell

Det kan sjå ut som at dei fleste eldre med demensliding motset seg munnstell. Dette kan hevdast med grunnlag i Willumsen et al (2011) sine funn i frå ein undersøkjast, der over halvparten av demensramma motstod hjelp til munnstell. I studien til Hem et al (2010) kjem det også fram ulike utfordringar med demensramma knytt til stellesituasjonar. Eit eksempel som brukast i frå studien er at pasienten reagerer med sinne når tannbørsten visast til syne, knip igjen og nektar å opne munnen (Hem et al., 2010).

Eldre med demensliding kan vere forvirra, mistenksame og utvikle vrangførestillingar, som kan bli utfordrande i situasjonar der det skal utførast personleg stell (Hem et al., 2010). Desse beskrivingane om demens kjem også fram i faglitteratur. Samson og Strand (2013) beskriv demens som ein tilstand som fører til bl.a. emosjonelle vanskar som irritabilitet, svingande stemningsleie og redusert orienteringsevne (Samson & Strand, 2013, s. 351). Dette kan knytast opp til det Hem et al (2010) skriv, at pasientar med demens er ei sårbar gruppe fordi deira hjelpelausheit blir forsterka av redusert hukommelse og vanskar med å uttrykkje seg (Hem et al., 2010).

Derimot viste også studien av Willumsen et al (2011) at demenstilstanden i seg sjølv ikkje auka risikoen for dårleg kvalitet på munnstell. Den låge kvaliteten på munnstellet kom ifrå situasjonar der pasientane motsette seg munnstell, og at nesten alle sjukepleiarane opplevde motstand ved tannpuss, noko som ifølge studien førte til at munnstellet ofte ikkje blei gjort. Vidare kjem det fram at risikoen for dårlegare kvalitet på munnstellet blei dobla når pasienten gjorde motstand mot munnstell (Willumsen et al., 2011). Dette kan kanskje skyldast faktorar som Hem et al (2010) trekk fram i sin studie. I denne studien vert det påpeika at motstanden kan skyldast måten stellet blir utført på, men ikkje nødvendigvis sjølve stellet. Eit eksempel frå studien er under dusj og vask av pasientar, der pasientane er avkledd, mens pleiarane kunne være fleire og i beskyttande kle som forkle, hanskar og skotrekk (Hem et al., 2010).

Det kan tenkjast at dette kan overførast til eit munnstell eg opplevde i praksis, der eldre ikkje hadde kontroll over situasjonen. Ofte var det nye pleiarar å rette seg etter til i ein kvar tid, pasienten blei ikkje forberedt eller forklart korleis munnstellet skulle utførast. Vidare blei tannbørsten plassert framfor munnen til pasienten, som at det skulle vere naturleg at pasienten ville gape opp. Kan dette vere årsak til at pasienten følte seg trua av situasjonen?

Det er mogleg at dette kan knytast med Hem (2010) sin studie, der sjukepleiarane opplever å bli tåkelaug av rutinar og ting som må gjerast framfor å sjå kva som eigentleg trengs i ein kvar situasjon for at det skal blir gjort (Hem et al., 2010).

Willumsen et al (2011) meiner at sjukeheimar generelt unngår tvang som eit mogleg alternativ når den eldre motset seg munnstell. Derimot kjem det fram i studien at 20 % av sjukepleiarane vurderte tvang som et alternativ når dei opplevde motstand ved utføring av munnstell (Willumsen et al., 2011). Dette viser at sjukepleiar har dette i tankane. Kan det tenkast at tvang som eit alternativ blir sett på som eit overgrep? Sjukepleiar vil pasienten sitt beste og kanskje tvang blir litt dramatisk?

Ut i frå erfaringar i praksis har eg opplevd at når pasientane gjer motstand, blir det kommentert under rapporten i vaktskifte at pasienten ikkje ville ha hjelp til munnstellet, men det verkar som at det ikkje blir følgt opp eller er viktig nok. Eg tenkjer at her ein må avklare kven som er ansvarleg for at dette blir følgt opp.

Her vil eg trekkje inn Flovik (2005) som meiner at det eit sjukepleiefagleg ansvar å følgje opp og hjelpe eldre med munnstell (Flovik, ss. 17, 18). I tillegg meiner Henderson (2012) at sjukepleiar skal hjelpe eldre med gjeremål som bidrar til god helse, noko den eldre sjølv hadde gjort om han/ho hadde hatt vilje eller kunnskap om situasjonen (Henderson, 2012, s. 14). Vidare argumenterer Willumsen (2008) med at sjukepleiar er pliktig til å kontakte tannlege/lege når pasienten gjer motstand til munnstell fleire gonger over tid (Willumsen et al., 2008, s. 81).

