

BACHELOROPPGAVE

Sykepleien og utfordringer i hjemmesykepleien med fokus på tannhelse/oralhelse

Hva er sykepleierens utfordringer i møte med tannhelse/oralhelse i hjemmesykepleien?

Av

50 og Eirik Engsæth
93 og Amund Viksås

Nursing and challenges in home care with focus on dental / oral health

Ord/Words - 9984

Bachelor i sykepleie

SK152

05.2015



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

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

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

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

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

50 Eirik Engesæth

JA X

93 Amund Viksås

JA X

Innhold

Sammendrag	
1.0 – Innledning	1
1.1 - Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 – Problemstilling.....	2
1.3 - Avgrensning av problem.....	2
2.0- Metode.....	3
2.1 - Søkeprosessen.....	3
2.2 – Kildekritikk	4
3.0 Teoretisk perspektiv	5
3.1 – Munnens anatomi	5
3.11 – Patologi og Munntørrhet.....	5
3.2 – Den eldre pasienten	6
3.3 - Hjemmesykepleien – Hva er det?	7
3.4 – Kommunikasjon, relasjon og tillit	8
3.5 - Etikk	9
3.6 – Forskningsartikler	9
3.7 – Føringer og lovverk.....	11
4.0 – Drøfting.....	13
5.0 – Egen vurdering av oppgave	21
6.0 – Konklusjon	22
Referanseliste.....	
Vedlegg – 1	

Sammendrag

Tittel

Sykepleieren og utfordringer i hjemmesykepleien med fokus på tannhelse/oralhelse

Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte å skrive om dette emnet da vi mener det er gjort for lite for å bedre tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien. I vår praksis i hjemmesykepleien kom vi i kontakt med en sykepleier som delte vår mening om dette, og hun kunne vise til konkrete eksempler der resultatet kunne ha blitt annerledes hadde det vært innarbeidet bedre rutiner på tannhelse i hjemmesykepleie. Dette og mange andre faktorer gjorde at vi ble nysgjerrige på emnet, og bestemte oss for å skrive en bachelor om dette.

Problemstilling

Hva er sykepleierens utfordringer i møte med tannhelse/oralhelse i hjemmesykepleien?

Framgangsmåte

Dette er en litteraturstudie hvor vi også har tatt med våre egne erfaringer. Vi har brukt fire forskninger, to kvalitative forskninger og to kvantitative studier. Dette for å ha variasjon og ha god kvalitet i oppgaven vår.

Oppsummering

I litteratur, studiene og egne erfaringer har vi bemerket oss flere gjentagede problemer. Dårlig relasjon og tillit er et problem, som går utover forholdet mellom bruker og sykepleier innen tannhelse. Et av pillarene i relasjonsbygging er kommunikasjon, som kan skape bedre knyttning til brukerne i hjemmesykepleiene og bedre samarbeid med dem. For sykepleierne er manglende kunnskap et problem som går igjen, og det kommer frem i form av dårlig tannhelse/oralhelse hos brukerne. Det viser seg at de store utfordringene vi møter i møte med tannhelse og oralhelse har både med dårlig opplæring av sykepleiere, og de fysiske utfordringene som brukerne og pasientene selv har. Vi har valgt belyse disse utfordringene da teori og praksis viser oss at det står dårlig til med tannhelse og oralhelse i hjemmesykepleien. Og vi tror vi kan være med på å gjøre en forandring med vårt arbeid.

1.0 – Innledning

Tenner viser seg å være veldig privat for enkelte individer, og de vil ikke at fremmede personer skal se inn i deres munnhule for å kunne avgjøre om deres personlige tannhygiene er god eller ikke. Munnhelse er noe av det mest private på kroppen vår, og er i tillegg et veldig psykisk følsomt tema. De fleste er følsomme for kritikk av denne kroppsdelene, og det at noen sier til deg at du ikke holder god tannhygiene kan tolkes som en ubehagelig kritikk av den som blir fortalt dette (Willumsen, Wenaasen, Armingohar, Ferreira, 2008, s. 12). Disse tingene er noe vi selv har erfart fra tidligere praksiser i hjemmesykepleien, og vi har derfor hatt lyst å se nærmere på emnet. Vi har valgt å skrive om tannhelse og de utfordringer sykepleierene møter i hjemmesykepleien når det kommer til dette. Som sykepleiere er det vår jobb og alltid ivareta pasientens helse, og alltid gjøre det som er til pasientens beste, det er dette som kalle velgjørhetsprinsippet (Nortvedt, 2012, s. 96). Dette viser seg å ikke være så enkelt nå det kommer til tannhelse, og noen ganger føler man rett og slett at man ikke gjør nok for brukeren/pasienten da man ikke kan sjekke munnhelene deres. Det er mange forskjellige problemer man kan ha med tenner og munnhule, og vi håper på å kunne vise til at vi som sykepleiere skal kunne være til hjelp når smerten blir for stor, eller når det trengs veiledning i forhold til tannstell. Statistikk viser oss at tannstatus blant eldre hjemmeboende i årene 1996-1999 var som følger: 40% hadde egne tenner, 28% hadde egne tenner og tannprotese, 32% hadde kun proteser (Lysholm & Biehn, 2009). Ut i fra denne statistikken ser vi at 60% av de som har vært med på undersøkelsen enten har hatt, eller har tannproblemer, dette med tanke på at de mangler en del tenner. Dette fikk oss til å tenke, hvis så mange personer sliter/har slitt med tenner, hvorfor er det da så lite fokus på tannhelse i hjemmesykepleien? Og det er ikke bare tannproblemer eldre mennesker sliter med, munntørrhet viser seg også å være et problem, statistikk viser at 20-30% av befolkningen lider av munntørrhet. (Flovik, 2005, s. 51). Når vi ser disse tallene etterlates det liten tvil om at det er nok for oss som sykepleiere å gjøre i forhold til tannhelse i hjemmesykepleien, men poenget er at det må faktisk gjøres.

1.1 - Bakgrunn for valg av tema

Innenfor temaet tannhelse i hjemmesykepleien viser det seg å være lite forskning på dette konkrete området, og ut i fra det vi kunne finne fram til var det også lite føringer for sykepleiere i forhold til tannhelse i hjemmesykepleien. Vi valgte derfor å skrive om temaet, slik at vi kunne være med på å belyse de problemer som er innenfor feltet, og for å kunne være med på å gjøre en forandring til det

bedre. I vår praksis i hjemmesykepleien kom vi i kontakt med en sykepleier som hadde skrevet bachelor om tannhelse i sykehjem, og skriver nå en master om generell oral hygiene. Vi endte opp med å prate med henne om de vanskelighetene vi selv hadde møtt på hjemme hos brukere, og om hennes egne utfordringer i forhold til tannhelse. Hun kunne fortelle at når hun var student i hjemmesykepleien hadde hun en pasient som hadde betennelse i munnhulen som ikke ble oppdaget, og dette førte til at pasienten ble svært syk, og måtte til slutt legges inn på sykehus grunnet sepsis. Vi fant et eksempel i litteraturen som kunne fortelle en noe lignende historie som den vi ble fortalt. «Fru Krogh var 82 år og trivdes godt på sykehjemmet som hadde vært hennes hjem i 2 år. Hun led av diabetes, leddgikt og svekket syn. Til tross for behandling med glukokortikoider var hun mye plaget av stive og vonde ledd. Den siste tiden var det blitt vanskelig for henne å mestre tannpussen, men hun gruet seg for å be om hjelp. Tannpuss var det eneste av sin egenomsorg hun fremdeles hadde ansvar for, og pleierne hadde dessuten allerede så mye å gjøre. Da hun fikk lungebetennelse, ble hun svært syk og døde. Det viste seg årsaken var streptokokkinfeksjon som stammet fra munnhulen»Didilescu m.fl (Gjengitt av Samson & Strand, 2008, S. 267). Dette var en av mange grunner til at vi valgte å skrive om dette emnet, og vi håper virkelig vi kan være med på å gjøre de forandringene som trengs.

1.2 - Problemstilling

Hva er sykepleierens utfordringer i møte med tannhelse/oralhelse i hjemmesykepleien?

1.3 - Avgrensning av problem

Ettersom de fleste brukerne i hjemmesykepleien er eldre mennesker, blir avgrensningen av problemstillingen vår rettet mot dem. Etter WHO, er eldre definert i en alder av 75+(WHO).

Begrepsavklaring:

Tannhelse brukes ofte i beskrivelse av munnhulens tilstand, men er imidlertid knyttet direkte til tennene(Karies), eller festeapparatet til tennene(gingivitt/periodontitt)

Begrepet oral helse omfatter tilstanden i hele munnhulen og inkluderer andre munnhulelidelser som tannskader, slimhinnelidelser, munnhulekreft osv(Helsedirektoratet, 1999).

