



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Marina Nilani Edwin og Kari Haug Austbø

Forebygging av ventilatorassosiert pneumoni i et
tverrfaglig samarbeid

Preventing Ventilatorassociated pneumonia in a
interdisciplinary collaboration

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

Bachelor i tannpleie

4TABA10

2016

Antall ord: 11258

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord



FIGUR 1 FIGUR 1 TEAM CONSEPT, STOCK PHOTO, BILDE FRA COLORBOX

Sammendrag

Tittel: Forebygge Ventilatorassosiert pneumoni

Dato: 20.05.16

Kandidatnummer: 9 & 12

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

Antall ord: 11258

Antall Vedlegg: 2

Problemstilling: Hvordan kan tannpleiere forebygge utviklingen av Ventilatorassosiert pneumoni?

Ventilatorassosiert pneumoni (VAP) er pneumoni som oppstår på sykehuset og kommer av aspirasjon av mikrober fra munnen ned til lungene. VAP rammer 10-20% av de intuberte og har en dødelighet på 25-50%. Hvis ikke munnstell blir utført har pasienten en høyere risiko for å utvikle VAP. Vi vet at munnstell i dag er nedprioritert på noen sykehus og at det ikke blir gjennomført på grunn av at andre tiltak har høyere prioritet. Hensikten med oppgaven er et personlig ønske om å bidra med kunnskap på sykehuset slik at sykepleierne prioriterer munnstell. Vi ønsker å finne ut hva litteratur og nyere forskning sier om hvordan vi tannpleiere kan forebygge VAP på sykehuset. Vi bruker litteratur som metode. Penum, selvvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer er lagt til grunn for fordypningsoppgaven. Munnstell vet vi forebygger VAP, men det er barrierer som gjør det vanskelig å gjennomføre munnstell på intensivavdelinger. Tverrfaglig samarbeid med sykepleierne kan hjelpe til med å ivareta tannhelsen til respiratorpasienter på sykehus. Undervisning og veiledning til sykepleierne kan øke deres kunnskap og endre deres holdninger til munnstell slik at det reduserer forekomsten av VAP.

Nøkkelord: VAP, Pneumoni, Tverrfagligsamarbeid, Tannpleier, sykepleier, munnstell

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Begrunnelse	6
1.3 Avgrensning.....	7
1.4 formålet med oppgaven	8
1.5 Casebeskrivelse	8
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	9
2.0 Metode.....	10
2.1 Søkehistorikk	11
2.2 Kildekritikk.....	11
2.3 Presentasjon av funn fra artikler	12
2.3.1 Artikkel 1	12
2.3.2 Artikkel 2	13
2.3.3 Artikkel 3	13
2.3.4 Artikkel 4	14
2.3.5 Rapport.....	15
3.0 Teori	16
3.1 Tannpleierens funksjon.....	16
3.2 God oral helse	17
3.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid	17
3.4 Tverrfaglig samarbeid.....	19
3.5 Ventilatorassosiert pneumoni	20
3.6 Respirator.....	21
3.7 Respiratorpasienten	22
3.8 Munnstell for respirator pasienter.....	23
3.8.1 Retningslinjer for munnstell.....	24

3.9 Intensivsykepleiernes kunnskap	24
3.10 Lover og føringer	26
3.11 Yrkesetiske retningslinjer	28
3.12 Tannhelsetilbud på sykehus i Norge og Sverige	28
4.0 Tannpleieren og forebygging av Ventilatorassosiert pneumoni	31
4.1 Betydningen av god munnhelse.....	31
4.2 Tannpleierens funksjon i tverrfaglig samarbeid med intensivsykepleierne	33
4.3 Hindringer.....	36
5.0 Konklusjon	41
6. Litteraturliste	42
7. Vedlegg	47
7.1 Pico-Skjema.....	47
7.2 Søkeshistorikk-Skjema.....	48

