

KANDIDAT

25

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	18.03.2020 12:00
Sluttid	02.04.2020 12:00
Sensurfrist	26.04.2020 23:59
PDF opprettet	11.06.2020 09:33
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

1 Innlevering bacheloroppgave

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 27.04.2020.

Administrativ ansvarlig for eksamen:

Heidi Herseth, heidi.herseth@vid.no



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgave i sykepleie-2.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

318.68 KB

Opplastingstidspunkt:

13.04.2020 23:53

Status:

Lagret

Besvart.

Obligatorisk erklæring- Bacheloroppgave**Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:**

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Jeg erklærer å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

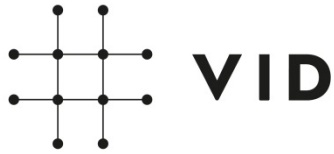
Skriv inn ja eller nei

Fyll inn antall ord (besvarelsen):

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i VID vitenskapelige høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN) under mitt navn

Skriv inn ja eller nei

Besvart.



Det viktige munnstellet

Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre munnhelse for den eldre
hjemmeboende pasient?

The vital oral care

How can nurses contribute to better oral health for the elderly resident
patient?

Kandidatnummer: 25

VID vitenskapelige høyskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 2017

Antall ord: 9819

Dato 14.04.2020

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted,
først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.

Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en

Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han
– men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa
hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.

Søren Kierkegaard (1813 – 55), (gjengitt av Pedersen, 2007).

Sammendrag

Studier viser et stort forbedringspotensial av munnhelsen hos den eldre hjemmeboende pasient. Jeg ønsket derfor å utforske nærmere hvordan man som sykepleiere kan bidra til å bedre munnhelsen for denne pasientgruppen. Oppgaven er en litteraturstudie som baseres på fem forskningsartikler, med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Gjennom studier, faglitteratur og egenerfaring, beskrives utfordringer som sykepleiere møter når det gjelder pasientens munnhelse.

Å møte pasienten i deres eget hjem, gjør relasjon og tillit ekstra viktig for å kunne oppnå gode og helsenyttige sykepleietiltak. Oppgavens funn viser at sykepleieres utfordringer kan knyttes til utilstrekkelig kunnskap, dårlig opplæring i munnstell, samt å komme i posisjon til å utøve munnstellet. Gjennom teori og praksis ønsker jeg derfor å belyse hvordan sykepleiere kan bidra for å bedre munnhelsen til den eldre hjemmeboende pasient, og håper dette kan være med på å gjøre en forskjell som er til pasientens beste.

Nøkkelord: Munnhelse, eldre hjemmeboende, kunnskap, tillit, relasjon og holdninger

Abstract

Studies show a great potential for improvement in the oral health of the elderly resident patient. I therefore wanted to explore in more detail how, as nurses, one can contribute to improving the oral health of this patient group. The thesis is a literature study based on five research articles, with both quantitative and qualitative approaches. Through studies, professional literature and personal experience, the challenges that nurses face when it comes to the patient's oral health are described.

Meeting the patient in their own home makes relationship and trust extra important in order to achieve good and healthy nursing care. The findings of the thesis show that nurses' challenges can be linked to insufficient knowledge, poor training in oral care, and to be in a position to exercise the oral care. Through theory and practice, I therefore want to elucidate how nurses can help improve the oral health of the elderly resident patient, and hope this can help to make a difference that is in the best interests of the patient.

Keywords: Oral health, elderly resident patient, knowledge, trust, relationship and attitude

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Presiseringer og avgrensninger.....	7
1.4 Oppgavens disposisjon.....	8
2 Metode	9
2.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode.....	9
2.2 Kildekritikk	12
3 Teori	13
3.1 Den eldre pasienten og munnhelse	13
3.2 Aldersforandringer og vanlige problemer i munnhulen.....	14
3.3 Sykepleierfagligperspektiv - Kommunikasjon, relasjon og tillitt.....	16
3.4 Hjemmesykepleien.....	18
3.5 Lovverk, retningslinjer og etikk	19
4 Resultat	21
4.1 Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien.....	21
4.2 Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study.....	22
4.3 Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients	22
4.4 The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study	23
4.5 Munnstell når livet er på hell.....	24
5 Drøfting.....	26
5.1 Den helhetlige tilnærmingen – Relasjon, kommunikasjon og tillit.....	28
5.2 Observasjoner og vurderinger av munnhelse -Kunnskap, informasjon og holdninger	30
5.3 Planlegging og gjennomføring av tiltak – sykepleiers ansvar og plikt.....	32
5.4 Evaluere og dokumentere effekt.....	35
6 Konklusjon.....	38
7 Litteraturliste.....	39

1 Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan sykepleieren kan bidra til å bedre munnhelsen til den eldre hjemmeboende. Det er kjent at det er mange eldre som har behov for jevnlig hjemmesykepleietjenester og andelen eldre øker jevnlig. Det finnes eldre hjemmeboende som har økende behov for jevnlig individuell kartlegging og vurdering, noe som gir behov for gode rutiner, verktøy og sykepleiekompetanse (Fermann og Næss, 2015, s. 238).

1.1 Bakgrunn

Mitt mål og hensikt med denne bacheloroppgaven er å sette fokus på hvordan man som sykepleiere kan bidra til å bedre pasientens munnhelse i sitt eget hjem og se nødvendigheten av slike sykepleietiltak. Munnhulen er et sensitivt og viktig organ for oss mennesker, både fysisk og psykisk. Vi bruker munnen til å uttrykke oss både verbalt og non verbalt, vi spiser, snakker, smiler og ler (Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008).

Temaet munnhelse i hjemmesykepleien, viser seg etter søk å ha lite forskning bak seg i forhold til andre temaer som også kan knyttets opp mot generelt pasientstell og hygiene. Ut ifra hva jeg fant i søk, var det også lite forskning innenfor konkretet oppfølgingsrutiner og tiltak for sykepleiere, i forhold til tannhelse i hjemmesykepleien. Fermann og Næss (2015), forteller også om lite forskning på tiltak for å opprettholde funksjonsnivå hos den eldre i hjemmesykepleien (s.238). Ifølge «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (Norsk Sykepleierforbund, 2011) er sykepleierens fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Innenfor grunnleggende pleie anses det som uforsvarlig å unnlate å vise omsorg (Helsepersonelloven, 2019).

For meg er dette et tankekors, da munnhelse også er en del av sykepleien. Med grunnlag i dette, så bør munnstell være en vel så viktig og naturlig sykepleieoppgave som ernæringsfokus, sårskift eller administrering av medikamenter. Mange eldre har et redusert immunforsvar, og for dem kan dårlig munnhygiene være livstruende da bakterier i munnhulen kan ende opp i luftveiene eller i blodbanen, og gi opphav til for eksempel pneumoni, sepsis og endokarditt (Samson & Strand, 2015, s. 318). Det å utføre nødvendige tiltak for å ivareta pasientens helse, og alltid gjøre det som er til pasientens beste, er vår jobb som sykepleiere, og er implementert i velgjørhetsprinsippet (Brinchmann, 2017 s. 85). Tilpasset kommunikasjon og kunnskap kan kanskje være med å bidra til forebygging av dårlig munnhelse og potensielt sykdomsfremkallende tilstander hos den eldre pasient. Min erfaring så langt, er at munnhygiene ofte glemmes eller nedprioriteres i det kliniske arbeidet som helsepersonell, dette bekreftes også av tverrsnittstudiet *Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien* (Fjæra, Willumsen og Eide, 2010). Ved å hjelpe den eldre hjemmeboende til god munnhelse, kan det også tenkes det bidrar til økt velvære og mestring i den Eldres hverdag. Jeg tenker det er viktig at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen om temaet og ser hvor helsebringende et godt munnstell kan være. Derfor ønsker jeg å belyse hvordan man som sykepleier kan bidra til å ivareta og bedre munnhelsen for den eldre hjemmeboende pasient.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre munnhelse hos den eldre hjemmeboende pasient?

1.3 Presiseringer og avgrensninger

Da de fleste pasienter som mottar hjemmesykepleietjenester er eldre mennesker, blir problemstillingen min avgrenset til å gjelde den eldre pasient. Jeg benytter WHO's definisjon av den eldre, som er alder av 75 år eller mer (Engedal, 2019). I oppgaven tar jeg for meg den eldre, med forutsetninger om at vedkommende er klar og orientert, og i stand til å utføre munnstell selv, helt eller delvis. På grunn av oppgavens størrelsesbegrensninger, velger jeg å ikke ta høyde for spesifikke diagnoser eller kjønn, da det ville gjort oppgaven for kompleks.

I oppgaven benyttes begrepet pasient, med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven §1.3 (2019), hvor en pasient defineres som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Pasienten vil også vekselvis omtales som den eldre.

Munnhelse brukes i oppgaven for å beskrive munnhulens tilstand, men er midlertidig knyttet til tennene eller selve festet av tennene. I oppgaven benyttes også begrepet oral helse, som omfatter tilstanden i hele munnhulen og inkluderer andre lidelser i munnen som skader på tenner og lidelser i slimhinner i munnhulen (Helsedirektoratet, 2011).