2.0- Metode

For å lære mer om metode, og forstå hva metode går ut på har vi tatt utgangspunktet i boken «Metode og Oppgaveskriving» av Olav Dalland. Metode forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å få tak i eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmål på en faglig interessant måte. Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, som vil si den informasjonen vi trenger til vår undersøkelse (Dalland, 2012, s. 111,112)

2.1 - Søkeprosessen

For å finne svaret til vår oppgave må vi bruke metode som verktøy. Oppgaven vi tar for oss er en litteraturstudie og vi tar derfor utgangspunkt vårt i relevant litteratur fra ulike lærebøker og forskning andre har skrevet. I litteratur må studie man greie ut om litteratursøket(Dalland, 2012, s. 138). Litteraturstudier åpner mange dører for oss, da dataen vi samler inn er hele tiden tilgjengelig og man kan bruke tilleggsinformasjon man finner underveis. Det negative med litteraturstudier er at man kan forme oppgaven etter litteraturen man velger, og dermed trekke våre egne konklusjoner. Da vi tok for oss søk av aktuell litteratur begynte vi med å skrive en liste av aktuelle søkeord, både på norsk og engelsk. Vi prøvde ordene både enkeltvis og sammensatt, noe som gav varierende treff fra et par ti-talls til flere tusen. Vi brukte derfor filtre som nettsidene har, blant annet at studiene ikke skal være mer enn 10 år gammel, i håp om å finne nyest mulig forskning. Vi fant ved enkelte søk ganske mange treff, ved et søk var det 1860 treff. Vi begynte da å lese overskriftene til artiklene vi fant, som fortalte noe om studiens innhold. For å nevne et eksempel var noen studier om oral helse ved HIV. Treff som dette ble derfor ikke mer undersøkt, men artikler med relevant overskrift leste vi abstraktene på, og hvis vi vurderte det som relevant, leste og gransket vi hele artikkelen. Vi følte det var viktig å kvalitetssikre studiene, så vi valgte derfor å bruke «Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler» fra kunnskapsenteret(2015) for å faglig vurdere artiklene som gode eller dårlige. Søkeordene vi brukte, og antall treff kan sees på i vedlegg 1. Vi endte til slutt opp med 4 forskjellige artikler, 2 av kvalitativ design og 2 av kvantitativ design. Vi vil her kort presentere de artiklene, men går i mer i dybden på de av teoriavsnittet før vi drøfter de videre i oppgaven.

Praksiserfaring

Vi er to studenter som arbeider sammen og har vært i samme hjemmesykepleien, mens vi hadde praksis. I tillegg har den ene av oss hatt fordypningspraksis i hjemmesykepleien, i en annen kommune og har derfor erfart praksis fra forskjellige steder slik vi kan sammenligne praksisene og

rutinene hver av de kommunene har. Med vår praksiserfaring kommer også tilfeller av tannhelseproblematikk vi har møtt blant brukerne, som vi vil ta med i drøftingen vår.

Pensum

Vi tok også i bruk pensumlitteratur som vi har brukt flere ganger gjennom vår utdanning, og vil blant annet nevne «Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den eldre pasienten» og «Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter». Dette var bøker vi var kjent med, og gav oss innsikt i både hjemmesykepleien og den eldre pasienten. Det fins mange sykepleieteoretikere som beskriver sykepleierens rolle og metoder forskjellig. Vi valgte å ta i bruk Joyce Travelbee sin teori, da vi føler den beskriver vår rolle og metoder som fremtidige sykepleiere på en god måte. Andre bøker som ble brukt er nevnt i teoridelene, men vi vil kort nevne at vi søkte på biblioteket sitt system med lignende ord som vi brukte på nettsøk.

2.2 – Kildekritikk

Ettersom dette er en litteraturstudie, som vil si vi baserer våre data på andres forskning og bøker er det særs viktig at vi har fokus på god kildekritikk. God kildekritikk sikrer kvalitet på oppgaven vår, da dataen blir vurdert både som relevant og pålitelig. Det kan også nevnes at god kildekritikk er viktig for en etisk vurdering av data, da det også finnes forskning som er gjort på uetiske måter.

Du må overbevise om at kildene dine er tilstrekkelig til å besvare problemstillingen, både i relevans og pålitelighet. Kritikken må hele tiden sees i forhold til hva kildene skal belyse. Vi skal vurdere i hvilke grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2012, s. 72,73)

3.0 Teoretisk perspektiv

3.1 – Munnens anatomi

Grunnet oppgavens størrelse har vi valgt å avgrense oss til de fire mest vanlige sykdommene tannsykdommene og munntørrhet. Vi presenterer først kort om munnens anatomi og spyttets oppgave, før vi forteller om sykdommene. Vi tar utgangspunkt i «Munnstell – Godt munnstell, nødvendig og helsebringende» av Anne Marie Flovik(2005) for å avklare anatomien og de vanligste munnsykdommene. Vi valget denne boken av flere grunner. Det ene var relevansen og informasjonen var veldig god i henhold til vår oppgave. Det andre er at forfatteren selv er sykepleier, og har jobbet som distriktsleder for hjemmebaserte tjenester i Bærum kommune.

Anatomi og spyttet

Anatomisk består munnhulen av lepper, kinn, tenner og deres feste i kjeveben og tannkjøtt, tunge, hard og bløt gane, muskulaturen i munngulvet og spyttkjertelen. Munnhulen er dekket av en slimhinne som er bygget opp av flere lag plateepitel, hvor det finnes mange sanseceller som er følsomme for smerte, berøring og temperatur. Spyttet er den viktigste beskyttelsen i munnhulen. Spyttets jobb er å opprettholde balanse i det orale miljøet ved å fukte slimhinnen og bidrar til mekanisk rensing(Flovik, 2005, s. 30-33)

3.11 – Patologi og Munntørrhet

Stomatitt, eller betennelse i slimhinnen kan forårsakes av både bakterier og sopp og virus. En betent slimhinne er rød og hoven, ofte med en synlig trøske. En helprotese som kan tas av kan være medvirkende eller direkte årsak til stomatitt. (Flovik 2005, s. 47). Stomatitt har jeg selv opplevd, og gav meg små blærer som til slutt endte opp med sår. Sårene svidde stortsett hele tiden, og det var lite fristende til å spise eller pusse tennene.

Karies, tannråte oppstår fordi bakteriene i munnhulen metaboliserer karbohydrater til syrer, spesielt melkesyre. Melkesyrens effekt er at den har en oppløsende effekt på tennenes kalksalter, og skiller ut enzymer som bryter ned proteinene i emaljen. Varer dette over tid, får man da hull i emaljen (Flovik, 2005, s. 48). Karies har de fleste mennesker hatt, og ofte er dette forbundet med smerter i munnen. Smertene av egne erfaringer kom ofte ved inntak av mat eller væske, som påvirker lysten til å spise, men smertene kan være konstante som blir svært plagsomt eller pinefullt for de som har det.

Gingivitt, tannkjøttbetennelse skyldes plakk som blir liggende langs kanten på tannkjøttet. Det kan være ulike mikrober i plakket som gir betennelsestilstand som fører til at tannkjøttet blir hovent, rødt, ømt og lettblødende f.eks etter tannpuss(Flovik, 2005, S. 49). Det meste av plakket fjernes vanligvis

av tannbørsten vår når vi pusser tennene, men fraværende pussing fører til opphoping. Blødninger fra munnen er en ekkel følelse for de fleste av oss, i tillegg til at blod har en ubehagelig smak og ser ekkelt ut.

Periodontitt, tannløsning er en betennelse i vevet som omgir tennene. Utvikler den seg, angriper den benvevet, fibre og rothinnen som fester tennene til kjeven, som da fører til tannløsning (Flovik, 2005, s. 49). Ved flere tannløsninger, vil man til slutt ende opp med nedsatt tyggeeve, eller tap av denne om man skulle miste alle tennene. Dette kan gi flere problemer, for eksempel innen ernæring, eller tap av å gleden ved å spise et godt måltid.

Xerostomi, eller munntørrhet er definert som en følelse av tørrhet i munnen og skyldes reduksjon av spyttmengde, eller endringer i spytt sammensetningen. Den vanligste årsaken til munntørrhet er bivirkning av legemidler. Utenom å være en plagsom tilstand, kan det vanskeliggjøre svelging, gi svelgproblemer og redusere smak Todd 1982 (Gjengitt av Flovik 2005, s. 51-54). Ettersom spyttet er viktig for å beskytte tennene, vil man kunne ende opp med tilstander som for eksempel karies hvis dette problemet vedvarer. I tillegg har spyttet en glidende effekt på mat, slik at svelging kan bli vanskelig.