1.0 Innledning

Ventilatorassosiert pneumoni (VAP) er den mest forekommende infeksjonen hos intensivpasienter på sykehus (Løkken, Olset & Spigset, 2010), som fører til flere liggedøgn på sykehuset og bruker mer av de totale ressursene til intensivavdelingen (Bakkelund & Thorsen, 2015). VAP er en pneumoni som oppstår på sykehus og kommer av aspirasjon av mikrober fra munnen ned til lungevevene (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Det rammer 10 % av pasienter som er intubert i mer enn 48 timer i forbindelse med respiratorbehandlingen. VAP har en dødelighet på 25-50% (Løkken et al., 2010). Pasienter som legges inn i intensivavdelingen er allerede alvorlig syke og når de får respiratorbehandling øker det infeksjonsfaren for pasienten ved at den naturlige infeksjonsbarrieren blir brutt (Bakkelund & Thorsen, 2015). Respiratoren gir en åpen inngang for patogene bakteriene til å spre seg fra munnhulen og ned i luftrøret og lungene (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Barnes (2014) slår fast at pasienter som ikke får pusset tennene har en høyere risiko for å utvikle VAP. Med dette vet vi at dårlig munnhygiene kan få konsekvenser for lungene.

1.1 Problemstilling

På grunnlag av det som er skrevet innledningsvis har vi kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan kan tannpleiere forebygge utviklingen av ventilatorassosiert pneumoni?»

1.2 Begrunnelse

I løpet av bachelor utdanningen vår har vi som tannpleierstudenter blitt svært interessert i sammenhengen mellom kropp og oral helse. Hvilken konsekvens har dårlig oral helse på resten av kroppen og spesielt lungene og risikoen for lungesykdommer. Vi lurer på hvordan rutinene på munnstell er på norske sykehus og om det virkelig blir gjennomført. Vi som tannpleierstudenter bryr oss ekstra mye om tannhelse og spesielt munnstell for pasienter som

ikke klarer å gjennomføre munnstell på egen hånd. Gjennom oppgaven ønsker vi å svare på disse spørsmålene.

I en rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Hedmark og intensivavdelingene i Elverum og Hamar ved sykehuset Innlandet, kom det frem at munnstell i dag er nedprioritert. Videre står det her at munnstell ikke blir gjennomført fordi andre tiltak har høyere prioritet (Mytting, Espelund, Mæhlum & Høye, 2011). Når vi var på praksis i sykehjem observerte vi at den orale helsen ikke alltid var optimal hos brukerne. Her var det sykepleierne og andre ansatte som utførte munnstell på brukerne.

Vi ønsker å finne ut hvordan vi kan bidra til at munnstell blir en prioritet på sykehusene slik at tannhelsen blir bedre. Vi vil se på hvordan vi kan samarbeide med sykepleierne slik at de forstår viktigheten av munnstell for å forebygge VAP og prioriterer dette i sin hverdag på sykehuset.

Grunnen til at vi valgte å skrive om respiratorpasienter er fordi de er totalt avhengige av sykepleierne for å gjennomføre munnstell og vi må samarbeide med sykepleierne for å fremme tannhelsen hos pasienten. Innenfor gruppen respiratorpasienter valgte vi akutt syke pasienter fordi disse er utsatt for å få ytterligere komplikasjoner (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på tannhelsen hos respiratorpasienter på sykehus i Norge. Når vi omtaler respiratorpasienten i vår oppgave så mener vi en intensivpasient som respirator behandles i mer enn 24 timer på grunn av en ulykke, og som ikke har kjent lungesykdom fra tidligere. Altså har pasienten en skade har oppstått brått uten foranliggende sykdomshistorie.

Respiratorpasienten har nedsatt bevissthet på grunn av sedering som gjør at vi derfor ikke kan kommunisere direkte med pasienten. Vi får da et ansvar sammen med sykepleierne for å ta hånd om den orale helsen til respiratorpasienten.

Vi har valgt å fokusere på mennesker i alderen 20-40 år med permanente tenner, fordi sannsynligheten er stor for at denne gruppen oftest havner i respirator på grunn av ulykker.

Når vi omtaler sykepleiere i oppgaven og problemstillingen vår mener vi sykepleiere som jobber i intensivavdelingen på sykehuset og som det er helt naturlig å samarbeide med.

