



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Hanne Marie Heggdal		

Deltakar

Namn:	Maren Kristine Bjerke
Kandidatnr.:	13
HVL-id:	246529@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 6749 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Kvalitetsutvikling

Maren Kristine Bjerke

Bachelor sykepleie

Avdeling for helsefag/institutt for sykepleie/Campus Førde

01.12.2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til allekilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Kvalitetsutvikling

Bakgrunn for valg av tema: På bakgrunn av praksis og tidligere arbeidserfaring i hjemmesykepleien har jeg erfart at det finnes områder for forbedring. Til tross for at norsk sykepleie har en gjennomgående god kvalitet, er det selve møtet mellom sykepleieren og pasienten hvor sykepleierkvalitet virkelig blir satt på prøve (Bjørø & Kirkevold, 2011). Tannhelse er et område jeg har fått øynene opp for i de siste årene. Dette området kan fort bli nedpriortert i en hektisk arbeidshverdag. Det er viktig at pleiepersonell har kunnskap i møte med pasienters tannhelse, da det finnes sammenheng mellom munnhelse og pasientenes livskvalitet (Hoeksema, et al., 2017). Ikke minst kan sykdommer i munnhulen føre til en rekke livstruende sykdommer (Skaug, 2011, s.354). Som sykepleiere kan vi bidra til at tjenesten har en god kvalitet og at pleie utøves på bakgrunn av faglig forsvarlighet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Problemstilling: Hvordan kan jeg som sykepleier øke kompetansen til ansatte i hjemmesykepleien?

Fremgangsmåte: Dette er en litteraturstudie hvor oppgaven er bygget på andres litteratur og forskning. Søk i databaser som SveMed+, Academic Search Elite og Oria er gjort for å finne frem til relevant litteratur og forskning.

Oppsummering: Det viser seg ut i fra forskning at kunnskapen til pleiepersonell i forbindelse med tannhelse er et område for forbedring (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011). Eldre med komplekse omsorgsbehov trenger hjelp til å ivareta tannhelse, og dette svikter når teori møter praksis. Gjennom en kartleggingsundersøkelse viser det seg at praktisk trening og teoretisk undervisning er metoder de ansatte kan tenke seg for å få økt kunnskap (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011). Som sykepleiere har vi et ansvar for at vår kunnskap når ut til våre kollegaer (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kartlegging av kunnskap, internundervisninger og refleksjonsgrupper er metoder vi sykepleiere kan ta i bruk for å endre kunnskapen til ansatte ved en avdeling. I praksis ser jeg at sykepleiere har mange arbeidsoppgave og en hektisk hverdag. For at sykepleiere skal få mulighet til å bidra til å øke kunnskap hos personalet ved en avdeling er det viktig at de får avsatt tid og resursser.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4 Hvordan løses oppgaven videre.....	3
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Søkeprosessen	3
2.3 Kildekritikk	5
3 Teoretiske perspektiv	6
3.1 Offentlige dokumenter.....	6
3.2 Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie	7
3.3 Forbedringsteori.....	7
3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	8
3.5 Undervisning som metode.....	8
3.6 God praksis	9
4 Resultat og funn	9
4.1 Behov for kvalitetsforbedringsarbeid i pleie-og omsorgstjenesten	9
4.2 Tannhelse hos eldre.....	11
5 Drøfting	11
5.1 Kartlegging av personalets kompetanse	11
5.2 Undervisning	13
5.3 Refleksjonsgrupper.....	15
6 Konklusjon	17
7 Bibliografi	18

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norsk sykepleie har en gjennomgående god kvalitet. Sykepleierutdanningen er lagt til høyskoler og universiteter, det innebærer krav om at bachelor-, master- og doktorgradsutdanning i sykepleierfaget skal være kunnskapsbasert. Utdanning og autorisasjon er grunnleggende tiltak for å sikre at helsetjenesten har tilgang på kvalifiserte sykepleiere. Likevel er det selve møtet mellom den enkelte pasient og sykepleier i praksis at sykepleiekvalitet virkelig blir satt på prøve (Bjørø & Kirkevold, 2011, s.344). Til tross for gjennomgående god kvalitet i norsk helsetjeneste ble det i første halvdel av 2016 utbetalt hele 504 millioner kroner i erstatning til pasienter og pårørende, som følge av skade eller feilbehandling i offentlige eller privat helsetjeneste (Norsk pasientskadeerstatning, 2016).

Denne oppgaven handler ikke bare om å slenge skyhøye tall i bordet og si "dette må vi gjøre noe med". Det handler også om at vår sykepleiepraksis skal fremme helse, forebygge sykdom og ivaretar den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kvalitetsarbeid skal stå i stil med myndighetenes og samfunnets krav til tjenesten og grunnleggende etiske krav om at vi ikke skal skade pasientene (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 344). I 2005 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet en ny strategi. Målet med strategien var å sikre tjenester av god kvalitet, som var virkningsfulle, trygge og sikre. Når man leser strategien vil man ikke oppdage noe nytt og ukjent, men strategien bygger på prinsipper om kvalitet, forbedringsarbeid, læring og refleksjon over egen praksis (Helsedirektoratet, 2005). Som ufaglært og sykepleierstudent kan jeg vise til noe erfaring fra hjemmesykepleien. I tidligere år som ringevikar og i praksisperioder har jeg sett at det finnes områder for forbedring. Et tema som har vekket spesiell interesse hos meg gjennom studiet er tannhelse. Tannhelse hos pasienter er et viktig område for forbedring i norsk helsetjeneste, spesielt i hjemmesykepleien. Jeg kan ikke huske at tannhelse har vært prioritert, aktuelt eller snakket om siden jeg begynte som ufaglært i hjemmesykepleien i 2013.