I oppgaveteksten henvises munnstell som en del av det personlige stedet, og oppgavens hovedfokus omhandler selve munnstellet med formål om å forebygge sykdomsutvikling og opprettholde god munnhelse.

Sykepleier defineres i oppgaven som en autorisert fagperson som utfører sykepleieoppgaver og er ansatt i hjemmesykepleietjenesten (Store medisinske leksikon, 2020).

Begrepene hjemmesykepleietjenesten og hjemmesykepleien, omtales i besvarelsen som de pleie- og omsorgstjenester som tilbys av kommunen til personer som bor utenfor helseinstitusjon, med andre ord, i eget hjem (Store medisinske leksikon, 2020).

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i syv kapitler, og er gjort etter IMRoD-modellen (Søk & Skriv, 2020). I innledningen blir temaet presentert og knyttet opp mot aktualiteten i Norge.

Metodekapitlet tar for seg hvilken metode som er brukt, litteratursøk og hvordan kildene er funnet, samt kildekritikk. I teorikapitlet blir relevant teori beskrevet, etterfulgt av resultatkapitlet hvor benyttede forskningsartikler blir oppsummert. I drøftingskapitlet vil teori og forskning bli benyttet for å besvare oppgavens problemstilling, supplert med egenerfart kunnskap. Det sjette kapitlet vil inneholde en konklusjon, som tar for seg hvordan problemstillingen har blitt besvart. Det siste kapitlet inneholder litteraturlisten.

2 Metode

I dette kapitlet går jeg nærmere inn på den vitenskapsteoretiske tilnærmingen som benyttes i denne oppgaven. Metode beskriver hvordan man har gått fram for å finne litteratur og forskning (Thidemann, 2015, s.74). Deretter beskrives metoden som er brukt for å besvare problemstillingen, aktuell teori og forskning, etterfulgt av et kritisk syn på benyttet metode og funn.

2.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode

Litteraturstudie anvendes som metode i denne bacheloroppgaven. Ved å bruke denne metoden samlet jeg først systematisk inn litteratur, vurderte denne kritisk og gjennomførte deretter en relevant sammenfatning av funnene. For å best mulig besvare oppgavens problemstilling, valgte jeg å bruke kunnskap som har naturvitenskaplig og humanvitenskapelig bakgrunn, og kvantitativ forskning. Ved å knytte egen erfaringsbasert kunnskap opp mot teori og forskning, vil jeg tro dette gav et bredt og variert perspektiv på relevante temaer, og det kunne være med på å gi oppgaven særpreg.

Jeg benyttet meg også av skolens pensumbøker, forskningsartikler, samt relevant lovverk og forskrifter som jeg beskriver nærmere i dette kapitlet. Da jeg startet søk av aktuell litteratur, startet jeg med en søkeordliste, både på engelsk og norsk.

Søk etter forskningsartikler

Det er tatt i bruk pensumlitteratur som jeg hadde selv og som var tilgjengelig på skolens bibliotek. Ved internettsøk anvendte jeg anerkjente søkedatabaser som CINAHL, PubMed, SweMed og substituere med Google Scholar. Ved å benytte flere søkedatabaser ville jeg kunne få brede og gode søk, som forhåpentligvis ville gi grunnlag for å styrke min besvarelse.

Jeg satte opp en liste over forskjellige nøkkelord, både på norske og engelske. MeSH ble brukt for å finne relevante ord og uttrykk på engelsk, som gav meg en så korrekt oversettelse som mulig til emner jeg var på jakt etter. Disse ordene ble deretter benyttet i søk og i ulike kombinasjoner for å spisse søkene opp mot oppgavens problemstilling.

Norske søkeord: *Hjemmesykepleie, eldre pasient, munnhelse, munnhygiene, hjemmeboende pasient, oral helse, tannhelse, forebygge, forbedre.*

Engelske søkeord: *Home care nursing, elderly pasient, trust, oral hygiene, living alone, communication, empowerment, health promoting, aged, home bound elderly, home-based patient, oral health, improving, oral care, mouth health, preventive dentistry, preventive.*

Ved å kun benytte de overnevnte ordene enkeltvis eller sammen med et annet, ble søkeresultatene veldig brede og antall artikler lå gjerne på over 10 000. Jeg begynte derfor å forsøke meg fram ved å kombinere for eksempel «home care nursing» eller «home bound elderly», for å finne artikler som inneholdt det ene eller det andre begrepet. Det samme gjorde jeg for eksempel med «oral hygiene» og «oral health». Ved å kombinere disse søkeresultatene gikk resultatene ned fra ca. 10 000 til under 1000 treff. Ved å ytterligere tilføye «improving», ble søkeresultatet redusert til under 100 treff. Deretter leste jeg overskriftene til en del av artiklene som dermed gav meg et innblikk i studienes innhold. Det var mange treff som var knyttet opp mot diverse diagnoser eller tilstander, men de ble ikke videre undersøkt, da jeg ikke fant de relevant opp mot denne problemstillingens kontekst. De artikkeloverskriftene som fanget oppmerksomheten min, gikk jeg videre innpå og leste abstrakt og konklusjon. Dermed valgte jeg ut de artiklene som kunne knyttes opp mot oppgavens problemstilling, og som var fagfellevurdert ved søk via Oria. Et eksempel er studien *Improving oral health for older people in the home caresetting: An exploratory implementation study* (Lewis, Kitson & Harvey, 2016), som berører oppgavens problemstilling innenfor samme pasientgruppe, formål og kontekst

Pensum- og faglitteratur

Det finnes et stort antall aktuelle bøker som kan knyttes opp mot oppgavens tematikk. Jeg valgte derfor først å se gjennom skolens pensumlister, da dette er anerkjent og kvalitetssikret litteratur som er viktig for sykepleierutdannelsen. Jeg fant relevant litteratur innenfor geriatri, tillit, kommunikasjon og relasjon, hjemmesykepleie, klinisk sykepleie og patofysiologi. Jeg tok blant annet utgangspunkt i «Frisk – Cellebiologi, anatomi, fysiologi» og «Syk 1 -Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin», begge bøker forfattet av Vegard Bruun Wyller (2016). Disse bøkene er som nevnt sentrale i sykepleierutdannelsen og gir en kortfattet, men god beskrivelse av hvordan munnsykdommer kan oppstå og konsekvenser det kan medføre. Dette kommer jeg nærmere inn på i teorikapitlet. Jeg ønsker å framheve «Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den eldre pasienten» (Ranhoff et al., 2015) og «Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter» (Fjørtoft, 2016), som var to sentrale og viktige pensumbøker for oppgavens tematikk. Selv om det finnes mange sykepleieteoretikere som beskriver sykepleiers rolle, valgte jeg å bruke Virginia Henderson sin teori (Kirkevold, 2014). Dette med grunnlag i hennes beskrivelse av sykepleierrollen som gir et godt utgangspunkt til oppgavens problemstilling. De overnevnte bøkene gav meg et teoretisk grunnlag i min skriveprosess og ble derfor en stor del av min besvarelse, substituert med forskningsartikler funnet i internettsøk.

Erfaringsbasert kunnskap

Da jeg selv har jobbet deltid som sykepleierstudent i hjemmesykepleien, vil det i drøftingskapitlet komme noen egne erfaringer relatert til teori og funn i forskning. Denne kunnskapen brukes kun som et supplement i drøftingen, da det er vitenskapelig teori og forskning som veier tyngst gjennom oppgaven.

2.2 Kildekritikk

Når det gjaldt å innhente litteratur i form av bøker, så gikk dette delvis fint. Jeg hadde tilgang til enkelte pensumbøker i mitt eget hjem, men gitt at Norge i skrivende stund er i en ekstraordinær beredskapssituasjon på grunn av pandemien Covid-19, ble det noe utfordrende å hente ytterligere relevant primærlitteratur i skriveperioden (VID.no, 2020). Dette medførte i større grad bruk av elektroniske bibliotekløsninger, hvor tilgjengelige sekundære kilder ble benyttet. Vedrørende søkene etter forskningsartikler, kunne jeg vært mer strukturert i starten. Søkene startet veldig bredt innenfor tematikken, med håp om å finne noe konkret som kunne bygges videre på mot min problemstilling. Jeg oppdaget raskt at søkene måtte struktureres bedre. Dette ble gjort ved hjelp av en tabell hvor jeg beskrev kildetyper, databaser, nettsteder og relevante og sentrale nøkkelord (Thidemann, 2019, s. 57-59). Deretter utførte jeg søk av enkeltord, og prøvde meg fram med ulike kombinasjoner av enkeltord. Dette viste seg å bli en god løsning for meg for å innhente og filtrere aktuelle forskningsartikler og studier. Det ga også en god oversikt på hvilke sider og verktøy som ble benyttet gjennom skriveprosessen. Et par av kildene er eldre enn 10 år, men det viser seg at de fortsatt kan være aktuelle opp mot tematikken, og nyere studier har tatt utgangspunkt i disse også.

Jeg har lagt vekt på om kildene er pålitelige, ved å se nærmere på hvordan kildene har innhentet sin informasjon på, og om hvilken grad teorier og forskningsresultater beskriver min problemstilling. Samtidig har jeg søkt opp artiklene i søkedatabasen Oria for å få bekreftet om de er Fagfellevurderte artikler, som vil si at artikkelen er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske, anonyme eksperter innenfor fagfeltet (Utdanningsforskning, 2016).