På ei anna side står det i etikken at sjukepleiar skal ta omsyn til pasientens autonomi og prøve å unngå bruk av tvang i pleie (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Mogleg dette kan sjåast i samanheng med Willumsen et al (2008) der sjukepleiar må prøve seg fram med ulike kommunikasjonsmåtar eller med andre pleiarar som pasienten er trygg på for å få utført munnstell (Willumsen et al, 2005, s. 81). Kan det vere at etikken står i vegen for at sjukepleiarane vurderer tvang som nødvendig i enkelte situasjonar?

Dette kan knytast opp til Hem et al (2010) sin studie, at pleiepersonalet står fram som usikre på kva som er tvang og kva som er frivilligheit, der gråsona mellom desse blir litt diffus. Ein situasjon som blir brukt i studien er der pasienten har sagt nei under stellet, men stellet held fram ved at pleier distraherer pasienten med «lirke- og lure metodar». Eit anna eksempel er at pleiarane steller vidare sjølv om pasienten seier nei, ved til dømes avføringssøl. Ved hjelp av «lirke og luremetodar» finn sjukepleiarane andre løysingar undervegs. Her kjem det jo fram ulike eksempel på eldre som motset seg i stell, men etter stellet innformerar sjukepleiarane at dei eldre blir fornøgd likevel (Hem et al., 2010).

Eit anna eksempel i frå studien var at eldre ikkje ville ta ut tannprotesen deira, det var greitt nokre dagar, men etter kvart måtte den ut. Då blei det tilrettelagt ved at ein pleiar haldt hendene til pasienten mens den andre pleiaren tok ut tannprotesen (Hem et al., 2010). Kan dette vere det sjukepleiarane beskriv i Hem et al (2010) sin studie, at grensa mellom å ivareta fasaden om rein og velstelte brukarar, der ein skal vise at vi tar vare på menneskje som bur der sjølv om det kan være konflikt for brukarane sine eigne preferansar og vaner (Hem et al., 2010)?

Dette kan likne ei erfaring i frå sjukepleiepraksis der pårørande opplever at den eldre ser ustelt ut, men samtidig vil ikkje pasienten ha hjelp til munnstell. Då var pleiarane sitt perspektiv at ein kan ikkje tvinge pasienten til munnstell, mens pårørande meinte dette måtte ein få til.

Noko liknande kjem fram i studien til Willumsen et al (2011) at 97% av sjukepleiarane opplevde motstand frå brukarane ved munnstell i ulike situasjonar, som førte til fråverande munnstell. Likevel «hjelper» 1/3 av sjukepleiarane til slik at det blir gjort sjølv med motstand (Willumsen et al., 2011). Eg tolka det som at dei brukar tvang utan å sjå på det som tvang, og at det kan sjåast i samanheng med å behalde fasaden om at her er omsorga bra på institusjonen. På ei anna side er det slik at dersom pasienten motset seg munnstell har sjukepleiar eit ansvar for å utgreie pasienten i samarbeid med tannhelsepersonell (Willumsen et al., 2008, s. 81).

Derimot kan det også vere at tid og rutinar er ei utfordring for eit adekvat munnstell (Willumsen et al, 2011). Ei løysing på dette kan vere i følgje Haugan (2005) å bruke munnstellkort som rettleiing til pleiarane om korleis den enkelte pasient si individuelle munnstellrutine er (Haugan, 2005, s. 94). Eit munnstell kan også variere, nokon børstar tannprotesen med såpe og legg det tørt i eit glas, mens andre kan legge tannprotesen i vatn eller gløymer å ta den ut (Wårdh et al., 2000).

Strand et al (2017) påpeikar likevel at det er ikkje lengre akseptabelt å avstå frå ansvaret med å få utført munnstellet i en travel kvardag. Dei problematiserer at det blir opp til den enkelte pleiar korleis eit munnstell skal utførst og om det faktisk blir utført (Strand et al., 2017).

Dette kan knyttes til erfaringar frå praksis. Det kan vere tilfeldig kor prioritert eit munnstell blir, ettersom pleiarane opplever eit maraton med å utføre kveldsstellet på fleire av pasientane før nattevakta kjem.