Nå ønsker jeg å formidle viktigheten med dette og bidra til at andre ansatte i hjemmesykepleien kan få øynene opp for dette aktuelle og viktige temaet. Foruten å tilstrebe velvære sikter munntstell mot å unngå sykdom i munnhulens strukturer. En frisk munnhule, friske og hele tenner er viktig for flere sammenhenger. Blant annet for å spise, snakke, for utseende og selvfølelsen. Bakterieoppvekst i munnhulen kan gi alvorlige infeksjoner i andre kroppsorganer, som for eksempel lungebetennelse, endokarditt og sepsis. God praksis forteller oss at vi skal tilby pasienter munntstell minst to ganger om dagen (Skaug, 2011, s.354). En studie viser at risiko for tannsykdom var tilstede hos hele 85 prosent av utvalget. Halvparten (50,4 prosent) hadde nedsatt førlighet som dårlig finmotorikk, kramper, pareser, nedsatt kraft og ulike diagnoser som vanskeliggjorde bruk av hendene. Ti personer ønsket hjelp til assistanse ved tannpuss, men bare seks personer fikk hjelp til dette (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010).

Tannhelse bør få et mer systematisk og tydeligere fokus i hjemmetjenesten. Sykepleiere må endre holdninger og øke sin kompetanse (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010). En annen studie konkluderer med at pleiepersonell ved sykehjem har en generell positiv holdning til munnhelsevedlikehold, men når det kommer til å implementere dette i praksis er det behov for forbedringer. Teoretisk undervisning og praktiske øvinger er ønskede metoder fra pleiepersonell for å øke kunnskap (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier øke kompetansen til ansatte i hjemmesykepleien?

1.3 Avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven er det valgt å fokusere på kompetanseheving og forbedringsarbeid hos personalgruppen i hjemmesykepleien. Det vil innebære sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og alle som utøver pleie ved en avdeling.

Eksempel på forbedringsarbeid i denne oppgaven vil dreie seg om tannhelse hos eldre pasienter over 75 år med komplekse omsorgsbehov, som ikke lengre er i stand til å ivareta ønsket nivå av oral selvstendighet (Hoksema et al. 2017).

1.4 Hvordan løses oppgaven videre

I kapittel 2 presenterer jeg litteraturstudie som metode, valg av søkeord, selve søkeprosessen, bruk av databaser og kritisk vurdering av forskning og litteratur. I kapittel 3 legger jeg frem aktuell teori for å bygge opp under problemstillingen. I kapittel 4 presenteres det resultater og funn i forskningsartikler. I kapittel 5 drøfter jeg tre aktuelle tiltak jeg har valgt, som gir svar på problemstillingen. I kapittel 6 oppsummerer jeg hvordan jeg selv synes jeg har svart på problemstillingen, hva en eventuelt trenger mer kunnskap om og hvordan kunnskapen som har kommet frem kan brukes i sykepleiepraksis.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere vil si at man samler inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017).

2.2 Søkeprosessen

"Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personell – an area in need of improvement" (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011) var en artikkel jeg fant via en gjennomgang til kildelisten til "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010). Jeg brukte Oria, som er en søkemotor som lar deg søke i bibliotekets samlede ressurser, bøker, artikler, tidsskrifter, musikk osv. Her kan man skrive inn forfatterne eller tittel på artikkelen. Jeg søkte med alle tre forfatterne og fikk treff.

Ved bruk av søkeordene "health care, learning og reflection groups" i Academic Search Elite fikk jeg totalt 33 treff. "Refleksjonsgrupper i etikk: "pusterom" eller læringarena?" var en av de første artiklene jeg la merke til. Tittelen var på norsk og jeg bestemte meg på det grunnlag å se nærmere på denne.

De norske ordene "tannhelse, munnhelse, hjemmesykepleie, eldre" ble brukt i søkefeltet og resulterte i ordene "oral health, oral hygiene, home health nursing, elderly". Her brukte jeg SveMed+, det er en nordisk artikkelbase for medisin, sykepleie og helsefag. I denne oppgaven ble SveMed+ brukt for å finne frem til engelske synonymer til mine søkeord. Den ene forskningsartikkelen ble funnet via Sykepleien.no sine sider om forskning. Den ble først brukt i et tidligere arbeidskrav om forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling under studiet, og jeg fant den like relevant i denne oppgaven. I selve søkefeltet på siden om forskning brukte jeg ordene "hjemmesykepleie" og "tannhelse". Totalt ble det 8 treff med bruk av disse søkeordene. Disse treffene var en blanding av innspill, nyheter, forskningsnytt og forskning. Tittelen "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010), slo meg ved første øyekast som veldig relevant. Artikkelen var tydelig markert som fagfelleruvert og dato for publisering var 2010. Jeg leste sammendraget og fant ut at denne artikkelens tematikk var veldig aktuell videre i denne oppgaven.

Academic search elite er en stor tverrfaglig database, hvor de fleste artiklene er fagfelleruvert. I de første søkene prøvde jeg konsekvent å forholde meg til mine utvalgte søkeord som var home care nursing, dental care, elderly, jeg brukte disse i alle mulige rekkefølger og byttet ut enkeltord som for eksempel elderly med geriatric, uten at jeg fikk tilfredsstillende resultater. Mange av artiklene omhandlet tematikk som var lite relevant i denne oppgaven.

Jeg måtte tenke nytt og byttet ut alle søkeordene. Søket så dermed slik ut: quality of life, geriatric og dental care og fikk totalt 63 artikler. Jeg filtrerte søket slik artiklens nedre årstall stod til 2007, med dette ble det totalt 51 treff. Her så jeg at mange av overskriftene tydet på at artiklene omhandlet en annen problemstilling og tematikk enn det jeg hadde i tankene. En gjennomgang av omtrentlig alle overskriftene viste eksempelvis at de handlet om hvordan tannblekning kunne ha innvirkning på livskvalitet, kognitivt svekkede pasienter, palliative pasienter, pasienter med kreft eller yngre pasienter enn 70 år. Blant disse artiklene viste det seg å være en tittel som fenet litt mer enn de andre: "Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study." (Hoksema et.al, 2017). Selve tittelen ga meg en forståelse for at dette var en form for studie, handlet om tenner, eldre og tannløshet. Jeg leste denne artikkelens sammendrag og valgte den til videre bruk.