3.2 – Den eldre pasienten

Hvem er den eldre pasienten og hva er annerledes? Vi har mange eldre i dette landet som klarer seg alene eller med hjelp av pårørende. I hjemmesykepleien erfarte vi at det er mange pasienter som klarte seg med et ukentlig dosettbesøk, mens andre var avhengig av dagsdosetter og andre oppgaver for å klare seg. Den geriatriske pasienten har både aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt, men ikke alle gamle har de tre fenomene samtidig. Det finnes eldre personer som er skrøpelige, uten at de har kronisk sykdom eller funksjonssvikt, på samme måte som at det finnes eldre med mange sykdommer, men er selvhjulpne og ikke skrøpelig (Ranhoff, 2008, s. 76)

De fleste av oss klarer oss ganske selvstendig til man når 60 år. Gradvis etter øker sykehusbesøkene, og når man er i en alder mellom 70-80 år, er besøkene tredoblet i forhold til dem under 60 år. Når man retter blikket til de hjemmeboende eldre som får kommunal pleie og omsorgstjenester er 79 % av somatiske sykdommer som muskel og skjelettplager, svekkede sanser, høyt blodtrykk og hjertesykdom årsaken (Romøren, 2008, s. 31-32). Det finnes som nevnt pasienter som klarer seg veldig selvstendig på egenhånd, og er kun i hjemmesykepleien en kort tid som rehabilitering ved for eksempel hoftebrudd, mens andre har langvarige plager og har et mer sammensatt behov.

Nielsen, Mourik & Sanden (2013) sin forskning viser at interessen for å ivareta oral helse synker når skjørheten øker hos de eldre. Pasienter med kroniske smerter, lav moral eller store hemninger har en påvirket livskraft som kan resultere i tap av interesse for blant annet oralhelse. Pasienter med dårlig behendighet, slik som pasienter med parkinson, artritt eller andre lammende sykdommer trivialiserte oral helse når de innså at det ikke kunne rengjøre tennene effektivt. Et annet viktig funn var at valget med å slutte å pusse tennene var et bevisst valg. Når man blir skrøpelig, vil man bevare den energien man har og bruker det på andre ting, som bekledning. Kanskje det viktigste funnet var at økt alder påvirket selve holdningen til oral helse. Pasientene fortalte at siden døden var nær, ville de tennene de hadde igjen mest sannsynlig være uten stort ubehag eller behov for tannpleie. Noen av de eldre fortalte til og med at de var villig til å avslå hjemmebesøk av tannlegen, hvis ikke munn eller tannsmertene ble uutholdelig.

3.3 - Hjemmesykepleien – Hva er det?

Hjemmesykepleier er et tilbud om pleie og omsorg for de hjemmeboende, når sykdom, dårlig/svekket helse, alderdom eller livssituasjonen tilsier at de trenger hjelp i kort eller lengre tid. Det overordnede målet til hjemmesykepleien er å hjelpe den enkelte til å mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2012, s.19)

Hjemmesykepleiens rammer

Hjemmesykepleie er en del av den kommunale helsetjenesten og betegner all sykepleie som blir utført i den enkeltes hjem. Dette er uavhengig om det er en sykepleier eller en annen helsearbeider som utfører tjenesten (Fjørtoft, 2012, s. 14).

Hjemmesykepleien er en offentlig helseyter, og er dermed styrt av en rekke lover og forskrifter. Et viktig utviklingstrekk de siste årene er at pasienten har fått flere lovfestede rettigheter, og det stilles større krav til innsyn og kvalitet. For hjemmesykepleien er det loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som er den sentrale loven (Fjørtoft 2012, s.169).

Hjemmesykepleien har også en viktig koordinatorfunksjon, og er sentral som samarbeidspartner for andre helse og sosialtjenester, når pasienten ikke kan ta hånd om dette samarbeidet selv. Dette inkluderer tjenester som tannlegen gjør. Pasienter med langvarig pleie- og omsorgsbehov som mottar tjenester fra hjemmesykepleien har krav på tannhelsetjenester på lik linje med sykehjemspasienter (Fermann & Næss, 2008, s. 204). Eldre pasienter på institusjon fikk regelmessig besøk av den offentlige tannhelsetjenesten når vi var i praksis. Hadde pasientene smerter relatert till munnhulen, eller andre problemer henviste vi de til tannlegen. I hjemmesykepleien opereres det med andre regler, da pasientene selv må ta kontakt med tannhelsetjeneste for å få hjelp. Dette er

fordi Helsepersonelloven §21 som omhandler taushetsplikt for helsearbeiderne, ikke tillater oss å videreformidle informasjon om pasientenes tilstand(Lovdata, 2015).

3.4 – Kommunikasjon, relasjon og tillit

En av sykepleierens måter å hjelpe syke mennesker på er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Sykepleieren gjør dette ved å lage en tilknytning til den syke, hvor man formidler at han ikke er alene og blir forstått(Travelbee, 2001, s. 35)

Kommunikasjon

Travelbee(2001, s. 135-40) beskriver kommunikasjon som en prosess som gjør at sykepleieren i stand til å etablere et menneske til menneske forhold. Det identifiseres 3 deler av prosessen, **hvor man skal lære den syke å kjenne, fastslå og ivareta den sykes pleiebehov**, og til slutt **oppfylle sykepleiens mål og hensikt**. Kommunikasjon er et viktig verktøy vi sykepleiere har. Gjennom dialog bygger man en tilknytning mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren lærer pasienten å kjenne for å mestre egen sykdom og lidelse, identifiserer da både psykiske og kroppslige behov og oppnår da pleiens mål.

Fagfolk kan forebygge kommunikasjonsproblemer ved å være tydelige og formidle sine forventinger til den andre, både når det gjelder vår egen rolle, og den andre sin rolle. Når fagpersonen er bedre kjent med den andres forventinger, har han også bedre grunnlag for å tilpasse sin rolle til den bestemte pasient eller situasjon(Røkenes & Hansen, 2012, s. 244). Å være tydelig i kommunikasjon kan gjøres ved å spørre om pasienten forstod det man sa, eller spørre om det var dette pasienten mente? I en læresituasjon, hvor man har forstått eller kjenner hverandre, blir forventningene da tydeligere i forhold til hverandres roller.

Roth & Creason, (Gjengitt av Flovik, 2005, s.50) forteller at det er også en del psykososiale plager ved det å ha dårlig munnhygiene. Munnen spiller en stor rolle i selve kommunikasjonen. Hvis man er tørr i munnen, vil det være vanskeligere å snakke. Tørre lepper, sprekker lett ved et smil, og dårlig ånde fører til avstand fra andre mennesker. Dårlig ånde er en pinlig bemerkning å få påpekt av andre. Det er ikke alltid lett å merke at man har en dårlig ånde, noe som kan medføre etter å få fått en slik bemerkning, gjør at man da unngår sosiale situasjoner, eller rett og slett prater mindre av frykt for å få høre det. Andre kan også trekke seg mer unna den som har det, og man kan føle seg utilpass.

Relasjon

Fagpersonens viktigste oppgave er å forholde seg sånn at han eller hun fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring eller bedret funksjon hos den andre. Undersøkelser og systematiserte praksiserfaringer viser ofte at relasjonen faktisk betyr mer enn de instrumenter, teknikker og metodene fagpersonen bruker. For å fremme god relasjon er det 3 viktige forhold som er av betydning. Den første er væremåte og stil, som går ut på hvordan vi opptrer foran pasienten, eks sittestilling, om vi er vennelige, interessert, lytter, ansiktsuttrykk, blikk osv. Den andre er Empati, hvor man lever seg inn i den andre personens indre, subjektive opplevelser, både i form av innhold og affektivt. Den tredje er anerkjennelse som går på å bekrefte, validere og anerkjenner den andres selvpålevelser (Røkenes & Hanssen, 2012. s. 19, 180, 191). Alle pasienter vi møter er forskjellige, og de 3 forholdene som identifiseres som viktig for relasjon kan være individualistisk. En relasjon kan skapes ved å bruke en humoristisk tone i en læresituasjon mellom pasient og sykepleier

Tillit

Et kjent fenomen med tillit, er at den er sårbar. Den er vanskelig å bygge opp, og lett å bryte ned. Derfor må vi som sykepleiere aldri ta forgitt at vi bygger opp et tillitsforhold, eller det at vi klarer å holde på pasientens tillit. Tillit er noe vi må strebe etter å oppnå, og er en forutsetning for samarbeid med pasienten og sykepleier skal fungere (Helseth & Nordtvedt 2002, s. 245-247). Som sykepleier har man et ansvar for pasienten, men det er like viktig at pasienten har tillit til vår evne i å kunne ivareta deres helse. Måtene tillit bygges på er forskjellige, noen verdsetter punktlighet, mens andre verdsetter kunnskapen vi innehar.

