

John Werner Dalelv (10008)

Hvordan kan sykepleiere bidra til god munnhelse hos eldre pasienter i sykehjem?

7606 ord

Bacheloroppgave i SPL3903

Veileder: Wenche B. Bogsti

Mai 2024

John Werner Dalelv (10008)

Hvordan kan sykepleiere bidra til god munnhelse hos eldre pasienter i sykehjem?

7606 ord

Bacheloroppgave i SPL3903
Veileder: Wenche B. Bogsti
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere bidra til god munnhelse hos eldre Pasienter i sykehjem?	Dato : 16.05.24
Forfattere:	John Werner Dalelv	
Veileder(e):	Wenche B. Bogsti	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykehjem Sykepleie Munnhelse Munnhygiene Forbedringer	
Antall sider/ord: 7606	Antall vedlegg: 0	

Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:

Introduksjon/bakgrunn: Eldre pasienters munnhelse blir ikke like mye satt vekt på som andre områder i pleien. Selv om det inngår i personlig hygiene, vil kroppsvask være et større emne for å forhindre sykdom i avdelingen.

Metode: Utført som en litteraturstudie, hentet inn faglitteratur og fag artikler fra helsevitenskapelige søkemotorer for å heve problemet og finne styrker hvor tiltak kan bedre området.

Resultater: Trenden viser at eldre pasienter i sykehjem som er avhengige av hjelp har dårligere munnhelse enn andre pasienter som er selvstendige. Dette viser til utilstrekkelig pleie fra pleien generelt. Problemer opplyst som motvillige pasienter og tidspress er to store faktorer som opplyses.

Diskusjon: Når munnhelsen blir satt i hovedlyset viser det at munnhelsen blir bedre hos pasientene og kunnskapen blant ansatte heves. Et mobilt tannpleie team som kan besøke avdelingene virker å ha positiv effekt på både pasienter og ansatte i avdeling.

Konklusjon: Et tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten virker å være en langsiktig løsning for bedre munnhelse hos eldre. Tiltak som tannpleiekort kan være en start, slik at alle kan følge samme prosedyre om de er kjente eller nye ansatte.

ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to provide a good dental health to elderly patients in nursing homes?	Date : 16.05.24
Authors:	John Werner Dalelv	
Supervisor(s)	Wenche B. Bogsti	
Keywords	Nursing homes Nursing Dental health Dental hygiene Improvements	
(3-5)		
Number of pages/words: 7606	Number of appendix: 0	

Short description of the bachelor thesis:

Introduction/background: Elderly patients' oral health is not given as much emphasis as other areas of care. Although it is part of personal hygiene, body wash would be a larger topic to prevent illness in the ward.

Method: Conducted as a literature review, collected professional literature and professional articles from health science search engines to raise the problem and find strengths where interventions can improve the area.

Results: The trend shows that older patients in nursing homes who are dependent on help have poorer oral health than other patients who are independent. This refers to inadequate care from the care in general. Problems reported as reluctant patients and time pressure are two major factors that are reported.

Discussion: When oral health is put in the spotlight, it shows that the oral health of the patients improves and the knowledge among employees is raised. A mobile dental care team that can visit the wards seems to have a positive effect on both patients and staff in the ward.

Conclusion: An interdisciplinary collaboration with the dental health service seems to be a long-term solution for better oral health in the elderly. Measures such as dental care cards can be a start, allowing everyone to follow the same procedure whether they are familiar or new employees.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Innledning	6
Bakgrunn	8
Virginia Hendersons liste over grunnleggende behov	9
Tabell 2.1. En liste over mangeltilstander som kan gi symptomer i munnens slimhinner:	10
«§ 1-2.(Tannhelsetjenestens formål)	11
Metode.....	12
Tabell 3.1 Søkeord og treff.....	12
Tabell 3.2 Inklusjons/Eksklusjonskriterier.....	12
Metode - Analyse	12
Resultater.....	14
Diskusjon.....	18
§ 4-1. <i>Hovedregel om samtykke</i>	20
Konklusjon.....	21
Referanser	22

Innledning

Tema: Munnhelse hos eldre

Hvem er de eldre? Nordenram forteller at definisjonen av den eldre pasient vil være når de har passert 67 år. Aldersbegrensningen startet under rikskansler Otto von Bismarcks styre i 1800-tallet, da var grensen satt på 65 år som en sosialpolitisk grense mellom middelaldrende og eldre. Aldersgruppen 65+ er en stor aldersgruppe i forhold til hvordan vi måler andre grupper i sine respektive tiår, måles det opp til 100 år, så er eldre gruppen i 35 års bredde alene. Det Nordenram forteller er at det er bedre å møte pasienten først og skaffe egen oppfatning av personen enn at man setter forventninger avhengig av hvilken alder de har. De forteller mer om hvordan man er gammel enn hvor gammel man er. En kort fortelling forklares om to damer med samme oppvekst, men med ulike utfall når de blir eldre grunnet arvelige biologiske utspring og personlighet. (Nordenram & Nordström, 2001, s. 9)

Fra tidligere personlige erfaringer med eldre kan dette bekreftes da det finnes mange 90 åringer som både er friskt mentalt og i mye bedre fysisk form enn mange 70 åringer. Vi alle eldes forskjellig selv om vi har samme oppvekst i yngre alder. Livsstil alene kan påvirke mye på relativt kort tid, ved stillesitting og usunne matvaner. Vi alle er godt kjent med hvor viktig det er med aktivitet for kroppen, og det er like viktig for alle aldre.

Beskrivelsen om aldring hos Nordenram er omfattende, mye forteller om de fysiske endringene, men også på det psykiske plan om hvordan man opplever det å bli eldre, både personlig og sosialt. Samfunnsmessig påvirkning kan også ha en vekt på hvordan man eldes. Hvis vi ser på det som om det å bli gammel som et endepunkt og bare plutselig gir opp, så ser det ut til et dårlig utgangspunkt til et godt liv videre og sannsynlig relativt kort alderdom enn de som sannsynlig vil leve lengre enn andre fordi de faktisk tar tøylene og utnytter det de kan for å leve livet sitt som de selv ønsker. Det store unntaket er ved sykdom som kan påvirke veien videre betraktelig. (Nordenram & Nordström, 2001, s. 21)

Munnhelse hos eldre er et viktig tema som bør følges opp av oss som jobber med eldre pasienter. Ikke bare for pasientens fysiske og mentale velvære, men også for deres helse og trygghet.

Dette temaet ble valgt siden det er et kjent problem og erfaringene blant mange helsefag personell opplever varierende oppfølging eller fokus av pasienters munnhelse.

«En sykehjemspasient med svekket fysisk helse kan få problemer med å gjennomføre tidligere rutiner for å forebygge tannråte og tannkjøtt sykdommer og trenger bistand fra personalet. Munn- og tannhygiene må gå inn som en del av den daglige omsorg og pleie. Også pasienter som allerede har fått en hel eller partiell protese, kan bli avhengige av hjelp. Undersøkelser har vist at tannpleien i sykehjem i mange tilfeller svikter, og det kan komme en rask forverring av tannstatus hos sykehjemspasienter, også fordi alderssvækkelse

og sykdom i seg selv disponerer for dette.» (Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007, s. 125)

Eldre pasienter er ofte kjent med dårlig munnhelse og når et bilde av en eldre person vises som eksempel i tegnefilmer har de oftest munnproteser som kjennetegn. Gammel og tannløs heter det, men nå i nyere tid viser det seg at flere eldre beholder sine egne tenner. Da er det enda viktigere å hjelpe de som har behov å opprettholde god hygiene. Som Ranhoff beskrev det så er sykehjemspasienter med svekket fysisk helse mer avhengig av hjelp grunnet hindringer av egen evne til å utføre tilstrekkelig selvpleie. Det kognitive kan også påvirke evnen til egen pleie, kommer innom dette litt senere.

Svekket munnhygiene vil føre til mulige infeksjoner og/eller sopputvikling over tid. Noe som enkelt kan forebygges ved å følge opp munnhelsen til samtlige pasienter. Manglende tid og eventuell manglende kunnskap om forebygging fra pleiere kan være en mulig faktor. Ved å følge med på munnhulen kan man også identifisere andre problemer pasienten kan ha, om vi er observante nok som å oppdage symptomene på for eksempel B- eller C-vitaminmangel, dehydrering eller anemi. Da kan vi hjelpe pasienten med å forebygge disse utviklingene med motvirkende tiltak som økt næring og vitamintilskudd i kostholdet.

«Kliniske symptomer på mangelfull ernæring viser seg ofte i munnens slimhinner. Det skyldes at fornyelseshastigheten av celler i munnslimhinnene er svært høy, noe som innebærer at det kreves en god balansert næringstilførsel for å holde slimhinnene i munnen friske.» ((Nordenram & Nordström, 2001, s. 28)

Av personlig erfaring viser det seg at hvis det er bakteriell infeksjon eller sopp i munnhulen som ligger ubehandlet, kan det føre til smerter i munnhulen som gjør at pasienten vegrer seg fra å spise eller som kan få dårlig matlyst, dette kan over tid føre til svekket helse og dermed videreføre til infeksjon i munnhulen og svelget hos pasienten.

«I slike tilfeller vil det kunne utvikle seg uønskete bakterier i munnhulen som igjen vil kunne føre til betennelser som i verste fall kan spre seg til andre deler av kroppen. Kommer disse bakteriene inn i blodbanen forflytter de seg i kroppen og kan utvikle seg videre i vitale kroppsdeler da pasienten allerede har et svekket immunforsvar. Blant sykdommer som kan utvikle seg som en følge av dette finner man hjernehinnebetennelse og ikke minst lungebetennelse, noe som kan være fatalt for en allerede svekket eldre person. Det er kort vei fra munnhulen ned i lungene, og hvis bakteriene får formere seg fritt vil de lett kunne følge med åndedrettet ned og sette seg fast i luftveiene og skape livstruende situasjoner.» (Glomma tannklinikk, 2021).

Ikke bare er det viktig med god munnhygiene for pasientens helse, men også for deres egen opplevelse av velvære, å være velstelt og sosialt godt mottatt, i motsetning til dårlig tannhelse, dårlig ånde og det å sjenere andre med egen utseende av dårlig tannstatus. Dårlig ånde og lukt er også en faktor i bildet, Halitose som det heter på fagspråket. Årsakene til halitose er ofte kjent ved morgenånde, og forsvinner som regel etter tannpuss eller etter å ha spist mat. Andre årsaker kan

være fra enkelte matsorter som varierende typer løk og hvitløk, eller oljetyper som trekkes inn i blodstrømmen og utføres fra lungene. Røyking og tyggetobakk er et annet eksempel hvor det forekommer dårlig lukt enten fra lungene eller stoffer som blir værende i munnhulen og gir dårlig ånde. Matrester er en annen årsak, dårlig praksis i munnhygiene hvor matrester kan ligge og gi bakterier rom for utvikling. Sykdomslidelser kan også forårsake dårlig ånde, som diabetes, spiseforstyrrelser, tarmsykdommer, nyreproblematikk, og tannkjøttbetennelser kan alle være årsaker til dårlig ånde. (Rinzler, 2011, s. 88)

Har personlig opplevd mange pasienter med dårlig tannstatus som ikke velger å smile grunnet dårlig utseende av egne tenner, som igjen fører til lavere selvtillit og selvbilde, og svekket sosial omgang med andre grunnet dette. Dette kan videre føre til dårligere helse da de kan ende med å ikke ta vare på seg selv og samtidig isolere seg selv fra andre og utvikle depresjon og evt. angst.

Bakgrunn

Hva er egentlig god munnhelse?

«Definisjon: Tilfredsstillende oral helse hos eldre innebærer at brukeren ikke har smerter, har akseptabel tyggefunksjon, kan kommunisere og ha grei sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.» (Johannesen, 2021).

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten med å følge opp god munnhygiene hos eldre i sykehjem, siden flere eldre beholder sine egne tenner er viktigheten med munnhygiene blitt større. Især de som har større behov for hjelp grunnet svekket evne til å utføre tannpuss selv. Tiden har vist at vi lever lengre enn før, og med utviklingen er sannsynligheten for å utvikle sykdom større og behovet for hjelp til egen hygiene større, mange utvikler flere sykdommer, ergo pleiebehov økes. Med tanke på at eldre med behov blir eldre har trenden vist at denne pasientgruppen er i dårligere fysisk stand enn tidligere, og pleiebehovet viser seg å være større som også betyr mye tyngre arbeidsbelastning for ansatte. Om dette kompenseres i kommuner med økt bemanning er ikke bevist, men trenden tyder på at tiden for pleiere med hver pasient minkes med årene, det høres ofte at pleiere ikke alltid har tid så enkelte arbeidsområder kan bli forskjøvet, glemt eller ignorert grunnet tid og stress.

Husebø & Flo forteller om hvordan man går fram fra pasienten kommer inn og kartlegger deres tannstatus, som deretter setter i gang samarbeid med tannhelsetjenesten som er tannpleiere eller tannleger. De utgir munnstellkort som leveres til pleiere som de kan følge, både for de som er kjent med pasienten, men også for nye vikarer som kan følge de samme prosedyrene. I praksis kan dette variere hvor nøyaktig dette blir fulgt. Men munnstellkort er en bra start for videre helsefremmende tiltak for pasientens munnhelse.

«God klinisk pleie bygger evnen til å observere og reflektere over tegn og symptomer.» (Husebø & Flo, 2020, s. 206)

I generell pleie starter samtlige dagen med morgenstell, om det er enkel vask med vaskeklut eller en dusj varierer. I praksis gjør de som er selvstendige mest selv, og får hjelp der de har behov. Eldre som er fysisk dårligere får mer hjelp og er mer ressursavhengig og hjelpemidler kommer i bruk. Av erfaring kan også bruk av tid

ende med å bli utvidet. Siden man har flere som trenger hjelp på morgenen må det ofte planlegges i forkant for å se hvor mye tid en kan bruke hos hver pasient. Av egen og andres erfaring varierer det mye om hvor god tid man har på morgenstell. Noen ganger oppleves det at tannpuss kan være overfladisk eller glemt under stress på morgenen, eller hvis det her hele tannproteser, så er det bare å putte de på og løpe videre til neste pasient. På kvelden for kveldsstell virker det som det er mer opplagt for tannpuss enn på morgenen, og tiden strekker mer til. Etter morgenstellet så er det frokost for pasientene. Vi kommer inn på ernæring, som også er viktig og en del av pasientens grunnleggende behov.

Når det gjelder pasienters grunnleggende behov, kommer vi inn på en sykepleie teoretiker ved navn Virginia Henderson som har sitt opphav i USA, som ufaglært militær pleier under krigen, og videre studerte til å bli sykepleier ved The army school of nursing i Washington. Under hennes praksis oppdaget hun at det var mindre praktisert å behandle selve mennesket, og mer på selve sykdommen og behandling. Hun følte pasientene kunne blitt behandlet på en bedre måte enn datidens opplevelse som pasient, det var til tider uverdig. (Ellen Karine Grov, 2016, s. 124) Nå i moderne tid læres vi som sykepleiere å se helheten i mennesket, som har et stort opphav fra Hendersons arbeid om det å være en sykepleier og hva det betyr å være en sykepleier. Av egen erfaring er det ofte man er i fare for å falle i den gropen av å behandle bare sykdommen og ikke se på hvordan personen har det i sin situasjon.

[Virginia Hendersons liste over grunnleggende behov.](#)

«Virginia Henderson setter sin teori opp i fjorten ulike behov som hun mener er beskrivende for menneskets grunnleggende behov:

- Å kunne puste normalt
- Å kunne spise og drikke tilstrekkelig
- Å kunne kvitte seg med kroppens avfallsstoffer
- Å kunne bevege seg og endre kroppsstilling
- Å kunne få tilstrekkelig med søvn og hvile
- Å kunne velge riktig påkledning og kle av seg
- Å kunne opprettholde kroppstemperaturen og tilpasse den etter forholdene i omgivelsene
- Å kunne holde kroppen ren og velpleid og huden beskyttet
- Å kunne unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
- Å kunne uttrykke følelser, behov, frykt osv. gjennom kommunikasjon med andre
- Å kunne utføre handlinger i pakt med sin religion
- Å kunne ha oppgaver som gi en følelse av å prestere noe
- Å kunne leke og delta i forskjellige former for rekreasjon
- Å kunne lære, oppdage og tilfredstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og god helse» (Ellen Karine Grov, 2016, s. 128)

Her viser listen som Henderson har satt opp viktigheten med å se mennesket som helhet og ikke bare sykdommen. En pasient er en person som alle andre, og skal få oppleve å bli behandlet med respekt og verdighet under sitt opphold, de skal få føle seg hørt og trygg i omgivelsen sammen med sykepleiere og andre helsepersonell.

Tabell 2.1.

En liste over mangeltilstander som kan gi symptomer i munnens slimhinner:

Vitamin A	Minsket spyttsekresjon, uttørking og hyperkeratose i munnslimhinnen, dårligere smaksevne
Vitamin K	Forsinket koaguleringssevne ved inngrep i den orale slimhinnen, spontanblødning
Niacin	Atrofi av filiforme papiller med smerte fra tunge og munn, svie på tungen
Riboflavin	Sår i munnvikene, rød og ru tunge
Folsyre	Glatt, rødmende tunge, gingivitt, erosjoner på tunge og/eller munnslimhinner
Vitamin C	Skrøpelige slimhinner, langsom sårtilheling
Jernmangel	Voksblek hud, sprø negler og tørt hår, sår i munnvikene, glatt rød tunge og vanskeligheter med å svelge
Vann	Mangel på væske kan gi ømfintlige slimhinner i munnen med svie på tungen og i munnen

(Nordenram & Nordström, 2001, s. 29)

Viktigheten med god ernæring hos eldre er slik at de skal kunne håndtere hverdagen bedre, samt at kroppen fungerer som den skal. Manglende ernæring kan føre til dårligere evne til hverdagslige aktiviteter og mulig påvirke kognitive tankemønstre. (Husebø & Flo, 2020, s. 180)

“Basalmetabolismen synker med stigende alder, avhengig av minsket kroppscellemasse og mindre fysisk aktivitet. Eldre trenger derfor mindre energiinntak målt i kcal. Men et gammelt menneske trenger samme mengde næringsstoffer som et yngre og mer aktivt menneske med samme vekt. Det innebærer at maten for den eldre skal ha høy næringsstetthet. Derfor er det ekstra viktig å spise næringsrikt når man er gammel” (Nordenram & Nordström, 2001, s. 28)

Selv om Kcal behovet er mindre betyr ikke at næringsinnholdet i maten kan senkes hos eldre. Kroppen har fortsatt like mye behov for andre næringsstoffer som ung og som gammel. Som sykepleier må vi passe på at pasienter er tilstrekkelig ernært, tiltak som risikovurdering i ernæringsstatus som, kroppsmasse, inntak, vektendring og sykdom er første ledd. Hvis pasienten viser seg underernært må videre tiltak gjøres som kartlegging og en individuell ernæringsplan iverksettes, slik at pasienten ikke forblir underernært. (Husebø & Flo, 2020, ss. 182-184)

Personlig har det ofte vært opplevd, at mange eldre kommer til sykehjem grunnet underernæring, ofte sammen med sykdom. De klarer ikke å ta vare på seg selv eller blir handlings løs og bare ligger hjemme enten på sofaen eller i sengen hjemme, til

hjemmetjenesten eller pårørende finner de i en slik tilstand at ambulansen blir ringt. Heldigvis for mange blir de mye bedre etter noen dager med god pleie fra flinke ansatte i helsetjenesten, og kan reise hjem etter en tid.

“Mange sykehjemspasienter er i en dårlig ernæringstilstand når de kommer til sykehjemmet. Noen har bodd alene hjemme og ikke fått i seg nok mat og noen fra sykehuset etter alvorlige sykdomsperioder der ernæringstilstanden er blitt forverret.” (Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007, s. 122)

«§ 1-2.(Tannhelsetjenestens formål)

Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.» (Tannhelsetjenesteloven – tannhl, 1983)

Her forteller de videre i §1-3 omfanget hvor grupper eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie er i tredje rekke etter barn og psykiske utviklingshemmede. Loven forteller om pasienters rettigheter i fylkeskommunen, hvor kommunen har ansvar å fremme tannhelsen i befolkningen, samt tilrettelegging for helsepersonell slik at de får utført det arbeidet de skal gjøre. Loven forteller om eldre pasienters krav til tilrettelegging og oppfølging i offentlige tannhelsetjenester i fylkeskommunen. Hvorav i § 5-1 kan fylkeskommunen dekke økonomisk for tjenesten, og evt. hvis pasienten ikke kan komme seg til tannhelsetjenesten på egen hånd kan fylkeskommunen også dekke transport utgiftene. (Tannhelsetjenesteloven – tannhl, 1983)

«Virginia Henderson forteller at «sykepleierens særegne funksjon består i 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)» (Ellen Karine Grov, 2016, s. 111)

Videre kan vi gå over til at det ikke bare er helsefremmende arbeid som sykepleier, en verdig og fredfull død er like viktig, om det er grunnet sykdom eller alder fortjener alle en verdig slutt på livet. En sykepleier har mange oppgaver å fylle og derfor like viktig å se mennesket som å kunne behandle pasienten på en god måte. Fokuset her settes i hovedsak på munnhelse hos eldre, der vi skal identifisere og finne tiltak som kan utføres i sykehjem for å opprettholde en god munnhelse hos eldre pasienter.