Annen litteratur har jeg funnet gjennom kildelistene til tidligere emner i sykepleieutdanningen. Eksempelvis fant jeg "Jobb kunnskapsbasert" gjennom et emne kalt Sykepleieren sitt ansvar i kvalitetsutvikling og forskning. Grunnleggende sykepleie (Bjørø & Kirkevold, 2011) har et eget kapittel om forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling, og er en bok som har vært mye i bruk gjennom studiet. Den ble brukt i et tidligere emne hvor jeg skrev en oppgave om forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling. Pedagogikk i sykepleiepraksis (Tveiten, 2008) og Organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015) er bøker jeg ikke kjenner til fra tidligere, men fikk disse anbefalt og valgte derfor å sjekke de ut. Ved søk i Oria med forfatterens etternavn, fant jeg disse i skolebiblioteket og har brukt relevante kapitler til bruk i denne oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Som nevnt ovenfor er dette en litteraturstudie basert på skriftlige kilder og en viktig del av et litteraturstudie er å kritisk gå gjennom disse kildene (Thidemann, 2017). I den forbindelse har jeg brukt boken "Jobb kunnskapsbasert" (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012), til kritisk vurdering av mine fire artikler. Boken inneholder en sjekklister for kritisk vurdering av både tversnittstudier og kvalitative artikler. Sjekklister er utarbeidet av kunnskapscenteret (Kunnskapscenteret, 2017). Disse sjekklister er blant annet til god hjelp når en skal vurdere om en kan stole på resultatene, om problemstillingen i studien er klart formulert og når en skal vurdere hva som er resultatene i studiene.

Ved bruk av denne boken og disse sjekklister kom jeg frem til at det var både positive og negative sider ved de fleste artiklene. Spesielt når det kom til selve antallet som utvalget bestod av. "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010) hadde et utvalg på kun 137 pasienter og Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly" (Hoksema et.al, 2017) bestod utvalget av hele 1325 pasienter. Relevant for denne oppgaven var begge artiklene, da utvalget var over 75 år og bodde i omsorgsboliger eller tilhørte hjemmetjenesten. Utvalget var klart definert i begge artiklene, men jeg savnet et litt tydeligere fokus på dette i artikkelen til Fjæra, Willumsen og Eide. "Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personell – an area in need of improvement" (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011), er en artikkel jeg fant midt i blinken til denne oppgaven.

Studien ønsket å kartlegge holdninger og kunnskap hos pleiepersonell. Utvalget bestod av hele 454 personer, og en blanding av både sykepleiere, hjelpepleiere og andre yrkesgrupper som jobber ved sykehjem. Dette var en kvantitativ studie, men en spørsmålsdel på slutten hvor de samlet inn kvalitative data. Den fjerde forskningsartikkelen er en kvalitativ studie. Artikkelens hensikt er å utvikle kunnskap om hvordan etikkrefleksjon foregår og om det kan bidra til kompetanseheving blant gruppemedlemmene, som for øvrig holder til i helse-og omsorgstjenesten.

I denne oppgaven har jeg brukt relevant pensumlitteratur. Det er tre bøker som står spesielt sentralt. I disse bøkene har jeg valgt meg ut spesifikke kapitler som er relevante for min problemstilling. Sidsel Tveiten har skrevet "Pedagogikk i sykepleiepraksis", her har jeg brukt kapittel om sykepleierens pedagogiske funksjon og kapittel om undervisning som metode. Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Kapittel 8 om kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleien (Kirkevold & Nortvedt, 2011, s.433-386), passet godt til denne oppgaven. Organisatorisk kompetanse av Arne Orvik gir en innføring i profesjonskunnskap og ledelse for helsepersonell og her har jeg brukt kapittel 10 og spesielt PUKK-modellen i forbindelse med forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling.

3 Teoretiske perspektiv

3.1 Offentlige dokumenter

"... Og bedre skal det bli" (Sosial-og helsedirektoratet, 2005), er en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial-og helsetjenesten. Denne strategien skal bidra til at brukerne og pasientene får sosial-og helsetjenester av god kvalitet. Visjonen for denne strategien er å tilstrebe og utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen, undersøke om det vi gjør faktisk bidrar til å nå våre mål og endre kurs hvis så ikke er tilfelle. Målet er at tjenestene er av god kvalitet. For sosial-og helsetjenestene innebærer dette at tjenestene er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse (Sosial-og helsedirektoratet, 2005).

Forskrift om ledelse og kvalitet i helse-og omsorgstjenesten er en forskrift som skal bidra til en faglig forsvarlig helse- og omsorgstjeneste, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Den skal også bidra til at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften gjelder blant annet virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient – og brukersikkerhet. Denne inneholder blant annet en plikt til å planlegge, som vil si at man må ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Tjenesten skal ha en oversikt over uønskede hendelser, evalueringer, klager og annet som sier noe om at tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Forskriften innebærer også en plikt til å gjennomføre og sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap

om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet og relevant regelverk. En skal også sørge for at det blir utviklet og iverksatt nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å sikre kvalitet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, §2-10)

I 2003 ble det iverksatt en forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven for ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og respekt. En av oppgavene og innholdet i tjenesten er blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1-3).

3.2 Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie

Kvalitetssystemer skal bidra til at helsepersonell utøver sitt yrke forsvarlig, og at helsevirksomhetene driver forsvarlig – i overenstemmelse med myndighetenes og samfunnets krav til kvalitet. Mange sykepleiere vil kanskje fremheve at kvalitet og kvalitetsutvikling ikke er noe nytt og at faglig kvalitet allerede står sentralt i en arbeidshverdag. Kvalitetsutvikling må hele tiden tilpasses tidens krav og de utfordringene helsetjenesten til enhver tid står overfor. Grunnleggende etiske krav vektlegger at helsetjenesten ikke skal skade pasienten, men at den skal tilføre pasienten noe godt. Krav til pasientsikkerhet er blitt skjerpet de senere år, men allikevel var det registrert 4000 dødsfall i 2005, som følge av uheldige hendelser i somatiske sykehus i Norge (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 344).

3.3 Forbedringsteori

PUKK-sirkelen (planlegge, utføre, korrigere, kontrollere), er en modell som blant annet brukes i den nasjonale kvalitetsstrategien og bygger på to forutsetninger: *Teoriutvikling* er en hjelp til å organisere og dele kunnskap, men fører ikke alene til endring, *praksis* gjør det mulig å skaffe seg og dele erfaringer, men fører ikke automatisk til læring. Det er altså sammenhengen mellom teori og praksis som gjør det mulig å utvikle ny kunnskap og å lære. Før oppstart av et forbedringsarbeid kan det være viktig å stille seg disse tre grunnleggende spørsmålene: Hva ønsker vi å oppnå? Når er en endring en forbedring? Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring? (Orvik, 2015, s.277).