I følgje Willumsen kan samtykkekompetansen ikkje gjelde meir dersom pasienten ikkje er i stand til å forstå kva dette inneberer (Willumsen et al., 2008, s. 80). Vidare seier loven av det skal utførast ein rekke tiltak før bruk av tvang er aktuelt (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Dersom det er behov for helsehjelp er det eit grunnlag for tvang. Vidare skriv Willumsen et al (2008) at pasienten

alltid skal få moglegheita til å foreta eit val (Willumsen et al., 2008, ss. 80, 81). Men i følgje Willumsen et al (2011), verkar det som at sjukepleiarane er meir opptatt av å bevare autonomien til pasienten enn å sjå kva konsekvensane uteblitt munnstell fører til (Willumsen et al., 2011).

Flovik (2005) meiner at for å sikre ei god munnstellbehandling og oppfølging, så skal rutinar, observasjonar og gjennomført munnstell dokumenterast i journalen til pasienten (Flovik, 2005, s. 21, 23). Det bekreftast i Helsepersonelloven (1999) at sjukepleiar er pliktig til å dokumentere all helsehjelp ein gjer pasienten i pasienten sin journal (Helsepersonelloven, 1999). I følgje Strand, Stenerud og Hede (2017) blir munnlege rapportar alt for tilfeldig. Avvik frå desse prosedyrane skal dokumenterast i journalen til pasienten (Strand et al., 2017). Ut i frå erfaringar frå praksis så opplevde eg at munnstell sjeldan blei dokumentert, men det blei snakka om under rapporten.

Eg tenkjer det slik at under sjukepleieutdanninga har vi ikkje lært om kor tid det er nok, kven ein skal kontakte dersom motstand mot munnstell føregår over tid, at motstand skal dokumenterast i journal og kor mange dagar det kan gå før ein er pliktig til å informere lege eller tannlege. Kan det tenkast at tvang blir sett på som avvik? Og at det blir personleg kritikk. Er tvang blitt framandgjort blant sjukepleiarar?

5.2 Munnhelse- eit tverrfageleg samarbeid?

Det kan sjå ut som at fleire eldre har dårleg munnhelse. Dette kjem fram i studier som viser at 40 % av eldre bebuarar på sjukeheimsinstitusjon har dårleg munnhelse (Willumsen et al., 2011). Det kan skyldast natulerlege aldersforandringar på grunn av endringar i spyttsekresjonen, tynne og sårbare slimhinner, slitasje og skader på tenner (Samson & Strand, 2013, s. 268). Dette bekreftast av Willumsen et al (2008) at aldersforandringar og sjukdom kan ha innverknad på evna til å oppretthalde eiga munnstellrutine (Willumsen et al, 2000, s. 18).

Demens er i følge Berentsen (2013) en hjerneorganisk sjukdom. Det kan tyde på at eldre med demens fell inn i kategorien som Willumsen et al (2008) henviser til. Dette bekreftes av Haugan (2005), som påpeikar at demens fører til redusert evne til å ivareta eigen munnhygiene, der evna til å forstå og utføre munnstell blir nedsett (Haugan, 2005, s. 82). Det kan kanskje vere i tråd med Willumsen et al (2008) som meiner eldre med demens er ei spesielt utsatt gruppe for å få tannproblemer og for desse er det nødvendig med målretta og forebyggjande munnstellbehandling tidleg i demensforlaupet (Willumsen, 2008, ss. 85-86).

Med grunnlag i teorien kan munnstell som uteblir over lengre tid føre til ubehag, lukt og nedsett matlyst (Willumsen et al., 2008, ss. 15-16). Vidare kan dette føre til oppblomstring av sopp, bakteriar og tannkjøttbetennelse (Flovik, 2005, s. 63). Dersom ein ikkje set i gang tiltak for å snu dette, kan

konsekvensen bli at den eldre mistar tenner, får dårlegare munnhelse, ernæringsvansker og sosial stigmatisering (Strand et al., 2017). Ut i konsekvensane dårleg munnstell kan føre så kan det vere mogleg at munnstell ikkje er like viktig som stell nedantil?

I følgje Hendersson (2012) er munnstell eit grunnleggande behov og ved sjukdom og funksjonsnedsettelse treng den eldre hjelp til å få dekkja dette behovet (Henderson, 2012, s. 45). Dette kan knytast opp til Flovik (2005) sin teori at sjukepleiar pliktig å hjelpe og følgje opp munnstellbehandling hos eldre. Vidare kan det sjåast i samanheng med at sjukepleiar skal kunne forutsjå og forhindre komplikasjonar ut i frå kunnskap og erfaringar (Flovik 2005, s. 17). På ei anna side kjem det fram i Wårdh et al (2000) sine funn at sjukepleiarane har ikkje nok kompetanse om munnhygiene (Wårdh et al, 2000). Med bakgrunn for dette, så kan tenkast ut frå det Willumsen et al (2011) skriv, at sjukepleiarane ikkje ser på munnstell som viktig nok for pasienten sin helsetilstand (Willumsen et al., 2011). Dette kan også sjåast i samanheng med Strand, Stenesund & Hede (2017) at dersom sjukepleiar ikkje tar ansvar for munnhelsa til eldre, så vert den forsømt (Strand et al., 2017).