3 Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori for oppgaven. Først beskrives den eldre pasient og munnhelse, etterfulgt av aldersforandringer og vanlige munnhuleproblemer.

Hjemmesykepleien blir deretter kort beskrevet. Avslutningsvis tar jeg for meg sykepleieteori, lovverk og retningslinjer som har et sykepleierfaglig perspektiv.

3.1 Den eldre pasienten og munnhelse

Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2015) beskriver at den eldre pasienten kan ha aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt, men ikke alle eldre har de tre fenomenene samtidig. Det finnes eldre personer som er skrøpelige, uten at de har kronisk sykdom eller funksjonssvikt, på samme måte som det finnes eldre med mange sykdommer, men er selvhjulpne og ikke skrøpelig (Ranhoff et al., 2015, s. 79). Niesten, Mourik & Sanden (2013) sin forskning viser at interessen for å ivareta munnhelse reduseres når skjørheten øker hos de eldre. Pasienter med kroniske smerter, lav moral eller store hemninger kan ha en redusert livskraft som kan gi tap av interesse for blant annet munnhelse. Pasienter med redusert fysisk funksjon, som for eksempel parkinson, artritt eller andre lammende sykdommer, bagatelliserte munnhelse da de innså de ikke kunne rengjøre tennene effektivt. Et annet viktig funn var at valget om å ikke pusse tennene var bevisst. Når man blir skrøpelig, vil man bevare den energien man har og prioritere den på andre ting, som påkledning eller toalettbesøk. Kanskje det viktigste funnet var at økt alder hadde sammenheng med selve holdningen til munnhelse. Noen pasienter fortalte at siden døden var nær, ville tennene de hadde igjen, mest sannsynlig være uten stort ubehag eller behov for tannpleie. Noen av de eldre utalte også at de var villig til å avslå hjemmebesøk av tannlegen, hvis ikke munn- eller

tannsmertene ble uutholdelig (Nielsen et al., 2013). Dette bør være relevant kunnskap å reflektere over for sykepleieren som møter den eldre hjemmeboende.

Ranhoff et al., (2015, s. 79) poengterer at to mennesker som er like gamle, kan være svært ulike med tanke på funksjonsnivå, uttrykk for sykdom og evne til autonomi. Det gjør det derfor svært viktig at sykepleiere tar individuelle hensyn i møtet med den eldre pasient, slik at utgangspunktet for god helsehjelp blir best mulig ivarettatt.

3.2 Aldersforandringer og vanlige problemer i munnhulen

For at man som sykepleier skal kunne bidra til god munnhelse hos den eldre pasient, så mener jeg det er viktig å besitte kunnskap om hvorfor munnsykdommer kan oppstå, konsekvenser dette kan medføre og hvordan man kan forebygge sykdomsutvikling i munnhulen. Jeg ønsker derfor i dette delkapittelet, å presentere de vanligste aldersforandringene og munnhuleproblemene man kan møte på hos den eldre pasient, og kort beskrive årsakssammenhenger (Samson & Strand, 2015, s. 317-318).

Munnens anatomi og spyttet

Munnhulen er begynnelsen på fordøyelseskanalen og omfatter viktige strukturer som blant annet lepper, ganen, tungen, tannkjøtt, tenner, muskulatur i munnulvet og spyttkjertler. Anatomisk består munnhulen er et slimhinnekledd hulrom som strekker seg fra leppene bakover til åpningen mot svelget. Tennene er bygd opp av dentin, hvor overflaten er dekket av et tynt lag emalje, som er et hardt mineralsalt. Den delen av munnslimhinnen som kler over- og underkjeven opp mot tennene, kalles tannkjøtt eller gingiva. Munnen har små spyttkjertler, som er jevnt fordelt rundt i munnslimhinnen. Spyttet skal blant annet sørge for

å smøre maten for at den lettere skal gli ned videre i fordøyelsessystemet (Wyller, 2016, s. 231-232). En vanlig tilstand som forekommer hyppig hos den eldre, er redusert spyttsekresjon. Redusert spytt kan påvirke smakssansene på tungen og ha innvirkning på appetitten, da maten ikke løses opp like mye som før. Større vanskeligheter med matpassasje og selvrensing av munnhulen, kan også være en konsekvens av aldersforandringer som for eksempel redusert muskelkraft (Samson & Strand, 2015, s. 317).

Munnhuleproblemer og årsakssammenhenger

Samson og Strand (2015) nevner at aldersforandringer, kombinert med dårlig munnhygiene, nedsatt immunforsvar og redusert spyttsekresjon, er de viktigste risikofaktorene for utvikling av munnsykdommer. Andre risikofaktorer for å få infeksjon, er røyking, sukker og diverse legemidler som inhalasjonsspray, glukokortikoider og antibiotika (s. 317). Eldre pasienter har kanskje et høyt sukkerforbruk på grunn av redusert smaksans og kan ha sykdomstilstander hvor de overnevnte medisinene daglig benyttes. Dette gjør den eldre pasient ekstra utsatt for sykdomsutvikling i munnhulen, og det er derfor viktig at sykepleieren har denne kunnskapen og kan se mulige årsakssammenhenger.

Sopp er en av de vanligste sykdomstilstandene i munnhulen. Dette forekommer oftest hos pasienter med redusert immunforsvar. En underliggende årsak, kan være bruk av gebiss eller redusert spyttsekresjon. Sopp kan kjennetegnes av hvitt belegg, med en rød og hoven slimhinne under. Bruk av inhalasjonsmedikamenter er også en disponerende faktor, da små mengder av disse legemidlene kan havne i slimhinnene og dermed hemme de hvite blodcellene lokalt (Wyller, 2016, s. 429).

Tannråte eller karies, er også vanlig hos den eldre og forårsakes av syredannende bakterier i munnhulen. Enkelte bakterier produserer syre ved metabolisme av sukkerarter og glukose, noe som kan medføre etseskader og nedbryting av tannemaljen. Tennene kan derfor bli nedbrutt over tid og resultatet av dette er karies eller tannråte (Wyller, 2016, s. 427-428).

Tannkjøttbetennelse kan være både kronisk og akutt, oppstå lett, men forsvinner også vanligvis lett. Årsaken til tannkjøttbetennelse skyldes opphopning av plakk, bakteriebelegg, langs tannkjøttet og mellom tennene. Det viktigste man kan gjøre for å unngå dette, er

jevnlig og god munnhygiene, hvor man børster vekk plakk med en myk tannbørste og benytter tanntråd mellom tennene (Felleskatalogen, 2018).

Munntørrhet er tørre slimhinner i munnen forårsaket av nedsatt spyttsekresjon. Som nevnt innledningsvis i dette delkapittelet, har spytt en sentral rolle både med tanke på beskyttelse av tenner og slimhinner, og for at mat lettere skal gli videre ned i fordøyelsessystemet (Samson & Strand, 2015, s. 318). En av de vanligste årsaken til munntørrhet er kronisk sykdom, som diabetes og revmatoid artritt, og bruk av ulike legemidler. Den eldre pasient, tar ofte mange medikamenter daglig (Fjørtoft, 2016, s. 68), noe som gjør munntørrhet aktuelt blant denne pasientgruppen. Dehydrering og stress kan også være faktorer som kan påvirke spyttproduksjonen (Samson & Strand, 2015, s. 318).

3.3 Sykepleierfagligperspektiv - Kommunikasjon, relasjon og tillitt

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

Virginia Henderson, (gjengitt av Kirkevold, 2014, s. 101).

Sykepleieren forholder seg til mennesker som har behov for hjelp av et annet mennesket. Måten man kommuniserer og formidler viktig informasjon og kunnskap på, er noe man bør ha et bevisst forhold til i hverdagen. Man er avhengig av å gjennom kommunikasjon, skape en god relasjon med et annet mennesket, for å kunne oppnå et helsefaglig formål (Eide &

Eide, 2012, s. 18). Virginia Hendersons (Kirkevold, 2014) beskriver på en fornuftig måte hvordan sykepleieren kan gå fram i møtet med pasienten, spesielt med tanke på hvordan pasientens grunnleggende behov henger sammen med hverandre. Dette kan relateres opp mot at god munnhelse kan henge sammen med å spise og drikke, samt å ha følelse av velvære.

I følge Henderson er noe av sykepleiens mål å fremme helse og helbredelse, og det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til det han eller hun opplever som helse og velvære (Kirkevold, 2014, s. 102). Henderson har skissert noen generelle metoder for sykepleien, blant annet å skape et konstruktivt forhold til pasienten. Med andre ord, å la forholdet mellom sykepleier og pasient, utvikle seg naturlig og konstruktivt. To andre sentrale punkt i Hendersons metode, er å planlegge pleien, fortrinnsvis i en skriftlig plan og å undervise pasienten og pårørende rundt nødvendige handlinger for å ivareta de universelle behovene (Kirkevold, 2014, s. 106). Denne teorien kan sees på som viktig for oppgavens problemstilling, da god munnhelse henger sammen med en følelse av velvære, og samtidig opprettholder tygge og svelgfunksjon slik at pasient kan fortsatt ivareta sine grunnleggende behov som å spise og drikke. Man bør kontinuerlig observere og kommunisere med pasienten, for å få innblikk i hvordan den enkelte har det, og hva vedkommende har behov for. Dette krever mye fra sykepleieren og det kan være spesielt utfordrende å finne fram til den eldre pasients ønsker og behov. Det kreves både gode observasjons- og kommunikasjonsevner, tilstrekkelig tid og tålmodighet, (Kirkevold, 2014, s.109).