PUKK-sirkelen er en inkrementell endringsmetode; forbedring i små trinn. Modellens enkelhet er dens styrke. Den kan bidra til at kontinuerlig forbedring blir en arbeidsform for helsepersonell og en grunnleggende endringskompetanse i alle deler av helsetjenesten. Modellens fire faser er som følger: *Planlegge*, her kartlegges nøkkelproblemene og det planlegges nye tiltak som forventes å kunne føre til forbedring. *Utføre*, her prøves det ut den endringen som skal føre til forbedring. *Kontrollere*, her

standardiseres endringen, det gjøres justeringer i den nåværende prosessen og en gjør tiltaket til et permanent trekk ved den aktuelle kjerneprosessen. Det siste trinnet i modellen er *korrigere*, her analyserer virkningen av endringen og vurderer om forbedring faktisk har skjedd (Orvik, 2015, s. 278).

3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle de gjøremål som har til hensikt å legge til rette for vekst, utvikling, læring og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, kolleger og studenter. Det kan eksempelvis være informasjon, undervisning, veiledning eller instruksjon. Kunnskap kan formidles på mange måter, avhengig av det som skal formidles, mottakeren og situasjonen. Sykepleierens pedagogiske funksjon kan utøves ved mange ulike arenaer og i mange forskjellige situasjoner, kan være møter med pasienter, klienter, elever, studenter, kollegaer eller gruppemøter (Tveiten, 2008, s. 27). Undervisning overfor kollegaer kan ofte være aktuelt når erfaringer fra prosjekter skal formidles eller når sykepleieren skal formidle kunnskap som en ekspert på området. Mange arbeidsplasser har interundervisning, der ulike yrkesgrupper kan undervise hverandre. Undervisningen kan være en del av fagutviklingen ved praksisfeltet (Tveiten, 2008, s. 269).

3.5 Undervisning som metode

Når innholdet i undervisningen skal bestemmes må en ta en vurdering på hva målgruppen trenger å vite, forstå, oppdage, lære eller mestre. Er målgruppens behov kunnskaper, ferdigheter eller holdninger, eller alle de tre aspektene? Det er viktig å lytte til målpersonene eller målgruppen om deres behov, ønsker eller mål. Metoder som brukes for å formidle kunnskap, kalles undervisningsmetoder. Læreforutsetninger, hensikten og innholdet har en stor betydning for hvilken metode man skal velge. Ofte kan det være greit å kombinere ulike undervisningsmetoder. Det kan for eksempel fortelles, ha en samtale om eller forelese om temaet først, for å så vise bilder og/eller film. Deretter kan man legge til rette for samtale og eventuelle spørsmål (Tveiten, 2008, s. 117-156).

Det er viktig å vite om hensikten med undervisningen er oppnådd, men sykepleiere bør legge til rette for det da undervisning kan ha stor helsemessig betydning for pasientene. Det kan bety mye for motivasjonen til den som underviser, å vite at hensikten med undervisningen er oppnådd. Evaluering kan dessuten være bra å ta med seg til når neste undervisning skal planlegges (Tveiten, 2008, s. 116).

3.6 God praksis

For å sikre at den enkelte pasient får munnstell med hans eller hennes behov, burde munnstellet beskrives i pasientens sykepleieplan. Pasienter skal ha tilbud om å få pusse tenner eller munnstell minst to ganger i døgnet, helst etter hvert måltid. I hvert fall bør pasientene få tilbud om å skylle munnen etter måltidene. Munnstell kan foregå på mange måter alt etter pasientens behov, munnstell kan eksempelvis foregå i pasientens seng, til bevisstløse pasienter eller til slagpasienter. Under er det beskrevet en prosedyre hvor pasienten sitter på stol og deltar ut ifra egne forutsetninger. Utstyr er tannbørste, tannkrem, glass med vann, pussbekken eller noe annet å spytte i og et håndkle. Fremgangsmåten er slik: Pasienten sitter lett fremoverbøyd og får dekke seg med et håndkle. Pasienten skal få skylle munnen før oppstart, for å fjerne eventuelle matrester. Deretter tar man tannkrem på tannbørsten og pusser med små bevegelser og på en systematisk måte. Pasienten får til slutt spytte ut overflødig væske og deretter tørke seg rundt munnen (Skaug, 2014, s. 354-357).

Som sykepleiere og helsepersonell er det viktig at vi har en viss kunnskap om munnhulen for å kunne forstå hva som avviker fra normalen. Munntørrhet, såre slimhinner gir dårlig ånde og vond smak i munnen og kan ha innvirkning på appetitt. Munntørrhet disponerer også for infeksjoner og tannrâte. Belegg på tenner og tannkjøtt er en grobunn for bakterier. Tannkjøttbetennelse, tannløsning og tannrâte er folkesykdommer som ofte kan føre til tap av tenner. Blødning fra tannkjøttet under tannpuss kan være tegn på en slik betennelse og det er viktig at helsepersonell som utøver tannstell har en grunnleggende kunnskap om disse tingene (Aagard & Bjerkreim, 2014, s.176).

4 Resultat og funn

4.1 Behov for kvalitetsforbedringsarbeid i pleie-og omsorgstjenesten

I et spørreskjema ble det spurt om hvilken type læringsmetode som kunne bidra til å bedre kunnskap hos de ansatte om munnhelse. Det var 40% som trodde bedre tid ville være den viktigste faktoren. 25% kunne foretrekke hjelp fra et kommunalt tannhelseteam. 21% kunne tenke seg praktisk trening i prosedyrer og bare 13% ville ha teoretisk undervisning. Studien konkluderer med at pleiepersonell ved sykehjem har en generell positiv holdning til munnhelsevedlikehold, men når det kommer til å implementere dette i praksis og deres generelle kunnskap er det behov for forbedringer. Det er viktig at opplæring innen munnhelse er tilgjengelig og er av interesse for alt pleiepersonell ved sykehjem (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011).