Slik eg ser då burde dette vere ei mål i seg sjølv for å ivareta munnhelsa hos eldre. Det kan kanskje vere slik som Haugan (2005) skriv, at manglande fagleg kunnskap kan vere eit grunnlag for at pleiepersonell ikkje opplever munnstell som viktig nok (Haugan, 2005, s. 81). Dette kan knytast opp til Willumsen et al (2008) som meiner at hos eldre med funksjonsvikt så er ei god munnhelse avhengig av eit tverrfageleg samarbeid mellom sjukepleiar og tannhelsetenesta (Willumsen et al., s. 20). Det kan tenkast at her må tannhelsetenesta inn å bidra med sin fagkunnskap om munnstell.

Dette kan sjåast i samanheng med Flovik (2015) som meiner at sjukepleiar er ansvarleg med å ta kontakt med tannhelsetenesta om det er behov eller råd og behandling (Haugan, 2005 s. 95). Vidare påpeikar Willumsen et al (2008) at det kan vere nødvendig at tannhelsetenesta har tanntilsyn jevnleg på institusjonen i samarbeid med sjukepleiar, slik at tannpleiar kan gje råd og veiledning om munnstell (Willumsen et al., 2008, ss. 20, 85). På ei anna side viser undersøkelsen til Wårdh et al (2000) at sjukepleiarane opplever at kontakten med tannhelsetenesta er dårleg. Utfordringane ligg ofte i at tannpleiar undersøker pasienten på rommet utan sjukepleiar tilstades. Etter undersøkelsen får sjukepleiarane instruksjonar, men dei opplever det som utfordrande å utføre det i praksis (Wårdh et al., 2000).

Dette kan samanliknast med mi erfaring frå praksis der tannpleiar var å sjekka tannstatus på avdelinga utan sjukepleiar tilstades. Det blei gitt rapport at munnhelsa var dårleg og sjukepleiarane fekk råd og veiledning frå tannpleiar. Dette blei følgt opp dei første dagane, men etter kvart var det ikkje fokus i rapporten lenger og derfor blei det gløymt i ein ellers hektisk kvardag.

På ei anna side er sjukepleiarane klar over kva dårleg munnhelse kan føre til, men munnstellet blir prioritert vekk i følgje (Wårdh et al., 2000). Kan det bety at sjukepleiarane eigentleg har kunnskap om munnhelse, men når temaet munnstell er i fokus som ved spørjeundersøking og intervju, så kjem det fram at det ikkje er viktig nok i forhold til andre oppgåver i stell?

Det er mogleg at ut frå det Flovik (2005) skriv så kan det kanskje vere at det må rutinar på plass som sikrar jamleg observasjon av tannstatus, og det må utarbeidast tiltak dersom eldre får ubehag eller plager (Flovik, 2005, s. 21). Mogleg dette kan knytast opp mot Wårdh et al (2003) sine funn, der kompetansen og oppfølging av munnstell blir bedre med eit tettare og systematisk samarbeid med tannhelsetenesta (Wårdh et al, 2003). Det kan også tenkjast at sjukeheimar må opprette ei tannkontakt som må undervist av tannhelsepersonell om munnhelse, som kan formidle informasjon mellom institusjonen og tannhelsetenesta (Haugan, 2005, s. 94). På ei anna side så meiner Haugan (2005) at dersom tverrfageleg samarbeid mellom institusjonen og tannhelsetenesta ikkje fungerer, så er det den eldre som må lide av det (Haugan, 2005, s. 95). Kan det tenkast at tverrfagleg samarbeid med tannhelsetenesta bør prioriterast i større grad?

6.0 Konklusjon

Sjuepleiar opplever ein etiske utfordrande problemstillingar i stellsituasjonar. Demenssjukdom hos pasientar fører til redusert evne til å forstå korleis og kvifor tannpuss skal utførast. Forskning seier at skilnaden mellom frivillighet og tvang går over til tvang, ofte utan at sjukepleiaren ser på det som tvang. Det kjem også fram i forskning at berre eit fåtall av sjukepleiarane har vurdert tvang som eit alternativ i munnstell.