Det er kjent at munnen har en stor rolle i kommunikasjonen vår, både verbalt og non verbalt. Man snakker og kan uttrykke følelser som smil, glede, smerte eller sorg for å nevne noen. Eide & Eide (2012) skriver om den profesjonelle, hjelpende kommunikasjonen. Dette innebærer at man kommuniserer som yrkesutøvere- som helsepersonell, og man har et helsefaglig formål i kommunikasjonen. Det vil si at kommunikasjonen alltid skal være hjelpende, altså, faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre. Man skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse, noe som er fellesformålene i den internasjonale sykepleierkodeksen (s. 18).

Relasjon er et begrep som gjerne beskrives som kontakt, forhold eller forbindelsen mellom minst to mennesker, som i oppgavens tilfellet er pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2012, s.

17). Da egen munnhelse kan oppfattes for mange som kroppens mest intime soner (Samson & Strand, 2015, s. 317), er god tillit til sykepleieren veldig sentralt hvis pasienten skal ta imot hjelp til sin egen munnhelse.

Erik H. Erikson (1950) snakker om grunnleggende tillit, som beskrives som at en tilværelse er trygg, at noen tilbyr hjelp hvis man trenger det og at verden er et godt sted å være (gjengitt av Eide & Eide, 2012, s. 57-58). Det er et kjent fenomen at tillit er lett å bryte ned og vanskelig å bygge opp. Sykepleieren bør derfor være påpasselig med hva man sier og hvordan man opptrer med pasienten til stedet. Det bør bygges opp et solid tillitsforhold, og ikke minst opprettholde pasientens tillit. Tillit er grunnleggende viktig for at pasient og sykepleier skal kunne fungere sammen og oppnå et felles mål (Nortvedt, 2002, s.245-247), som å ivareta pasientens helse etter beste evne. Hvordan den enkelte pasient opplever tillit er forskjellig avhengig av hvilke individuelle erfaringer vedkommende har. Eide & Eide (2012) nevner at tillit kan være å gi god omsorg, en varm hånd å holde i, overholde avtaler, lytte og se pasienten i øynene, og i det hele tatt bare være til stedet.

3.4 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når svekket helse, sykdom, alderdom eller livssituasjon gjør at man trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Fjørtoft (2016) beskriver også at det enkelte mennesket skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig, er to av de overordnede målene for hjemmesykepleien (s. 17).

Hjemmesykepleie er helsetjenester som utføres i den enkeltes hjem, uavhengig av om det er en sykepleier eller en annen helsearbeider som utfører hjelpen (Fjørtoft, 2016, s. 12). Dette helsetilbudet er en del av den kommunale helsetjenesten og er underlagt en rekke lover og forskrifter. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er den sentrale loven for hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 154).

Hjemmesykepleien har mange viktig funksjoner som å utføre forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende handler (Fjørtoft, 2016, s. 17). I tillegg til det overnevnte, er de en sentral samarbeidspartner og viktig mellomledd for andre helse og sosialtjenester, spesielt når den enkelte pasient ikke mestrer dette selv. Dette kan for eksempel være dialog og oppfølging med fastlege, rusomsorg eller tannlegetjenester.

3.5 Lovverk, retningslinjer og etikk

Lov om helsepersonell §. 4 – forsvarlighet. Helsepersonell skal opptre faglig forsvarlig og yte omsorgsfullhjelp som kan forventes ut av helsepersonell. Helsepersonell skal innhente bistand eller henviser pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder behandling og undersøkelse av den enkelte pasienten (Helsepersonelloven, 2019). Sykepleier bør ha et bevisst forhold til helsepersonelloven, som det å opptre faglig forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp i sin arbeidshverdag. Den overnevnte lovparagrafen er spesielt knyttet opp mot tannhelse og det gjør det relevant for oppgavens tematikk og problemstilling.

I henhold til lov om helsepersonell § 4 (1999, sist endret i 2015), skal helsehjelpen være omsorgsfull og faglig forsvarlig. Fjørtoft (2016) skriver at hjemmesykepleien ofte er fleksibel om hvem som gjør hva, og det er derfor også et krav at annen nødvendig hjelp skal kontaktes hvis pasienten har behov for oppfølging av andre tjenester eller faggrupper (s. 157).

Tannhelsetjenesteloven §.1-3 informerer om at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak til hele befolkningen. Den skal gi et oppsøkende og regelmessig tilbud til blant annet grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. For at pasienten skal ha rett til gratis nødvendig tannhelsehjelp, må vedkommende motta hjemmesykepleietjeneste minst én gang i uken og dette må ha vart,

eller ment å vare i tre måneder eller mer (Tannhelsetjenesteloven, 2019). Denne loven er viktig og relevant kunnskap for sykepleier å ha med seg og ikke minst kunne videreformidle til den eldre hjemmeboende pasient, ved spørsmål eller behov.

Individuell plan er en plan som skal sikre at pasient får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den har som formål å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient, sikre pasienten medvirkning og innflytelse, og styrke tverrfaglig samhandling mellom forskjellige tjenesteytere på ulike nivå og sektorer (Forskrift om individuell plan, 2004, §2). Dette er noe sykepleier bør ha kjennskap til da det har relevans for kartlegging av hjelpebehov og en individuell oppfølging for den enkelte pasient i hjemmesykepleietjenesten.

Brinchmann (2017) beskriver i boken Etikk i sykepleien, de fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (s. 85). I oppgaven fokuseres hovedsakelig på prinsippene velgjørenhet og autonomi da det sees på som viktig opp mot oppgavens problemstilling og pasientgruppe. Velgjørenhetsprinsippet står også sterkt i Hendersons sykepleierteoretiske tilnærminger, hvor hun ser på sykepleiers plikt til å gjøre godt mot andre, og at grunnleggende behov henger sammen med hverandre og må ivaretas best mulig (Kirkevold, 2014, s.101).

4 Resultat

Dette kapitlet oppsummerer fem forskningsartikler som synliggjør relevante områder for oppgavens tematikk og problemstilling. Det er her tatt med to norske og tre utenlandske studier.

4.1 Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien

«*Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien*» av Fjæra, Willumsen & Eide (2010), er en tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming fra 2006-2007, hvor utvalget besto av 137 hjemmeboende pasienter fra 12 bydeler i Oslo. Studien ble utført av 2. års sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo, og ble gjennomført ved intervju og klinisk inspeksjon av munnhulen hos pasientene. Hensikten med studien var å synliggjøre risiko hos pasientene og å se nærmere på hindringer hos pasientene som kunne medføre utilstrekkelig tannstell og munnhelse.

Det ble i denne studien kartlagt at de fleste pasientene hadde økt risiko for mangelfull munnhygiene og orale infeksjoner på grunn av munntørrhet, nedsatt førlighet i hender og utfordringer med å komme seg til tannlegen. Det ble konkludert med at det burde gjøres endringer i holdninger og effektiv handlingskompetanse hos pleiepersonalet i hjemmesykepleien, samt mer kunnskap om ivaretagelse av eldres munnhelse både for brukeren selv og pleiepersonalet. Det ble også understreket at munnhelse i hjemmesykepleien er et sykepleieansvar.

4.2 Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study

Dette er en australsk studie av Lewis, Kitson & Harvey (2016), som tar for seg hvordan hjemmesykepleien kan støtte den eldre hjemmeboende pasient ved hjelp av en modell kalt Better Oral Health in Home Care (BOHHC). BOHHC er en kartleggingsmodell som pasientene og eventuelt pårørende skulle benytte for å tidlig kunne oppdage potensielt utvikling av munnhelseproblemer. Det var totalt 319 pasienter som deltok i denne studien. Resultatet var at eldre pasienter meldte om en betydelig bedring i sin munnhelse etter introduksjonen av kartleggingsverktøyet. Det ble også gjennomført et systematisk treningsprogram for helsepersonellet, hvor de fikk øve på munnstell, både praktisk, kommunikasjon og informasjon til pasient. Etter dette treningsprogrammet, viste det en positiv holdningsendring i å utøve munnstell for pasientene, samt bedre trygghet og selvtillit blant de ansatte.

Konklusjonen i artikkelen sier noe om betydningen og viktigheten av å ha en god implementert praksis rundt hjemmeboende pasienters munnhelse. Hjemmeboende pasienter har et stort behov for oppfølging av munnhelse, og hjemmesykepleie har en sentral rolle i å forebygge og oppdage munnhelseproblemer. Man så positiv effekt av systematisk kartlegging og oppfølging, men ikke minst viktigheten med at helsepersonell besitter relevant kunnskap og trygghet i utførelse og veiledning i munnstell til den eldre pasient.