1.4 formålet med oppgaven

Hensikten med denne fordypningsoppgaven er å finne ut hva litteratur og nyere forskning sier om hvordan vi som tannpleiere kan forebygge utvikling av VAP hos respiratorpasienter. Ut i fra forskning vet vi at munnstell forebygger VAP. Det er intensivsykepleieren som har ansvaret for at respiratorpasienten har god munnhygiene, og dermed blir våre samarbeidspartner intensivsykepleierne. Vi har en interesse for dette temaet og ønsker at munnstell skal prioriteres av intensivsykepleierne på alle intensivavdelinger i Norge. Vi har derimot erfart i praksis at munnstell blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Vi kan bidra med ny kunnskap i praksisfeltet på sykehuset slik at sykepleierne muligens begynner å prioritere munnstellet hos respiratorpasientene. Sykepleierne kan ha nytte av vår kunnskap om munnstell som igjen kan bidra til økt kvalitet i praksis, og at tannhelsen ivaretas hos respiratorpasienter. På denne måten kan VAP forebygges.

1.5 Casebeskrivelse fra observasjon på Innlandet sykehus, avdeling Elverum

For å få flere synspunkter og erfaringer om respiratorpasienter bestemte vi oss for å observere intensivavdelingen på Elverum sykehus. Selv om pasienten vi observerte ikke var i vår målgruppe tar vi det med fordi informasjonen vi fikk var nyttig. Når vi besøkte intensivavdelingen fikk vi sett og forklart hva en respirator er, hvordan den virker og hvilke konsekvenser behandlingen har for pasienten og utviklingen av VAP.

Vi fikk møte to intensivsykepleiere og disse kunne svare på spørsmålene våre. Vi fikk observere hvordan munnstell ble utført på intensivavdelingen. Pasienten vi fikk observere var en eldre mann som fikk respiratorbehandling på grunn av et traume. Han hadde en sykdom som resulterte i traumet. Vi fikk vite at avdelingen ikke fulgte prosedyren for munnstell fra Oslo universitetssykehus og at den var under revidering. De sa at den var komplisert,

tidskrevende og omfattende i praksis. Istedenfor brukte de ferdiglagde pakker til hvert munnstell. Intensivsykepleierne fortalte at munnstell ideelt burde bli gjennomført seks ganger daglig: to hoved munnstell morgen og kveld, og fire andre munnstell gjennom dagen. Pakken til hoved munnstellet inneholdt en flaske med klorhexidin, en engangs tannbørste med sug, et middel som rensset munnen og til slutt en krem som skulle fukte. De andre munnstellpakkene inneholdt akkurat det samme bortsett fra at hydrogenperoksid erstattet klorhexidin. Disse pakkene kom i remser med seks i hver som kunne henges opp og lett tas med. Det første intensivsykepleieren gjorde var å vaske hendene og ta på hansker.

Deretter startet han med å inspiserte munnhulen for å se om det var noe sår eller soppvekst. Etter dette dyppet han tannbørsten i klorhexidin og børstet gommene til pasienten. Så ble gjenværende klorhexidin i munnen fjernet med suget. Til slutt rensset han og smurte på med fuktighetskrem inne i munnen. Intensivsykepleieren vi snakket med syntes ikke det var problematisk å gjennomføre munnstell på respiratorpasienter. Etter dette besøket satt vi igjen med mer erfaring og følte at vi hadde fått en bedre forståelse for temaet vårt.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Vi starter med innledningen og etter dette kommer metodekapittelet. I metodekapittelet skriver vi om hvilken fremgangsmåte som er brukt for å løse oppgaven, søkehistorikk for forskningsartiklene og funn fra forskningsartiklene. Kildekritikk er også beskrevet i dette kapittelet. Etter dette følger teoridelen og her skriver vi om tannpleierens funksjon, helsefremmende og forebyggende arbeid, og hva god oral helse er. Videre skriver vi om tverrfaglig samarbeid, VAP, respirator, respiratorpasienten, munnstell og sykepleiernes kunnskaper om munnstell. Tilslutt skriver vi om lover, føringer, yrkesetiske retningslinjer og tannhelsetilbudet på sykehus i Norge og Sverige. I drøftingskapittelet skal vi analysere teorien for å drøfte det opp mot forskning og egne erfaringer. Vi har valgt å dele opp drøftingen i tre kapitler der vi bruker spørsmål for å svare på hovedproblemstillingen. Konklusjon kommer til slutt etterfulgt av litteraturliste og vedlegg.