3.5 - Etikk

I sykepleien vil mange problemstillinger vi møter, ha karakter av dilemma; det finnes ingen «Riktig løsning», men må velge av to onder. Etske problemstillinger en sykepleier kan møte kan være at du må velge en handling framfor en annen, eller prioriterer en verdi framfor en annen. (Nordtvedt, 2012, s. 123). En erfaring vi lærte oss i hjemmesykepleien var at avsatt tid til pasientene sjeldent var reelle. Ofte ble pasienter som kun hadde en kort visitt taperne når det kom til tid i forhold til mer still krevende pasienter. Noen ganger ble det innskrenket til en kort tlf samtale mens vi kjørte, som føltes urettferdig for pasienten.

3.6 – Forskningsartikler

Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010). Dette er en tvernsnittsstudie med kvantitativ tilnærming, det var 137 deltakere fra 12 forskjellige bydeler i oslo

som deltok. Studien viser til at brukere står i fare for nedsatt tannhelse, dette grunnet blant annet disse faktorene, nedsatt førlighet i ekstremitene, mangelfull kunnskap om emnet, og utfordringer med å komme seg til tannlegen. Det at brukerne har mangelfull kunnskap om emnet er de ikke alene om, vi som sykepleier mangler også den nødvendige kunnskapen, og dette tar studien opp. Studie viser til at hvis vi som sykepleiere skal bli bedre innen feltet må holdninger forandres for å kunne ta til seg den nødvendige lærdommen som må til, og det må gjøres systematiske forandringer på fokuset i hjemmesykepleien for å kunne utføre de nødvendige tiltak hjemme hos brukerne. Til slutt konkluderer de med at oral hygiene er en sykepleiers ansvar.

The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study(Niesten, Mourik & Sanden, 2013). Dette er en kvalitativ studie som gikk over 3 år, det var 51 deltakere i alderen 65 og oppover som tok del i studien. Vi har valgt å ta med denne studien da vi som sykepleiere møter personer med likheter til de i denne studien. De som ble tatt med hadde skrøpeligheidsgrad fra litt skrøpelig, moderat, og til sist veldig skrøpelig. Ut i fra studien kunne man se at de som var litt skrøpelig, og moderat skrøpelig som oftest hadde samme tannhygiene som da de var ung, og at de oppsøkte tannlege regelmessig. Noen av de som var veldig skrøpelig ønsket å holde god tannhygiene, selv om de ikke alltid klarte det, dette for å kunne ha en god selvfølelse. Fåtalet virket totalt uberørt av det og ikke ha god tannhygiene. Det studien viser var at mange av de som ikke brydde seg om tannhygiene mente at det hadde ingenting for seg å oppsøke tannlege, da de mente at dette ikke kunne gi en umiddelbar forbedring. Dette var som oftest de med gebiss. Andre var rett og slett redd for å være en belastning på helsepersonell hvis de spurte om hjelp. Og noen pusset ikke tennerne for de ville bruke den lille energien de hadde på andre ting som de mente var viktigere for dem. Det studien til slutt viser til var at det kunne til tider være et slags misstillits forhold mellom bruker/pasient og sykepleier, dette for at de mente at sykepleiere rett og slett gjorde en for slapp jobb. Studien viser til at det er mulig sykepleiere har for lite erfaring og kunnskap innenfor emnet til å kunne utføre god oral hjelp. Det vises også til at sykepleiere noen ganger nedprioriterer oral hygiene grunnet dårlig tid.

Oral health-related quality of life in older Swedish people with pain problems(Hall-Lord & Östberg, 2011). Dette var en kvantitativ studie med 225 deltakere som ble utført på eldre personer i Sverige, personene som deltok var 80 år og eldre. Alle som deltok i studien hadde hatt smerter i lengre tid. Vi valgte å ta med studien da den viser til smerteproblematikk i forhold til tannhelse, og dette er en av utfordringene vi kan møte ute i felten. Det var ytterst få av de som var med i studien kunne melde om helt ok generell helse, men de fleste kunne fortelle at det sto dårlig til med deres orale helse. Dette gjenspeiles i at bare halvparten av deltakerne kunne tygge maten sin uten

problemer. Det var lite forskjell på smertebilde blant kvinner og menn, men studien viser at det er flere kvinner som lever med kroniske smerter enn menn, dette var uavhengig av tannhelse status. Nesten alle som deltok i studien meldte om lav livskvalitet i forhold til oral og generell helse. Og det er dette som blir veldig relevant for oss i forhold til hva vi har valgt å skrive om.

Cognitive function and oral health- related of quality of life in older adults (Lee & Plassman 2013). Dette er en kvantitativ tverrsnitts studie med 226 deltakere i alderen 70 og oppover. Den tar for seg helsemessig kvalitet i livet til eldre mennesker. Dette er mennesker som både er kognitivt frisk til de som er svært dement. Studien viser til at de med dårligst tannhelse er de som bare har mild demens. De som er kognitivt friske er de med best tannhelse. Selv om forskningen hadde flere friske enn demente mennesker mener de at studien er representativ for befolkningen, og at den kan vise de korekte resultater, dette underbygges av to andre studier. De to studiene kunne vise til nesten identiske resultater som denne studien. Det som kan vise seg å være en svakhet i denne studien er at det er en tverrsnitt studie. Det som gjør studien relevant for oss er at i hjemmesykepleien er det mange eldre brukere/pasienter som er i en begynnende fase av demens, altså en mild demens, og studien viser til at det som oftest er disse som har dårligst tannhelse.

3.7 – Føringer og lovverk

Iplos er verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunale og statlige myndigheter. Dette er et lovbestemt helseregister og blir brukt av blant annet hjemmesykepleien og sammen med pasienten, der man kartlegger man behovet for omsorg. Et av punktene man går igjennom med pasienten er blant annet om de er blitt vurdert av tannhelsepersonell og som er en obligatorisk registrering (Helsedirektoratet, 2015)

Individuell plan er en plan som skal koordinere og sikre at pasienten får en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, mottaker og etater innen eller på tvers av forvaltningsnivåene (Helsedirektoratet, 2015).

Lov om **helsepersonell §. 4 – forsvarlighet**. Helsepersonell skal opptre faglig forsvarlig og yte omsorgsfullhjelp som kan forventes ut av helsepersonell. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinke og odontologiske spørsmål som gjelder behandling og undersøkelse av den enkelte pasienten (Lovdata, 2015)

Tannhelsetjeneste loven §. 1-3 forteller at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig men også oppsøkende tilbud blant andre grupper av eldre, langtidsyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Alle som mottar hjemme tjenester i mer en 3 måneder har rett til gratis tannhelsetjeneste uten å betale egenandel (Helsedirektoratet, 2014).

Rett til tannhelsehjelp §. 2-1, at alle nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen de bor i, og det offentlige skal gi den som søker tannhelsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett og påse at dette ikke påføres unødig utgifter, tap, tidspille eller ubeleilighet (Lovdata, 2015)

Føringer

«Tenner for livet» er en veiledningsserie publisert av helsedirektoratet. Den ble først utgitt i 1987, og dette er en revidert utgave som ble utgitt i 2000. Nye retningslinjer med anbefalinger innen helsefremmende og forebyggende tiltak vil være ferdigstilt i 2016.

I målsetning på individ nivå, blir det fortalt at den enkeltes brukers krav til oral helse må danne grunnlaget for målsetningen i det individuelle og forebyggende arbeidet. En akseptabel oral helse for den enkeltes krever nært samspill mellom helsepersonell og bruker. Videre presiseres det 3 punkter innen hva som er akseptabel oral helse

- Brukeren skal ikke ha smerter, ubehag eller alvorlig lidelser i munnhulen
- Ha tilfredstillende tygge funksjon
- Kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene (Helsedirektoratet, 2000).