4.3 Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients

Formålet med denne finske studien av Pajukoski, Meurman, Snellman-Gröhn, Sulkava (1999), var å sammenligne munnhelsen til eldre pasienter innlagt på sykehjem og hjemmeboende eldre. Studiens hypotese var at eldre pasienter innlagt på sykehjem ville ha dårligere munnhelse enn de hjemmeboende. Studien omfattet 181 sykehjemspasienter og 254 hjemmeboende pasienter. Resultatene viste at sykehjemspasienter hadde noe dårligere generell munnhelse enn de hjemmeboende pasientene. I begge pasientgruppene viste det også en tydelig sammenheng at tap av tenner økte med antall daglige medisiner som ble brukt av den enkelte pasient. Konklusjonen bekreftet studiens hypotese om at den eldre sykehjemspasienten hadde noe dårlig munnhelse enn den hjemmeboende. Det viste seg at pasientenes generelle sykdom ikke var en signifikant faktor for utfallet av resultatet. Selv om resultatet viste at munnhelsen var noe dårligere enn hos hjemmeboende, så synliggjorde det likevel at tannhelseproblemer hos den eldre hjemmeboende var til stedet. Og da Fjørtoft (2012, s. 19) viser til at eldre bor hjemme lenger her i Norge så er det grunn til å tro at det finnes et økende antall hjemmeboende eldre som har behov for tilrettelegging og hjelp til å bedre sin munnhelse.

4.4 The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study

Dette er en nederlandsk kvalitativ studie gjort av Niesten, Mourik & Sanden (2013). Studiens formål var å se hvordan skrøpelighet hadde innvirkning på bruk av tannhelsetjenester og egenpleie av munnhelse hos den eldre skrøpelige hjemmeboende pasient. Studien varte i 3 år med totalt 51 deltakere med en alder fra 65 år og oppover. Ut ifra pasienten skrøpelighetstilstand, ble de delt inn i litt skrøpelig, moderat skrøpelig og veldig skrøpelig. Funnene i studien viste at de moderate og litt skrøpelige, oppsøkte tannhelsetjenesten regelmessig og hadde i det fleste tilfeller samme tannhelsetilstand som da de var yngre. Et annet funn var at de veldig skrøpelige, hadde et ønske om god tannhelse for å opprettholde

god selvfølelse og velvære, men ikke alltid klarte å oppnå dette selv. Det var få av deltakerne som mente at god tannhelse ikke var av betydning. Mange av de som var likegyldige til sin tannhelse mente at tannlegebesøk ikke hadde noe for seg, da det ikke kunne gi en rask forbedring, men de fleste av denne gruppen hadde proteser. Noen pasienter nedprioriterte munnstellet for å bruke energien sin på noe de mente var viktigere dagligdagse gjøremål, mens andre følte på å være en belastning for helsepersonellet hvis de spurte om hjelp. En oppsummering av studiet viste en mulighet for at sykepleiere hadde for lite kunnskap og erfaring innenfor munnstell og munnhelseproblematikk. Det kunne også tyde på at sykepleiere nedprioriterte av og til munnhelsen på grunn av dårlig tid. Fra pasientenes perspektiv, så mente noen at sykepleiere ikke gjorde en tilstrekkelig god jobb, og det var tegn til mistillit mellom pasient og sykepleier.

Det at studien viser til for dårlig kunnskap og nedprioritering av munnstell blant sykepleiere, synliggjør et forbedringspotensial som gir en viktig relevans til oppgavens problemstilling. Samtidig bekrefter det viktigheten av god tillit mellom pasient og sykepleier. Man kan stille spørsmål om den nederlandske kultur og praksis er overførbart til Norge, men min tanke er at den eldre hjemmeboende pasient i Nederland, også kan ha likhetstrekk til den norske eldre hjemmeboende og dens munnhelse.

4.5 Munnstell når livet er på hell

Denne norske studien av Strand, Wolden, Rykkje, Gjellestand og Stenerud (2005), ble utført på et av Norges største kommunale sykehjem, hvor 100 pasienter fordelt likt på somatisk- og demensavdeling var deltakere. Bakgrunn for studien var at sykehjemmene har ansvar for beboernes daglige munnstell, og studiens formål var å se hvordan en systematisk metode for munnstell kunne ha positiv effekt for pasient. Studien ble gjennomført over 15 måneder, hvor munnhelsestatus ble kartlagt før og etter den systematiske metoden. Metoden inneholdt individuelle pleieplaner, bildebaserte munnstellkort, nødvendige munnstellutstyr

og kompetanseheving hos personalet. Resultatet av studien viste at bedre og tydelige rutiner, samt kompetanseheving blant personell gav en klar forbedring av munnhelsen hos hele 40 av 63 pasienter. Før gjennomføringen sa 84 % av deltagende helsepersonell de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å utføre munnstell. Etter studien svarte hele 95 % at de hadde fått tilstrekkelig kunnskap om munnstell. Konklusjonen ble at det er mulig å bedre sykehjemsbeboernes munnhelse ved å sette enkle pleietiltak i system. Ved en relativt liten innsats kan man unngå at munnen blir et tilleggsproblem i en ellers vanskelig situasjon. Selv om studien er utført på eldre sykehjemspasienter og ikke i hjemmesykepleien, så tolkes den likevel som relevant til oppgavens problemstilling, da sykepleier møter den eldre pasient også i hjemmesykepleietjenesten hvor ansvaret også gjelder munnhelse.

5 Drøfting

I dette kapitlet drøftes problemstillingen opp mot teori og forskning, samt supplert med egne erfaringer fra min tid som sykepleierstudent i hjemmesykepleien. Drøftingen vil innledes med spørsmål og tanker basert på en tiltenkt pasientsituasjon, som er knyttet opp mot oppgavens tematikk. Dette er gjort for å skape rom for tanker og refleksjon. Selve drøftingen vil ta for seg funn i forskning og litteratur, og diskutert opp mot problemstillingen. Den vil være strukturert etter sykepleieprosessen for skape en sykepleierelevant tilnærming.

Gjennom sykepleierutdannelsen og i jobbsammenheng utvikler man hele tiden det «kliniske blikket». Det å observere pasientens stemningsleie, fysiske tilstand, hudfarge, ødemutvikling, pust, gange og allmenntilstand, blir en naturlig og viktig del av sykepleiers hverdag. Men hva legger sykepleiere egentlig i «det kliniske blikket»? Hvorfor viser for eksempel «*The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study*» (Nielsen et al., 2013), at observasjon av munnhulen ikke er et stort fokus i observasjonen? Er det fordi man tenker munnhulen ikke er en naturlig del av det grunnleggende stellet og de fleste pasientene uansett utfører dette selv, eller er det fordi det ikke er tilrettelagt for det hos pasienten? Eller er det rett og slett fordi man ikke vet helt hva som kjennetegner en usunn munn, hvilke tiltak man skal gjøre eller hva man bør kommunisere videre til pasienten?

Opgavens problemstilling omhandler som nevnt i metodekapitlet, pasienten som er 75 år eller eldre. I min arbeidserfaring i hjemmesykepleien har jeg møtt mange eldre mennesker med et vidt forskjellig helsegrunnlag og omsorgsbehov, uavhengig av alder. Noen har fortsatt egne tenner i en alder av nesten 100 år og andre har hatt proteser siden de var 75 år. Når man er hjemme hos den eldre, kan det dukke opp mange helserelaterte spørsmål som pasienten lurer på. De fleste spørsmål har man som sykepleier godt grunnlag for å svare på, men hva hvis den eldre forteller at «jeg har hatt litt vondt i kjeven i det siste, og lurer på.....» eller «jeg har litt problemer med å svelge denne tablettene, kan ikke du dele den?». Hva svarer man da? Svarer man «det var ikke kjekt å høre, kanskje du skal ta noe

smertestillende, så kan jeg lage litt grøt i stedet for å varme opp biffgryten idag». Pasienten får da gjerne smertestillende og tilpasset mat, men er problemet løst? Det blir kanskje løst på kort sikt ved at smerten reduseres og pasienten får mat, men har sykepleieren utøvd tilstrekkelig sykepleie? Hva skal til for at man som sykepleiere, bruker den tiden som er til rådighet, og spør om man kan få se i munnen til pasienten? Er man redd for å finne noe som gjør at man må bruke lenger tid hos pasienten, eller har man ikke tilstrekkelig kunnskap til å tenke at svelgproblemtikk kan ha sammenheng med sviktende munnhelse, slik som Samson & Strand (2015, s. 317) beskriver? Kanskje det er en kombinasjon av dette, og at det kan være en av grunnene til at man nedprioriterer det? Dette til tross for at munnhelse kan være vel så viktig som et grundig sårstell eller utdeling av antibiotika, med tanke på potensielt utvikling av alvorlig infeksjoner som sepsis (Samson & Strand, 2015, s. 318)?

Fra pasienten ståsted, kan mange, etter et langt liv ha veletablerte hverdagsrutiner. Det å kunne stå opp av sengen selv, kle på seg og gå på toalettet, kan for den eldre være både fysisk og psykisk utmattende, noe som kan medføre at de selv nedprioriterer tannstellet. Denne tanken støttes også av forskningen til Niesten et al., (2013). Pasienten tenker kanskje mer på å hente morgenavisen til frokosten, enn å pusse tennene?