Alt dette har en rot i pasienters grunnleggende behov, og som også er nøkkelen til å bidra til en god helse hos eldre pasienter i sykehjem. Fokuset settes på identifisering og tiltak som kan utføres i sykehjem for å opprettholde god munnhelse hos eldre pasienter.

Dermed ble problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere bidra til god munnhelse hos eldre pasienter i sykehjem?

Metode

Dette er utført som en litteraturstudie, hvor en utfører søk etter fag og vitenskapelige artikler som skal bidra til å fremme problemstillingen i teksten som skrives.

Av faglitteratur er noen av bøkene eldre enn foretrukket, grunnen er fordi det har vært vanskelig å finne nyere faglitteratur om tema spesifikt om tannhelse.

Har valgt å bruke to forskjellige søkemotorer innen NTNUs arkivbibliotek.

Søkemotorer som er tatt i bruk er PubMed (Medline) – National Library of medicine og Web of science. Setter opp en tabell 3.1. som viser kort oversikt over resultatene av søkene.

AND ble satt mellom alle ledd, det vil si at den kombinerte alle søkeordene under søket slik at filtrering gjennom alle artiklene ville bli enklere. Resultatene på PubMed gav 107 resultater avgrenset i perioden 2015 - 2024. Web of science viste 36 resultater avgrenset i perioden 2015 – 2023. Søkeordene individuelt viste seg å være over flere hundre tusen funn, derfor var filtreringen viktig å bruke.

Søkeord som ble brukt var: Nursing homes Nursing Dental health
Dental hygiene Improvements

Tabell 3.1 Søkeord og treff.

	PubMed	Web of Science
Antall treff	107	36
Artikler valgt	3	3
Nummer på listen av valgte artikler	1,6 og 15	12,15 og 32

Kravene for valg av artiklene vises i stor grad på tabell 3.2 med bestemt struktur og relevans. Valgte litt varierte områder for å dekke over enkelte trykkpunkter som kan lyse mer over problemet som en helhet.

Tabell 3.2 Inklusjons/Eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert mellom 2015 til 2024	Eldre enn 10 år
Alder 65 år og eldre	Yngre enn 65 år
Sykehjemspasienter	Alt annet
Engelsk eller nordisk skrevet	Andre språk enn nordisk eller engelsk
IMRaD struktur	Manglende IMRaD struktur

Metode - Analyse

PubMed artikler som ble valg.

Valgte Artikkel på listen nr 1: Effects of domiciliary professional oral care for care-dependent elderly in nursing homes – oral hygiene, gingival bleeding, root caries and nursing staff's oral health knowledge and attitudes. (Croonquist, et al., 2020)

Denne artikkelen ble valgt da de har sett på effekten av å undervise helsetjenesten på sykehjemmet samtidig som å ha tannhelsetjenesten som en del av pleien til pasientene.

Nr 6 på listen: Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents. (Barbe, Kottmann, Hamacher, Derman, & Noack, 2019)
Valgte denne artikkelen da den viser til hvordan pasienter i sykehjem, både med og uten demens opplever å være hos tannpleieren og deres aksept mot behandling. Hvor pasienter med demens blir fortere skeptisk eller redd mot lydskapende verktøy i forhold til pasienter uten demens.

Nr 15 på listen: Oral health of older residents in care and community dwellers: nursing implications. (Choi, Yi, & Donnelly, 2017) Ble valgt da de sammenlignet sykehjemspasienter og pasienter boende i omsorgsboliger som var mer selvstendige på deres munnhygiene vaner, og deres munnhelse.

Artikler fra Web of Science.

Nr 12 på listen: Gerodontology - 2018 - Jablonski - Randomised clinical trial Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care (Jablonski, et al., 2018) Ønsket å ta inn denne artikkelen for å vise en av de store problemene med å hjelpe pasienter som viser stor motstand til hjelp ved demens, faren for manglende munnstell over lengre tid samt vise til hvordan situasjonen kan håndteres slik at hjelp kan gis.

Nr 15 på listen: Effects of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non randomised intervention trial. (Janssens, Vanobbergen, Lambert, Schols, & De Visschere, 2017) Denne artikkelen var lik den første som var valg, med tannhelsetjenesten involvert som en del av pleien.

Nr 32 på listen: The impact of oral health on the quality of life in elderly patients. (Kostic, Igic, & Pejcic, 2020) Denne artikkelen ble valgt da de ser mer innom hvordan livene til sykehjemspasienter påvirker deres liv avhengig av deres tannstatus.

Settes disse artiklene opp mot hverandre er to artikler omhandlende med tannhelsetjenesten og kursing til ansatte en del.

En ser på livskvaliteten og deres opplevelse i hverdagen med dårlig tannstatus.

En ser på den psykiske aksepten blant eldre mot tannpleiere, mens en annen viser til problemet med eldre med demens og deres motarbeid mot hjelp til munnstell av helsepersonell i avdeling.

Den siste viser til forskjellene mellom sykehjemspasienters og pasienter i omsorgsboliger som er mer selvstendige, og deres hygienevaner samt tannstatus. Viser til problematikken mange sykehjemspasienter opplever da de er mer avhengige av hjelp.

Tanken bak er å se på enkelte problemer som befinner seg i sykehjem, som egen velferd hos pasienter i forhold til deres egen tannstatus, problemet med pasienter med demens som stiller seg motarbeidende mot pleieres hjelp til tannstell, samt hvordan de forholder seg mot vanlige pleiere i forhold til tannpleiere. Sist et forsøk på å finne en tverrfaglig retning med tannhelsetjenesten i bildet for en bedring av pleie i framtiden.

Resultater.

The impact of oral health on the quality of life in elderly patients.

Skrevet av Milena Kostić, Marco Igić og Ana Pejčić.

Studiet gikk ut på å forutse eldre pasienters livskvalitet i forhold til deres munnhelse og tannstatus. Studiet inkluderte 46 pasienter boende i sykehjem fra 65 år og opp. Samtlige var informert om studiet og samtykket før oppstart. To spørreskjemaer ble utfylt, først en oversikt over grunnleggende informasjon som kjønn, utdanningsnivå, livsstil og tilstanden i munnhulen som bruk av tannproteser og lignende. Det andre skjemaet valgte de å bruke et modifisert spørreskjema for å måle deres behov og livskvalitet. OIDP (Oral Impact of Daily Performance). Spørsmålene varierte mellom opplevde problemer angående munnhulens funksjon i løpet av daglige gjøremål til direkte spørsmål som spising, prating, tannpuss, og emosjonell stabilitet. De tok ikke høyde for sosial status, eller utdanningsbakgrunn, da dette hadde lite innvirkning på resultatene. Over 60% av pasientene uttrykket de hadde dårlig munnhelse, mens over 70% uttrykket de bør ha hatt en undersøkelse hos tannlegen. Når det kom til måltider slet 86% med tygging av mat, som de antok var dårlig tilpasset tannproteser. Ifølge Kostic et al. hadde majoriteten stort behov for tannlegehjelp, selv om enkelte ikke følte de hadde det behovet. Irritasjon var til stede hos 78% av deltakerne, hvorav 67% hadde problemer med dagligdagse gjøremål. Deres konklusjon var at eldre i sykehjem hadde bedre livskvalitet dersom de hadde økt munnhelse statusen. Det ble bekreftet at dårlig munnhelse påvirket psykologisk stabilitet, menneskelig kontakt og indre ro ved sosiale arenaer. Sjenering ved smiling og ubehag for å vise egne tenner påvirket i stor grad deres livskvalitet, mange opplevde det som ensomt siden de begrenset seg fra visse situasjoner og sosiale begivenheter grunnet deres tannstatus.

Deres forsøk beviste at ved å forbedre eldre pasienters munnhelse og med regelmessig tannlegesjekk ville kunne være en stor faktor for å forbedre deres livskvalitet.

Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. (Amerikansk)

Skrevet av Rita A. Jablonski, Ann M. Kolanowski, Andres Azuero, Vivki Winstead, Corteza Johnes-Townsend, og Maria L. Geisinger.

Studiet var fokusert på strategier for å gi tilstrekkelig munnpleie hos pasienter med demens som var motvillig til hjelp. De delte gruppen i to, en kontroll og en forsøksgruppe. For å gjøre forsøket minst mulig avvikende i resultater valgte de å sette inn helsefagstudenter til munnpleien hos pasientene, og satte de parvis med hver sin pasient for å ikke påvirke tolkninger ved endringer over tid. Deres ide var å redusere fiendtligheten ved bruk av en metode kalt: The Managing Oral hygiene Using THreat reduction, (MOUTH). den hadde tre faser, hvorav første baserte seg på behandling av pasienter med eller uten tannproteser, fase to var identifisering av resistens mot hjelp av munnstell, fase tre gikk ut på å utøve strategier gitt situasjonen for reduksjon av fiendtlighet mot pleier.

Når det gjaldt pasientens munnhelse viste det seg at gjennomsnittlig munnhelse status hadde blitt forbedret i begge grupper, men litt mer økt hos forsøksgruppen enn kontrollgruppen, men frekvensen av motstand var lite endret. Intensiteten av motstand viste seg å være mindre hos forsøksgruppen.

Jablonski et al. konkluderte også at bruken av klorhexidin produkter kunne ha stor effekt mot multiresistente munn/plakk-bakterier. De konkluderte også at kvaliteten på munnstellet hadde større grad effekt enn kvantiteten, samtlige pasienter fikk ikke ofte munnstell morgen og kveld da de ikke alltid var like samarbeidsvillige utover dagen. Men samtidig viste seg at deres tannstatus var forbedret til tross for bare puss en gang daglig i gjennomsnitt. De var usikre på hvor lenge det kunne være før tannhygienien gikk ned, men de nevnte om en tidligere studie som hadde kommet til 48 timer mellom tannpuss skulle være nok før tannstatus ble forverret. Men det studiet var de ikke villige til å sette mye vekt på og måtte studeres mer i framtiden skulle det bekreftes. Men innen 24 timer virker som en tydelig markør for å opprettholde god tannstatus forbeholdt nøye utført tannpuss.

Det å håndtere situasjonen med å få pasientens samtykke og samtidig fullføre munnstellet på en god måte ved å følge deres program ved håndtering av pasienter med demens, viser seg å hjelpe mye for å øke pasienters munnhelse over tid.

Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non-randomised intervention trial. (Tysk)

Skrevet av B. Janssens, J. Vanobbergen, M. Lambert, J. M. G. A. Schols og L. De Visschere.

Studiets mål var å evaluere effekten av et munnpleie-program i sykehjem hos ansatte samt evaluering av deres kunnskap og holdninger til munnstell. Metoden deres var en ikke randomisert kontrollert intervensjon. Det ble valgt et team for kursing i hver avdeling, som videre skulle få ansvaret med å undervise videre til egen avdeling, undervisning ble gitt under hele forløpet for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk implementert et verktøy "Oral healthcare guideline for older people in long-term care institutions" i deres oppgaver, samtidig som et team av tannhelsetjenesten var aktivt til stede og hadde regelmessig besøk som en mobil tjeneste med tannleger og tannpleiere hos pasientene i studiegruppen. Ved første spørreundersøkelse ved initialfasen evaluerte de ansattes kunnskap og holdninger, når det kom til kunnskap viste det seg at forsøksgruppen hadde litt høyere kunnskap enn kontrollgruppen, mens holdninger holdt begge gruppene seg likt. Ved andre spørreundersøkelse på

sluttfasen av forsøket, viser det en markant økning i kunnskap i begge grupper, men forsøksgruppen hadde en høyere økning, Janssens et al. forklarer at det kan være kontakten med tannlege teamet som har påvirket den økte differansen på kunnskapsnivået mellom gruppene. Holdninger forholdt seg marginalt endret i begge grupper. De forteller videre at en implementering av et mobilt tannlegeteam var sterkt anbefalt da det kunne fjerne barrierene for daglig munnstell og støtte en kontinuerlig tannhelsetjeneste inn i generell pleie.

Effects of domiciliary professional oral care for care-dependent elderly in nursing homes - Oral hygiene, gingival bleeding, root caries and nursing staff's oral health knowledge and attitudes. (Svensk)

Skrevet av Caroline Girestam Croonquist, Jesper Dalum, Pia Skott, Petteri Sjögren, Inger Wårdh og Elisabeth Morén

Målet med artikkelen var å evaluere effekten på munnstell hos sykehjemspasienter med hjelp av profesjonell bistand fra tannhelsetjenesten, kontra det som praktiseres i sykehjem uten bistand fra tannhelsetjenesten. Sekundære målet var å se utviklingen av kunnskap og holdning til tannstell hos eldre i sykehjem blant de ansatte. Metoden deres var en randomisert kontrollert studie. Med en studiegruppe og en kontrollgruppe. Det de fant var at forsøksgruppen med tannhelsetjenesten hadde over tid økt deres kunnskap og egne holdninger til munnstell i stor grad i forhold til kontrollgruppen. Noe som igjen viser til fordelene med et tettere samarbeid med tannhelsetjenesten, ville kunne føre til bedre kunnskap og holdninger hos ansatte og bedre tannhelse hos eldre i sykehjem.

Nevneverdig henviste de til en referanse Wårdh et al (2012) sitt forsøk om ansattes holdninger til tannhelse som en del av kildene. Der ble det fortalt at majoriteten av helsepersonell trodde at pasientene uttrykte selv sine behov for hjelp til munnstell. Samt at 80% mente at det største hinderet var pasienter som ikke var samarbeidsvillige under tannpleien. Croonquist et al viser videre til en artikkel i deres referanse av Hagglund et al (2019) hvor de viste til at mortalitet risikoen hos eldre med dårlig munnhelse var høyere enn hos de med god munnhelse i samme aldersgruppe. Samt de som bruker tannproteser om natten, dobles risikoen for helserelatert lungebetennelse hos de eldre.

Hypotesen var forventet at en profylaktisk munnpleie i samarbeid med tannhelsetjenesten ville forbedre eldre pasienters munnhelse i forhold til vanlig praksis uten samarbeid.

Croonquist et al forteller videre at undervisning og kursing alene ikke er nok for en permanent forbedring av tannhelse i sykehjem, og derfor en større grunn til å implementere tannhelsetjenesten inn for besøk til avdelingene for ekstra støtte og veiledning hos pleiere i sykehjem. Samt at pleiere utvikler en bedre holdning og forståelse mot eldre pasienters tannhelse og dets effekt samlet med pasientenes generelle helse.

Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents. (Tysk)

Skrevet av Anna Greta Barbe, Hannah Elisa Kottmann, Stefanie Hamacher, Sonja Henny Maria Derman, og Michael Johannes Noack.

Artikkelen forsøkte å se hvordan eldre aksepterte bruken av tannpleiere til å rense munnhulen deres, samt de sammenlignet forskjellene mellom eldre med demens og eldre uten demens og deres tannstatus. Metodikken var en initial vurdering av deres tannhelse for deretter fullføre tannstellet med varierende verktøy.

Eksklusjonskriteriene var mindre enn 4 egne tenner, og terminale pasienter. I forsøket viste det seg at 88% av totalen aksepterte å gjennomgå hele prosedyren uten problemer. Av utstyr som var mest akseptert var sonde og munnspeil. Dette viser til når 98% kom seg gjennom prosedyren med sonde og munnspeil i starten. Neste nivå var intermediær rengjøring, børste eller rengjøring mellom tennene. 93% av totalen aksepterte prosedyren. Tredje fase var ultrasonisk rengjøring, der de fjerner tannstein og plakk i munnhulen. Bare 32% fullførte denne prosedyren. Når det kom til Eldres tannstatus, viste det seg at de som kunne pusse egne tenner hadde bedre utgangspunkt enn de som var avhengige av pleiere til tannpleie. Men samtidig viste det at de som var avhengige av hjelp var også eldre, større andel immobile, større grad av demens og munntørre, deres generelle helse var dårligere.

Barbe et al forklarer om pleien som utføres av den generelle pleien hos eldre har mange faktorer, manglende kunnskap, stort arbeidspress, tidspress, høy utskifting av personell og dårlige observasjoner. Derfor anbefaler de en ekstern tannpleier inn som kan bruke sin tid på tannhelsen hos eldre, de blir heller ikke forstyrret av andre elementer som den generelle pleien får i sin avdeling da de bare har den oppgaven å følge. De forteller videre at denne metoden er mer en kortsiktig metode på problemet og bør sees mer inn på andre metoder som tannhelse programmer som inkluderer mobile tannlegetjenester, kursing og eventuelle ultrasoniske bad.

Oral health of older residents in care and community dwellers: nursing implications.(Sør Korea)

Skrevet av J. S. Choi, Y. J. Yi, og L. R. Donnelly

Studien sammenlignet munnhelsen mellom pasienter i langtidsopphold og omsorgsbolig.

Metoden deres var en muntlig spørreundersøkelse, og en munnstest for måling av spytt hemoglobin, og biofilm syrlighet.

Det viste seg at langtidspasienter var sjeldnere innom tannhelsetjenesten, deres begrunnelse var begrenset mobilitet og/eller kognitive hinder. Langtidspasienter var også dårligere på tannpuss sammenlignet med omsorgsboende. De testet også hemoglobin i spytt, og pH verdien. Der viste det seg at langtidspasienter hadde forhøyede verdier av hemoglobin, og sure pH verdier, sammenlignet med omsorgsboende. Hemoglobinen viser til gingival blødning, en lettere inflammasjon i tannkjøttet som blør lett ved irritasjon. Biofilm ble samlet ved å skrape av film fra overflaten på tennene med en bomullspinne. Disse prøvene blir kultivert i laboratorium og senere målt. Syrligheten viser til bakterieaktivitet i munnhulen. Choi et al forklarer videre at sykehjemspasientene er i høyere risiko for tannkjøttbetennelser, blødninger, og tannsykdommer, enn boende i bolig. Deres konklusjon viste at langtidspasienter ved behov for hjelp av pleiere til munnstell er mere utsatt enn selvstendige pasienter for fallende munnhelse. De

mente det var manglende kunnskap og evne til å opprettholde god tannhelse hos sykehjemspasienter av pleiere som var en stor indikasjon.

Samtlige artikler uttrykker en generell indikasjon på at sykehjemspasienter er utsatt for neglekt når det gjelder deres tannhelse da de er generelt dårligere enn pasienter som ikke er avhengig av hjelp. Kunnskap og holdninger virker å være på et respektabelt nivå så problemet kan ikke være på individuell plan. Det er også videre kjent at tid i hovedsak er en stor faktor, men også motvillige pasienter. Ideen om tannpleiere som mobil enhet er ny, men viser tydelig resultat på en forbedring i pasienters tannhelse samtidig som andre pleieres kunnskap heves. Tverrfaglig kunnskap og samarbeid virker å være en ledende tråd til en permanent løsning for en bedre munnhelse for sykehjemspasienter i framtiden.

Pasientens opplevelse av selvbilde og velvære må også komme inn til slutt, Kostić et al. forteller om pasienters opplevelse av dårlig selvbilde, ubehag og vanskeligheter med måltider og sosiale opplevelser som et relevant bilde i deres munnhelse. Ikke bare er munnhelsen viktig for pasientens helse, men også viktig for deres velvære og prestasjonsevne

Diskusjon.

Starter med problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere bidra til god munnhelse hos eldre pasienter i sykehjem?

På individ nivå er det å ha nok kunnskap for å kunne se på det klinisk. Se på tegn og symptomer, henviser til tabell 2.1 som en liten markør for hva som kan være lurt å følge med på når det gjelder mangeltilstander. Et annet område er om vi er nøye nok med å undersøke munnhulen. Vi kan gå videre og se hvis munnhulen blir latt være over tid og bakteriene får leve fritt og tannkjøttbetennelser forekommer.

Tannkjøttbetennelse, Periodontitt og Gingivitt. Alle tennene i munnhulen har et hulrom i gommene som former rundt tennene og som strekker seg rundt 3 millimeter ned. Når det forekommer bakterier mellom tannkjøtt og tann, blir tannkjøttet betent. Med tiden kan de svekke både tannkjøttet og tennenes struktur, og medføre til større rom mellom tenner og tannkjøtt, og videre føre til løse tenner. Gingivitt er den mildeste og reversible formen av tannkjøttbetennelse med symptomer som rødhet, mild hevelse i gommene og lett blødning ved tannpuss. Periodontitt er en irreversibel tannkjøttbetennelse som har vart over lengre tid, videreført av eventuell gingivitt og ført til tap av tannkjøtt og benstruktur. Tannkjøtt kan også bli borte grunnet aggressiv tannpuss eller genetisk disponert tannkjøtt sykdommer. Tap av benstruktur vises ved hvor stort mellomrom mellom tannrot og tannkjøtt er. Kan også oppdages av hvor mobil tannen er ved bevegelse. (Rinzler, 2011, ss. 155-156)

Nå som eldre pasienter beholder mer av egne tenner er det viktigere for oss som sykepleiere å følge med slik at de ikke mister tenner grunnet mangel på tid eller neglekt, spesielt hos de som er avhengige av vår hjelp. Nå er det ikke slik at det skal kreves at vi er tannpleiere i tillegg, men at vi er observante og følger opp en god pleieplan for pasienten slik at det kan hindre framtidige utfall.

Plakk, en biofilm med bakterier, og andre næringsstoffer og mineraler som spytt, proteiner, fett og karbohydrater som bakteriene lever av. Plakk kan videre føre til tannstein som er en hard substans som fester seg til tennene. Det er to forskjellige typer som setter seg på tennene, supragingival plakk som setter seg på overflaten på tennene, mens Subgingival plakk er bakterier som fester seg mellom tannkjøttet og tennene. Disse bakteriene slipper ut syrlige komponenter som skader tenner og tannkjøtt. (Rinzler, 2011, s. 158)

Det bør nevnes at biofilmen også setter seg på tannproteser, og bør behandles på lik linje som egne tenner og pusses godt. Ofte har det vært erfart at tannproteser er fulle av svarte flekker, belegg som har bygd opp over tid ikke går av med enkel pussing og rester av tannpasta, som også kan gi stort ubehag for pasienten. Ofte er tannproteser dårlig behandlet da pasientene selv mulig ikke har vært nøye med puss da de bodde hjemme.

Hva med oss som hjelper de på sykehjem, hvis pasienten har hele tannproteser, når protesene er pusset, bruker alle å hjelpe pasienten med å skylle munnen godt og børste lett slik at matrester ikke gjemmer seg i munnhulen? Alle gjør jobben sin forskjellig, men enkelte ting bør kunne følges likt, derfor er tiltaket som tannpleiekort et flott verktøy. Da blir pleien fulgt på lik måte som mulig selv om det er gamle kjente eller helt nye vikarer som hjelper pasienten. Selv om pasienten kan ha hele tannproteser betyr det ikke at det fortsatt er behagelig å tygge maten med proteser på, og over tid kan benmassen reduseres i gommene, som kan medføre til at protesen ikke passer lengre

Mange pasienter ønsker også å sove med proteser på, men ifølge Croonquist et al vil det kunne bygge opp bakterier over natten og doble risikoen for helse relatert lungebetennelse ved å la pasienten ligge med proteser på over natten.

«Risikoen for pneumoni øker etter virale luftveisinfeksjoner og ved influensa.»
(Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007, s. 75)

Bakterie og soppinfeksjoner i munnhulen må behandles raskt for at det ikke skal blomstre og føre til mer skade for pasienten, som kan føre til lungebetennelse. Ved rask behandling og oppfølging kan vi hindre videre skade og ubehag for pasienten.

«Pneumoni har ofte en uspesifikk presentasjonsform hos gamle og særlig hos demente. Allmennsymptomer som slapphet, falltendens, og delirium er ofte dominerende, mens mer spesifikke symptomer som hoste, eventuelt med purulent ekspektorat og tungpustethet kan mangle» (Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007, s. 75)

Et stort problem kan være de uspesifikke symptomene vi må være obs på. Fordi de kan være noe annet enn bare slapphet eller ustøhet. Som regel brukes det å måle vitale parametere når pasienten blir akutt dårlig som blodtrykk, puls, temperatur, respirasjonsfrekvens og O2 metning. Videre undersøkelser tas når man vet mer eller lege tilkalles. Ikke ofte det undersøkes direkte i munnhulen når pasienten føler seg litt uvel eller blir delirisk, men mange vil jo tenke på en form for infeksjon. Fra erfaring er det som regel ofte urinveisinfeksjoner som kommer opp når det forekommer.

«Pneumoni er den vanligste dødelige infeksjonssykdommen hos personer over 65 år og er etter urinveisinfeksjonen den vanligste infeksjonssykdommen i sykehjem.»
(Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007, s. 75)

Studiet om aksepten av tannpleiere i sykehjem skrevet av Barbe et al. og studiet om motarbeidende pasienter i studiet skrevet av Jablonski et al. går litt i samme retning. Først framgangsmåten som kan gjøres for å overtale pasienten til å være med på tannpuss. Praksisen som skjer når en pasient viser motstand og er aggressiv mot pleier, bruker det å hjelpe med bytte av personell for å avlede situasjonen, ikke alltid det vil fungere, men det hjelper. Det er fordelaktig å komme til pasienten på en rolig måte og fortelle hva som skal skje, hvis det ikke hjelper må de avledes med noe annet slik at de kan gå til rommet for tannpuss. Det som er underlig er forskjellen på atferd på pasienter mellom pleiere og tannpleiere, da studiet til Barbe et al. var tannpleiere på besøk i avdelingene og utførte tannpleie. At pasienter er mer aksepterende mot tannhelsepersonell enn pleiere som skal hjelpe de med tannpuss som er der hver dag kan virke som et mysterium. Eller så kan det være at de respekterer tannpleiere for deres profesjon, fordi det er det de skal gjøre, og det de er der for. På lignende måte at eldre pasienter kan ha høyere respekt mot leger enn sykepleiere eller hjelpepleiere. Men til slutt så kan vi ikke tvinge oss på selv om det er viktig med tannpuss, samtlige pasienter har samtykkekompetanse selv om de har demens eller blir delirisk.

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lov hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

(Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 2024)

Samtidig kan pasienten ombestemme seg, og tannpuss kan bli avbrutt. Hvis pasienten ikke blir overtalt til å fortsette så er det alt, prøv igjen neste gang.

På en generell plan så virker det som at sykehjemspasienter som er avhengige av hjelp, er høyt sannsynlig utsatt for neglekt når det gjelder tannhelse. Med vekt på Choi et al. sin studie viser det seg at selvstendige pasienter er flinkere med egen tannhelse og har bedre utgangspunkt når det gjelder deres munnhelse, dette bekreftes også av Barbe et al. Man kan anta at jo dårligere pasienten er og mer avhengig av hjelp, desto større er sannsynligheten for at de har dårligere munnhelse enn andre pasienter i samme aldersgruppe. Dette viser tydelig viktigheten på vårt ansvar for å ta vare på deres munnhelse og hjelpe de pasientene som har behov for det.

Hvis det gamle ikke fungerer lengre, er det på tide å prøve noe nytt. Som i studiene til Croonquist et al. og Janssens et al. var ideen å kurse pleiere samtidig som tannpleiere og tannleger var innom som et mobilt team for tannpleie hos sykehjemspasienter. Dette virker som en god ide å se nærmere på, da de har eget oppsett, blir de ikke forstyrret når de behandler pasienten i motsetning til pleiere som må svare på tilkallinger eller andre hendelser som kan forstyrre. Selv om de bare

behandler pasienten periodevis vil det kunne opprettholde en god munnhygiene hos pasienten, samtidig som pleiere hjelper til med tannpuss utenom. Det andre vil det kunne hjelpe med å øke pleiernes kunnskap da de kan svare på spørsmål og diskutere pasientens behov, eventuelle endringer og oppdatering av tannpleiekort. Et tverrfaglig samarbeid virker som en god ide for å bygge opp kunnskaps nivået og samtidig gi god pleie og omsorg for pasienten. På lik linje fra egen erfaring på rehabilitering av slagpasienter, jobber sykepleiere tett sammen med ergoterapeuter og fysioterapeuter med rehabilitering av slagpasienter, der sykepleiere kan for eksempel gi gjennombevegende øvelser og trening, de tidene fysioterapeutene ikke er på jobb. En pasient med dårlig tannstatus kan også oppleve å føle seg lite attraktiv. Som menneske er vi også opptatt av å kunne se bra ut, og i alle sosiale områder så er hvite tenner et positivt tegn, mens brune, svarte tenner eller manglende tenner ikke sosialt sett på som noe positivt. Kostić et al. bekrefter dette i studiet sitt og forteller mange som vegrer seg for å være ute i offentlighet grunnet manglende tenner. Samtlige i studien hadde også problemer med tygging av mat og det å kunne prate tydelig kunne være et problem. Studiet viste at en stor andel av pasientene hadde et stort behov for å besøke tannlegen. Ved å se på studiet sammenlignet med resten viser det viktigheten med tilgang til tannlege og behovet for en periodevis sjekk for å kunne opprettholde en god tannstatus hos pasienter på sykehjem.

Konklusjon

I Norge har vi en tilstrekkelig tilgang til tannlege med retten til en offentlig tannhelsetjeneste. Munnhelsen til pasienter på sykehjem i Norge er god, men har potensiale til å bli bedre. Vi hører ofte problemer angående tid, arbeidsmengde og tilstrekkelighet med ressurser i kommunen og pasienter som setter seg imot pleiere. Alle har hørt sangen til Trond- Viggo Torgersen, Puss puss så får du en suss. Så vi alle vet hvor viktig det er å pusse tenner hver dag. Pasienter som er avhengige av vår hjelp burde da få den oppmerksomheten de trenger for å få god nok pleie som mulig. En god munnhelse og generell fysisk helse vil kunne gi en bedre livskvalitet og mental stabilitet hos pasienten. Det vil ikke nødvendigvis bety at eldre vil leve lengre, men de vil ha et bedre liv i gjennomsnitt. Kunnskap alene vil ikke gi en permanent løsning, men heller en kortsiktig hevelse av kompetanse. Et tverrfaglig samarbeid med tannleger og tannpleiere kan heller virke som en langsiktig løsning. Det hjelper å ha faglig kompetanse i arbeidsmiljøet for å opprettholde et høyere kunnskapsnivå over lengre tid. Helheten er viktig å ta med når vi tar vare på våre pasienter, og munnpleie er ikke alltid like godt synlig som andre pleie områder, men den har sine påvirkninger både fysisk og psykisk hos pasienten. Dette er noe som mange kanskje ikke tenker på. Tiltak som tannpleiekort er anbefalt, dette vil hjelpe i pleien både for kjente og nye ansatte. Det er mulig at pasientens opplevelse vil være mer positiv dersom vi alle følger kortets beskrivelser, slik at vanene blir så lik som mulig. Det er absolutt et behov for å sette mer lys på eldre pasienters munnhelse med tanke på hvor fort det kan bli oversett i fordel til andre arbeidsområder og forstyrrelser. Vekten på vårt ansvar for deres tannhelse økes jo mer avhengig de er

vår hjelp, og derfor må vi sykepleiere være flinkere på å se pasienten, ikke bare inn i munnhulen, men også helheten som fysisk helse, og psykisk helse, som en person.

Referanser

- Barbe, A. G., Kottmann, H. E., Hamacher, S., Derman, S. H., & Noack, M. J. (2019). Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents. *Clinical Oral Investigations*, ss. 707-713. doi:10.1007/s00784-108-2487-x
- Choi, J. S., Yi, Y. J., & Donnelly, L. R. (2017). Oral health of older residents in care and community dwellers: nursing implications. *International nursing review*, ss. 602-609. doi:10.1111/inr.12417
- Croonquist, C. G., Dalum, J., Skott, P., Sjögren, P., Wård, I., & Morén, E. (2020). Effects of domiciliary professional oral care for care-dependent elderly in nursing homes - Oral hygiene, gingival bleeding, root caries and nursing staff's oral health knowledge and attitudes. *Clinical intervention in aging*, ss. 1305-1315. doi:10.2147/CIA.S236460. eCollection 2020.
- Ellen Karine Grov, I. M. (2016). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Glomma tannklinikk. (2021, Februar 15). *Glommatannklinikk.no*. Hentet fra Hvorfor er det viktig med god tannhelse blant de eldre?: <https://glommatannklinikk.no/hvorfor-er-det-viktig-med-god-tannhelse-blant-de-eldre/>
- Husebø, B. S., & Flo, E. (2020). *Eldreboen*. (E. Flo, Red.) Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018, Juni 10). Randomized clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, ss. 365-375. doi:10.1111/ger.12357
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Lambert, M., Schols, J. M., & De Visschere, L. (2017). Effects of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non-randomised intervention trial. *Clin oral invest*, ss. 281-292. doi:10.1007/s00784-017-2110-6
- Johannesen, T. (2021, juli 26). *Legehandboka.no*. Hentet fra Tannhelse hos eldre: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/tannhelse-for-eldre#sammendrag>
- Kostic, M., Igit, M., & Pejic, A. (2020). The impact of oral health on the quality of life in elderly patients. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, ss. 231-240. doi:10.5937/afmnai2003231K
- Nordenram, G., & Nordström, G. (2001). *Tannpleie for eldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (2024, 01 01). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G., & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. (U. Ånstad, Red.) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rinzler, C. A. (2011). *The encyclopedia of dental and oral health*. New York, NY, United States of America: Facts on file, Inc.

Tannhelsetjenesteloven – tannhl. (1983, 06 03). *Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)*. Hentet fra Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_1#%C2%A71-3