”Refleksjonsgrupper i Etikk: ”Pusterom” eller læringsarena? (Tønnesen, Lillemoen & Gjerberg, 2016) viser at refleksjonsgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenester diskuterer alt fra verdier,

begreper, fiktive caser, dilemmaer og vanskelige situasjoner i praksis. Refleksjonsmetodene varierer fra fri diskusjon til strukturerte samtaler. Fasilitatorenes helsefaglige grunnutdanning og kunnskap om etikk og refleksjon ser ut til å være avgjørende for om refleksjonsgruppene i etikk først og fremst fungerer som et "pusterom" eller om de blir en læringsarena for etisk kompetanseheving. Alle informantene beskriver at det å lede refleksjonsgrupper krever kompetanse og opplæring. Mange av grupped medlemmene har nok blitt mer bevisst på etikk og etiske utfordringer generelt, men det er lite sannsynlig til at dette pusterommet bidrar til læring og endret praksis. Refleksjon som fører til læring innebærer prosesser som krever både tid og struktur utover det å brukt ti til tyve minutter til fri samtale om et verdiord eller et begrep. Etikkrefleksjon er ikke bare å identifisere et problem, for å gå rett til løsningen. En slik refleksjon krever at gruppen har fått avsatt tid og fristilt fra arbeidsoppgaver, noe som kan være en utfordring i dagens helsevesen.

Studien "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010) viser at de fleste eldre i hjemmesykepleien i Oslo har egne tenner og dermed et stort behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. Tannhelse bør få et mer systematisk og tydeligere fokus i hjemmetjenesten. Sykepleiere må endre holdninger og øke sin kompetanse, fordi tann helse hos eldre er et sykepleieansvar (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010).

I en spørreundersøkelse svarte kun 65% av pleiepersonell at de hadde tidligere fått formell opplæring i munnstell som en del av deres utdanning og/eller gjennom deres arbeid. Hele 89% sa at de synes munnhelse er en viktig del av god sykepleie. 77% av deltakerne hadde den oppfatningen om at beboerne selv ville spørre om hjelp til munnstell når de selv følte at de trengte det. Over halvparten av deltakerne synes tannpuss er en vanskelig ting å gjennomføre og at den største hindringen til munnstell var lite samarbeidsvillige pasienter. Vedrørende spørsmål angående munnstell svarte hele 94% at fluor styrker tennene, fleste parten var også opplyst om at plakk i en kombinasjon med inntak av sukker var en god grunn til at karies kan oppstå. Den vanligste grunnen til at gingivitt oppstår var det imidlertid kun noen få som visste om. Omtrent halvparten svarte at de pusset pasientenes tenner svært forsiktig når gommene blødde (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011).

Studien "Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study" (Hoksema et al., 2017) konkluderer med at helsepersonell burde bli mer oppmerksomme på dette området og sikre munnhelsevedlikehold hos de pasientene som selv ikke er i stand til dette. Eldre med komplekse omsorgsbehov opplever flere munnhelseproblemer og er oftere tannløse enn selvhjulpne eldre. Dessuten opplever eldre med egne tenner og proteser mindre skrøpelighet og bedre livskvalitet. (Hoeksema et al., 2017).

4.2 Tannhelse hos eldre

Ved studien "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" viste det tegn på risiko for tannsykdom hos hele 85 prosent av utvalget. Halvparten (50,4 prosent) av pasientene rapporterte om nedsatt førlighet i armer og fingre. Pasientene hadde nedsatt førlighet som dårlig finmotorikk, kramper, pareser, nedsatt kraft, nummenhet og ulike diagnoser som vanskeliggjorde bruk av hendene. Hele 16 prosent hadde problemer med tannpuss, de enten hadde smerter, nedsatt bevegelighet i hånden, dårlig motivasjon eller dårlige tannbørster. Ti personer ønsket assistanse til tannpuss, men kun seks fikk hjelp til dette. Ingen av pasientene svarte at de hadde blitt undersøkt i munnen av noen fra hjemmesykepleien (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010).

En annen studie viser at kun 39% av pasientene hadde gjenværende tenner, 10% hadde proteser og hele 51% var tannløse. Eldre med egne tenner var betydelig høyere utdannet og hadde bedre inntekt når man sammenlignet dette med de tannløse og de med proteser. 12% av de eldre oppga å ha tyggeproblemer og hele 22% rapporterte å ha smerter i munnen. Disse smertene var stort sett rapportert fra de eldre som enda hadde gjenværende tenner. Hele 90% av de pasientene med egne tenner gikk fremdeles til tannlegen, noe som var betydelig mye høyere enn hos de med proteser og uten tenner. Til tross for smerten de eldre med gjenværende tenner opplevde var de mindre skrøpeligere, hadde en bedre livskvalitet og en bedre "activity of daily living" (ADL) funksjon sammenlignet med tannløse eldre. De eldre med egne tenner brukte også mindre medisiner enn de tannløse (Hoeksema et al., 2017).

5 Drøfting

5.1 Kartlegging av personalets kompetanse

I hjemmesykepleien finnes det mange ulike yrkesgrupper og oppgaver. De omfatter ulike profesjoner med ulike karriereveier og kompetanse er en avgjørende suksessfaktor (Fjørtoft, 2007, s.159-160). Forskrift om ledelse og kvalitet i helse-og omsorgstjenesten inneholder blant annet en plikt til å planlegge, som vil si at man må ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, §6). For at tjenesten skal ha en gjennomgående god kvalitet, uavhengig av utdanningsbakgrunn synes jeg det er viktig at det finnes verktøy som kan bidra til å kartlegge hva personalgruppen har av kompetanse på et område. Tannhelse er det gjennomgående eksempelet brukt i denne oppgaven. Område for kartlegging vil derfor dreie seg om kompetanse rundt dette temaet.

I PUKK-modellen står det at i første fase skal det kartlegges nøkkelproblemer og flaskehals i kjerneprosessen (Orvik, 2015). Dette er fordi en kartlegging kan konkret bevisstgjøre ledere og medarbeidere på hvilke områder som må forbedres. Er det kartlagt hvordan nivået er, vil det bli lettere å sette et konkret mål med hva en ønsker å oppnå (Kunnskapsenteret, 2015).