2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte, et middel for å innhente ny kunnskap for å belyse problemstillingen vår. Vilhelm Aubert definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie basert på eksisterende kunnskap. I teoridelen bruker vi litteratur og forskning som vi har funnet gjennom litteratursøk. I drøftingsdelen analyserer vi teorien og diskuterer den opp mot problemstillingen for muligens å finne svar. I tillegg bruker vi egne erfaringer og forskningsartikler. Dalland (2012) deler metode inn i kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter som gjør at vi kan ta for oss regneoperasjoner. Kvalitative metoder kan ikke tallfestes eller måles, men tar opp meninger og opplevelser. Dette kan for eksempel være personers meninger og opplevelser om hvordan det er å leve med gingivitt eller dårlig munnhygiene. Hensikten med den kvalitative metoden er å gå i dybden på et fast bestemt område og få en helhetlig forståelse, i motsetning til kvantitativ metode som presenterer tallbasert informasjon. Derfor baserer artiklene vi bruker seg på review, kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode (Dalland, 2012).

Alle litterære oppgaver bygges på eksisterende litteratur og praksiserfaringer, skriver Dalland (2012). Vår oppgave bygger på pensumlitteratur og fag- og forskningsartikler. Vi markerer egenvalgt litteratur med (*) i litteraturlisten.

I neste kapittel vil vi presentere litteratursøket. Her forklarer vi hvordan vi har kommet frem til kildene vi har brukt, søkeord og avgrensninger som gjorde at vi fikk færre treff i databasene.

2.1 Søkehistorikk

Vi benyttet oss av de tre databasene Pubmed, Ovid og Cinahl for å finne relevant forskning. Vi brukte også søkemotorene Oria og Google scholar. Vi startet med å søke på Pubmed for å se hvilke gode mesh-termer som dukket opp og gode søkeord på engelsk. Søkeord vi brukte var «Munnstell», «Oral helse respiratorpasienter», «lungebetennelse», «infections» «dental hygiene», «Oral Care» og «dental care». Etter det fikk vi gode ideer til mesh-termer og nye gode søkeord vi kunne bruke for å avgrense søket. Dette gjorde at vi fikk langt færre treff. For å kombinere søkeordene brukte vi AND eller OR. Det var ikke lett å finne gode norske forskningsartikler til vår oppgave, men vi fant noen forskningsartikler som var skrevet på engelsk. For å finne ut om forskningen var relevant til vår problemstilling leste vi først på overskriftene, deretter sammendraget og til slutt konklusjonen. Vi har også et vedlegg med “søkehistorikk” som er mer detaljert.

2.2 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2012) er kildekritikk en metode som brukes for å anslå om en kilde er pålitelig eller ikke. Det er viktig å være kritisk til kildene vi finner og se i hvilke grad de er pålitelige, troverdige og relevante for akkurat vår oppgave. Vi finner ut om de er relevante ved å se på hvem forfatteren er og hvor kilden er hentet fra. Vi har vært kritiske til hvor vi har funnet forskningen, publiseringssted og om de er publisert i et tidsskrift med godt faglig innhold. Alle forskningsartiklene vi har brukt er fagfellevurdert, noe som betyr at artikkelen er vurdert av eksperter innenfor det fagfeltet (Dalland, 2012). Er artiklene fagfellevurdert styrkes også påliteligheten deres. Strukturen i forskningsartiklene er bygd opp etter IMRaD-prinsippet. Det vil si: innledning, metode, resultat, abstract og diskusjon. Ved å se på hvilken metode som er brukt, kan vi se hvor pålitelig kilden er (Dalland, 2012).