Sjukepleiar i samarbeid med tannlege eller lege bør vurdere behov for vedtak om helsehjelp utan samtykkje når pasientar motset seg munnstell. Eit tverrfageleg samarbeid mellom institusjon og tannhelsetenesta inkludert gode munnstellrutiner er avgjerande for å kunne følgje opp munnstellbehandling hos demensramma eldre.

Under arbeidet med oppgåva så saknar eg meir informasjon om kva sjukepleiar kan gjere i situasjonar der demensramma motset seg munnstell. Det hadde også vert interessant å finne ut kor mange dagar det kan gå med motstand før det blir aktuelt med vedtak om tvang. Det bør også fokuserast meir i sjukepleiarutdanninga om kva tiltak ein skal sette i verk når eldre med demens motset seg munnstell.

Kjeldeliste

Berentsen, D.V. (2013). Kognitiv svikt og demens. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). Metode for oppgaveskriving. Ugitt av Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). *Kilder og kildekritikk* i Dalland, O. Metode og oppgaveskriving. (s, 63-81). Utgitt av Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. & Haugen, K. (2009). *Lærebok-Demens, fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse.

Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, Å-M. (2002). (s, 39-46). *Makt og avmakt- Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Flovik, M. A. (2005). *Munnstell-Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Utgitt av Akribe AS.

Haugan, A. (2005). Forebyggende tannhelsearbeid. Tuntland, H. (Red). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. (s. 76-96). Utgitt av N. W Damn & Søn As.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). IS-I-1170. *Demensplan 2020*. Henta 24.05.17 frå:

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta 28.05.17 frå:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8?q=dokumentasjonsplikt#KAPITTEL_8.

Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. (294-301). Hentet 22.05.17 frå:

<https://sykepleien.no/FORskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>.

- Henderson, V. (2012). *ICN-Sygeplejens Grundlæggende Principper*. Utgitt av Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kapstad, J. J.J., Storesund, T. & Strand, G.V. (2015). *Bruken av tvang ved tannbehandling-Lov eller ikke?* Hentet 22.05.17 fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/4/d2e841>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov og pasient og brukerrettigheter*. Hentet 28.05.17 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-0263?q=pasient%20og%20brukerrettig#KAPITTEL_4
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 24.05.17 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>.
- Samson, H., Strand, G.V. & Haugejorden, O. (2008) Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica*, 66 (6), 368-373. Doi: 10.1080/00016350802378654.
- Samson, H. & Strand, G.V. (2013). Munnhelse. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 267-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaug, E. A. (2011). Personlig Hygiene. Skaug, E.A. (red). *Grunnleggende sykepleie-Grunnleggende behov:Bind 2*. (s. 231-370). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strand, V.G., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidene*, 2017 (127), 138-43. Hentet 22.05.17 fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e925>.
- Willumsen, T., Karlsen, T., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2011) Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Department of Cariology and Gerodontology*, 29, (2), ss. 748-755. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x.
- Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse- Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonsvikt*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2017). *Oral Health*. Geneva: WHO. Hentet 31.05.17 frå: http://www.who.int/oral_health/en/.

Wårdh, I., Hallberg, L.R.M., Berggren, U., Andersson, L., & Sørensen, S. (2000). Oral Health Care—A Low Priority in Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (3), 137-142.


Vedlegg: Munnstellkort

Munnstellkort for eldre med heilprotese:


Kort nr. 3 - Heilprotese

MUNNSTELL - daglige rutiner for: _____


Protesen skylles etter hvert måltid.




Protesen rengjøres minst en gang daglig med protesebørste og f.eks. Zalo. Skyll godt.



Gammelt festemiddel fjernes før evt. påføring av nytt.



Fjern matrester.



Børst tungen ved evt. belegg.

Protesene bør være ute om natten.

Kommentarer: _____


<http://www.utviklingscenter.no/getfile.php/2993158.1875.wvbbftyvwp/Munnstellkort.pdf>

Munnstellkort for eldre med egne tenner:


Kort nr. 1 - Egne tenner

MUNNSTELL - daglige rutiner for: _____


Tennene skal pusses 2 x daglig.




Fjern større matrester.




Bruk lite fluortannkrem.




Puss tennene langs tannkjøttet på utside og innside og på tyggeflater.



Flaskekost eller tannstikke mellom tennene.




Børst tungen ved evt. belegg.



Fluortablett (0.25mg) tygges eller suges (evt. knuses).

Kommentarer: _____



<http://tidsskriftet.no/2005/06/tema-sykehjemsmedisin/munnstell-nar-livet-er-pa-hell>