Mennesker er individualister, med forskjellige rutiner til ulike tidspunkt. Man våkner og sovner på forskjellige tidspunkt, man har ulikt antall toalettbesøk og man spiser på forskjellig klokkeslett. Da hjemmesykepleier i utgangspunktet har faste tidspunkt å besøke pasienten på, så kan likevel tidspunktet variere fra dag til dag. Uforutsette ting kan skje hos en pasient, som gjør at man blir forsinket til en annen pasient. Når hjemmesykepleier kommer, kan den eldre allerede hvile seg i stuen etter en halvspist frokost og en utmattende tur på toalettet. Det å skulle ta imot hjelp til et godt munnstell da, kan for pasienten da være en slitsom tanke? Hvis sykepleieren spør pasienten om han eller hun har stelt seg, kan kanskje svaret bli «ja» for å nettopp spare på energi, og samtidig ikke være til bry, som noen pasienter forteller i studien «*The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study*» av Niesten et al., (2013). Et slikt svar kan gjerne bli mottatt av sykepleier med «Så flott», uten at man bruker det kliniske blikket nærmere og ser om pasienten virkelig har utført munnstell selv?

Med disse spørsmål og tanker, så kan sykepleieren spørre seg selv; «*Hva kan jeg som sykepleier bidra med for å bedre munnhelse til den eldre hjemmeboende?*»

5.1 Den helhetlige tilnærmingen – Relasjon, kommunikasjon og tillit

Dagens hjemmesykepleie til eldre har som formål å dekke de mest i øyenfallende grunnleggende behov, med fokus på å ta vare på pasienten og behandle sykdom, framfor å fremme helse og uavhengighet (Fermann & Næss, 2015, s. 239).

Min erfaring tilsier at det å sitte seg ned et par minutter og slå av en prat med pasienten, kan komme både pasienten og meg som helsepersonell til gode. På denne måten får man mulighet til å aktivt lytte til hvordan pasienten har det, slik som Eide & Eide forteller (2012, s. 23) og samtidig bygge en relasjon med dette mennesket man er på besøk hos. Som Hendersons sykepleiemetode blir beskrevet (Kirkevold, 2014, s. 106), så bør man lytte med ydmykhet og respekt. Ved å snakke sammen med pasienten får man også mulighet til å observere munnen på en diskret og effektiv måte. Det er nettopp da man som sykepleier bør besitte kunnskap om kliniske tegn på dårlig munnhelse. I teorikapittelet sies det at dårlig ånde, blødende tannkjøtt og belegg på tenner og tunge, kan tyde på behov for hjelp til munnhygiene (Samson & Strand, 2015, s. 318).

Hvis dette er tilfellet for pasienten hvordan bør sykepleier nå gå videre? Skal man si det rett ut at pasienten har dårlig ånde eller at tungen er hvit? At pasienten ikke greier å pusse tennene sine skikkelig selv? I følge Willumsen et al., (2008, s.12), er munnhelse noe intimt og privat, og hvis andre kommenterer dens munnhelse, kan dette oppleves som negativ og personlig kritikk. Hvis denne kommentaren også skjer i pasientens eget hjem, kan det tenkes at det forsterker den negative opplevelsen.

En slik opplevelse kan i verste fall gi svekket tillit og relasjon mellom pasient og sykepleier, og ifølge Eide & Eide (2012), så er tillit lett å bryte ned og tar lang tid å bygge opp igjen.

Samtidig har sykepleier ansvar å hjelpe pasienten med å holde tenner og munnslimhinner rene, fuktige og intakte for å opprettholde verdighet og velvære, samt å forebygge infeksjoner (Samson & Strand, 2015, s. 316).

Så med den overnevnte pasientsituasjonen i tankene, møter sykepleieren en utfordring og et etisk dilemma. Hvordan kan man best mulig utføre sin plikt som helsepersonell ved å hjelpe pasienten, samtidig som det ikke går på bekostning av relasjon og tillit, som videre kan medføre et vanskelig langsiktig samarbeid med pasienten?

Henderson (Kirkevold, 2014, s. 109-110) hevder at sykepleien må ha rot i menneskets grunnleggende behov, og at fysiske og psykiske krefter, samt kunnskap og vilje, er faktorer som virker inn på behovene. Hun understreker også at sykepleien planlegges ut fra den konkrete pasientens opplevde behov og manglende evne til å oppfylle den. Hendersons tilnæringsmåte er individorientert med pasienten i fokus. Hun beskriver også de pårørende som viktige i sykepleien og for å møte pasientens behov i mange sammenhenger.

Henderson skisserer videre generelle metoder for sykepleien. Hun mener man skal skape et konstruktivt forhold mellom pasient og sykepleier, som utvikler seg naturlig. Man bør blant annet tolke og søke å forstå pasientens grunnleggende og følelsesmessige behov ved å lytte og systematisk observere situasjonen (Kirkevold, 2014, s. 106) .

Hvis pasienten ikke vil slippe sykepleieren innpå seg og sin intime sone, hvordan skal man da få gjennomført god sykepleie? Det å skape et naturlig og konstruktivt forhold til et annet menneske, er ikke alltid like lett. Dette har jeg selv opplevd i enkelte situasjoner. Noen ganger har relasjonen mellom meg og pasient, oppstått naturlig og konstruktivt, mens andre situasjoner har det oppstått utfordringer som kan for eksempel være kulturelle, psykiske eller fysiske betont, eller helt tilfeldige. Ved å møte mennesket hver gang med respekt, ydmykhet og likeverd til medmennesket, skaper man gode forutsetninger for trygg relasjon og tillit, noe som Eide & Eide (2012) gjentatte ganger påstår, og som jeg selv har erfart.

Som sykepleier og den profesjonelle part, må man møte utfordringer nettopp på en profesjonell måte med ønske om en god løsning for alle parter. Som Eide & Eide (2012, s. 18)

nevner, så bør man alltid ha en kommunikasjon som er hjelpende og faglig begrunnet og til hjelp for andre. I følge de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF.no, 2019) skal man blant annet beskytte den andre mot skade og å bidra til at den andre skal ivareta egen helse og bruke sine ressurser. Dette er verdier som bare lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende, skal man tro Eide & Eide (2012, s. 19).

5.2 Observasjoner og vurderinger av munnhelse - Kunnskap, informasjon og holdninger

God klinisk sykepleie bygger på evnen til å observere og reflektere over tegn og symptomer, og deretter lage seg et helhetlig bilde av pasienten (Samson & Strand, 2015, s. 318). Som nevnt i forrige delkapittel, så bør man allerede ved første møte kartlegge det individuelle behovet for hjelp til munnhygiene, noe man får anledning til når man samtaler med pasienten om trivielle ting. Det er da man som sykepleier bør besitte nødvendig kunnskap om de kliniske tegnene som berører munnhelse. For å kunne se årsakssammenhenger, bør naturligvis sykepleiere ha grunnleggende kunnskap ervervet gjennom en vitenskapelig sykepleieutdanning og praksis- og arbeidserfaring. Sykepleier skal også erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner, som Norsk Sykepleierforbund (NSF.no, 2019) gjengir i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Hvis man er usikker på temaet bør man gi beskjed til avdelingens fagansvarlig sykepleier, med ønske om et kurs eller praktisk trening i munnstell.

Jeg tolker det som styrke og profesjonalitet å tørre og gi beskjed om manglende kunnskap eller erfaring. Ved å ta initiativet til å tilegne seg manglende kunnskap, etterlever man både plikten om forsvarlighet i henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF.no, 2019) og man styrker utgangspunktet for velgjørhetsprinsippet (Brinchmann, 2017, s. 85).

«Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien» (Fjæra et al., 2010) støtter også oppunder viktigheten med kunnskap og god kartlegging av munnhelse. Studien tok for seg pasienter i hjemmesykepleien med fokus på tannhelse. Fjæra et al., (2010), synliggjorde hvilke utfordringer nedsatt tannhelse kunne medføre og at mange hjemmeboende eldre hadde vanskeligheter med å oppsøke profesjonell hjelp vedrørende sin tannhelse. Man kan se for seg at ved økt kunnskap for helsepersonellet og informasjon til pasienten, kunne man sammen jobbet forebyggende og eventuelt fanget opp tidlige tegn på sykdom, og iverksatt nødvendige tiltak.

Et slikt samarbeid mellom helsepersonell og pasient, kan kanskje bidra til gjensidig forsterket relasjon og tillit, hvor pasienten kan betro seg om sin munnhelse på lik linje som for eksempel generell smerteproblematikk eller treg mage. Oppdatert kunnskap og trening vedrørende tannhelse, kan gi både økt mestringsfølelse og motivasjon for pasient og sykepleier, noe Fjæra et al., (2010) støtter oppunder i sin studie.

Den nederlandske studien «*The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study*» av Niesten et al., (2013), bekrefter også at kunnskap er viktig. Noen pasienter mente at ikke alle sykepleiere gjorde et tilstrekkelig godt munnstell, og det ble derfor tegn til mistillit mellom pasient og sykepleier. Det at studien viser til for dårlig kunnskap og nedprioritering av munnstell blant sykepleiere, synligjør et forbedringspotensiale som gir en viktig relevans til oppgavens problemstilling. Det å besitte relevant kunnskap om munnstell, er noe som kan være et viktig bidrag fra sykepleiere til den eldre hjemmeboende pasient. Samtidig bekrefter det hvor sentralt god tillit mellom pasient og sykepleier er i hverdagen, noe som tidligere er poengtert i forrige delkapittel.