I studien til Wårdh, Jonsson og Wikstöm brukte de spørreskjemaer med "multippel choice" for å kartlegge holdninger og kompetanse i en personalgruppe. Det viste seg at det kun var noen få som visste den vanligste grunnen til at gingivitt oppstår. Omtrent halvparten pusset pasientenes tenner svært forsiktig når gommene blødde og bare 65% av pleiepersonell svarte at de hadde fått formell opplæring i munnstell som en del av deres utdanning og/eller gjennom deres arbeid. Videre i forskningen til Wårdh, Jonsson og Wikstöm kommer det frem via undersøkelsen at hele 32% har jobbet mer enn 20 år i pleien. Klinisk kunnskap vil jeg tro de fleste har mye av, i alle fall mye erfaring med stell og pleie, at det er behov for å kartlegge holdninger og friske opp i kunnskap er jeg ikke i tvil om (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011).

Et metode man kan benytte i avdelingen er et spørreskjema. utfordringene med dette er turnusarbeidet og kun en brøkdel ansatte på jobb ved et skift. Fordelen er at skjemaene kan ligge fremme slik at de ansatte kan trekke seg tilbake å svare når de er på jobb. Selve kartleggingsprosessen kan skje i løpet av en uke eller to for å sikre at flest mulig får deltatt. Her er det viktig at informasjon og bakgrunn for undersøkelsen kommer tydelig frem og med stadige påminnelser slik at de fleste får dette med seg. Undersøkelsen vil naturligvis være anonym, i håp om at svarene vil bli hundre prosent ærligere. Jeg anser en anonym spørreundersøkelse som en sikker måte å få gode og konkrete svar på, uten at noen skal føle at deres kunnskapsnivå skal bli blottet. Skjemaet kan inneholde spørsmål omhandlende kjønn, arbeidserfaring, yrke, tidligere opplæring i tannstell og munnhelse. I dette spørreskjemaet er det også viktig å avdekke hva personalgruppen av har av kunnskap om sykdommer i munnhulen og hvilken form for opplæring som er foretrukket. Spørsmål om holdninger og kunnskap før det avsluttes med en egen del hvor deltakerne kan skrive litt om meninger i forhold til tannhelsearbeid i tjenesten (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011).

I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten er det en tjenestes ansvar og sørge for at arbeidsplassen driver faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2005). Ledere av sykepleiertjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy (Norsk sykepleierforbund, 2011). Ved avdelingen jeg har jobbet får sykepleierne ofte et delegert ansvar. Som de aller fleste kjenner til er hjemmesykepleien en hektisk arbeidsplass, av erfaring ser jeg at sykepleierne her har et enormt ansvar og mange arbeidsoppgaver. Det er mulig dette varierer fra sted til sted, men slik jeg har erfart

strekker deres til aldri til. Sykepleierne har like lange dager som andre, men arbeidsoppgavene kan virke som å være det dobbelte. Dersom forbedringsarbeid skal iverksettes og en kartlegging skal finne sted, er det viktig at det er en god dialog med avdelingsleder slik at den ansvarlige sykepleieren får avsatt litt tid og anledning til å fokusere på dette. For at denne kartleggingsprosessen skal ha en viss kontinuitet mener jeg det er fornuftig at få personer har ansvaret for dette. Når jeg tenker på få personer mener jeg en til to sykepleiere med en stillingsprosent over sytti, gjerne hundre. Dette for at de skal kunne være tilstede for oppfølging og eventuelle spørsmål.

5.2 Undervisning

Gjennom en undersøkelse svarte 65% av pleiepersonell på sykehjemmet at de hadde tidligere fått formell opplæring i munnstell som en del av deres utdanning og/eller gjennom deres arbeid. Over halvparten av deltakerne synes tannpuss er en vanskelig ting å gjennomføre og at den største hindringen til munnstell var lite samarbeidsvillige pasienter (Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2011). Undervisning blir ofte brukt som en metode for å utvikle kompetansen til personalet internt på en post (Løvsletten, 2013). På bakgrunn av studien til Wårdh, Jonsson og Wikström, ser man klart at det er behov for forbedring. Som sykepleiere har vi en pedagogisk funksjon og det innebærer alle de gjøremål som har til hensikt å legge til rette for vekst, utvikling, læring og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, kolleger og studenter (Tveiten, 2008, s.30-31)

Det er viktig å ta utgangspunkt i personalets kompetansenivå når man skal planlegge en undervisning. Undervisning som ikke er tilpasset personalets behov eller faglige nivå kan fort virke mot sin hensikt hvis nivået ligger for høyt (Løvsletten, 2013). Her er det viktig at kartleggingen har funnet sted, som nevnt i forrige kapittel. Undervisning er ikke ensbetydende med læring og endring. Det er mange forhold som påvirker dette. Interesse, forkunnskaper og holdninger. Det er i tillegg individuelt hvor lang tid det tar å lære seg noe, og kunnskapen skal kunne anvendes i klinisk praksis (Løvsletten, 2013). Undervisning kan bli lagt til en gang i uken, eller hver andre uke. Det viktigste er at personalgruppen er motiverte. Slik jeg kjenner det fra hjemmesykepleien blir internundervisninger lagt til pausen, eller så blir rapporten kortet ned. Arbeidsplasser praktiserer ulikt, noen har betalt pause og andre ikke. Dersom ansatte har betalt pause er det rom for internundervisning i pausen. Når man som ansatt ikke har betalt pause, har ikke arbeidsgiver rett til å forstyrre pausen med faglige innspill (Arbeidsmiljøloven, §10-9). Når en sykepleier skal organisere en slik interundervisning er det viktig å vite hvordan arbeidsplassen forholder seg til pauser.