4.0 – Drøfting

I vår bakgrunn for valg av tema har vi valgt å vise til en situasjon der en pasient mistet livet grunnet en streptokokkinfeksjon som stammet fra munnhulen, her viste det seg at hun ønsket egentlig hjelp, men ville ikke spørre da hun tenkte at sykepleierne hadde for mye å gjøre allerede Didilescu m.fl (Gjengitt av Samson & Strand, 2008, S. 267). Hva er det som gjør at brukere/pasienter tenker dette, er det for at vi som sykepleiere utstråler en aura som sier at vi ikke bryr oss, eller at vi rett og slett ikke har tid? Eller er det for at det ikke ligger godt nok til rette for at vi kan utføre de nødvendige tiltak som må til? I følge litteraturen vi har brukt kan det være en blanding av disse to faktorene (Nielsen, Mourik & Sanden, 2013). Hvis man seg i en bruker/pasient sin situasjon, hva ville man gjort selv? Ville man spurt, og kanskje følt seg som en byrde, eller ville man prøvd å gjøre det meste på egenhånd for å virke som man hadde en viss form for kontroll, dette er ting man kanskje må reflektere over når man skal gå inn i situasjoner der man må forandre på praksisen som utføres, slik at man kanskje kan forstå brukeren/pasienten bedre.

Vi har valgt å avgrense problemstilling vår til de eldre brukerne/pasientene i hjemmesykepleien, dette vil si personer over 75 (WHO). I vår praksis i hjemmesykepleien møtte vi mange eldre, både med og uten egne tenner. Vi møtte flere utfordringer der vi hadde håpet at vi hadde større kunnskap om tannhelse, og at vi kunne svart noen av spørsmålene som kom i forhold til dette. De som lurte var ofte de eldre, de som ikke tidligere hadde god tannhygiene, og som heller ikke så på dette som viktig i deres ungdom. Hadde det ligget bedre til rette for undervisning om tannhelse for oss som sykepleiere ville kanskje ikke dette vært en så stor utfordring. For det ligger også utfordringer i det at vi kan ikke være hos brukerne/pasienten døgnet rundt, og det er heller ikke alltid vi kan være der når personen for eksempel ønsker å pusse tennerne eller ikke. En eldre person har som oftest faste for når de vil legge seg, stå opp og lignende, men det er mulighet for at den ikke har rutiner for tannpuss og tannstell på samme måte. Hva er grunnen til dette? Slik vi ser det kan grunnen til dette være at den eldre brukeren/pasienten kan ha forskjellige utfordringer i sitt eget liv, dette kan være alt fra skjelletplager til svekkede sanser (Romøren, 2008, s. 31-32). De kan ha utfordringer i sin egen hverdag som gjør at de velger å nedprioritere tannstell, dette for at de vil ikke bruke den energien de har på noe de mener er mindre viktig enn andre ting de mente var viktigere for dem (Nielsen, Mourik & Sanden, 2013). Med slike tanker om hva som er viktig i hverdagen vil man jo som sykepleier i situasjonen møte på en del utfordringer, for hva bør man prioritere? Man vet jo at tannhelse er viktig, men man kan jo ikke overkjøre brukeren/pasienten heller. En vanskelig utfordring er at man er ikke i en institusjon, man er hjemme hos personen man skal hjelpe, og ingen situasjoner er like, og ingen rutiner er de samme. Vi vet jo ut i fra egen praksis at man prøver å lage en viss mal på hvordan

man vil sette opp arbeidsdagen, men vi vet også at dette som oftest ikke lar seg gjøre. Mange av dem man skal besøke er selvhjulpne, de trenger kanskje bare en dosett eller hjelp til en støttestrømpe, og de trenger ikke hjelp i stellsituasjon på badet. Hvordan kan man da som sykepleier i disse situasjonene hjelpe til med tannstell? Vi mener at her ligger det en stor utfordring for oss, for hvilken rett har vi til å belære dem om hvordan de skal gjøre sitt eget morgen eller kveldstell. Vi har selv prøvd, og fikk da beskjed om at vi skulle ikke lære dem hvordan de skulle leve sitt eget liv, og vi har fått beskjed om vi ikke trengte å bekymre oss for det, for dette kunne de. Men hvordan vet vi dette, det kan jo være at de aldri pusser tennerne, eller aldri oppsøker tannlege. Og har ikke vi som sykepleiere egentlig feilet da, i og med at det ligger under vårt ansvarsområde imens deres tannhelse blir stadig dårligere og dårligere? Jo, slik vi ser det kan ha vi kanskje feilet i disse situasjonene, og dette støttes av teorien som sier at oral helse ligger under sykepleiers ansvarsområde (Fjæra, Willumsen & Eide, 2010).

I teorien sies det at hjemmesykepleien er et tilbud til personer som ikke lenger kan klare seg selv i eget hjem, og at dette er en jobb som sykepleiere utfører. (Fjørtoft, 2012, s. 14). Men hva er utfordringene innenfor rammene til sykepleierne som hjelper i andres hjem? Som det sies i teorien fikk pasienter som var på institusjon ofte besøk av den offentlige tannhelsetjenesten, og var det en smerteproblematikk eller andre problemer fikk de hjelp med dette. Slik er det ikke i hjemmesykepleien, her må brukeren/pasienten selv ta kontakt med tannhelsetjenesten hvis det skulle være problemer, og vi som sykepleiere kan ikke gjøre det for dem uten deres tillatelse grunnet taushetsplikten **Helsepersonell loven §-21** (Lovdata, 2015). Dette ser vi på som en utfordring for oss, for hva kan vi gjøre hvis ikke personen selv mener den trenger hjelp, vi kan ikke tvinge dem til det, og som sagt tidligere kan vi heller ikke kontakte tannhelsetjenesten. Vi har fra egne erfaringer sett at pasienter på institusjoner selv har ment at de ikke har trengt hjelp, men når tannpleier eller tannlege uansett har vært på huset har de kanskje fått sjekekt munnhulen allikavell. En slik mulighet finnes ikke i hjemmesykepleien, og selv om vi prøver å lede brukeren/pasienten i den retningen er det ikke sikkert at den selv vil. Kunne det kanskje vært en mulighet for at den offentlige tannhelsetjenesten tok hjemmebesøk i hjemmesykepleien slik som den gjør på institusjoner som sykehjem o.l.? Vi har selv tenkt på dette spørsmålet, og ser jo selv at det ville kanskje vært veldig vanskelig, men at det hadde hjulpet med den utfordringen vi møter i forhold til tannhelse hjemme hos brukerne.

Travelbee(2001, S. 135-40) beskriver kommunikasjon som en prosess som gjør at sykepleieren i stand til å etablere et menneske til menneske forhold. Det identifiseres 3 deler av prosessen, **hvor man skal lære den syke å kjenne, fastlå og ivareta den sykespleiebehov**, og til slutt **oppfylle sykepleiens mål og hensikt**. Men hva gjør man når dette ikke lar seg gjøre, når brukeren/pasienten ikke vil slippe deg innpå seg. Hvordan skal man da møte utfordringen med å uttøve god sykepleie? Som Travelbee

sier må man jo først og fremst lære seg personen å kjenne, men ut i fra erfaring fra tidligere situasjoner er ikke dette alltid lett. Men la oss si at dette fungerte hver gang, at man faktisk fikk blitt kjent med brukeren/pasienten hver gang. Da ville man ikke heller møte på problemer med å fastslå og ivareta sykepleiebehovet, eller oppfylle målet og hensikten som sykepleier. Man ville uten problem kunne hatt opplæring på brukeren innenfor tannhelse og oral hygiene, og begge parter ville følt en viss form for seier hver dag. Men som sagt, dette er ikke alltid like lett, og det er da man må se på andre måter å tilnærme seg situasjoner på, man må kunne møte utfordringene på en profesjonell og løsningsorientert måte. Fagfolk kan forebygge kommunikasjonsproblemer ved å være tydelig og formidle sine forventinger til den andre, både når det gjelder vår egen rolle, og den andre sin rolle. (Røknes & Hansen, 2008, s. 244). Men som sagt er ikke dette alltid tilfellet, det kommer situasjoner der man står rådløs og vet ikke riktig hva man kan gjøre eller ikke gjøre. Man kan møte utfordringer som gjør at brukeren/pasienten bestemmer seg for at den ikke er mottakelig for hjelp, og du kan ikke tvinge den personen forandre mening. Blir konsekvensen da at du har feilet som sykepleier? Du har ikke nødvendigvis feilet, men konsekvensen blir dermed at brukeren/pasienten mest sannsynlig vil få redusert tannhelse, og kan få orale problemer. Selv om personer i hjemmesykepleien har **rett til tannhelsehjelp §2-1** (Lovdata, 2015) betyr det som man ser her ikke nødvendigvis at de vil benytte seg av den. Og dette er det dessverre ikke noe vi som sykepleiere i en slik situasjon kan gjøre noe med.