Kanskje man kunne forsøke å gjøre slik som Lewis et al., (2016) gikk fram i «*Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study.*» De tok for seg hvordan hjemmesykepleien kan støtte den eldre hjemmeboende pasient ved hjelp av en modell kalt Better Oral Health in Home Care (BOHHC). Som nevnt i resultatkapittelet var BOHHC en kartleggingsmodell som pasientene og eventuelt pårørende skulle benytte for å tidlig oppdage potensielt utvikling av munnhelseproblemer. Resultatet var at eldre pasienter meldte om en betydelig bedring i sin munnhelse etter intervensjonen. Det ble også gjennomført et systematisk treningsprogram for helsepersonellet, hvor de fikk

øve på munnstell, både praktisk, kommunikasjon og informasjon til pasient. Etter dette treningsprogrammet, viste det en positiv endring i både trygghet og selvtillit i å utøve munnstell for pasientene, samtidig meldte hjemmesykepleieansatte om en bedre forståelse og kunnskap om viktigheten av munnhelse for den eldre pasient. Det positive med dette er at pasient og pårørende kan være deltagende og kanskje føle et ansvar og eierskap til egen munnhelse. Samtidig er det viktig at sykepleieren fortsatt har det profesjonelle ansvaret i henhold til blant annet Lov om helsepersonell §. 4 – forsvarlighet (Helsepersonelloven, 2019). Kritikken til å få en slik varig løsning her i Norge, kan være at det krever ekstra ressurser for å få kvalitetssikrede rutiner og etterlevelse, spesielt i oppstartsfasen. Da er naturligvis hjemmesykepleien avhengig av å få tildelt ekstra økonomiske midler. Det samfunnsøkonomiske perspektivet er utenfor oppgavens rammer, så det utdypes ikke videre, men kanskje det burde forskes nærmere på her i Norge?

5.3 Planlegging og gjennomføring av tiltak – sykepleiers ansvar og plikt

I følge Henderson (Kirkevold, 2014), bør man planlegge pleien fortrinnsvis skriftlig, samt tilpasse handlingene til pasientens tilstand, preferanser og andre aktuelle faktorer. Et annet punkt i Hendersons metoder, er å undervise pasient og pårørende rundt nødvendige handlinger for å ivareta grunnleggende behov (Kirkevold, 2014, s. 106).

Hvis man først tar utgangspunkt i at man blir kjent med pasienten i hvert tilfellet, at det er en god og trygg relasjon med gjensidig tillit, slik som Eide & Eide (2012, s. 57-58) beskriver. Da kunne man få en grundig innsikt i pasientens behov og eventuelt utfordringer som hindret pasienten til å dekke sine behov. Forutsetningen for å utøve tilrettelagt og god sykepleie ville absolutt vært tilstede, og man sammen med pasient kunne oppnådd et felles mål som i dette tilfellet er bedre munnhelse. Man ville kunne laget en skriftlig pleieplan, som alle parter hadde et forhold til og fulgte opp. Pårørende kunne også tatt del i oppfølgingen, med

jevnlig innkjøp av nødvendig utstyr og produkter, hvis pasienten hadde begrenset mulighet for innkjøp.

Som nevnt i teorien er individuell plan en skriftlig plan som skal sikre at pasient får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient, sikre pasienten medvirkning og innflytelse (Forskrift om individuell plan, 2004, §2). Dette er noe sykepleier bør ha et bevisst forhold til da det har relevans for både kartlegging av hjelpebehov og utførelsen av pleiebehovet.

Samson & Strand (2015, s. 318), nevner at man som sykepleier må informere om nødvendigheten av munnstell for pasienter og eventuelt pårørende, og samtidig legge til rette for praktiske tiltak. Oppgavens problemstilling tar for seg den eldre pasient som er klar og orientert, og har forutsetninger for å kunne utføre eller delta i munnstellet selv. I møte med denne pasienten bør man legge til rette for at pasienten får utført så mye som mulig selv, slik at man beskytter vedkommende sin integritet og verdighet best mulig. Ved å ha et slikt fokus ivaretar man også et viktig etisk prinsipp om pasientens autonomi, som Brinchmann (2017, s. 76) beskriver i sin bok. I tillegg vil man gjennom et godt munnstell kunne oppfylle velgjørenhetsprinsippet som både Brinchman (2017, s. 85) nevner, og som står sterkt i Hendersons sykepleierteoretiske tilnærminger, om at sykepleiers funksjon er blant annet å hjelpe pasienten i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse (Kirkevold, 2014, s. 101).

Den norske studien «*Munnstell når livet er på hell*» (Strand et al., 2005) delte ut individuelt tilpassede, bildebaserte munnstellkort, samt munnstellkurs til helsepersonell. Effekten av dette viste seg å gi en klar bedring av munnhelsen hos 40 av 63 pasienter, noe som gir grunnlag å tro at en slik systematisk metode også burde prøves hos den eldre hjemmeboende pasient. Hvis vi går tilbake til pasienten som sitter i lenestolen sin, og man tenker at vedkommende har sitt eget munnstellkort og nødvendige munnstellutstyr, ville motivasjonen til gå ut igjen på badet vært annerledes nå? Kanskje pasienten ville hatt et eierforhold til den elektriske tannbørste sin som gjorde at han kunne mobilisert krefter til å gå ut på badet igjen. Med sykepleieren tilstede kunne den eldre gjennomført munnstellet selv, og vist for seg selv og sykepleieren, at autonomien fortsatt er til stede og dermed skapt

en følelse av vilje og mestring, slik som Henderson gjør rede for i sin teori (Kirkevold, 2014, s.110).

Samson & Strand (2015, s. 317) beskriver at redusert spytt er en tilstand som forekommer hyppig hos eldre, og kan påvirke smakssansene, som igjen kan gi negativ innvirkning på appetitten. Hvis pasienten også hadde hatt spyttstimulerende produkter på badet, ville kanskje den nå rene og fuktige munnen, gi en forsterket lyst til å lage seg en god lunsj og fortsette dagen sin med en følelse av velvære? Samtidig ville sykepleieren etterleve sitt ansvar om å hjelpe pasienten med å holde tenner og munnslimhinner rene og fuktige for å opprettholde verdighet og velvære, samt å forebygge infeksjoner, slik som Samson & Strand (2015, s.317) forklarer. Det er allmenn kjent at kroppen har behov for mat, og mat gir energi og overskudd. Henderson hevder at de grunnleggende behovene henger sammen (Kirkevold, 2014, s.109), noe som kan forsterke tanken om et godt munnstell kan gi positive ringvirkninger for pasientens dag videre, som eksemplifisert over.

Som Fjørtoft (2016, s. 187) forteller, er kontinuiteten i hjemmesykepleien utfordrende. Det er mange pasienter og ofte er det forskjellig helsepersonell involvert hos den enkelte pasient. Anne-Cath Vestly (Aftenposten, 1975) sa en gang; «Det er egentlig litt skummelt å tenke på hvor mange nye mennesker man har rundt seg til daglig, men som man liksom ikke har tid til å bli kjent med». Dette sitatet kan gjerne være beskrivende for noen av de hjemmeboende pasientene, som sykepleieren møter i hverdagen. Dette er kanskje noe sykepleiere bør ha med seg når de åpner inngangsdøren til en pleietrengende. Selv om man er et kjent ansikt for pasienten, så bør man fortsatt huske på at man er på besøk hos en som trenger hjelp. Som Eide & Eide (2012, s. 19) forteller, må respekten for det enkelte menneskes liv ivaretas.

Ved å innføre individuelle munnstellkort og nødvendig utstyr, slik som ble gjort i «*Munnstell når livet er på hell*» (Strand et al., 2005) kan det være noen pasienter får et eierskap til selve munnstellet. Et ønske om å utføre dette selv, kan kanskje til og med bli forsterket. Hvis vi da går tilbake til pasienten vår, kan det være pasienten nå gikk til badet med et annet fokus enn beskrevet tidligere. Den eldre gikk på badet med tanke om å bruke den elektriske tannbørsten, så på munnstellkortet med sitt eget navn på, og kanskje krysset av på et

lignende kartleggingsverktøy som ble brukt av Lewis et al., (2016). Hvis ikke det var tilfellet denne dagen og pasienten fortsatt sitter i lenestolen, kan det likevel være motivasjonen hadde vært til stedet da sykepleieren kom. Det er verdt å tenke at en slik intervensjon kan bidra til at sykepleier får hjulpet pasienten med munnstellet, om ikke alltid, men oftere. Dette er naturligvis avhengig av at utstyr og produkter er tilstede og pårørende bidrar hvis pasient ikke har forutsetninger for innkjøp selv. Dette bør planlegges i en god samtale med pasient og pårørende, hvor ansvarsfordeling blir avtalt. En slik pleieplan som inkluderer munnstell bør inneholde individuell tilpasset informasjon, hvor alle parter bekrefter at innholdet er forstått. Dette bringer drøftingen videre til siste delkapittel som omhandler dokumentasjon og evaluering.