Sykepleieren har på forhånd satt seg inn i temaet og planlagt når, hvor og hvordan undervisningen skal foregå. Undervisning kan foregå på mange måter, og ulike måter kan kombineres. Ved undervisning må det tas utgangspunkt i hva som er god praksis på området og formidler dette videre til personalgruppen. Her sier "Grunnleggende sykepleie" (Skaug, 2014, s. 354-357) at pasienter skal få tilbud om tannpuss inntil to ganger om dagen, og prosedyren skal være tilpasset pasientens behov. Dette er innhold sykepleieren kan ha med i undervisningen. Det kan først fortelle eller forelese om et gitt tema, for deretter å vise en video, eller utstyr som er aktuelt (tannbørster, tannkremer, hjelpemidler, ulike tanntråder osv.), så åpne for spørsmål. Eller så kan sykepleieren fortelle om og vise ulike måter å utføre prosedyrer og god praksis på (Tveiten, 2008, s.137)

Av totalt 454 (72%) deltakere i studien om helsepersonells holdninger til munnhelse var det kun 13% som svarte at de kunne tenke seg teoretisk undervisning (Wård, Jonsson & Wikström, 2011). Hvorfor de ikke foretrekker undervisning som et alternativet ville jeg gjerne likt å visst. Selv synes jeg undervisning er en god måte å tilegne seg ny kunnskap på. Interundervisning har jeg sett blitt brukt ved avdelinger på sykehus i mine praksisperioder. Selv fikk jeg bare positive tilbakemeldinger vedrørende interundervisning jeg hadde om tannhelse min praksisperiode. Det var uvisst for meg hvilket kompetansenivå personalgruppen hadde. Undervisningen var derfor veldig enkel, men samtidig innholdsrik. Den inneholdt god praksis, konsekvenser ved fraværende munnstell og det ble fremvist utstyr. Det viste seg at noe så enkelt bidro til bevisstgjøring og handling i praksis.

Også under dette tiltaket kommer de yrkesetiske retningslinjene til syne, som sykepleiere har vi et ansvar på å holde oss oppdaterte om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og vi skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det at vi som sykepleiere kan holde interundervisning ved en post og bidra til at vår kunnskap kan nå ut til våre kollegaer og bidra til økt kvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Under dette tiltaket vil også tid være en styrende faktor i forhold til forberedelser. Det er nødvendig for en sykepleier å få avsatt tid og nok ressurser til å kunne forberede seg til en slik internundervisning. Her må ledelsen og sykepleieren ha en god dialog og komme frem til en løsning som begge parter er tilfreds med. Om det omsider viser seg at tiden ikke vil strekke til, må en som sykepleier delegere ansvar videre eller sørge for at tannhelsepersonell blir leid inn for å undervise.

5.3 Refleksjonsgrupper

”Det å ta seg tid til å reflektere over noe i stedet for å hoppe rett på løsningen, for det er som regel det vi gjør. Her er det et problem ”ja, da gjør vi sånn og sånn”. Så diskuterer vi litt fram og tilbake og så er det gjort på fem minutter å finne løsningen. Mens de her refleksjonene er jo verdifulle, veldig verdifull i forhold til at du kanskje kommer fram til en helt annen løsning enn du i utgangspunktet trodde når du fikk det presentert. Når du får løfta faget. Ja, altså vi har refleksjon på to forskjellige nivåer” (Tønnesen, Lillemoen & Gjerberg, 2015).

Refleksjonsgrupper er en metode som kan bli brukt for å at helsepersonell skal bli mer bevisste på egen læring og praksis. Refleksjon er et viktig verktøy for kompetanseheving og pasientbehandling. Refleksjonsgrupper kan være ryggraden i en videre kompetanseutvikling for å styrke, bevisstgjøre og utvikle faglig praksis (Kepple, Hauff, & Bergem, 2015). Eksempelvis vil målet med refleksjonsgrupper i denne oppgaven dreie seg om hvordan en personalgruppe kan bli mer bevisste på egne handlinger rundt tannhelse hos pasientene og snakke om eksisterende praksis.

I PUKK-sirkelens første fase om *planlegging* skal det kartlegges nøkkelproblemene og det skal planlegges nye tiltak som forventes å kunne føre til forbedring (Orvik, 2015, s.278).

Refleksjonsgrupper kan være en god metode for avdelingens ansatte å snakke sammen om ulike metoder og tiltak som vil være det beste for både pasient. På den måten kan refleksjonsgrupper være en del av forbedringsarbeid og bidra til bedre kvalitet i tjenesten. Siste trinnet i modellen er *korrigere*, her analyserer virkningen av endringen og vurderer om forbedring faktisk har skjedd (Orvik, 2015, s. 278). En avdeling kan også møtes i en refleksjonsgruppe når en skal evaluere et forbedringsarbeid. Da kan en diskutere hvordan praksis fungerte, hva som var vanskeligheter, hva som fungerte bra og om nødvendig utstyr var lett tilgjengelig. På den måten kan man igjen bidra til at ansatte blir mer bevisst i egne handlinger og praksis.

I forskningsartikkelen til Tønnesen, Lillemoen og Gjerberg snakkes det mye rundt dette med fasilitatorer og hvordan disse føler at de ikke har nok kunnskap til å styre en etisk refleksjonsgruppe og ønsker seg mer kunnskap i både etikk og refleksjonsmetodikk. Noen av informantene forteller at de brukte etiske refleksjonsmodeller (SME-modellen) i disse samtalene, men at det ble slutt på dette da samtalen opplevdes kunstig og oppstykket. Alle informantene beskriver det å lede refleksjonsgrupper krever kompetanse og opplæring. I sykepleiens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleiere anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen (Norsk sykepleierforbund, 2011). Her står det imidlertid ingenting om at sykepleierne skal gjøre dette på bakgrunn av spesiell opplæring om etiske refleksjonsgrupper. I forskningsartikkelen

har alle informantene fått opplæring i å lede etiske refleksjonsgrupper på bakgrunn av prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving fra 2008. Allikevel leser man at kvaliteten på disse møtene varierer, og man kan derfor spørre seg om opplæring til en hver pris vil være nødvendig.