Vi har også valgt å bruke noen sekundære kilder. En sekundær kilde er en kilde som er fortolket av en annen forfatter enn den opprinnelige (Dalland, 2012). Dette kan være negativt fordi vi ikke får tolket den originale kilden selv og når vi anvender kilden i oppgaven videreføres da fortolkningen. Selv om det kan være negativt å bruke den sekundære kilden har vi valgt å gjøre det fordi vi synes at artiklene våre er like gyldige, relevante og har samme innhold som primærkilden.

Vi har også brukt litteratur som ble skrevet for 16 år siden, noe som kan være risikabelt i forhold til gyldigheten på konklusjonen i artikkelen. Forskningsartiklene vi fant er skrevet på engelsk og dette kan være en risiko med tanke på at de må oversettes til norsk før vi kan bruke dem. Vi kan muligens ha misforstått innholdet og hensikten med artiklene.

Vi har også brukt artikkelen «Oral status and the need for oral health among patients hospitalised with acute medical conditions» hvor pasientgruppen hadde en høyere gjennomsnittsalder enn aldersavgrensningen vi har valgt i oppgaven vår. Ulempen med dette er at enkelte av funnene i artikkelen ikke kan brukes i vår oppgave.

2.3 Presentasjon av funn fra artikler

I dette kapittelet skal vi kort skrive om hvordan vi fant forskningsartiklene og presentere funnene fra de fire forskningsartiklene og rapporten vi skrev om i metoddelen.

2.3.1 Dental Hygiene Intervention to Prevent Nosocomial Pneumonias

Denne artikkelen er skrevet av Caren M. Barnes. Publisert i 2014, i tidsskriftet "Journal of evidence-based dental practice". Databasen som ble brukt var pubmed. Vi brukte søkeordet «dental hygienist in hospitals» og fikk 67 treff. For å avgrense søket brukte vi Mesh-termer. Vi kombinerte *Cross infection/prevention & control* AND *Dental hygienists* AND *Pneumonia* og kom da direkte frem til denne artikkelen.

Metoden som er brukt i denne artikkelen er en review-artikkel som beskriver utfordringer og barrierer tannpleiere og sykepleiere har når det gjelder den orale helsen på sykehus og på avdelinger med langtidsomsorg. En review-artikkel er en oversiktsartikkel som gir en oppsummering av relevant forskning innenfor et felt (Dalland, 2012).

Hovedfunnene i artikkelen sier at det er tannpleieren som har den beste ekspertisen og den praktiske erfaringen til å gi den beste munnhygiene på sykehus. Den sier også at tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell, tannhelsepersonell på sykehus og god munnhygiene kan redusere, forebygge og forhindre nosokomial pneumoni.

2.3.2 The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies

Denne artikkelen er skrevet av Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D`amour & Marcela Ferrada-Videla. Den er publisert i 2005, i tidsskriftet "journal of interprofessional care. Databasen vi brukte var pubmed. Vi brukte søkeordene «collaboration» AND «cooperative behaviour» og fikk 6048 treff. Etter dette la vi til «patient care» og fikk 12648 treff. Så la vi til «interprofessional team» som fikk 122 treff. Til slutt la vi til «determinants» som fikk 10 treff. Etter det så vi på overskriftene og sammendragene til alle artiklene og valgte så denne artikkelen.

Artikkelen er en review-artikkel som handler om samarbeid og hva som gjør det til en suksess. Artikkelen konkluderer med at samarbeid i all hovedsak er en mellommenneskelig prosess som behøver enkelte elementer for at det skal fungere godt: samarbeidsvilje, tillit, gjensidig respekt og kommunikasjon. Det er i tillegg nødvendig at organisasjonen har sterkt lederskap og tydelige og definerte roller ved samarbeid.

2.3.3 Current perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration

Denne artikkelen er skrevet av Kelli M. Swanson Jaecks. Den er publisert i 2009, i tidsskriftet «the journal of dental hygiene». Vi fant den i databasen Cinahl og brukte søkeordene "dental hygienists" AND "interdisciplinary" AND "collaboration". Da fikk vi 30 treff. Deretter haket vi av på «cinahl fulltext» og vi fikk 12 treff. Vi leste gjennom overskriftene, deretter sammendraget og kom frem til denne artikkelen.

Metoden som er brukt i denne artikkelen er en kvantitativ spørreundersøkelse. Deltagerne var 103 tannpleiere og disse svarte på totalt 45 spørsmål. Det ble spurt om erfaringer, selvtillit, viktigheten av munnstell, ledelse, anvendt kunnskap og fremtidige tverrfaglig samarbeid.

Resultatene viser at tannpleiere oppfatter sin rolle i tverrfaglig samarbeid som verdifullt både nå og i fremtiden, men tannpleiernes erfaring med tverrfaglig samarbeid er derimot begrenset. Barrierer for samarbeidet omfatter utilstrekkelig tid og kunnskap om medisinske sykdommer.

Snakke-, lytte- og lederegenskaper er svært nødvendig for å delta i et tverrfaglig samarbeid. Forskningen konkluderer med at økt kunnskap om medisinske sykdommer er nødvendig for å skape ytterligere tillit til det tverrfaglige samarbeidet. Tverrfaglige samarbeid må inkluderes i tannhelse- og medisinstudiene. Tverrfaglig samarbeid er viktig for å fremme tannhelsen på sykehus.

2.3.4 Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions

Denne artikkelen er skrevet av Hanne Konradsen, Ingelise Trosborg, Linda Christensen og Ulrich P. Pedersen. Den er publisert i år 2012 i tidsskriftet «The journal of critical nursing». Vi fant denne artikkelen i databasen helsebiblioteket Ovid Nursing. Søkeordene vi da brukte var “Acute disease” AND “oral health” først og fikk 88 treff. Deretter la vi til søkeordene “hospitalization” AND “mouth disease” og fikk to treff. Vi leste sammendraget og konklusjon, og fant fort ut at denne artikkelen var veldig bra for å belyse problemstillingen vår fordi den handler om viktigheten av god oral helse hos de aller sykeste pasientene på sykehuset. Vi som tannpleiere er viktige i jobben for at pasienten skal bli bedre.

Dette er en kvantitativ studie som vurderte pasienter som er innlagt med akutte medisinske tilstander. Studien delte deltagerne i kjønn og damene hadde en gjennomsnittsalder på 88 år og mennene på 73 år. Studiet gikk ut på å se om pasienter hadde behov for tannhelsetjenester ved sykehusinnleggelse. 99 prosent av de innlagte pasientene hadde problemer med den orale helsen. De hadde blant annet plaque, ødelagte proteser, hyposalivasjon og/ eller endringer i fargen på tungen. Med alderen oppstod det flere orale helseproblemer.

2.3.5 Rapport om Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus

Denne rapporten er skrevet av Hilde Nordgarden, Ragnhild Elin Nordengen og Terje Vigen og er publisert i år 2014. Vi fant den i databasen Oria og brukte søkeordene «tannhelse sykehus». Den var nummer to av totalt fem artikler på listen. Vi leste forordet og sammendraget, og fant fort ut at rapporten var nyttig i vår oppgave.

Denne rapporten er gitt ut av Helsedirektoratet. Rapporten ble laget på bakgrunn av St. Meld. Nr 35 «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester» og beskriver en forsøksordning for å få tannhelse i større grad inn i sykehusene i Norge.

Denne rapporten viser hvilke tilbud som finnes innenfor oral helse på sykehus i Norge, hvordan behovet egentlig er, hvordan tilbudet er i de andre nordiske landene og helsedirektoratets vurderinger om hvordan tannhelsetjenesten på sykehus skal være. Til slutt beskriver den nødvendigheten av mer kunnskap om tannhelse på sykehuset. Vi skriver mer om hva som står i rapporten i teorikapittelet under «tannhelsetilbud på sykehus i Norge og andre nordiske land».

3.0 Teori

I dette kapitlet tar vi for oss VAP, respiratorpasienten og tannhelse. For å belyse og muligens kunne gi svar på problemstillingen vår, har vi valgt å ta med tverrfaglig samarbeid og helsefremmende- og forebyggende arbeid som er en vesentlig del av oppgaven.