5.4 Evaluere og dokumentere effekt

Når tiltak er utført er det viktig å dokumentere og evaluere det hele. Uansett om tiltakene har positiv effekt eller ikke, så bør det likevel dokumenteres konsekvent. Dermed kan man vurdere andre tiltak eller opprettholde effektive tiltak og se en bedring over tid. Fjørtoft (2016, s. 187) forteller at dokumentasjon ikke alltid er lett å få til i praksis, gjerne på grunn av tilfeldigheter og ufullstendige opplysninger, samt at dokumentasjonsrutinene ofte kan være mangelfulle. Min egen erfaring, er at rapportering sjelden praktiseres muntlig, men blir kort notert i en skriftlig rapport. For at den skriftlige rapporten skal ha noe for seg, så må den også leses og innholdet må kollegaer ha med seg i neste møte med pasienten. En tanke er å ha rom for en muntlig rapportering sammen med ansvarsvakt og kollegaer, da en felles muntlig rapport kan være med på å sette emnet i fokus, som kanskje medfører at en kollega tenker munnhelse når vedkommende besøker sine pasienter. Det understrekes i Helsepersonelloven § 4 og 39 at helsepersonell har et selvstendig ansvar for å utføre forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende hjelp på en

faglig forsvarlig måte. Helsehjelpen som ytes skal også dokumenteres i pasientens journal (Helsepersonelloven, 2019).

Med grunnlag i det overnevnte lovverket, så kunne man sett nærmere på dokumentasjonen etterleves i hverdagen og om eventuelt rutinene kan gjøres på en annen måte for å sikre kontinuitet i oppfølging. Kanskje kunne enkle individuelle munnstellkort blitt inkludert i alle pasienters informasjonsmappe og vært en god start og et positivt bidrag til pasienten; Et munnstellkort som beskriver hva man trenger, hvordan man utfører stellet og hvorfor det daglige munnstellet fortsatt er viktig, spesielt for den eldre.

«*Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study*» (Lewis et al., 2016) viste til at det var sentralt å ha et koordinert tverrfaglig samarbeid mellom hjemmesykepleien og tannhelsepersonell, slik at pasientene kunne få en effektiv spesialistbehandling ved behov. Hvis man ser for seg om dette lar seg implementere i hjemmesykepleien i Norge, så er det kanskje delvis mulig? En utfordring sykepleieren kan møte her, er taushetsplikten som hindrer å videreformidle pasientens munnhelseopplysninger til tannhelsetjenesten, da dette er noe pasienten selv må gjøre med grunnlag i sykepleierens taushetsplikt (Helsepersonelloven, 2019, kapittel 5). Det er et stort men her; Som sykepleier bør man likevel gi pasienten tilpasset kunnskap basert på sin kliniske observasjon av munnhulen, og motivere pasienten om å avtale tannlege time, hvis man ser tegn på munnhelseproblemer. Da er det også relevant at man informerer den eldre om sine rettigheter, som sier at pasienten har rett til gratis tannhelsehjelp, gitt at vedkommende har hjemmesykepleie minst én gang i uken, med en varighet over tre måneder. Dette er oppført i §2 i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester (Tannhelsetjenesteloven, 2019). Kanskje kan nettopp denne informasjonen være utslagsgivende for at pasient da velger å ta kontakt selv?

Hvis man avslutningsvis ser på den finske studien «*Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients*» (Pajukoski et al., 1999), så tar den for seg den eldre pasient som er innlagt på sykehjem, men samtidig kartlegger den munnhelsen til hjemmeboende eldre. Til tross for at studien ikke tar for seg konkrete sykepleietiltak så bekrefter den, som de andre nevnte studiene, at munnhelseproblemer er utbredt også blant den eldre hjemmeboende. Studien viser også til at det er en tydelig sammenheng mellom

munnhelseproblemer og bruk av mange medikamenter. Fjørtoft (2016), skriver at eldre bor hjemme lenger og at kun de mest hjelpetrengende får plass på sykehjem, og at målet i eldreomsorgen er endret fra *trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem* (s. 19). Med bakgrunn i dette kan det være grunn til å tro det finnes mange hjemmeboende eldre som har behov for kunnskap og veiledning vedrørende sin munnhelse, da de ikke har helsepersonell tilstede gjennom hele døgnet, slik som på sykehjem. Siden sykepleieren ikke er tilstede gjennom hele døgnet hos den hjemmeboende, så vil god og konsekvent dokumentasjon være ekstra viktig med tanke på å evaluere tiltak og videre oppfølging som er til pasientens beste. Slik som studien *Munnhelse når livet er på hell* (Strand et al.,2005) beskriver, har sykehjem regelmessig besøk av tannhelsetjenesten. Kanskje det burde forskes nærmere på om hjemmebesøk av tannhelsetjenesten, kunne hatt en helsegevinst for den eldre hjemmeboende? Som mange andre intervensjoner, så kreves det ressurser og tid. Men da overnevnte forskningsartikler og teori synliggjør behovet for fokus på munnhelse i hjemmesykepleien, er det grunn til å håpe på nye tiltak fra det offentlige. Uansett om, eller når nye tiltak kommer, vil det fortsatt være sykepleieren, som har ansvaret for å utøve god og forsvarlig sykepleie og ivareta **hele** pasienten, også pasientens munnhelse.

6 Konklusjon

Et langt liv medfører aldersforandringer i munnhulen. Kombinert med redusert helsetilstand og mangelfull egenomsorg, øker risikoen for munnhuleinfeksjoner. Pleietrengende eldre bør derfor ha hjelp til å vedlikeholde sin egen munnhelse, og det er nettopp sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med dette (Samson & Strand, 2015, s. 36). Det at sykepleieren besitter nødvendig og tilstrekkelige kunnskaper vedrørende observasjon, tiltak, utførelse og oppfølging av munnhelse viser seg å være et viktig bidrag til pasientens beste.

Bedre kunnskap om munnhelse i hjemmesykepleien, kan danne både økt trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier, ved at begge parter ser nødvendigheten av et godt munnstell.

Gjennom god og systematisk kartlegging og dokumentasjon, kan sykepleieren bidra med individuelle munnhelsetiltak og tilpasset informasjon, slik at pasienten kan utføre munnstellet mest mulig selv og opprettholde sin selvstendighet i sitt eget hjem. Samtidig bør sykepleieren ha kunnskap og trygghet nok til å kunne utføre et grundig munnstell på de eldre, som har redusert evne til å gjøre dette for egen hånd. Både skriftlige og muntlige rapporter er også viktig for at sykepleieren skal kunne bidra til bedre munnhelse for den eldre hjemmeboende pasient.

7 Litteraturliste

Aftenposten. (1975, 15. november) Portrettintervju: Anne-Cath. Vestly.

Bjørk, I. T., Helseth, S., & Nortvedt, F. (red.), (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, E. B. (Red.). (2017). *Etikk i sykepleien* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Engedal, K. (2019). Alderdom. *Store Medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>

Felleskatalogen. (2018). Gingivitt. *Felleskatalogen*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/gingivitt>

Fjæra, B., Willumsen, H. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, nr 2, 2010; 5 100-108. Hentet 22. Mars 2020 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, (2004). Forskrift om individuell plan (FOR-2001-06-08-676). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2004-12-23-1837>

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier -analyse og evaluering*, (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red). (2015). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red). (2015). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I T. Fermann, & G. Næss, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hylene Ranhoff, A. (2015). Munnhelse. I H. Samson, & G. Vesterhus Strand, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.316-323). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lewsi, A., Kitson, A. & Harvey, G. (2016). Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study. <https://doi.org/10.1111/ajag.12326>. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12326>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2001). Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Nielsen, D., Mourik, K. V & Sanden, W. V. D. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*. Doi:10.1186/14726831-13-61. Hentet fra: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-13-61>

Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer. *Nsf*. Hentet 25. februar fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Pedersen, R. (2007). Kirkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127(209). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe#reference-1>

Pajukoski, H., Meurman, J. H., Snellman-Gröhn, S., & Sulkava, R. (1999). Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(99\)70058-2](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(99)70058-2)

Strand, G. V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestand, Å. & Stenerud, G. (2005). Munnstell når livet er på hell. *Tidsskrift for den norske legeforening*, Nr. 11-2 juni 2005; 125:1491-6. Hentet 31. Mars 2016 fra: <http://tidsskriftet.no/article/1199916>

Tannhelsetjenesteloven, (2019). Lov om tannhelsetjenesten (LOV-2019.06-21-43). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Thidemann, I. J. (2015). *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdanningsforskning. (2015). Fagfelle vurdering. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelle-vurdert-artikkel/>

VID Vitenskapelig Høgskole. (2020, 12. mars). Informasjon, retningslinjer og råd om koronaviruset (COVID-19). Hentet fra <https://www.vid.no/om-oss/beredskap/>

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse: guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonsvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wyller, V. B. (2016). *Frisk -Cellebiologi, anatomi, fysiologi*, (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm

Wyller, V. B. (2016). *Syk1 -Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin*, (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm