

God munnhelse – mer enn et vakkert smil

Hvilke årsaker kan ligge til grunn for sykepleierens manglende prioritering av munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov i sykehjem?

Kandidatnummer: 497
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, Emne 14B

Antall ord: 8892
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato:12.04.2021
<p>Tittel God munnhelse-mer enn et vakkert smil</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke årsaker kan ligge til grunn for sykepleierens manglende prioritering av munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov i sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Prioriteringer gjøres på alle nivåer i helse-Norge, med ringvirkninger ned til sykepleieren i pasientnært arbeid. Sykepleierne som jobber pasientnært, utøver sitt fag og må prioritere innenfor et rammeverk av helsepolitiske og organisatoriske føringer.</p> <p>God ivaretagelse av den eldre pasientens munnhelse er viktig både for individet og samfunnsøkonomien. Aldersforandringer og medikamentbruk disponerer for lokale munnhuleproblemer og ubehag. En munn som ikke stelles blir lett grobunn for mikrober som kan medføre infeksjonssykdom lokalt, men også skape alvorlig sykdom andre steder i kroppen.</p> <p>En dårlig stelt munn kan oppleves av den eldre som flaut, ubehagelig og setter begrensninger for sosial utfoldelse og følelse av velbehag</p> <p>Det er et sykepleieansvar å bistå pasienten i daglig ivaretagelse av munnhelsen, når han ikke mestrer det selv. Dette fremkommer av lovverk, yrkesetiske retningslinjer og Hendersons teori.</p> <p><u>Metode</u> Strukturerte litteratursøk er utført i databasene Cinahl og PubMed. Fagartikler er funnet gjennom søk i google og google scholar. Boklitteratur er hentet fra bibliotekene v/ LDH, OsloMet og Odontologisk fakultet, UiO.</p> <p><u>Drøfting</u> Funn fra fem forskningsartikler diskuteres opp mot kunnskapsgrunnlaget presentert i teorikapittelet. Hensikten er å finne årsakene til at munnhelsen nedprioriteres, og det ses nærmer på systemets rammer, sykepleiers prioriteringer innenfor disse rammene, grad av kunnskap, pasientens selvbestemmelse, rutiner og pårørende.</p> <p><u>Konklusjon</u> Økonomiske innsparinger, tidsnød, arbeidsbelastning, og manglende rutiner leder til tøffe prioriteringsvalg. Medisinske problemstillinger må prioriteres, og pleieoppgaver delegeres øvrig pleiepersonell. Blant pleiepersonell er det både positive og negative holdninger til munnstell. Graden av kunnskap og bevissthet vedrørende munnhelse varierer. Pasientmotstand er en utfordring. Samarbeidet med tannhelsetjenesten kunne vært en bedre utnyttet ressurs. Blankholm-utvalgets prioriteringskriterier kan være til hjelp i prioriteringssammenheng.</p>	

(Totalt antall ord:298)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling:	2
1.3	Hensikt	2
1.4	Avgrensning.....	3
1.5	Begrepsavklaring:	5
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	6
2.1	Prioriteringer.....	6
2.1.1	Blankholm-utvalget	6
2.2	Den eldre munn trenger pleie.....	8
2.2.1	Odontologisk- og medisinsk kunnskapsgrunnlag	8
2.2.2	Oral mikrobiologi	9
2.2.3	Sykdommer som konsekvens	10
2.3	Den sårbare pasienten	11
2.3.1	Pasientrettigheter	12
2.4	Sykepleierens rolle.	12
2.4.1	Juridiske og yrkesetiske føringer for sykepleieren	13
2.4.2	Sykepleiefaglig grunnlag	13
3	Metode	15
3.1	Litteratursøk	15
3.1.1	Litteratursøk (tabell 1)	17
3.2	Anvendt faglitteratur	19
3.3	Kildekritikk	20
3.4	Etiske vurderinger	22
4	Presentasjon av forskningsresultater	23
4.1	Syntese.....	23
4.2	Artikkelmatrise(tabell 2)	24
5	Diskusjon.....	27
5.1	Systemets rammer.....	27
5.2	Sykepleiers prioriteringer	28
5.2.1	Kunnskap.....	28
5.2.2	Holdninger.....	30
5.3	Pasientens selvbestemmelse.....	31
5.4	Rutiner	32
6	Avslutning	34
7	Referanseliste	36

1 Innledning

De fleste av oss er fra barnsben av oppdratt til å ivareta tennene våre gjennom daglig tannpuss. Vi oppsøker tannlegen for å forebygge sykdom, smerte og ubehag i tenner og munnhule, og dersom noe visuelt bærer preg av ikke å være i orden. Vi liker å føle velbehaget ved en ren munn, og er opptatt av å fremstå velstelte. Munnen som kroppsåpning spiller en betydelig rolle som passasjekanal både i forbindelse med fordøyelse og respirasjon. Vi er avhengig av tennene våre, samt spyttet i bearbeidelsen av maten vi spiser. Infeksjoner i munnen rammer nødvendigvis ikke bare lokalt, men kan også spre seg til andre steder i kroppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

FHI publiserte i 2009 en rapport vedrørende tannhelsestatusen til den norske befolkningen. Dataene, innhentet til kapittelet om Eldres tannhelsestatus, tok utgangspunkt i data fra tre rapporter publisert i perioden 1996-2004. Rapporten konkluderte med at det er delvis store udekkede behandlingsbehov blant eldre pasienter, både hjemmeboende og institusjonaliserte. Utfordringen var spådd å kunne bli økende i årene fremover (Lyshol & Biehl, 2009, s. 31-34).

I 2008/2009 ble samhandlingsreformen publisert, daværende regjering fremhevet tre hovedutfordringer som bidro til samhandlingsproblemer i helse- og omsorgstjenesten. De samme utfordringene viste seg gjeldende på samfunnsøkonomisk- og pasient/individ plan. En av disse utfordringen var at tjenestene i for liten grad gjorde en innsats for å begrense og forebygge sykdom (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 21). Som jeg skal presentere i oppgavens kapittel 2, kan dårlig munnhelsestatus medføre flere somatiske konsekvenser som videre kan føre til sykehusinnleggelse. I samhandlingsreformen argumenteres det for at ressurser bør settes inn tidlig slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres. Dette vil gagne både individet og samfunnsøkonomien, da det kan redusere behovet for kostbare sykehusinnleggelse (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 22-23). Dersom man på bakgrunn av dette erkjenner ivaretagelse av munnhelse som en forebyggende intervensjon, skulle man tro prioriteringen av eldre pasienters munnhelse fikk et løft etter reformens ikrafttredelse i 2012.

I 2019 publiserte tidsskriftet Sykepleien en fagartikkel med tittelen *Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave* (Svensli et al., 2019). Denne understøttet egne observasjoner og erfaringer fra klinisk praksis og arbeid ved siden av studiet. Jeg kom selv opp i prosedyren tannpuss på praktisk prøve første semester av sykepleierstudiet, men har i ettertid opplevd lite fokus på munnhelse både i pensumlitteraturen og praksis. Samtaler med medstudenter vitner om at tilsvarende observasjoner. Selv ikke i de tilfellene hvor munn og tenner rent visuelt bar preg av dårlig stell, observerte jeg at dette ble viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Det kan være seg misfargede tenner, tannråte, tørre sprukne munnslimhinner, lettblødende tannkjøtt, soppinfeksjoner og manglende tenner. Det har ofte manglet dokumentasjon på munnhelsestatusen, det har ikke vært presisert i behandlingsplan og ikke formidlet til lege eller tannlege. Jeg har i praksisstudier vært borti svært invalidiserte pasienter uten mulighet til å ivareta sine grunnleggende behov, som på bakgrunn av dette har mottatt kommunale helse og omsorgstjenester i mange år. Disse har ikke blitt informert om sine rettigheter til å få munnen undersøkt av tannlege. Da jeg fikk vite dette sørget jeg for å følge opp saken, og det viste seg at det forelå standardisert søknadsskjema for dette. Det var bare ingen som hadde tatt ansvar for å hjelpe pasienten med å fylle det ut. Denne opplevelsen har preget meg, og er mye av grunnen til at jeg ønsket å skrive denne oppgaven.

1.2 Problemstilling:

Hvilke årsaker kan ligge til grunn for sykepleierens manglende prioritering av munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov i sykehjem

1.3 Hensikt

Flovik (2005, s. 21) omtaler munnhygiene som en lite prestisjefylt sykepleieoppgave, som ofte blir tatt lett på eller glemt, og pasientene blir lett den lidende part. Hensikten med oppgaven er å finne ut hva forskningslitteraturen peker på av ulike årsaker til at munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, til tross for at det foreligger sykepleiefaglige prosedyrer (Thorsen & Oftedal, 2016), samt kunnskap om potensielt alvorlig konsekvenser for pasientenes helhetlige helse.

Tematikken og fokuset i oppgaven kan fremstå noe dystert og kritisk, da den ser på hva som ikke fungerer, fremfor å se på løsningene som finnes. Dette forsvares med at det allerede finnes prosedyrer for munnstell tilgjengelig, men den eldre får likevel ikke ivaretatt sin munnhelse i tilstrekkelig grad. Det er gjort studier, eksempelvis i Belgia, hvor man implementerte en modell for å bedre Eldres munnhygiene på sykehjem. Likefullt pekte evidensen på at endringene var ubetydelig (De Visschere et al., 2011). Dette er den triste sannhet, og den som ikke erkjenner problemets eksistens vil ei heller kunne gjøre noe med det. Derfor skal denne oppgaven forsøke å belyse årsakene til problemet.

1.4 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle ivaretakelsen av munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov i sykehjem. Avgrensningen er gjort på bakgrunn av flere årsaker.

Vi har i dag en større andel eldre, og det er estimert at i perioden fra år 2000 til 2050 vil antallet personer over 67 år mer enn fordobles. Mye av den sviktende funksjonen og sykdommene eldre får kan ikke behandles, og pasientene må lære seg å leve med tilstandene (Haugan & Rannestad, 2018, s. 135-136). Eldre pasienter er et naturlig valg å skrive om, fordi de er en pasientgruppe i vekst, men også av rent medisinsk/odontologiske årsaker.

Aldersforandringer og bruk av enkelte medikamenter utgjør risikofaktorer for utvikling av plager og sykdom i munnhulen og kroppen forøvrig, og fordrer god ivaretakelse av den Eldres munnhelse(kap.2).

Pasienter i behov av bistand til egenomsorg og pleie tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester og blir ivaretatt av sine respektive kommuner, slik det er bestemt av helse og omsorgstjenesteloven. Ikke overraskende er det de eldste som utgjør den største pasientgruppen i kommunehelsetjenesten (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 197-198).

Vi har gjennom årene sett en progredierende reduksjon i antallet sykehussenger, i kombinasjon med kortere liggetid, og samhandlingsreformen har medført økt press på kommunehelsetjenesten hva gjelder behandling og ivaretakelse av stadig sykere pasienter (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18-23).

Det var nødvendig å avgrense oppgavens kontekst til å omhandle sykehjem, da det meste jeg fant av relevant forskning til min problemstilling tok utgangspunkt i dette. Jeg mener likefullt man kan og bør trekke paralleller til pasienter som mottar sykepleie i eget hjem, da forskning peker på at ei heller disse ser ut til å få den daglige ivaretagelsen av munnhelsen som de er i behov av (Fjæra et al., 2010). Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, peker blant annet på behovet for å ruste opp kommunehelsetjenesten med tanke på at det med tiden blir stadig sykere og mer komplekse hjemmeboende pasienter, i behov av mer avansert behandling og omsorg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18-23). Selv om det er slik at pasientene med størst bistandsbehov blir tildelt langtidsopphold i institusjon, eksempelvis sykehjem, beskriver Brodtkorb og Ranhoff (2014, s. 197-198) en generell avinstitusjonalisering i samfunnet, med blant annet økt styrking av hjemmebaserte tjenester de siste årene. Konsekvensene av dårlig munnhelse vil være de samme om pasienten bor i eget hjem eller i institusjon.

Oppgaven vil ha fokus på den enkelte sykepleiers ansvar og prioritering vedrørende ivaretagelse av munnhelsen til sykehjemspasienter. Det er en kjensgjerning at man som sykepleier står i en særstilling til å hjelpe pasienten med daglig ivaretagelse av dette, slik man også daglig blir gitt muligheten og ansvaret for å ivareta pasientens øvrige behov for stell og pleie. Jeg kommer likevel ikke utenom å adressere noe av den kompleksiteten som ligger i de helsepolitiske prioriteringsføringene. Selv om problemstillingen omhandler sykepleiers manglende prioriteringer av munnstell, så utøver denne sykepleieren sitt fag innenfor et helsepolitiske rammeverk.

1.5 Begrepsavklaring:

Munnhelse:

Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex(head, face, and oral cavity). Oral health means the health of the mouth. No matter what your age, oral health is vital to general health and well-being. (FDI World Dental Federation, u.å.)

Helse

Siden en del patologiske plager i munnhulen ikke kun affiserer munnen alene, men kan innvirke på pasientens helhetlige helse, legger jeg frem den generelle definisjonen på helse, formulert av WHO:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (World Health Organisation, u.å.)

Den eldre pasient

Eldre pasienter er en vid uensartet pasientgruppe med et spenn i alder fra 60 til over 100 år (WHO u.å. sitert i Ranhoff, 2014, s. 79).

Langtids pleiebehov i sykehjem

Med dette referer jeg til de pasientene som er i behov av heldøgns pleie og omsorg og som er tildelt langtidsopphold i sykehjem slik dette er beskrevet i de respektive kommunenes forskrifter og hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011§3-2a)

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Før man ser på årsakene til at eldre ikke i tilstrekkelig grad får ivaretatt sin munnhelse, må man vite litt om hva og hvilke føringer som ligger til grunn for prioriteringene som gjøres i helsevesenet. Man må også ha kunnskap om den eldre munn, og man må vite hvilke konsekvenser det får dersom munnet forsømmes. Dette innbefatter et komplekst naturvitenskaplig kunnskapsgrunnlag bestående av anatomi, fysiologi og mikrobiologi, som grunnlagt begrensninger i oppgavens omfang, her kun vil bli overfladisk beskrevet. Vi må vite hvordan den eldre opplever å ha en ustelt munn, og hvilke rettigheter han har. Til slutt vil jeg belyse sykepleierens rolle og ansvar for å bistå pasienten med ivaretagelse av sin munn.

2.1 Prioriteringer

Prioriteringer i helsevesenet omhandler blant annet begrensede ressurser, men også samfunnsmessige og sosiale hensyn i form av nasjonal distribusjon og fordeling av goder (Nortvedt, 2016, s. 225). Det gjøres prioriteringer på alle nivåer i helse-Norge, med ringvirkninger nedover i systemet og hva man anser som viktig vil avhenge av hvor i behandlingshierarkiet man er ansatt. Befring (2015, s. 78) deler helsepolitiske virkemidler inn i økonomiske, rettslige, organisatoriske og pedagogiske. Ulike prioriteringsinteresser legger grunnlaget for en kompleks debatt og er utfordrende for sykepleieren i klinikken, som utøver sitt fag innenfor et rammeverk av helsepolitiske og organisatoriske føringer (Nortvedt, 2016, s. 222). Sykepleierens prioriteringer i pasientnært arbeid er altså ikke den enkelte sykepleiers vurderinger alene, men likefullt et resultat av prioriteringer gjort på høyere nivåer i tjenesten.

Sykepleiefaget befinner seg ifølge Nortvedt (2016, s. 254) i spennet mellom å dekke den enkeltes behov for faglig og omsorgsfull sykepleie, og samtidig upartisk dekke behovene til mange andre.

2.1.1 Blankholm-utvalget

Flere regjeringsoppnevnte utvalg har hatt som mandat å utarbeide grunnleggende prinsipper for prioriteringer i helsetjenesten. I 2018 publiserte Blankholm-utvalget sin NOU om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og offentlig tannhelsetjeneste. Den så på overføringsverdien av prinsippene som gjaldt for spesialisthelsetjenesten, og gjorde nødvendige tilpasninger slik at det skulle være anvendbart i kommunehelsetjenesten.

Blankholm-utvalget var opptatt av at prioriteringsprinsippene skulle være såpass allmenne at de kunne anvendes i prioriteringer på alle nivåer i tjenestene, også av sykepleieren som driver pasientnært arbeid. (NOU 2018:16, 2018, s. 9-12).

Kriteriene fra NOU 2018:16 (2018, s. 10-11) gir en pekepinn på hvordan blant annet sykepleier i sykehjem kan tenke i prioriteringssammenhenger. De er listet opp her:

Nyttekriteriet omhandler vekting av tiltak etter dets sannsynlighet til å medføre: overlevelse eller minske funksjonsnedsettelse, forbedre fysisk eller psykisk funksjon, redusere smerter og ubehag av psykisk og fysisk karakter, samt gi økt mestring fysisk, psykisk og sosialt.

Ressurskriteriet omhandler å prioritere det mest kostnadseffektive. Det presiseres at dette kun skal vurderes i lys av de andre kriteriene.

Alvorlighetsprinsippet omhandler å prioritere etter tilstandens alvorlighetsgrad vektet ut fra risiko for dødsfall eller funksjonstap, grad av fysisk og psykisk funksjonstap, fysiske eller psykiske smerter og ubehag og grad av mestring, psykisk, fysisk og sosialt. Tiltakets hastegrad er med på å avgjøre alvorligheten, men man regner ikke bare alvorlighet ut fra øyeblikksbildet. Man ser også på varighet og fremtidige alvorlige følger når man vurderer etter alvorlighetsprinsippet.

2.2 Den eldre munn trenger pleie

Det fremkom av FHI-rapporten fra 2009 hvor det ble sammenlignet data fra siste halvdel av 90-tallet med data fra 2004, at det er en økning i antallet institusjonaliserte pasienter som har beholdt egne tenner og ikke er protesebærere. Samme rapport viste også nedgang i antallet pasienter med helproteser. Med det økende antallet eldre, og flere som beholder egne tenner, så er karies(tannr te), i rapporten, trukket frem som et mulig økende problem i fremtiden og det vil kunne bli utfordringer med å ivareta pasienters behandlingsbehov når det kommer til munnhelsen (Lyshol & Biehl, 2009, s. 31.34).

Munnstellets betydning for pasientens almenntilstand, ernæringsstatus, kommunikasjon, selvfølelse, utseende, velbefinnende og livskvalitet burde ifølge Strand et al. (2017, s. 138-139) v re motivasjon god nok til å ivareta den eldre munnhelse. Jeg vil også trekke konsekvensene enda lenger, ved å belyse noen alvorlige sykdommer som kan oppstå som konsekvens av svekket munnhelse. Forebyggende intervensjoner er ifølge Strand et al. (2017) besparende både for samfunnsøkonomien og individets helse, da det kan forebygge sykehusinnleggelser, samt forebygge økt pleiebehov hos den eldre og belastninger på en gammel kropp. Dette er, slik jeg tolker det, også i tråd med samhandlingsreformens intensjon slik det fremkommer av St. meld. nr. 47 (2008-2009, kap.3.2.2).

2.2.1 Odontologisk- og medisinsk kunnskapsgrunnlag

Munnhulen er slimhinnekledd, strekker seg fra leppene og bak til svelget. Slimhinnen utgjør en barriere som hindrer infeksjoner. Totalt 32 tenner er, i en normal frisk munn, likt fordelt i over-og underkjeve, og er med sine røtter forankret i kjevebeinet. I munnhulen finnes mange spyttkjertler som produserer spytt. Spyttet er viktig for å opprettholde det organiske miljøet i munnen og bidrar blant annet til å fukte slimhinnene, bløte opp maten, rense tennene for matrester, opprettholde munnhulens surhetsgrad og nøytralisere syre fra mat og drikke. Ved at mikrober skylles unna når vi svelger, beskyttes slimhinnene mot kolonisering av disse. Spytt inneholder blant annet enzymer og immunglobuliner (Flovik, 2005, s. 29-34; Willumsen et al., 2008, s. 21-24).

Mange aldersforandringer rammer den eldre pasientens munn, og vil sammen med manglende egenomsorgsevne og dårligere helse øke risikoen for infeksjonssykdommer. I tillegg vil eldres immunforsvar og evne til å bekjempe mikrober blir svekket med alderen. Slitasje vil over tid endre tennenes struktur, de vil endre fargenyanse etter å bli eksponert for fargestoffer fra mat og drikke, emaljen blir hardere og sprøere og kan falle av eller man kan få krakeleringer i emaljen. Tennene blir skjørere og brekker lettere. Eldre opplever retraksjon av tannkjøttet som medfører eksponerte rotoverflater som ikke er emaljekledd og kan være følsomme. Hardhendt tannbørsting er svært uheldig i disse tilfellene. Man mister benmasse med alderen, og dette kan sees på kjevebenene. Muskelatrofi innvirker på tygge og svelgfunksjon. Slimhinnene i munnhulen blir tynnere, skjørere og tar lettere skade (Mensen, 2014, s. 54; Nordenram & Nordström, 2001, s. 52-59; Samson & Strand, 2014, s. 316-317).

Mange eldre pasienter sliter med munntørrehet, og trenger hjelp til å fukte munnslimhinnene. Årsakene kan være mange, eksempelvis har eldre dårligere reservekapasitet hva gjelder spyttsekresjon, og blir lettere påvirket av dehydrering ved lavt væskeinntak. Spyttproduksjonen reguleres av det autonome nervesystemet, så en sympatikusaktivering ved stress eller angst kan medføre lavere spyttsekresjon. Vi vet likevel at munntørrehet ofte er legemiddelindusert, enten som bivirkninger eller interaksjoner. Mange eldre er foreskrevet mange medisiner. Legemiddelgrupper som psykofarmaka, allergimedisiner og vandrivende medikamenter er eksempler på medisiner som kan gi hyposalivasjon(munntørrehet). Det gjelder særlig for medikamenter med antikolinerg virkning. Munntørrehet gir blant annet såre slimhinner, proteser kan lettere gnisse sår i tannkjøttet, pasienten får hyppigere soppinfeksjoner, risikoen for karies øker, smaksopplevelsen forringes og det blir vanskeligere å svelge (Flovik, 2005, s. 33 & 52; Willumsen et al., 2008, s. 29-30).

2.2.2 Oral mikrobiologi

Munnhulen inneholder et stort antall mikrober, som utgjør normalfloraen. Normalfloraen består av grampositive kokker, som streptokokker, stafylokokker og enterokokker. Man finner også gramnegative stavbakterier og sopp, da spesielt soppen candida albicans. Ved normale forhold utgjør ikke den orale mikrobiotaen(mikrobene)noen trussel, men derimot beskytter den oss mot patogene mikrober. Disse forholdene opprettholder man ved å holde munnen ren, slimhinnene hele, og ha god spyttsekresjon som renser munnen og fjerner mikrober. Dersom

normalfloraen kommer i ubalanse kan det medføre overvekst av enkelte mikrober som kan medføre sykdom (Flovik, 2005, s. 29-46).

Aldersforandringer(kap.2.2.1) påvirker det organiske miljøet i munnen. Med lavere spyttsekresjon får man eksempelvis endringer i munnens pH-verdi og man vil ikke kunne svelge unna mikrober. Disse fester seg da heller til slimhinnene og emaljen som ofte er svekket. Eldre pasienter er ofte mer mottakelige for infeksjoner. Hvis de ikke får hjelp til å holde munnen ren fører dette til plakkdannelse. Plakk er et gulhvitt belegg dannet av proteiner i spyttet, og hvis man ikke pusser tennene vil bakterier og sopp kolonisere seg her. Risikoen for karies øker ved sukkerinntak, men kan forebygges med fluor. Det vil ikke ta lenger enn 24 timer før plakk på tannemalje og slimhinne blir vanskelig å fjerne. Plakk som ikke fjernes mineraliseres til tannstein. Bakteriebelegg langs tannkjøttskanten kan medføre tannkjøttbetennelse som ubehandlet kan gi tannløsning. Medikamenter som antibiotika og glukokortikoider kan endre bakteriefloraen, det samme gjelder røyking (Flovik, 2005, s. 29-43; Samson & Strand, 2014, s. 317-318; Willumsen et al., 2008, s. 25).

2.2.3 Sykdommer som konsekvens

De vanligste sykdommene i munnhulen er infeksjon i munnslimhinne, tannråte og tannkjøttbetennelse som kan medføre dyp tannkjøttbetennelse med tannløsning. Andre tilstander er munntørrhet, tap av tenner og kreft i munnhulen (Samson & Strand, 2014, s. 317). Ifølge FHI-rapporten(Lyshol & Biehl, 2009, s. 31-34) er periodontal sykdom, smerter og spiseproblemer utbredt blant eldre.

Vi vet i dag at det er en sammenheng mellom den orale mikrobiotaen og systemisk sykdom. Denne forståelsen er stadig økende (Marsh et al., 2016, s. 217). Infeksjoner i munnhulen kan bre seg til lungene, mage-tarm-kanalen eller med blodbanen (Flovik, 2005, s. 30)

Bakterier fra munnen, kan føres med blodstrømmen(bakteriemi) til hjertet hvor de kan koloniseres og føre til infeksjøs endokarditt. Dette er en alvorlig tilstand som selv med antibiotikabehandling har en mortalitet på mellom 25% og 40%. Ofte tar hjerteklaffene skade, og pasientene er i behov av åpen hjertekirurgi. Orale mikrober har også vist seg å kunne medføre aterosklerose. Pneumonier kan skyldes patogene mikrober fra munnhulen, som havner i lungene når pasienten svelger feil/aspirerer. Det foreligger evidens for at bedret munnhygiene har redusert tilfeller av pneumoni blant eldre pasienter i sykehjem. Det foregår økende grad av forskning for se om det er en sammenheng mellom dårlig munnhygiene og

akutte kols-forverringar. Pasienter med periodontal sykdom har økt risiko for å utvikle revmatoid artritt(RA), men det er ikke evidens for at å behandle den periodontale sykdommen gir bedre kontroll over RA. Diabetes har vist seg å være en risikofaktor for periodontale sykdommer, men det er også økende bevis for at periodontal sykdom kan ha en negativ virkning på diabetes. Det drives også forskning på orale bakteriers innvirkning på cancerutvikling (Marsh et al., 2016, s. 221-227; Rautemaa et al., 2007).

Harvard Health Publishing (2019) omtalte en studie, publisert i Science Advances som pekte på sammenhengen mellom en munnhulebakterie, kjent for å medføre gingivitt, og Alzheimers sykdom. Bakterien kan bevege seg fra munnen og ende opp i hjernen hvor den utskiller et enzym som skader nervecellene, gir hukommelsestap og eventuelt Alzheimers.

2.3 Den sårbare pasienten

Som vi kunne lese av FDI's definisjon på munnhelse(kap.1.5.) så handler munnhelse om mer enn sykdom, deriblant å kunne smake, tygge og svelge, snakke, smile og uttrykke følelser gjennom ansiktsuttrykk. Det å ha intakte tenner blir av generasjonen eldre som lever i dag, og deres pårørende, sett på som del av den personlige verdigheten. Det er både skamfullt og vondt for mange eldre å ha en dårlig stelt munn i møte med omverdenen. De kan synes det er flaut å vise frem dårlig stelte tenner når de smiler og ler og dette kan medføre at eldre begrenser seg i sosial omgang. Vi må heller ikke glemme hvor viktig tennene er for matinntak. Den eldre kan miste både evnen til å tygge og appetitten når munnen er ustelt (Willumsen et al., 2008, s. 11-18).

Ifølge Samson og Strand (2014, s. 316) bør eldre pasienter få bistand til å ivareta munnhelsen. Willumsen et al. (2008, s. 15) beskriver at hjelpebehovet er der fordi pasienten kan bli likegyldig til ubehagelige symptomer, føle seg sliten, ikke ha krefter eller har mistet finmotorikken som trengs for å pusse tennene med tannbørste. Proteser, broer og tilbaketrukket tannkjøtt kompliserer munnstellet for den eldre. Sykepleieteoretikeren Virginia A. Henderson (1997, s. 47) sier at pasienten ikke skal måtte trenge å senke sin standard for renslighet, av blant annet munn og tenner, når han blir syk. Man må heller kunne forvente at dårlig grad av renslighet vil høynes i slike tilfeller.

Munnen kan av den eldre oppleves som privat sfære, og mange kan ha en terskel for å motta munnstell, og oppleve det invaderende (Willumsen et al., 2008, s. 12).

2.3.1 Pasientrettigheter

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) skal kommunen sikre sine innbyggere nødvendige helse- og omsorgstjenester. Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å drive regelmessig, oppsøkende og vederlagsfritt tannhelsetilbud til eldre langtidssyke i sykehjem (Tannhelsetjenesteloven, 1983, §1-3. & §2-1.). Sykepleier plikter å innhente kvalifisert bistand dersom dette er nødvendig (kap.2.4.1.)

Pasienten har rett til å medvirke i behandlingen som gis. Han har også rett på nødvendig og tilpasset informasjon, etter blant annet alder, erfaring, språkbakgrunn med mer, for å få innsikt i sin helsetilstand, behandling og eventuelle risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap.3). Den samtykkekompetente pasienten har rett til å motsette seg helsehjelp, men dette forutsetter at han er tilstrekkelig informert om sin tilstand og helsehjelpen han takker nei til. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent stiller lovverket strenge krav om at handlingen skal være nødvendig, at unnlatelse kan medføre helseskader og tiltakene skal stå i forhold til behovet for helsehjelp, for at tvangsvedtak skal kunne fattes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap.4).

2.4 Sykepleierens rolle.

Ifølge Samson og Strand (2014, s. 316) er det et sykepleieansvar å bistå pasienten med å holde munn og tenner rene, sikre fuktige og hele slimhinner for å forebygge infeksjon, og sørge for velvære og verdighet.

Som sykepleier skal man utøve sin profesjon innenfor rammene av de til enhver tid gjeldende lovbestemmelsene (Molven, 2016, s. 20). Sykepleierfunksjonen har også sitt sett med retningslinjer gjennom sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer. Disse er ifølge Molven (2016, s. 69-70) et generelt ideal og setter en retning for hva som er god praksis.

2.4.1 Juridiske og yrkesetiske føringer for sykepleieren

Sykepleieren skal utøve omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp i tråd med sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig, og om nødvendig og hvis mulig innhente nødvendig kompetanse dersom pasienten har behov for dette (Helsepersonelloven, 1999, s.,§4). Dette understøttes av Norsk Sykepleierforbund (2019, kap 2.10) sine retningslinjer som peker på sykepleierens ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. NSF's yrkesetiske retningslinjer omtaler også blant annet sykepleierens ansvar for en helsefremmende og sykdomsforebyggende praksis hvor man skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å gjøre selvstendige valg og respektere disse (Norsk Sykepleierforbund, 2019, kap 2.1, 2.5 & 2.6).

2.4.2 Sykepleiefaglig grunnlag

Munnhelsens innvirkning på individet er som vi kan lese i de tidligere underkapitlene svært intrikate og det er naturlig å velge Virginia A. Henderson som sykepleieteoretisk forankring av flere årsaker. Hun var opptatt av at sykepleiefaget både måtte ha en biologisk naturvitenskapelig tilnærming, så vel som en humanistisk fortolkende tilnærming (Kirkevold, 1998, s. 108).

Å sette inn tiltak som fremmer pasientens helse er i tråd med det Henderson har formulert i sin definisjon av sykepleie. Ifølge Kirkevold (1998, s. 101) er denne klassiske definisjonen presist sammenfattet av Henderson, og jeg opplever det mest respektfullt å gjengi den som direkte sitat:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Henderson, 1998, s. 45)

Henderson var opptatt av den grunnleggende sykepleien og beskrev 14 grunnleggende gjøremål som sykepleier skal bistå pasienten med. Et av disse punktene er å hjelpe pasienten med å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte hud og slimhinner (Kirkevold, 1998, s. 103).

I kap.2.3.fremkommer noen årsaker til at den eldre pasienten ikke evner å ivareta sin egen munnhelse lenger. I tilfeller hvor pasienten ikke selv er i stand til å ivareta sine behovstilfredsstillende og helsefremmende livsmønstre, mener Henderson at sykepleieren skal komme inn med støttende og erstattende tiltak (Kirkevold, 1998, s. 105).

Henderson uttalte seg også spesifikt om munnhelse:

Det er viktig at sykepleieren kan greie å holde munn og tenner skikkelig rene hos dem som er skrøpelige og hjelpeløse. Under sykdom trenger tennene og gommen mer stell enn når en er frisk. Minst to ganger om dagen bør tennene pusses. Mange foretrekker å gjøre det oftere. Når pasienten ikke kan gjøre dette selv, må sykepleieren rense munn og tenner for ham[...] (Henderson, 1997, s. 48-49)

3 Metode

Metode er av Dalland (2020, s. 197) beskrevet som den fremgangsmåten man benytter seg av i oppgavens datainnsamling. Denne oppgaven er metodisk formet som en litterær oppgave, og følger det rammeverk som fremkommer av høgskolens veileder for bacheloroppgaven, samt emnets læringsplan. Dalland (2020, s. 199) beskriver den litterære oppgaven som en oppgave hvor dataene er hentet fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori.

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har gått frem for å innhente data, både i form av boklitteratur, fagartikler og forskningsartikler.

3.1 Litteratursøk

Søk nr.1

Jeg ønsket å finne de artiklene som omhandler munnhelsen ved sykehjem. Søket er utført i databasen Cinhal Complete, og jeg brukte søkeordene **(MH"Oral Health")**, **(MH"Oral Hygiene+")** og **(MH"Nursing Homes+")**. Videre ønsket jeg å finne de artiklene med størst grad har overføringsverdi til norske forhold, og valgte derfor å inkludere søkeordet **(MH"Scandinavia+")**. Videre avgrensning i form av årstall(2010-2021) var for å finne artikler som i størst grad gjenspeiler dagens situasjon. Etter å ha lest og vurdert titlene på samtlige av de 13 søketreffene opp mot min problemstilling, valgte jeg ut tre artikler som jeg leste abstraktene til. To av artiklene leste jeg i sin helhet og inkluderte i min oppgave, da de var av direkte relevans til min problemstilling.

Søk nr.2

Søket skilte seg fra det forrige fordi jeg ønsket å finne en artikkel som beskriver sykepleiernes generelle prioriteringer ved sykehjem. Jeg unnlot derfor å søke munnhelse, og brukte søkeordene **(MH"Nursing Homes+")**, **(MH"Scandinavia+")** og **"prioritization"**. **"prioritization"** var ikke et emneord i Cinhal, men jeg forsøkte å søke med dette som keyword. Jeg fikk fem søketreff, hvorav en av artiklene skilte seg ut med en tittel som beskrev det jeg var ute etter. Det var derfor ikke vurdert hensiktsmessig å avgrense søket ytterligere. Jeg leste artikkelen i sin helhet og valgte å implementere denne. Dette er i tillegg en norsk studie.

Søk nr.3

Dette søket ble utført i PubMed, i den hensikt å se om jeg fikk andre søketreff her. Her ønsket jeg i likhet med søk nr.1 å inkludere munnhelse. Jeg anvendte søkeordene **(oral health care)**, **(barriers)** og **(nursing homes)**. I og med at søket var bredt, avgrenset jeg med årstall (2015-2021). Da fikk jeg 28 søketreff. Etter å ha lest fort over samtlige titler, valgte jeg ut tre artikler jeg leste abstraktet til, av disse valgte jeg å lese to av artiklene i sin helhet, og endte opp med å velge én av disse, på bakgrunn av dens relevans for problemstillingen min.

Søk nr.4

Dette søket utførte jeg i Cinhal Complete og la til termen «**mouth care**». Jeg la også til keywordet «**priority**». Da fikk jeg kun 11 treff, og jeg valgte derfor ikke å avgrense søket ytterligere. En av artiklene skilte seg ut både gjennom tittelens relevans og abstraktet. Jeg valgte å lese denne i sin helhet og inkluderte den på bakgrunn av dens relevans til min problemstilling.

3.1.1 Litteratursøk (tabell 1)

Søk nr	Søke dato	Datab ase	Søkeord m/ ordkombina sjoner	Avgrens ning	Ant all tref f	Leste sammen drag	Lest e artik ler	Artikl er inklud ert	Valgte artikler
1	10.03. 2021	CINAH L Compl ete	S1 (MH "Oral Health") S2 (MH "Oral Hygiene+") S3 (MH "Nursing Homes+") S4 (MH "Scandinavia +") S5 S1 OR S2 S6 S3 AND S4 AND S5	Årstall: 2010 - 2021	13	3	2	2	<p>Wårdh, I., Jonsson, M. & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel—an area in need of improvement. <i>Gerodontology</i>, 29(2), e787-e792. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x</p> <p>Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? <i>Gerodontology</i>, 29(2), e748-e755. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x</p>
2	10.03. 2021	CINAH L Compl ete	S1 (MH "Nursing Homes+") S2 (MH "Scandinavia +") S3 "prioritization" S4		5	1	1	1	<p>Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 24(3), 533-540. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x</p>

			S1 AND S2 AND S3						
3		Pub Med	((oral health care) AND (barriers)) AND (nursing homes)	Årstall: 2015 - 2021	28	3	2	1	De Visschere, L., de Baat, C., De Meyer, L., van der Putten, G. J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. <i>Gerodontology</i> , 32(2), 115-122. https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/ger.12062
4	17.03 .2021	CINA HL Comp lete	S1 (MH "Oral Health") S2 (MH "Oral Hygiene+") S3 (MH "Mouth Care+") S4 (MH "Nursing Homes+") S5 "priority" S6 S1 OR S2 OR S3 S7 S4 AND S5 AND S6		11	1	1	1	Wårdh, I., Hallberg, L. R. M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care—A Low Priority in Nursing: In-depth Interviews with Nursing Staff. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 14(2), 137-142. https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x

3.2 Anvendt faglitteratur

Boklitteratur

Trygstad & Dalland beskriver biblioteket som egnet sted å finne frem til kvalitetssikrede kilder av relevans for studiet (Dalland, 2020,s. 141).

Det finnes litteratur på området, men det har vært noe tidkrevende å lete frem boklitteratur som skriver i dybden om munnhelse fra et sykepleieperspektiv.

I arbeidet med oppgaven henvendte jeg meg til biblioteket ved odontologisk fakultet,UiO, for validert og sikker boklitteratur rundt det odontologiske og medisinske aspektet ved oppgaven. Sykepleieperspektivet er belyst med utgangspunkt i pensumlitteratur, samt annen relevant litteratur fra høgskolebiblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, og universitetsbiblioteket ved OsloMet.

Fagartikler

Anvendte fagartikler er funnet gjennom multiple søk i google og google scholar gjennom skriveperioden. De er publisert i kjente norske fagtidsskrifter for henholdsvis sykepleiere og tannleger.

Offentlige publikasjoner og lovverk

Offentlige publikasjoner har jeg lest omtalt i pensumlitteratur og søkt meg frem til på google. Lovverk er primært hentet fra Lovdata.

Forskningsartiklene

I forkant av skriveprosessen gjorde jeg flere søk i google scholar, for å få bred oversikt over den aktuelle tematikken og forskningen på området.

De strukturerte litteratursøkene ble utført i referansedatabasene CINAHL Complete og PubMed.

Referanser

Programmet EndNote er brukt i arbeidet med kildehandtering.

3.3 Kildekritikk

Ifølge Trygstad & Dalland omhandler kildekritikk både vurdering og karakterisering av litteraturen (Dalland, 2020, s. 152). Veilederen til bacheloroppgaven beskriver det som å forklare den anvendte litteraturens styrker og svakheter, knyttet opp mot problemstillingen.

De fire valgte artiklene har til hensikt å si noe om årsakene til at sykepleier nedprioriterer munnhelsen til eldre i sykehjem. Alle artiklene er fra fagfelleverderte tidsskrifter som er vektet nivå 1 av NSD, Norsk senter for forskningsdata (u.å.)

Felles for artiklene er at de er skrevet på engelsk, og det er naturlig nok en risiko for at noe endres i en oversettelsesprosess. Dette har jeg vært bevisst på, og har hyppig brukt ordbøker for å slå opp ord og uttrykk.

Begrepet «nurse» på engelsk virker å være en paraplybetegnelse for pleiere med ulik kompetanse og bakgrunn. Dette har skapt noe forvirring i bearbeidelse av artiklene. Registered nurse, virker til å være betegnelsen som tilsvarer vår offentlig godkjente sykepleier med bachelorgrad. I artikkelen til De Visschere et al. (2015) var oppgitte deltakere registered nurses og certified nurse assistants, uten nærmere beskrivelse av sistnevnte. Men sertifisering tyder på en viss formell kompetanse, som muligens gjør det mer hensiktsmessig å tenke i retning helsefagarbeider, enn den lignende norske tittelen pleieassistent som ikke fordrer formell kompetanse. I artikkelen til Willumsen et al. (2012) var deltakerne registered nurses, auxiliary nurses og assistant nurses. I denne artikkelen er assistant nurse beskrevet som det vi kjenner som pleieassistent, mens auxiliary nurse kan gjenkjennes som helsefagarbeider.

Det vil på bakgrunn av ovennevnte være kritikk av den anvendte forskningen at den tar for seg pleiepersonell i bredere forstand enn kun sykepleiere, og at prioritering kan tenkes å være noe sprikende utfra personalets formelle kompetanse og utdanning. Når det er sagt, må pasienten forholde seg til det munnstellet han får av den pleieren som er på jobb, uavhengig av dennes kompetanse. Sykepleieren har blant annet både en undervisende og administrativ funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23), og basert på dette vil man kunne tenke at de øvrige medarbeiderne ivaretar pasienten slik dette ansvaret er blitt dem delegert av sykepleieren. Behovet for ivaretagelse av munnhelsen er udiskutabelt den samme, uavhengig av tittelen på den som utfører det.

Artikkelen av Slettebø et al. (2010) skiller seg ut fra de øvrige ved at denne ikke tar for seg munnhelse direkte. Den har likevel en verdi fordi den ser på prioriteringer generelt i sykehjem og på denne måten virker understøttende på annen litteratur, og er bidragsytende når det kommer til å besvare problemstillingen. Studien er utført i Norge, og det øker dens relevans.

Artikkelen av De Visschere et al. (2015) besvarer problemstillingen på en god måte. Studien er gjort på bakgrunn av erfaringer og data fra to tidligere studier. Disse hadde til hensikt å implementere en modell for ivaretagelse av munnhelse i sykehjem, noe som viste seg å gi lite resultater. Den aktuelle studien jeg valgte hadde til hensikt å se på hvilke årsaker som hindret ivaretagelse av den eldres munnhelse, på bakgrunn av at implementeringen av modellen ikke hadde gitt effekt. Studien er derfor svært relevant for min problemstilling. Den er utført i Belgia, og det kan bety visse forskjeller vedrørende kultur, politikk, utdanningen til sykepleierne osv. Trass i eventuelle forskjeller er Kongeriket Belgia et av verdens mest industrialiserte land, plassert vest i Europa og medlem av en rekke Europeiske samarbeid (Thuesen & Phil, 2021). Dette er, i mine øyne, med på å styrke forskningens troverdighet og overføringsverdi til norske forhold.

Forskningen til Willumsen et al. (2012) er svært relevant i besvarelsen av min problemstilling. Studien er utført i Norge.

Wårdh et al. (2012) sin studie er i stor grad bidragsytende i å besvare problemstillingen. Studien er utført i Sverige, hvilket kan være innvirkende på overføringsverdien til norske forhold. Vi har i forbindelse med covid-19-pandemien for alvor sett ulikhetene hva gjelder helsepolitiske føringer i Norge og Sverige. Studien ble utført etter en lovendring som skulle sikre eldre bedre ivaretagelse av munnhelsen. Hva dette innebærer er kort beskrevet i artikkelmatrisen (kap.4.2). Sverige er likevel et land vi liker å sammenligne oss med og med en kultur som er tett knyttet til vår egen. Jeg vurderer artikkelen til å ha overføringsverdi til norske forhold.

Wårdh et al. (2000) er en pilotstudie utført i Sverige. Jeg vurderer denne på samme bakgrunn som artikkelen over til å ha overføringsverdi til norske forhold. Artikkelen er eldre enn de andre, dette kan være en svakhet, da min oppgave i stor grad beskriver situasjonen slik den er i dag. Den viser dog at utfordringene knyttet til munnhelse ikke er nyoppstått. En svakhet ved studien er at intervjuobjektene er oppgitt som nursing assistants og home-care aids. Artikkelen er likevel valgt fordi disse utøver daglig munnstell til eldre pasienter, blant annet i sykehjem,

og de beskriver problemområder som både understøtter og samsvarer med funnene fra de øvrige artiklene.

Jeg har registrert at fagartiklene jeg har anvendt, henviser til en del av den samme forskningen og boklitteraturen som jeg har brukt i oppgaven min. Dette tolker jeg på to måter. Først tenker jeg at dette er med på å styrke artiklene og litteraturens troverdighet, men jeg tenker også det illustrerer at dette er et tema som er lite forsket på og derfor går mye av den samme litteraturen igjen flere steder.

3.4 Etiske vurderinger

Jeg tar selvkritikk på å omtale sykepleier som henne og pasienten som han. Dette kan muligens bidra til økte forskjeller og stigma i et yrke hvor vi ønsker mangfold og kjønnsmessig utjevning. Det er likevel fortsatt slik rollene er formulert i en del av sykepleielitteraturen.

I oppgavens kap.1.1, beskriver jeg en kasuistikk fra praksisstudier. Alle detaljer om den aktuelle pasienten og kommunen er utelatt av hensyn til krav om konfidensialitet og personvern.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Hovedfunnene fra de fem valgte artiklene er sammenfattet her. Detaljer fra den enkelte artikkel kan leses i artikkelmatrisen (tabell.2).

4.1 Syntese

Forskningsresultatene peker på stor arbeidsbelastning og tidsnød som grunn til manglende prioriteringer og/eller utførelse av munnstell. Sykepleierne må ta sa seg av medisinske problemstillinger og overlata deler av den grunnleggende sykepleien til annet helsepersonell. Kunnskap var en utfordring. Noen mente å ha tilstrekkelig kunnskap, andre følte de manglet kompetanse både teoretisk og praktisk. Munnstellet ble betegnet som krevende, retningslinjene mange steder var uklart definert, kommunikasjonen dårlig og utførelsen tilfeldig og opp til den enkelte pleier. De fleste så på munnstell som positivt og nødvendig, men ikke sidestilt med andre oppgaver ved utforming av pleieplaner, gradert under eksempelvis sårstell, kroppsstell, mer sidestilt med barbering og negleklipp. Pasienter som motsetter seg er en stor utfordring, da selvbestemmelse og etiske hensyn står høyt blant sykepleierne. Mange trodde pasientene selv ville si ifra hvis de trengte hjelp til munnstellet.

4.2 Artikkelmatrise(tabell 2)

Rekkefølgen på artiklene fraviker fra tabell 1, men er listet opp slik de står omtalt i kap 3.3. kildekritikk

Artikkel Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Relevante funn
1.	Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010).	Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(3), 533-540.	Å belyse legers og sykepleieres erfaringer med faktorer som innvirker på prioriteringer i sykehjem	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer m/ 13 deltakere (seks leger og syv sykepleiere) fra seks sykehjem i Norge.	Prioriteringsutfordringer i sykehjem bunnet bl.a. i mangel på tid. Legene følte ikke de fikk nok tid til hver pasient, var avhengig av sykepleiernes pre-selektering av hvem som var i størst behov av legetilsyn. Sykepleierne hadde ansvaret for mange pasienter, måtte prioritere medisinske problemstillinger, og mindre kvalifisert helsepersonell fikk ansvaret for den grunnleggende sykepleien. Dette medførte at ikke alle basisbehov ble dekket grunnet manglende kunnskaper hos øvrig pleiepersonell. Det var heller ikke tid for å lære disse opp. Dårlig støtte fra ledelsen hva angikk kliniske prioriteringer, i tillegg til økende problematikk hvis pleiepersonellet ikke forsto behovet for økonomisk besparing. Prioriteringsvalg kom heller ikke tydelig frem i dokumentasjonen. Utfordrende å sikre lik tilgang på stell, når man måtte gjøre harde prioriteringer. Det var såpass presset på personell at det, særlig i helger, måtte gjøres prioritering av hvilke pasienter som skulle bli hjulpet opp av sengen. Hvilke pasienter som fikk plass på sykehjem ble bestemt eksternt og mange med behov for langtids plass ble sendt hjem for å frigjøre senger for pasienter fra sykehus, da det koster kommunene å ha pasientene liggende ekstra på sykehus. Pårørendes involvering viste seg innvirkende, da dette sikret pasientene bedre ivaretagelse.
2.	De Visschere, L., de Baat, C., De Meyer, L., van der Putten, G. J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2015)	The integration of oral health care into day to day care in nursing homes: a qualitative study	<i>Gerodontology</i> , 32(2), 115-122.	Å finne barrierer og muliggjørende faktorer relatert til implementering av en munnhygieneprotokoll i sykehjem	Kvalitativ studie. Studien er gjort på bakgrunn av to tidligere studier hvor man hadde forsøkt å gjennomføre en munnhelseprotokoll ved flere sykehjem i Flanders, Belgia, uten at dette bedret munnhygienen i særlig grad. Denne studien har hentet data fra syv fokusgruppeintervjuer og 36 individuelle intervjuer med	Barrierer oppstår på fire plan: organisasjon, sykepleier, pasient/beboer og munnhelse. Organisatorisk plan: høy arbeidsbelastning medførte tidsnød, andre mente man kunne bruke tiden bedre, deltidsansatte følte ikke at nye rutiner var tydelig nok kommunisert med dem. Tilbakemeldinger var utilstrekkelige. Sykepleierne opplevde det verdifullt å bli veiledet, og intern selvevaluering av effekt på pasientens munn virket positivt på sykepleierne. Flere sykepleiere så ikke på munnstell som en prioritering, og graderte det eks. under vanlig kroppsstell og sidestilt med eks. negleklipp og barbering. Munnstellet bar preg av sykepleiernes egne preferanser om å være ren og velstelt, og de som syntes deler av munnstellet var ubehagelig selv, unngikk dette hos pasientene sine. Manglende refleksjon rundt munnstellet, noen overså munnhelsen fordi de ikke trodde konsekvensene var så alvorlige som en del andre helseproblemer. Generelt var holdningene rundt munnstell gode og det var positivitet tilknyttet utførelsen, men mange følte de hadde utilstrekkelige ferdigheter eller erfaring. Pasientene: Både kognitivt svekkede og andre overvurderte sine evner til ivaretagelse av egen munn, noen motsatte seg og kunne bli agiterte. De pasientene som viste takknemlighet, hadde en positiv innvirkning på sykepleierne. Sykepleieren var opptatt av det etiske v/ selvbestemmelse, pasientene skulle være med å medbestemme i pleien som ble gitt. Noen pasienter hadde gitt opp egen munnhelse, så ikke vitsen, eller

					<p>sykepleiere og (certified nurse assistants) ansatt v/ 13 sykehjem.</p>	<p>var redd pussing ødela protesene, selvbestemmelse ble en barriere da pasienter motsatte seg. Nylig ankommende pasienter og pårørende stilte større krav til oral ivaretagelse.</p> <p>Munnhelse: Rengjøring av proteser var vurdert enklere og rensligere, mindre tidskrevende og man slapp vond lukt. Tannpuss ble ansett som svært vanskelig. Ikke alle kunne gape høyt nok så sykepleier fikk observert, flere brakk seg og kastet opp, tungen kom stadig i veien. Munnen ble av noen sykepleiere opplevd som ekkel og uren, og det ble veldig personlig å skulle jobbe inni pasientens munn. Noen mente at flere hadde så elendig tannstatus at de trengte tannlege. Det ble også trodd at de med egne tenner som var i stand til det pusset selv. Vanskelig å vite om munnetilstanden var utført, pasienten sa sjelden ifra selv.</p>
3.	Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2012)	Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients	<i>Gerodontology</i> , 29(2), e748-e755.	<p>Utforske sykehjemspasienters munnhelse og sykepleiernes vurderinger av barrierer til hinder for forbedringer av munnhelse ivaretagelse.</p> <p>Man så etter om årsakene var pasientmotstand, eller om det har å gjøre med kunnskap og holdninger hos sykepleier og pleiepersonell med ulik utdanning eller om årsaken er organiseringen av munnhelse rutiner</p>	<p>Munnhygiene-statusen til pasientene ble screenet av tannpleiere, ved hjelp av mucosal plaque index (MPS).</p> <p>Kvalitativ tverrsnittstudie</p> <p>494 «nurses» (114 sykepleiere m/ bachelorgrad, 243 m/ helseutdanning fra videregående/helsefagarbeidere og 136 pleieassistenter) ved 11 sykehjem i Østfold i Norge, ble intervjuet vedrørende oral hygiene til 358 pasienter fordelt over de aktuelle sykehjemmene.</p> <p>Det svenske produserte spørreskjemaet NAIK ble brukt til å vurdere kunnskap og holdninger hos sykepleierne. Dette skjemaet har en rekke spørsmål om henholdsvis holdninger til munnetilstand, gjennomføringsmulighet</p>	<p>Pasientmotstand: Hovedvekten av pleiere oppga å noen ganger eller daglig oppleve pasienter i behov av bistand motsatte seg, noen ganger valgte de å unnlate munnetilstanden, andre ganger ble et utilstrekkelig munnetilstand utført, men aldri et tilfredsstillende. De utdannede pleierne beskrev oftere utilstrekkelige munnetilstand som følge av pasientmotstand. 21,1% hadde vurdert muligheten av juridisk tvangsvedtak for å ivareta munnetilstanden.</p> <p>Skalaen brukt: 1(aldri)–5(alltid)</p> <p>Holdninger: Flesteparten syntes det i liten grad var ubehagelig å ivareta pasientens tannhelse. De fleste så alltid på munnetilstanden som sin arbeidsoppgave, sykepleierne i noe større grad enn det resterende pleiepersonellet. Over halvparten syntes utøvelsen av munnetilstand var vanskelig i praksis(62,3% scoret 3-5).</p> <p>Implementeringsmuligheter: 22,5% svarte å alltid(score 5) kunne ta seg nødvendig tid til munnetilstand, median-score var 3. 24,6% uttalte å alltid ha nok kunnskap i enhver munnetilstandssituasjon. Flere helsefagarbeidere(27,7%) enn sykepleiere(22,8%) og pleieassistenter(18,2%) uttalte å alltid ha nok kunnskap. Det var likevel flere sykepleiere(88,3%) enn helsefagarbeidere(56,4%) og pleieassistenter(56,4%) som mente kunnskapen deres var tilstrekkelig(score 4 eller 5). De scoret 4 på at de kan prosedyrene, og de scoret 4 på at de kan gi pasienten råd og at de kan påvirke motvillig tilstand.</p> <p>Viktigheten av kunnskap:</p> <p>Skalaen 1(uviktig)–5(viktig)</p> <p>Vedrørende viktigheten av kunnskap om utstyret, sykdom i munnen, oral protetikk, sunn munnhule, munnenhulens fysiologiske funksjon og munnenhulens psykososiale funksjon var median-scoren 5 på samtlige av spørsmålene.</p>

					er og viktigheten av kunnskap. Skalaen som deltakerne krysset av på strakk seg fra 1(aldri/uviktig) til 5 (alltid/viktig)	
4.	Wårdh, I., Jonsson, M. & Wikström, M. (2012).	Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area of improvment	<i>Gerodontology</i> , 29(2), e787-e792.	Å utforske holdninger og kunnskap om munnstell blant sykehjems-personell mer enn fem år etter en svensk lovendring som bl.a. innbefattet eldres rett på gratis vurdering av munnhelsen, grunnleggende tannstell subsidiert og sykehjems-personale som var trent på ivaretagelse av munnhelsen,	Både kvantitative og kvalitative data er lagt frem i denne studien. Totalt 454 ansatte (seks sykepleiere) v/ 12 sykehjem i Jönköping og Göteborg svarte på 16 multiple-choice spørsmål om holdninger og kunnskap om ivaretagelse av oralhelse, i tillegg til spørsmål om den ansattes kjønn, erfaring, profesjon, tidligere trening i munnstell.	65% av pleiepersonalet oppga å formell opplæring i munnstell som del av sin basisutdanning eller gjennom jobben. De fleste pusset pasienters tenner daglig, og mente munnstell er en viktig del av god sykepleie. 77% prosent mente pasientene selv ville gi beskjed hvis de var i behov av hjelp til munnstellet. 60% syntes tannpuss var krevende, og når de skulle rate mellom hva som var mest til hinder for å utføre munnstellet, svarte 80% at pasienten motsetter seg. Dette tronet langt høyere enn eksempelvis mangel på tid eller at den eldre klarer å utføre det selv. Over halvparten var av den oppfatning at tennene faller ut med alderen, uavhengig av hvor godt man ivaretar munnhelsen. De fleste viste kunnskap om at fluor styrker tennene, over halvparten visste at plakk og sukkerkonsum kan medføre karies, men kunnskap om årsak til gingivitt var ikke kjent. Litt under halvparten sa de pusset skånsomt ved blødende tannkjøtt. 36% mente tannproteser ikke trengtes å tas ut av munnen til natten. På spørsmål om hva slags utdanning eller hjelp fra tannlegetjenesten som ville forbedret pasientenes munnhelse unnlot 16% å svare. De som svarte trakk frem: Mer tid, mer trening, både praktisk og teoretisk. kvalitative funn: <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter som motsetter seg - Pleiepersonellens behov for opplæring - Behov for forbedret samarbeid blant sykehjems-personalet - Mangel på empati. (én formulerte det som latskap å ikke pusse pasientenes tenner.) - Den svenske tannhelse-reformen sikret eldre bedre tenner, grunnet opplæring om viktigheten av å ivareta munnhelsen.
5.	Wårdh, I., Hallberg, L. R. M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000).	Oral Health Care-A Low Priority in Nursing	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 14(2), 137-142	Utforske pleiepersonalets holdninger til ivaretagelse av munnhelse, i håp om at dypere forståelse vil inspirere til videre forskning som kan gi bedring i munnhelse-ivaretagelsen til eldre.	Kvalitativ studie 8 Nursing assistants og 14 home care aids fra to sykehjem, to boliger for demente eldre og tre servicesentre for hjemmetjenesten, ble intervjuet med fokus på deres subjektive opplevelse av å bistå med munnstell.	Pleierne opplevde å ha manglende kunnskap og kompetanse, de beskrev sviktende, udefinerte og noe tilfeldig munnstellrutiner, dårlig støtte eks. fra pårørende som overlot pleien til helsepersonellet, kontakten med tannhelsetjenesten opplevdes tilfeldig med vanskelig instruksjoner å etterfølge. Økt arbeidsbelastning og dårlig tid. Pleierne rådførte seg med sykepleierne ved behov, men ønsket mer kunnskap selv. De forsto at det var økonomi som var styrende for at de ikke fikk mer kursing enn de gjorde. Mange pasienter fikk hjelp med tannstell, og enkelte lurte man på om fikk for mye hjelp. Pasienter som motsatte seg var krevende, ofte fremstod de redde og pleierne var redde de skadet pasientene når de hjalp dem med munnstell. Påtvunget munnstell opplevdes i gråsonen av overgrep, etiske dilemmaer oppsto. Enkelte pleiere mente de eldre burde bli bedre informert om hva munnstell faktisk omhandlet. Noen pleier syntes det var motbydelig med munnstell grunnet slim o.l., disse holdningene møtte motstand fra andre pleiere. Munnstell ble sett på som en naturlig del av stellet, men ikke sidestilt når pleieplaner skulle skrives. Hos pasienter som ble syke kunne munnstellet lett bli neglisjert.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere årsaker til at munnhelsen til eldre pasienter med langtidspleiebehov i sykehjem i for liten grad blir prioritert, til tross for det omfattende og alvorlige kunnskapsgrunnlaget presentert i teorikapittelet.

5.1 Systemets rammer

I studien til Slettebø et al. (2010) ble økonomisk innsparing trukket frem som en faktor som påvirker prioriteringene i sykehjem. Avdelingslederne uttrykte også frustrasjon over budsjetteringene. De forsøkte likevel å ikke la besparingene komme i veien for medisiner, mat og initiativer for velbehag og komfort blant pasientene. Spesialtannlege Katrine Gahre Fjeld sier i et intervju med tidsskiftet Sykepleien at ledelsen må prioritere tannhelse, de økonomiske ressursene må være gode nok og helsepersonell må ha kunnskap om munnhelse. Det er ikke nødvendig med det dyreste utstyret, men det riktige (Ousdal, 2018). I artikkelen til Wårdh et al. (2000) uttrykte pleiepersonellet at de var klar over at økonomi var en styrende årsak til at de ikke kunne få mer kursing i munnstell enn det de gjorde. Det foregår prioriteringer på alle nivåer i helse-Norge (kap.2.1). Disse varierer etter hvor i hierarkiet man er ansatt. Nortvedt (2016, s. 235) foreslår at årsaken til at sykepleie oftere blir rangert lavere på prioriteringsskalaen enn medisinsk behandling omhandler at sykepleierens bragder utrettes ved sykesengen, og ikke er synlig for andre enn pasienten selv og hans pårørende. Sykepleiere yter altså sitt arbeid innenfor et rammeverk og det er krevende å drive pasientnært arbeid når man føler det ikke legges ordentlig til rette for det.

Eksempelvis forteller pleiepersonell at økt arbeidsbelastning medfører tidsnød og behov for harde prioriteringer. Sykepleierne tar seg av medisinske kasuistikker med hastegrad, og setter bort grunnleggende sykepleieoppgaver til mindre kompetent pleiepersonell (Slettebø et al., 2010). Også i artikkelen til Wårdh et al. (2012) fremkom det at mer tid ville sikret pasientene bedre munnstell. I studien til De Visschere et al. (2015) derimot, mente flere av pleierne at det nødvendigvis ikke omhandlet dårlig tid, men hvordan man prioriterer med grunnlag i den tiden man har.

5.2 Sykepleiers prioriteringer

Når tiden setter begrensninger for hvor mye man rekker å utføre, må man gjøre en vurdering av de ulike handlingens viktighet og hastegrad. For at sykepleieren skal kunne vekte verdiene av sine handlinger fordrer dette tilstrekkelig kunnskap om konsekvensene både av det hun prioriterer, og nedprioriterer. Hvis ikke kan hun vanskelig tenkes å kunne stå inne for helsepersonellovens krav om fagligforsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999§4). Jeg tenker Blankholmutvalgets prioriteringskriterier(kap.2.1.1) kan være en hjelp da intervensjonenes verdi skal vektet mot hverandre. Det forutsetter muligens en viss politisk interesse fra den enkelte sykepleier, å sette seg inn i statlige utredninger. Disse kriteriene ble dog publisert senere enn artiklene mine, og flere av studiene er gjort i utlandet.

5.2.1 Kunnskap

Det fremkommer av forskningen at det er behov for mer kunnskap og opplæring angående ivaretagelse av pasientenes munn (De Visschere et al., 2015; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2000; Wårdh et al., 2012). Artikkelen til De Visschere et al. (2015) viser at det var lite refleksjon rundt munnstell, flere overså munnstellet fordi de ikke trodde konsekvensene kunne bli så alvorlige og de symptomatiske problemene ses ikke umiddelbart. Munnstellet ble noe man utførte nå og da, slik som negleklipp og barbering. Det vanlige kroppsstellet ble vurdert viktigere enn stell av munnen. Det kan tenkes at dersom sykepleierne hadde vært klar over konsekvensene de risikerer å utsette pasientene for, ville de prioritert munnstellet høyere. Det er som Petter Stordalen engang uttalte: «*uten kunnskap er det lett å la være, med kunnskap er det umulig å la være*». Spesialtannlege Fjeld mener en av årsakene til at tannhelsen ofte er nedprioritert på sykehjem er fordi det er et komplekst felt og det er varierende hvor mye munnhelse er prioritert i utdanningene til sykepleiere, helsefagarbeidere og leger (Ousdal, 2018). Dette belyser videre hvilken innflytelse utdanningsinstitusjonene har på den behandlingen pasientene får ute i klinikken. Utdanningsinstitusjonene på sin side har også rammeverk å prioritere innenfor, og dette innbefatter å utdanne kandidater som blant annet kan utøve sykepleie som ivaretar grunnleggende behov, fremmer helse og forebygger sykdom (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen, 2019,§2). Kanskje vil flere av utdanningsinstitusjonene se viktigheten av kunnskap om forebyggende munnhelseintervensjon fremover, og sikre det tilstrekkelig plass i de nye fagplanene.

Blankholm-utvalget pekte på at det i helseutdanningene også bør legge til rette for undervisning om prioriteringer (NOU 2018:16, 2018,s. 9-12).

I Artikkelen til Wårdh et al. (2012) uttalte 65% av pleierne å ha formell opplæring i munnstell, enten som del av grunnutdanningen eller i jobbsammenheng. Norske data fra Willumsen et al. (2012) viser at bare 24,6% av pleiepersonalet totalt oppga å alltid ha nok kunnskap. Det var likevel langt flere av sykepleierne som vurderte sin kunnskap til å være det forskerne omtalte som «tilstrekkelig». Kunnskap om munnens anatomi, fysiologi, sykdom i munnhulen, protetik og utstyr ble av flertallet ansett som viktig.

En mulig bias ved forskningen kan være at pleiepersonellet i hovedsak subjektivt bedømte sine egne ferdigheter. Unntaket er studien til Wårdh et al. (2012) hvor pleiepersonellet ble stilt spørsmål om munnhelse. De fleste visste at fluor styrket tennene, over halvparten kjente til sammenhengen mellom plakk, sukkerkonsum og utvikling av karies, men kunnskap om den vanligste årsaken til gingivitt var mindre til stede. Ingen av forskningsartiklene så på deltakernes kunnskap om systemisk sykdom. Var det slik at pleiepersonellet selv trodde at kunnskapen de hadde var tilstrekkelig? Det er en kjensgjerning at man ikke vet hva man ikke kan før man faktisk har lært det. En masteroppgave i klinisk odontologi fra UiT så etter sammenheng mellom selvrapportert oppfatning av eget kunnskapsnivå og objektiv kunnskap blant pleiepersonell vedrørende munnhelse. I denne studien besvarte deltakerne en rekke faglige spørsmål ved siden av subjektivt å vurdere egne ferdigheter. Det var dessverre slik at selvrapportert kunnskap i mindre grad stemte overens med objektiv evaluering av kunnskap, så behovet for undervisning er tilstede selv om en del pleiere hevdet å kunne nok (Olsen & Ludvigsen, 2019, s. 22). Psykologien omtaler det kjente fenomenet Dunning-Kruger-effekten, hvor personer med lite kunnskap på et område tenderer til å vurdere seg selv urealistisk positivt (Svartdal, 2020). Kanskje er det denne som gjør seg gjeldene også her.

Masteroppgaven avslørte at norsk pleiepersonells kjennskap til systemiske konsekvenser av en dårlig stelt munn var langt bedre enn man kanskje kan få inntrykk av. 86% av sykepleierne visste bakterier i munnhulen kunne spre seg til andre organer, 76% av hjelpepleierne visste tilsvarende (Olsen & Ludvigsen, 2019, s. 13). Behovet for mer opplæring fremstår likevel tydelig. Selv i studien til Wårdh et al. (2012) hvor over halvparten uttalte å ha fått opplæring, trakk flere deltakere frem et behov for mer opplæring både teoretisk og praktisk.

Praktisk utførelse kunne være krevende da pasienter hadde vanskeligheter med å gape høyt nok, tunga kom veien og de brakk seg. Protesestell opplevdes enklere og mer hygienisk (De Visschere et al., 2015).

5.2.2 Holdninger

Majoriteten av sykepleierne hadde positive holdninger til munnstell, og så på det som en naturlig og viktig del av sykepleien. Noen opplevde det svært intimt å jobbe inni pasientens munn, andre syntes munnstell var ekkelt og urent grunnet slim og lignende. Disse møtte liten sympati fra kolleger (De Visschere et al., 2015; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2000; Wårdh et al., 2012). En sykepleier som ikke kamouflere sin holdning om at munnstell er ekkelt, kan påvirke pasientens opplevelse av seg selv og munnstellet (Flovik, 2005, s. 18-19). Det er uheldig om sykepleierens ubehag projiseres over på pasienten som allerede kan antas å føle stigma over ikke lenger å evne ivaretagelse av sine grunnleggende behov. Uheldige holdninger bør ikke komme i veien for vår plikt til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999§4).

Det er et paradoks at sykepleiere er flinkere til å stelle pasienten i nedre del av fordøyelseskanalen enn i munnhulen (Hansen, 1996, sitert i Flovik, 2005, s. 18). Kanskje enkeltes holdninger til munnstell ville vært bedre hvis de hadde hatt mer kunnskap om munnhelsens viktighet.

Data fra Slettebø et al. (2010) viser at pasienter med ressurssterke og aktive pårørende var i bedre posisjon til å få aktiv behandling enn andre. Studien til De Visschere et al. (2015) omtalte etterspørsel fra pasienter eller pårørende som en stimulerende faktor for at munnhelsen ble ivaretatt. Pårørendes påvirkningskraft på sykepleieres prioriteringsvalg kan ikke gå på kompromiss med ansvaret for å sikre pasientenes rett til lik tilgang på behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Nortvedt (2016, s. 254) sier at sykepleieren vanskelig kan forsvare sykepleien til enkeltpasienter dersom mange trenger hjelp og ressursene er begrenset. Engasjerte pårørende kan kanskje ses som en ressurs i motivering og opplæring av pasienter som motsetter seg,

5.3 Pasientens selvbestemmelse

Pasienter som motsetter seg er trukket frem av sykepleierne som en hovedårsak til at munnstellet ikke ble tilstrekkelig utført eller ikke utført i det hele tatt. Det kunne gå så langt at pasientene nektet å åpne munnen og de opplevdes agiterte (De Visschere et al., 2015; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2000; Wårdh et al., 2012). Er pasientmotstand god nok grunn til å nedprioritere munnhelsen, eller bør vi som sykepleiere grave i årsakene til at pasientene motsetter seg?

I artikkelen til Wårdh et al. (2000) fremkommer det at mange pasienter virket redde, at kanskje ikke alle forstod hva som foregikk, og noen pleiere foreslo at man burde forklare den eldre hva munnstellet omhandler. Demente pasienter er sterkt representert (Willumsen et al., 2012). De var ofte i behov av hjelp, da de tenderte til å falle inn i munnstellvaner fra gamledager, noen var veldig forsiktige med tennene sine, andre virket ikke som de var kjent med moderne munnstell (Wårdh et al., 2000). De eldre var redd pussingen ødela proteser, de hadde gitt opp, eller så ikke lenger vitsen (De Visschere et al., 2015). I artikkelen til Wårdh et al. (2012) tenkte mange at pasientene selv ga beskjed om de trengte hjelp. Dette er problematisk når data fra De Visschere et al. (2015) forteller at mange eldre feilaktig overvurderer egen evne til ivaretagelse av sin munn. Det er naturlig å skille mellom de pasientene som lar seg motivere og tar til seg informasjon, og de som er så kognitivt svekket at læring er krevende.

21,1% av pleierne i studien til Willumsen et al. (2012) hadde vurdert muligheten av juridiske tvangsvedtak for å ivareta pasienters munnhelse, men pasient- og brukerrettighetsloven stiller strenge krav før det kan fattes tvangsvedtak (kap.2.3.1). Artikkelen til De Visschere et al. (2015) viser at sykepleierne satte pasientenes selvbestemmelse høyt. Pleierne i artikkelen til Wårdh et al. (2000) opplevde påtvunget munnstell i gråsonen av overgrep og det medførte etiske dilemmaer. Jeg tenker det kan være krevende å være sykepleier og skulle prioritere mellom pasientens selvbestemmelse på en side og kravet helsepersonelloven stiller til faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp på den andre. Man kan spørre seg hvor omsorgsfullt det er å trosse pasientens integritet, men det ligger vel også omsorg i å forebygge komplikasjoner som kan gi pasienten langt større ubehag. Det må gjøres en individuell nytte-skade-vurdering med forankring i etikk, jus og odontologisk/medisinsks kunnskapsgrunnlag. Avisen IFinnmark omtalte i 2016 en pasient som mottok munnstell etter fattet tvangsvedtak (Holst, 2016). Før det fattes tvangsvedtak stiller lovverket krav til at det skal forsøkes med tillitsskapende tiltak først (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

Dersom pasientene er redde, er det mye sykepleieren kan gjøre for å få gjennomført munnstellet som en prioritert intervensjon. Ifølge Flovik (2005, s. 18-19) er det viktig for pasientens trygghetsfølelse at det sykepleieren sier samsvarer med den hun faktisk gjør, og at sykepleier er var på den verbale-, og subkommunikative interaksjonen mellom seg og pasienten (kap.5.2.).

Er det riktig å legge press på pasienten når han motsetter seg? Skal vi tro Flovik (2005, s. 14-15) godtar vi kanskje for lett pasientenes avslag. Hun forklarer at når det gjelder forebygging av trykksår, blodpropp og lungebetennelse gjennom aktivitet har vi godt innarbeidede rutiner basert på kunnskap. Tilsvarende holdninger er ikke like innarbeidet hva gjelder rutinemessig munnstell som forebyggende intervensjon for utvikling av munnhelseproblemer, som videre kan utvikle seg til alvorlig sykdom (kap.2.2.3.). Kanskje ville økt kunnskap og bevissthet sikret bedre rutiner.

Flovik (2005, s. 14) mener helsearbeidere må bli flinkere til aktivt å tilby munnstell, da mange pasienter ofte takker nei fordi de er kvalme, slitne eller ønsker å være i fred. Willumsen et al. (2008, s. 15) beskriver også at eldre kan bli likegyldige til ubehagelige symptomer, få mindre krefter og svekket finmotorikk som vanskeliggjør utførelsen av tannpussingen. Men skal man ikke respektere pasientens ønsker?

Det er god yrkesetikk og i tråd med lovverket å la den samtykkekompetente eldre bestemme selv om han ønsker hjelp eller ei, men dette fordrer at han er informert om konsekvensene av ikke å få munnen stelt(kap.2.3.1.). Kanskje kan sykepleierne bruke pårørende som et virkemiddel til å motivere, trygge og informere pasienter om viktigheten av munnhelse

5.4 Rutiner

Det kan tenkes at innarbeidede rutiner og retningslinjer kan kompensere for utilstrekkelig kunnskap. I artikkelen til Wårdh et al. (2000) fremkommer det at pleiepersonellet opplevde munnstellrutinene som dårlig definerte og ikke basert på systematisk kunnskap.

Pleiepersonellet visste at munnstellet skulle utføres minst to ganger daglig, men den praktiske utførelsen virket mer uklar. Også i studien til De Visschere et al. (2015) opplevde pleierne selve utøvelsen som krevende. Munnstellet bar preg av sykepleierens tanker om hva pasienten trengte, basert på erfaring fra pussing av egne tenner, og dersom de syntes noe var ubehagelig selv, eksempelvis tungeskraping, unngikk de å utføre dette hos pasientene sine. Willumsen et al. (2008, s. 18), på sin side, sier at egenerfaring fra tannpuss ikke er direkte overførbart til

pleie av den syke eldre. Pleierne hadde tillitt til at de andre gjorde som de skulle, men kjente egentlig ikke kvaliteten på munnstell pasienten mottok da det ikke var de selv som utførte det.

I studien til Wårdh et al. (2000) fremkom det at munnstell ofte ikke var samtaleemne da pleieplaner skulle skrives, med mindre det var åpenbare behov. Som sykepleiere plikter vi å dokumentere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen de får (Helsepersonelloven, 1999, § 39 & § 40), og det er naturlig å tenke at man også begrunner de valgte intervensjonene og prioriteringene. I studien til Slettebø et al. (2010) rapporterte sykepleierne om manglende dokumentasjon vedrørende prioriteringsvalg. Enkelte ganger ble det kun dokumentert hva som var blitt gjort og ikke bakgrunnen for valg av interaksjonen. I artikkelen til De Visschere et al. (2015) fremkom det at det kunne være vanskelig å bedømme om det daglige munnstell i det hele tatt var utført eller i så fall hvor godt. Pasientene rapporterte nødvendigvis ikke selv dersom de ikke fikk munnstell. I samme studie opplevde de deltidsansatte at en del ting rundt munnstell ikke var tydelig nok kommunisert til dem. Når det ikke er innarbeidet gode nok rutiner for dokumentasjon eller kommunikasjon, blir det vanskelig for den som tar over pasientansvaret å skulle følge opp. Artikkelen fra Wårdh et al. (2012) pekte også på et ønske om forbedret samarbeid blant sykehjemspersonalet.

I artikkelen til Wårdh et al. (2000) ble kontakten med tannhelsetjenesten beskrevet som noe tilfeldig, og med vanskelige instruksjoner for pleiepersonalet å etterfølge. Willumsen et al. (2008, s. 20) tolker tannhelsetjenestelovens §1-3 (kap2.3.1) dit hen at helsepersonell alltid kan henvende seg til den lokale tannhelsetjenesten dersom de ønsker tilsyn eller behandling av pasienter, råd eller opplæring fra tannhelsepersonell. Dersom pleiepersonalet kunne benyttet seg mer av denne kompetansen vil dette kanskje kunne møte både pasientenes behandlingsbehov, samt pleiepersonalets kunnskapsbehov.

6 Avslutning

Hvilke årsaker kan ligge til grunn for sykepleierens manglende prioritering av munnhelsen til eldre pasienter med langtids pleiebehov i sykehjem?

Selv om hensikten har vært å belyse årsakene og ikke løsningene, vil en heldig bieffekt av å utforske årsakene være at løsningene kan fremstå klarere. Det var dette jeg mente i innledningen, da jeg skrev at før man kan løse et problem må man først erkjenne og forstå dets eksistens.

Sykepleierens harde prioriteringer skyldes i stor grad at hun skal utøve faget sitt innenfor et fastsatt rammeverk av politiske og organisatoriske føringer. Jeg belyste i teorikapittelet at prioriteringer foregår på alle nivåer i helse-Norge, og felles for en del av disse er at de rammer pasienten og sykepleieren som jobber pasientnært. Økonomiske innsparinger, stor arbeidsbelastning, manglende rutiner og tidsnød er eksempler på dette.

De fleste sykepleiere er enige i at munnstell er en viktig del av sykepleien til pasienten, men de er nødt til å prioritere innenfor rammene som er. Det oppstår en vekting av hvilke handlinger som må utføres og hvilke som kan vente eller utelates. For å kunne gjøre de rette prioriteringene som fremmer helse, og ikke risikere å utsette pasienten for det motsatte, kreves kunnskap. Forskningen viser at det er stort behov for kunnskap både rent teoretisk, men også i den praktiske utføringen av munnstell. Det er veldig varierende hvor mye kunnskap pleiepersonellet har, og det viser seg at deres subjektive oppfattelse av egen kunnskap ikke alltid samsvarer med deres faktiske kunnskap. Det er likevel slik at de fleste sykepleiere er positive til og ønsker lære å mer.

Bevisstheten rundt munnhelsen virker liten, og kulturen blant pleierne virker å bære preg av dette. Manglende rutiner gjør at utføringen enkelte steder bærer mer preg av sykepleierens egenerfaring fra pussing av egne tenner, og mindre grad av kunnskapsbasert praksis. Det kommuniseres dårlig rundt munnstell mellom pleiepersonellet og det blir oversett i utformingen av pleieplaner. Pleiernes holdninger til munnstell kan muligens virke inn på prioriteringene. De fleste har dog positive holdninger.

En stor årsak til at flere eldre ikke får munnen stelt, er at de motsetter seg og kan bli sinte eller redde. Sykepleierne viser i stor grad etisk refleksjon ved å respektere pasientenes rett til selvbestemmelse. Spørsmålet er om pasientene blir tilstrekkelig informert om viktigheten av å

få munnen stelt, slik at de kan fatte et veloverveid valg, da også kunnskapen blant pleiepersonellet er varierende.

Samarbeidet mellom pleiepersonell ved sykehjem og den offentlige tannhelsetjenesten kunne vært bedre, og kan være en uutnyttet ressurs for råd, kunnskapsformidling og opplæring. Med et godt kunnskapsgrunnlag kan prioriteringskriteriene i Blankhom-utvalget tenkes å være til hjelp for sykepleier ved vekting av prioriteringer.

7 Referanseliste

- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse : styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Cappelen Damm akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197-209). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- De Visschere, L., de Baat, C., De Meyer, L., van der Putten, G. J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2015). The integration of oral health care into day - to - day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*, 32(2), 115-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ger.12062>
- De Visschere, L., de Baat, C., Schols, J. M., Deschepper, E. & Vanobbergen, J. (2011). Evaluation of the implementation of an ‘oral hygiene protocol’ in nursing homes: a 5 - year longitudinal study. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(5), 416-425. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00610.x>
- FDI World Dental Federation. (u.å.). *FDI's definition of oral health*. Hentet 4. april 2021 fra <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>
- Fjæra, B., Willumsen, T. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien: en tverrsnittsstudie. *Sykepleien forskning*, 2010; 5(2), 100-108. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0065>
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell: Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Akribe.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Harvard Health Publishing, H. M. S. (2019, Sept). Good oral health may help protect against Alzheimers. *Harvard Health Publishing*. <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/good-oral-health-may-help-protect-against-alzheimers>
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialisthelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg., s. 135-256). Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk sykepleierforbund.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år* (S. Mellbye & A.-M. Munkeby, Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Holst, V. S. (2016, 8. januar). Eldre mann tvinges til munnstell hver dag. *iFinnmark*. <https://www.ifinnmark.no/ost-finnmark/nyheter/eldre/eldre-mann-tvinges-til-munnstell-hver-dag/s/5-81-182101>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lyshol, H. S. M. & Biehl, A. M. (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap* (FHI Rapport 2009:5). A. f. h. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/publ/eldre/tannhelsestatus-i-norge.-en-oppsumm/>
- Marsh, P. D., Lewis, M. A. O., Rogers, H., Williams, D. W. & Wilson, M. (2016). *Marsh and Martin's oral microbiology* (6. utg.). Elsevier.
- Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 52-57). Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Nordenram, G. & Nordström, G. (2001). *Tannpleie for eldre* (L. Nilsen, Overs.). Kommuneforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER*. Hentet 17. mars 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; Norsk Sykepleierforbund. I. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie-funksjon, ansvar og kompetanse., I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1*, (s. 17-39). Gyldendal Akademisk,.
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>

- Olsen, I. D. & Ludvigsen, A. F. (2019). *Kunnskap om eldres munnhelse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten*, [Masteroppgave i klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø]. UiT Munin.
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/17074/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ousdal, C. K. (2018, 22. november). Eldre kan dø av dårlig tannhelse. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2018/10/eldre-kan-do-av-darlig-tannhelse>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Gyldendal akademisk.
- Rautemaa, R., Lauhio, A., Cullinan, M. & Seymour, G. (2007). Oral infections and systemic disease—an emerging problem in medicine. *Clinical Microbiology and Infection*, 13(11), 1041-1047. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2007.01802.x>
- Samson, H. & Strand, G. V. (2014). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 316-323). Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
[https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x)
- St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Strand, G. V., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*, 127(2), 138-143.
<https://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e925>
- Svartdal, F. (2020, 15.juni). Dunning-Kruger-effekten,. I F. Svartdal (Red.), *Store Norske Leksikon*, . Hentet 24.mars 2021 fra <https://snl.no/Dunning-Kruger-effekten>
- Svensli, G., Flåskjer, A., Ryste, T. O. & Helberget, L. (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieroppgave. *Sykepleien*, 107(78077), e-78077.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78077>
- Tannhelsetjenesteloven. (1983). *Lov om tannhelsetjenesten* (LOV-1983-06-03-54). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

- Thorsen, L. & Oftedal, S. F. (2016, 3.november). *Munnstell til voksne pasienter*, . Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter>
- Thuesen, N. P. & Phil, R. (2021, 29. januar). *Belgia*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/Belgia>
- Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), e748-e755. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>
- Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse : guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt*. Gyldendal akademisk.
- World Health Organisation. (u.å.). *Frequently asked questions*. Hentet 9. desember 2020 fra <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Wårdh, I., Hallberg, L. R. M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care—A Low Priority in Nursing: In - depth Interviews with Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 137-142. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x>
- Wårdh, I., Jonsson, M. & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel—an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), e787-e792. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>