Tannpleiers funksjon, sykepleiers- og sykehusets ansvar blir også vektlagt, samt prosedyrer, rutiner og tiltak på sykehus for å ta vare på respiratorpasientens tannhelse slik at vi forebygger VAP. Vi har også valgt å ta med lover og retningslinjer som er et grunnlag for hvordan helsepersonell må jobbe. Vi sammenligner også tannhelsetjenestene på sykehus i Norge med vårt naboland Sverige. Teorien skal være et grunnlag for oss i drøftingen og for å svare på problemstillingen vår.

3.1 Tannpleierens funksjon

I dette kapitlet skal vi skrive om tannpleierens funksjon både på klinikken og på sykehuset.

Tannpleierens hovedfunksjon er ifølge rapporten av Dahl & Halvari (s.a.) «å ha et helsefremmende perspektiv hvor pasienten blir møtt som et likeverdig og selvstendig individ». Altså skal tannpleieren jobbe helsefremmende på klinikken og inkludere pasienten i behandlingen slik at han lærer å ta vare på sin egen tannhelse.

Dette skjer både på klinikken og når vi jobber utadrettet med forskjellige grupper i samfunnet. Tannpleieren jobber forebyggende og helsefremmende, og bruker veiledning og kommunikasjon for å få til en endring hos pasienten. Forebyggende- og helsefremmende arbeid forklarer vi nærmere i et eget kapittel senere i oppgaven. Tannpleieren behandler og diagnostiserer også sykdom i munnhule og tenner (Dahl & Halvari, s.a.).

I følge Dahl og Halvari (s.a.) er det økende behov for tannpleiertjenester i spesialisthelsetjenesten ved sykehus i Norge. Som sagt er tannhelsetilbudet på norske sykehus mangelfullt og det er mye som tyder på at sykehuspasientene ikke får den tannhelsehjelpen de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Tannpleierens kompetanse er viktig i samarbeid med flere ulike profesjoner på sykehuset. Tannpleieren har et fortrinn ved å ha blitt

lært opp til å jobbe utadrettet og formidle kunnskap om tannhelse til andre yrkesgrupper og pasienter i løpet av utdanningen sin. Tannpleieren jobber for å oppnå god oral helse (Dahl & Halvari, s.a.). Det skriver vi mer om i neste kapittel.

3.2 God oral helse

Det er viktig med god oral helse hos respiratorpasienten. Hvorfor det er viktig skriver vi om i dette kapitlet.

God oral helse gir bedre livskvalitet, sier Dahl og Holst (2008). Helsedirektoratets definisjon på akseptabel oral helse er at pasienten ikke skal ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen (Blich & Aandahl, 2011). Det betyr at en person skal være fri for sykdom i munnen og ikke ha vondt. Oral helse er et sammenvevd begrep som består av både tenner, tannhelse og tilstanden i munnhulen (Biehl & Lyshol, 2009). Det er kun 24% av den orale helsen som består av tenner. Den orale helsen måles ut fra en personlig og individuell oppfatning av egen tannhelse. Vår oppgave handler om en respiratorpasient som er sedert. Det blir derfor vanskelig for pasienten å oppfatte sin egen tannhelse. Tannsykdom måles ut ifra undersøkelser på klinikken og dermed kan tannhelsen være god selv om vi har en tannsykdom (Dahl og Halvari, s.a.). En frisk munn har lyserosa, stiplet gingiva som sitter stramt mot tennene (Mejåre, Modèer & Twetman, 2008). Det blør ikke ved bruk av tannbørste eller annen berøring. Slimhinnene er glatte og fri for sår og det skal ikke ha hyposalivasjon (Widenheim, Renvert & Birkhed, 2003). Tannpleieren jobber helsefremmende og sykdomsforebyggende for å oppnå god oral helse hos pasientene sine (Dahl & Halvari, s.a.). I neste kapittel skal vi skrive mer om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

3.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er veldig viktig i tannpleieryrket og når vi som tannpleiere skal jobbe på sykehus.