Roth & Creason, (Gjengitt av Flovik, 2005, s.50) forteller at det er også en del psykososiale plager med dårlig munnhygiene Det viser seg også at det er ikke alltid det å kommunisere med en person er noe som faller naturlig for den man prater med, kanskje er det ting som hindrer personen i å ville føre en samtale med deg, dette kan være alt fra stomatitt, karies, gingivitt, periodontitt og xerostomi (Flovik 2005, s. 47-54). Disse tilstandene kan gjøre at personen du prøver å hjelpe trekker seg unna, grunnen til dette kan være alt fra smerte til dårlig ånde. I et reit sosialt perspektiv vil jo ikke det med dårlig ånde være farlig i den forstand, men det vil jo kunne være veldig sjenerende for personen det gjelder. Det sies i litteraturen at fagfolk kan forebygge kommunikasjonsproblemer ved å være tydelig og formidle sine forventinger til den andre, både når det gjelder vår egen rolle, og den andre sin rolle(Røknes & Hansen, 2008, s. 244). Men hva ligger det i dette? Ut i fra egne erfaringer i forhold til tannhelse med eldre var det et bra virkemiddel bare det å føre en samtale om hvordan ting var eller ikke, det at personen vi førte samtale med ikke svarte speiselt ofte, dette grunnet dårlig ånde og dårlige tenner som han ikke ville vise, var ikke så farlig. Han viste sin forståelse med nikk og håndbevegelser. Så er det ikke slik at selv om det ligger hinder i veien for kommunikasjon vil man kunne overkomme dette med gode sykepleierløsninger? Ut i fra egne erfaringer vil dette være mulig, men dette er ikke en selvfølgelighet, for alle personer man møter vil være forskjellige.

Fagpersonens viktigste oppgave er å forholde seg sånn at han eller hun fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring eller bedret funksjon hos den andre. Dette for å bygge relasjoner til brukeren/pasienten man jobber med, og for å kunne hjelpe personen til å kanskje kunne bedre sin egen tilværelse. I vårt tilfelle vil jo det å kunne mestre eget tannstell, eller kunne hjelpe til bedre tyggefunksjon være noe vi bør se på her. For hva gjør at man bygger relasjoner med den man jobber med, og hvordan lar dette seg gjøre i praksis? Det sies i teorien at det er tre ting som er gjeldende, det er værenmåte, empati og annerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19, 180, 191). Så hvordan gjøre dette i forhold til vår problemstilling, vi har jo kommet inn på det at det er jo ikke alltid like lett å få forklart brukeren/pasienten hvor man vil hen med det man gjør, og det er heller ikke alltid like lett å nå inn til personen. Så er væremåten en viktig faktor? Ja vi mener den er det, for hvis man kommer inn til en person med en holdning som viser at man egentlig ikke vil være der, eller at man utstråler at dette er lett for alle, og dette bør alle kunne, da vil man ikke kunne oppnå den nærheten og kontakten med den andre parten, mye grunnet det faktum at personen mest sannsynlig ikke blir å kunne ta deg alvorlig, eller i det hele tatt stole på deg. Dette har vi sett eksempel på i tidligere praksis på sykehus, det var en hjelpepleier som behandlet en av pasientene som et kjøttsykke under stellet, og dette resulterte i at pasienten ba om å få snakke med avdelingssykepleier, og ga beskjed om at hun ville ikke ha noe med denne hjelpepleieren å gjøre, for hun stolte rett og slett ikke på hennes ferdigheter. Det neste punktet for å kunne oppnå og relasjon er empati. Her mener vi egentlig at en person uten empati vil mest sannsynlig ikke kunne fungere som sykepleier i det lange løp, så vi mener dette er et særdeles viktig punkt. Hvis en person klager på store smerter i munnhule, og man som sykepleier bare avfeier dette som ubetydelig klaging, og at det er unødvendig tidsbruk og i det hele tatt sjekke dette, da viser man lite empati i forhold til sin rolle som sykepleier. Så hvordan, og hvorfor er empati viktig? Jo for hvis en person føler at det blir møtt med medmenneskelighet i forhold til sine plager, og at personen som hjelper til, i dette tilfellet oss som sykepleiere trøster og hjelper til vil dette være med på å vise til personen at du er et menneke som brukeren/pasienten kan stole på fremover. Du vil bygge en tillit som er viktig i forhold til empati, og som er viktig å opprettholde. I teorien sies det at tillit er sårbar, og at dette er noe vi som sykepleiere streber etter å oppnå (Helseth & Nordtvedt 2002, s. 245-247). Men vi tror at når man først viser empati og forståelse for brukerens/pasientens plager og sykdom vil dette være lettere å opprettholde. Hvis man først bryter denne tilliten, eller at man aldri oppnår den ved og ikke vise empati vil man kanskje kunne havne i samme situasjon som den hjelpepleieren som ble tatt opp tidligere i teksten. Og dette er jo selvfølgelig ikke ønskelig. Den siste tingen for å oppnå gode relasjoner er annerkjennelse. Men hva er annerkjennelse egentlig, og er det i det hele tatt viktig i forhold til relasjoner, og i forhold til vår problemstilling? Slik vi ser det er det særdeles viktig. For hvis man som sykepleiere skal kunne lære en person om tannstell og tannhygiene, eller at man skal

kunne hjelpe personer med det, ja da må man også kunne gi en klapp på ryggen eller skryt til vedkommende når det faktisk blir gjort. Det å få anerkjennelse er like viktig for voksne som for barn. For en av våre store utfordringer i forhold til tannhelse i hjemmesykepleien er at brukerne/pasientene ofte mener at tannstell er noe de vil gjøre selv, eller at de trenger ikke noe opplæring i det, selv om tennerne deres er dårlige. Som de sier selv, de bor tross alt enda hjemme, og ikke på et sykehjem. Så de vil gjøre disse tingene selv, kanskje dette er for å opprettholde en viss form for kontroll, og de vil kanskje ikke at vi skal blande oss opp i dette. Men fra tidligere erfaringer ser vi faktisk at hvis brukerne/pasientene lar oss hjelpe til med det vi kan vil ofte ting bli bedre, dette kan være i alt, men i disse tilfellene er det tannstell og oral hygiene det er snakk om. Vi har sett at hvis vi gir litt tips og triks, og etter en stund kommer tilbake og gir gode tilbakemeldinger vil ofte personen som får tilbakemeldingene ha lyst til å fortsette med det gode arbeidet. Vi har sett at den lille anerkjennelsen vi gir kan bety veldig mye for noen. Men det skal også sies at det har vært tilfeller der vi har blitt om å være stille, og at vi ikke skal behandle de som barn. Men alt i alt tror vi at anerkjennelsen vil kunne være med på å gjøre det lettere for både bruker/pasient og sykepleier i det lange løp, for det vil kunne være med på å lage gode relasjoner som kan være grunnlaget for en plattform til læring i tidene fremover. Dette støttes også opp av teori vi tidligere har vist til (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19, 180, 191).

For at brukere/pasienter i hjemmesykepleien skal kunne evalueres i forhold til tannhelse har vi et skjema som heter iplos, dette er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunale og statlige myndigheter, og det går også inn på om pasienten/brukeren har blitt vurdert av tannhelse personell (Helsedirektoratet, 2015). Dette er et nyttig verktøy for alle instanser og innenfor hjemmesykepleien for å se hva som er blitt gjort, tilbudt utført og lignende. Dette er vell og bra, og i forhold til alle andre kroppslige og psykiske plager dekker dette iplos skjemaet veldig godt hva som er gjort eller bør gjøres. Det vi ser på er at det dekker ikke godt nok innenfor tannhelse, det står ingenting i iplos om tannhelse status til brukeren i hjemmesykepleien. Det er ingen pekepinne på hva som er utført innenfor oral helse, bortsett fra det faktum at de har eller ikke har blitt sjekket av tannhelse personell. I hjemmesykepleiepraksisen hadde vi forbedringsarbeid i tannhelse, og vi tok da opp dette som en mulig forbedring i iplos skjemaet, altså at det kunne stå noe om tannhelse status, slik at dette kunne bli oppdatert for hver gang man gikk gjennom skjemaet med brukeren. For ville ikke det kunne være med på å bedre tannhelse hos den generelle bruker/pasient hvis de fikk fast oppfølging på det? Vi pratet også om at dette va noe som kunne bli innarbeidet i personenes individuelle plan, slik at det kunne blitt sikret at de fikk et godt utarbeidet opplegg som både gikk på de tverrtjenestelige ting som blir gjort, men også tverretatlig, altså samarbeidet mellom sykepleie og tannhelsetjenestene (Helsedirektoratet, 2015). Ville man ikke da kunne fjernet den ubehageligheten som skaper en utfordring for sykepleierne i forhold til det å måtte be en bruker/pasient om å kanskje

få se eller sjekket munnhulen deres? Og ville det kanskje ikke kunne være med på å fjerne den psykiske hindringen for brukeren/pasienten hvis den hadde problemer med å spørre om hjelp? Jo vi tror at det kunne vært med på å fjerne utfordringer for både sykepleier og personen som mottar hjemmesykepleiens tjenester. Dette støttes opp under av Flovik som skriver dette: Munnhygiene har vært, og er fortsatt i stor grad en av oppgavene til sykepleierne som er lite prestisjefyllt og som ofte blir glemt eller forsømt. Pasientene lider ofte under inadekvate eller ikke eksisterende munnstellprosedyrer (Flovik, 2005, s. 21). Slik vi ser det vil det være vanskelig å oppnå helsedirektorates målsetninger på individ nivå slik den er presentert i teorien uten en slik forandring i iplos (Helsedirektoratet, 2000).

Men vil disse målsetninge på individ nivå være mulig å nå? Slik vi har sett det vil det være særdeles vanskelig å kunne nå dette i hjemmesykepleien, for hva kan vi gjøre, vi kan ikke tvinge som sagt tidligere, vi er i deres hjem, og kan ikke fortelle dem hvordan de skal leve sitt eget liv, så er dette i det hele tatt et oppnåelig mål? Vi føler at målet er godt, men også litt vanskelig å oppnå. Dette for at noen av dem vi jobber med ikke vil, men også for at noen av brukerne i hjemmesykepleien er demente, og det er ikke lett å kunne hjelpe dem i forhold til tannhygiene når de ikke helt husker hvorfor de skal gjøre det. Eldre demente personer står i fare for dårlig tannhygiene, og dette gjør det vanskelig å nå målene Helsedirektoratet har satt for enkeltindivid. Dette støttes også opp av annen forskning (Syrjälä et al., 2010).

Lov om **helsepersonell §. 4 – forsvarlighet**. Denne loven tar opp det at vi som sykepleiere skal utføre arbeidet vårs forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp. Det sies også at vi skal innhente bistand eller henvise brukeren/pasienten til den rette etaten for dens problem hvis det må til (Lovdata, 2015). Men er dette alltid mulig for oss som sykepleiere? Vi mener at denne loven ikke alltid kan følges til punkt og prikke i og med at vi ikkve alltid vet hvordan tannhelse statusen til personen vi jobber med er. Vi kan ikke ta for gitt at personen har gode tenner, men vi kan ikke vite uten å spørre. Og selv om vi spør vil det ikke si at vi får et ærlig svar, for som tidligere nevnt er det ikke sikkert personen mener vi har noe med det å gjøre. Det eneste vi da kan gjøre er å henvise til **Tannhelsetjeneste loven §, 1-3**, den sier blant annet at alle som mottar hjemme tjenester i mer en 3 måneder har rett til gratis tannhelesetjeneste uten å betale egenandel (Helsedirektoratet, 2014). Og det er egentlig det vi kan gjøre i slike situasjoner, og vi mener selv at dette ikke er godt nok. For kanskje kommer dagen da det ting har gått skikkelig galt grunnet dårlig tannhelse, og da vil man kanskje som sykepleier sitte igjen med tanken om at man ikke gjorde nok. Er det etisk rett å alltid følge de lover som er satt? Vi mener dette kan være diskutabelt, men det finnes uheldigvis ingen fasit svar på det, det vil alltid komme situasjoner der du mener i ettertid at du burde gjort ting annerledes, men du kunne ikke det grunnet de lover som er satt. I teorien sies det at etiske problemstillinger en sykepleier kan møte kan være at

du må velge en handling framfor en annen, eller prioriterer en verdi framfor en annen (Nortvedt, 2012, s. 123). Og dette kan som vi tar opp her by på problemer, men noen ganger må det bare bli som det blir.

Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien(Fjæra, Willumsen & Eide, 2010). Vi mener det som gjør denne studien relevant for oss er at den faktisk tar opp brukere/pasienter som er i hjemmesykepleien. Den tar opp de utfordringer som det møter i forhold til det med nedsatt tannhelse, og den sier noe om eventuelle vanskeligheter med å komme seg til å fra tannlegen uten å være avhengig av andre til dette. For ville det ikke vært bedre for både brukere og personell dersom vi hadde mer kunnskap, slik at vi kunne hjulpet bedre hvis det skulle være et oral problem. Og kanskje til og med brukerne ville stolt mere på oss, og betrodd seg til oss med deres orale problemer hvis de visste at vi hadde god lærdom innenfor emnet. Vi tror det kunne vært med på å gjøre en stor forandring hvis vi hadde hatt mere systematisk trening innenfor tannhygiene og oral helse, og det støtter denne forskningen opp under. Men det som kan tale imot for denne forskningen er at den tar kun opp personer som er i hjemmesykepleien i oslo, eller at de tar opp at hovedproblemet ligger i nedsatt førlighet i ekstremitetene. Vi mener jo at det kan ligge mange andre problemer til grunne for hva som kan være årsaken til dårlig tannhygiene og oral helse, som for eksempel det at de ikke vet om sine egne rettigheter i forhold til tannhelse sjekk, eller at de rett og slett ikke tørr å spørre. Men alt i alt mener vi at denne forskningen viser godt til de utfordringer man møter som sykepleier i hjemmesykepleien.

The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study (Niesten, Mourik & Sanden, 2013). Vi mener denne studien er relevant for oss I og med at den tar opp personer som er I skrøpelig form, og som trenger rettledning og hjelp, men også at det noen ganger er et misstillitsforhold mellom bruker/pasient og sykepleier. Så vi mener denne studien viser veldig godt de utfordringer man kan møte som sykepleier i hjemmesykepleie situasjoner. Men hva kan man gjøre når ting blir som dette? Vi mener at med rett kursing for sykepleiere vil kanskje ikke dette misstillitsforholdet være en stor sak lengre, og man ville kanskje kunne hjelpe mer til hos de som ikke drar til tannlegen for de mener de ikke får noe som har en umiddelbar virkning. Man ville kanskje kunne forhindret at situasjoner gikk så langt som at personer sluttet med tannhygiene de følte at det å få på buksa var viktigere, eller at man nedprioriterte tannstell grunnet dårlig tid. Studien sier at noen opprettholdt god tannhygiene for å beholde en god selvfølelse, så ville det ikke da vært flott om vi kunne fått flere til å få den innstillingen? Jo det mener vi ville både vært flott, og vi tror det også ville vært hensiktsmessig, for det ville vært en ekstra grunn til å ha kursing for oss som sykepleiere, og den generelle livskvaliteten til personer kunne blitt bedre.

Oral health-related quality of life in older Swedish people with pain problems Hall-Lord & Östberg, 2011). Vi tok denne studien da den viser til samspillet mellom nedsatt livskvalitet og smerter i munnhule. Vi vet selv fra tidligere praksis der vi hadde en pasient som ikke kunne prate grunnet gingivitt. Vi prøvde på beste måte å hjelpe personen, men vi hadde værken erfaring eller kunnskapen til å hjelpe denne personen. Hadde vi kunnet hjelpe personen hadde vi hatt kunnskap om det? Jo, slik vi ser det ville vi kune gjort det, kanskje ikke de største og mest utslagsgivende ting, men vi skulle nok kunne hjulpet litt hvertfall. Det var ut i fra dette eksempelet i praksis at vi så at det å ha dårlig tannhelse vil kunne begrense livskvaliteten. Og det støtter denne forskningen opp under. Den viser til at personer over 80 med dårlig tannhelse også melder om lav livskvalitet. Bare halvparten kunne tygge maten sin uten problemer, og hvis man setter seg selv i den situasjonen forstår man at dette vil være utslagsgivende i forhold til hvordan du opplever din egen hverdag. Så hva er mulighetene, hva kan man gjøre for å bedre disse menneskenes hverdag? Det kan vi dessverre ikke gi noe konkret svar på, men vi mener og tror at trening innenfor oral helse for oss som sykepleiere, og med opplæring innenfor tannstell og oral hygiene for pasientene/brukerne vil man kunne fjerne noen av problemene, og man vil kanskje kunne være med på å øke livskvaliteten til disse personene.

Cognitive function and oral health- related of quality of life in older adults (Lee & Plassman 2013). Vi tok med denne studien da vi jobber med en del demente personer i hjemmesykepleien. Det som er forskjellen på hjemmesykepleien og en institusjon er at i hjemmesykepleien er det som oftest bare begynnende demente personer, og de klarer seg til dels godt selv i hjemmet, mens i sykehjem situasjon er det som oftest et større demensbilde. Men studien her viser at det er som oftest de som er begynnende dement som har dårlig tannhelse. Dette er en styrke i denne studien for oss, for når vi vet dette vet vi også hvilke personer som mest sannsynlig trenger hjelp i forhold til tannhelse, og dette vet vi uten og nødvendigvis trengte å spørre de om det. Studien tar for seg flest friske mennesker, og færre av demente enn friske, men dette ser vi ikke på som et problem da de kan vise til korekte resultater. Men hvordan kan vi ta dette med i yrkeslivet? Vi mener at når man vet hvordan gruppe som er dårligst vil det også være lettere å kunne hjelpe dem, men i og med at man må følge de retningslinjer innenfor lovværk som er satt for oss som sykepleiere kan vi jo ikke bare gå inn i munnhulen til de vi vet mest sannsynlig har dårlig tannhelse. Og her igjen kommer dette med i plos inn, hadde man hatt konkrete parametere å gå etter ville arbeidet vårt som sykepleiere blitt en del lettere, og man ville fått fjerne en ubehagelig utfordring i samme slengen, da mener vi at utfordringen er i form av det å kanskje måtte stille ubehagelige spørsmål om tannhelse til en person som enda ikke har lært seg å stole på deg.

5.0 – Egen vurdering av oppgave

Styrke

Vi ser det på som en styrke at vi forskningen vår er ny, den eldste er 5 år gammel. Vi anser forskningene vi valgte ut av alle vi har lest, som gode med høy relevanse for oppgavens formål. De sykdommene vi valgte å ta med i teorien, er de som omfatter flest antall mennesker. Vi føler også at vi presenterer saklig litteratur, har gjennomgått ledende føringer og lover som er styrende. Vi har også erfaring fra hjemmesykepleien, hvor vi var sammen på en praksis og en av oss hadde i tillegg fordypning i hjemmesykepleien, slik at dette har gitt en grunnleggende forståelse på hvordan hjemmesykepleien fungerer.

Svakheter

Vi har valgt å begrense oss på flere ting. Vi valgte å ta 4 forskninger, selv om vi hadde etter rettningslinjene muligheter til å ta med flere. Noen av forskningene er også på engelsk, som ikke er vårt morsmål som kan gjøre det mulig for oss å mistolke/misforstå resultatet forskerne presenterer. Når det kommer til munnlidelser er det mange flere problemer enn de 5 vi valgte å ta med, slik at dette ikke dekker hele spekteret for munnhelse/oralhelse.

Søkeprosessen hadde vi avsatt fast tid, slik at den ikke varte mer enn 1 uke. I ettertid kunne vi ha avsatt mer tid, slik at vi kunne økt antall artikler vi kunne lest igjennom og mulig funnet bedre artikler. Vi kunne også brukt flere søkeord enn dem vi valgte.

6.0 – Konklusjon

God kommunikasjon mellom bruker og sykepleier er selve fundamentet for et godt relasjonsforhold som kan være med å sikre god tannhelse/oralhelse gjennom samarbeid med dem. Lovverket og føringer som er fastsatt, blir til dels ikke fulgt opp godt nok opp i hjemmesykepleien. Bedre tverrfaglig ordninger kan være med på å fremme en bedre tannhelse/oralhelse hos den enkelte bruker, slikt som besøk av tannlegen i hjemmet. Brukerene må også sees helhetlig, og man må også se hvilke andre sykdommer som berører de, slik som skrøpelig og demens. Sykepleieren har et klart ansvar for tilrettelegging og det å hjelpe disse gruppene, slik at de får møtt kravene til en god tannhelse/oralhelse på en best mulig måte. Økt kunnskapsnivå blant sykepleierne vil mulig være det mest effektive forebyggende tiltaket, da problemer i munn kan taes tak i tidlig og bespare både brukerne og helsenorge for mange kostnader, som resulteter i en glad og funksjonell munn.

De utfordringer vi som sykepleiere møter i møte med tannhelse er mange, og det vi ser i vår oppgave er blant annet at sykepleiere har for lite kunnskap innenfor emnet, vi trenger rett og slett mere kursing. Men det viser seg også at en av grunnene til at vi møter utfordringer i møte med tannhelse er at mange av brukerne/pasientene er i så dårlig form at de rett og slett ikke klarer å utføre tannstell, og dermed klarer de heller ikke å opprettholde god tannhygiene. Tillit viser seg også å være en faktor, for en av de største utfordringene vi har som sykepleiere i hjemmesykepleien er at det er ikke alltid tid til å bygge opp et godt tillitsforhold med brukeren, og da vil det være vanskelig å kunne hjelpe til med noe så personlig som munnhulen

Referanseliste

- Bjørk, I. T., Helseth, S., & Nortvedt (red.), F. (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T., Helseth, S., & Nortvedt (red.), F. (2002). Om tillit. I S. Helseth, & F. Nortvedt, *Møte mellom pasient og sykepleier* (ss. 245-247). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fjæra Brit, Willumsen Tiril, Eide Hilde. 2010. *Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien*.
DOI:10.4220/sykepleienf.2010.0065. <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell - Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet, (1999) - Tenner for livet. (1999). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf>
- Helsedirektoratet, (2014) - TannhelsetjenesteLoven. (2014, 12 16). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/lover/tannhelsetjenesteloven>
- Helsedirektoratet, (2015) - Individuell plan. (2015, 3 16). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/individuell-plan-rehabilitering-og-habilitering/individuell-plan>
- Helsedirektoratet, (2015) - Ofte stilte spørsmål og svar om IPLOS-registrering. (2015, 01 15). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/vurdert-av-lege-eller-tannhelsepersonell>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (2008). *(1)Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (2008). Den gamle pasienten. I A. Hysten Ranhoff, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 76). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (2008). Eldre omsorg i hjemmesykepleien. I T. Fermann, & G. Næss, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 204). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I T. I. Romøren, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 31-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (2008). Munnhelse. I H. Samson, & G. Vesterhus Strand, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 267). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsenteret (2015). (2015, 03 20). www.kunnskapsenteret.no. Hentet fra <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lee Hee, Kyung, Wu Bei, Plassman, Brenda L. 2013. *Cognitive function and oral health-related quality of life in older adults*. DOI: 10.1111/jgs.12402. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028360

Lovdata, (1983) - § 2.1 - Rett til tannhelsehjelp. (1983, 06 03). www.lovdata.no. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Lovdata, (1997) - § 4. - Forsvarlighet. (1997, 07 02). www.lovdata.no. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Lovdata, (1999) - § 21. Taushetsplikt og opplysningsrett. (1999, 07 02). [www.Lovdata.no](http://www.lovdata.no). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Lovdata, (2003) - §.4 Helsepersonelloven. (2003). [www.Lovdata.no](http://www.lovdata.no). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Lyshol, H., & Biehl, A. (2009, 5). *Folkehelse instituttet - Tannhelsestatus i Norge - En oppsummering av eksisterende kunnskaper*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/51a1b32cf8.pdf>

Niessen Dominique, Mourik van Krista, Sanden Wil van der, 2013. *The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study*. doi:10.1186/1472-6831-13-61, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24175989>

Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller Briste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Syrjälä, Anna-Maija Hannele, Ylöstalo, Pekka, Ruoppi Piia, Komulainen Kaija,

Hartikainen Sirpa, Sulkava Raimo, Knuutila Matti. 2010. *Dementia and oral health among subjects aged 75 years and older*. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2010.00396.x.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2010.00396.x/full>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleiere*. Oslo / Pennsylvania USA: Gyldendal Akademisk / F.A. Davies.

World Health Organisation - Definition of an older or elderly person. (2015, 04 28). www.who.int.

Hentet fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferreira, J., (2008). *Sykepleie og Oralhelse – Guide til et godt munnhostell ho pasienter med funksjonsvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Östberg, Anna Lena Hall-Lord, Marie Louise. 2011. ***Oral health related quality of life in older Swedish people with painproblems***. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00857.x.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00857.x/epdf>

Vedlegg - 1

ORD	PUBMED	SWEMED	Sykepleien.no	Bibsys
Oral		1860	30	395 497
Health		30562		6 535 897
Homecare		25965		8631
Eldery		12217		203 528
Tannhelse		21	11	
Hjemme sykepleie		15	75	
Kombinasjoner:				
Oral+Health	34688	668		74 653
Homecare + oral	10	2		
Eldery+homecare oral		8		
Hjemmesykepleien + Tannhelse		1	6	
Oral + health+Quality of life		12 (Avgrensing engelsk og artikkel)		3132 (Avgrensing 2011-2015, artikler)
Oral + Health + Quality of Life + Homecare		0		847 (Avgrensing 2011-2015, artikler)
Quality of life		507- Avgrensing : Engelsk + artikkel)		
Oral quality of life		15 - (Avgrensing : Engelsk + artikkel)		