Refleksjon kan beskrives som et redskap for å tolke og endre vår egen forståelse av det som skjer i og omkring oss selv. Ved å reflektere setter vi ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause.. I refleksjonsgruppene kan kunnskapen fra undervisningen integreres og stimulere til en ny og utdypet forståelse av pasienter og situasjoner i avdelingen. En refleksjonsvennlig kultur er viktig både for læring og utvikling, og da trenger vi trygghet og aksept (Kepple, Hauff, & Bergem, 2015). Refleksjon som fører til læring innebærer prosesser som krever både tid og struktur utover det å brukt ti til tyve minutter til fri samtale om et verdiord eller et begrep. Etikrefleksjon er ikke bare å identifisere et problem, for å gå rett til løsningen. En slik refleksjon krever at gruppen har fått avsatt tid og fristilt fra arbeidsoppgaver, noe som kan være en utfordring i dagens helsevesen (Tønnesen, Lillemoen, & Gjerberg, 2016). Igjen må jeg trekke frem tiden som en styrende faktor for hvor vidt dette skal kunne tilrettelegges. At en sykepleier skal kunne lede en slik refleksjonsgruppe krever forberedelser. Forskningsartikkelen til Tønnesen, Lillemoen og Gjerberg har de funnet ut av at temaet for refleksjonsgruppen ofte blir presentert i rapporten eller hengt opp som beskjed på oppslagstavlen. Dette for at situasjonen skal være forutsigbar for deltakerne og at forventningspresset blir dempet.

Med bakgrunn i disse tre årene på sykepleierstudiet kunne jeg brukt min allerede eksisterende kunnskap om etikk og det å reflektere over nåværende praksis og engasjert mine kollegaer til å delta i denne refleksjonen. I denne oppgaven er tannhelse brukt som eksempel i kvalitetsutvikling. I den forbindelse kan personalgruppen for eksempel reflektere over tid som en styrende rammefaktor i tjenesten (Fjørtoft, 2008), og hvordan dette kan påvirke våre prioriteringer i en hektisk arbeidshverdag. Det kan snakkes om hvorfor vi er så opptatt av å smøre føtter, støttestrømper, barbering og mobilisering, men at vi nedprioriterer tannpuss og munnstell. Hva er bakgrunnen for det? Er det liten kunnskap eller vanskelige pasienter? Mangel på utstyr? Det kan reflekteres over hvilke tiltak som kan iverksettes dersom ikke brukerne har nødvendig utstyr tilgjengelig.

I det som blir sagt i sitatet øverst i dette kapittelet har jeg selv erfart i praksis. Dukker det opp en problemstilling og dette blir diskutert med tre eller fire kollegaer, ser man at løsningen kan bli mye mer fornuftig og løsningsorientert enn det den kan bli når du diskuterer problemstillingen med bare en kollega. Kvaliteten på slike refleksjonsgrupper vil jeg tro at kan variere, og læringsutbyttet vil ikke nødvendigvis alltid være hundre prosent. Allikevel tror jeg man i en gruppe kan lære av hverandre, komme med innspill og komme frem til løsninger som vil føre til en forbedring i tjenesten.

6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å finne ut hva jeg som sykepleier kan gjøre for å øke kompetansen til ansatte i hjemmesykepleien. Eksempelet jeg brukte i denne oppgaven var temaet tannhelse hos eldre pasienter over 75 år med komplekse omsorgsbehov. På bakgrunn av teori og forskning kom jeg frem til tre gode tiltak som ble drøftet i kapittel fem. Kartlegging, internundervisning og refleksjonsgrupper er tre metoder sykepleieren kan iverksette ved en avdeling for å øke kompetansen til sine kollegaer.

Kartlegging er nødvendig for å få konkrete svar på hva en personalgruppe har av holdninger og kunnskap ved et tema. Undervisning på bakgrunn av kartlegging, hvor sykepleieren foreleser om et tema, viser eventuelle prosedyrer og nødvendig utstyr på bakgrunn av hva som er god praksis. Refleksjonsgrupper er en god metode å bruke for å reflektere over nåværende praksis og bli mer bevisste på egen læring og praksis. Her har sykepleieren med sin bakgrunnskunnskap om etisk refleksjon fra studiet en ledende rolle og bidrar til refleksjon i en gruppe.

Kunnskapen som har kommet frem i denne oppgaven dreier seg om at vi som sykepleiere har et ansvar og må bidra til at våre kolleger har gode holdninger og nok kunnskap til å drive faglig forsvarlig pleie. Med nok tid og ressurser fra ledere ved tjenesten, kan vi organisere det slik at tiltakene nevnt over blir et del av kvalitetsutvikling for å ivareta bruker- og pasientsikkerhet i tjenesten.

7 Bibliografi

Aagard, H., & Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring . I N.-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & S.Eli-Anne, *Grunnleggende sykepleie* (s. 176). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjøro, K., & Kirkevold, M. (2011). *Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Fjørtoft, A.-K. (2007). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget .

Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien* .

Folkehelseinstituttet. (2015, 08 20). *Modell for kvalitetsforbedring*. (P. d. Nylenna, Redaktør)
Hentet 09 17, 2017 fra Helsebiblioteket:
www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring

Sosial og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli . *Helsedirektoratet* .

Hoeksema, A., Spoorenberg, S., Peters, L., Meijer, H., Raghoobar, G., Vissink, A., et al. (2017, 09 07). Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study. *Oral diseases* .

Kepple, K. M., Hauff, K., & Bergem, A. L. (2015). Refleksjonsgrupper ga ny innsikt. *Sykepleien* .

Kunnskapssenteret. (2017, 01 20). *Sjekkliste kritisk vurdering av forskningsartikler* .
Hentet 11 29, 2017 fra Kunnskapssenteret:
www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler

Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis . *Sykepleien* .

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.

Norsk pasientskadeerstatning . (2016, 08 15). *Norsk pasientskadeerstatning* .
Hentet 11 25, 2017 fra Norsk pasientskadeerstatning : www.npe.no/nn/om-npe/aktuelt/npes-tall-for-forste-halvar-2016/

Skaug, E.-A. (2014). Personlig hygiene. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie* (ss. 354-359). Oslo : Gyldendal Akademisk .

Norsk sykepleierforbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer . *Norsk sykepleierforbund* .

Tønnesen, S., Lillemoen, L., & Gjerberg, E. (2016). Refleksjonsgrupper i etikk: "Pusterom" eller læringsarena? . *Etikk i praksis* .

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* . Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* . Bergen: Fagbokforlaget.

Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2011).

Attitudes to and knowlegde about oral health care among nursing home personnel - an area in need of improvement. *Gerodontology* .