I 1986 holdt Verdens helseorganisasjon (WHO) den aller første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid og resultatet var Ottawa-charteret. Helsefremmende arbeid defineres som “prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse” (Mæland, 2010. s.15). Helsefremmende arbeid handler om å «styrke» mennesker slik at hver og en gjør valg som bedrer sin egen helse.

Ottawa-charteret beskriver fem strategier for å jobbe helsefremmende og den femte strategien beskriver hvordan et helsefremmende sykehus skal jobbe. I denne står det at det må skje endringer i holdninger og organisering av helsetjenestene fra kun å behandle det medisinske til å se mennesket som en helhet (Mittelmark et al., 2012). Vi beskriver den femte strategien for helsefremmende arbeid fordi den spesifikt handler om vår oppgave.

Det sykdomsforebyggende helsearbeidet har et mål om «å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer» (Mæland, 2010. s.13). Altså fokuseres det kun på sykdom og hvordan vi skal kunne hindre at den oppstår. Sykdomsforebyggende helsearbeid kan deles inn i tre arbeidsmetoder: primær, sekundær og tertiær. Primær forebygging har som mål å hindre at sykdom oppstår eller å utsette sykdom. Sekundær forebygging skal hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikles videre. Tertiær forebygging prøver å minske virkningene eksisterende sykdom har for livskvaliteten og funksjon (Mæland, 2010).

Tannpleiere på klinikken jobber primær- og sekundær forebyggende. I vår oppgave skal vi fokusere på sekundær forebygging fordi vi skal prøve å hindre ytterligere forverring av sykdom hos respiratorpasienter. I helsesektoren, blant annet på sykehus, innebærer helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid ofte et tverrfaglig samarbeid.

3.4 Tverrfaglig samarbeid

I dette kapittelet skal vi skrive om samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper for å oppnå et godt behandlingstilbud for pasientene på sykehusene.

Sykepleierne skal ta vare på pasientens grunnleggende behov ved hjelp av praktiske ferdigheter. De skal også ha kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid som utsetter og forhindrer sykdom hos friske mennesker (Høgskolen i Hedmark [HiHm], 2016/2017). I rammeplan for intensivsykepleie står det at sentrale tema i utdanningen er personlig stell, hygiene og forebygging av infeksjoner. Vi regner med at munnstell er en del av dette temaet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Eide & Eide (2007) skriver at et samarbeid oppstår når mennesker går sammen og jobber mot et felles mål. Hensikten med samarbeid er å nå målene med et godt resultat.

Tverrfaglig samarbeid er at flere yrkesgrupper jobber sammen for å nå et felles mål som for eksempel å ivareta pasienten i sin helhet. Hver yrkesgruppe tar med seg og utveksler kunnskap og erfaringer fra sitt fagfelt og dette kommer til gode i pasientbehandlingen. Det er nødvendig med samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper for å tilrettelegge slik at pasienten får et helhetlig behandlingstilbud som dekker alle viktige behov (Jaecks, 2009).

Tannpleiere oppfatter sin rolle i tverrfaglig samarbeid som verdifull både nå og i fremtiden, selv om erfaringen med tverrfaglig samarbeid er begrenset (Jaecks, 2009).

Vi vet at oral helse og systemisk sykdom henger sammen. Det er derfor viktig at sykepleier og tannpleiere, som er eksperter i hvert sitt fagfelt, jobber sammen slik at pasienten får det beste tilbudet (Barnes, 2014). For eksempel kan undervisningsopplegg for helsepersonellet i intensivavdelingen være med å forebygge VAP (Hawe, Ellis, Cairns & Longmate, 2009).

Eide og Eide skriver at som helsepersonell skal vi kunne bidra i samarbeidet ved å inspirere og veilede. I forskningsartikkelen til San Martín-Rodríguez et al., (2005) står det at mellommenneskelige forhold basert på tillit, gjensidig respekt og viljen til å samarbeide er viktige faktorer for å få til et godt samarbeid. Økt kunnskap om medisinske sykdommer er

også nødvendig for å skape mer tillit til tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid må bli standard i både tannhelse- og medisintutdanningen (Jaecks, 2009).

Kommunikasjon er ord og kroppsspråk som brukes for å utveksle noe meningsfullt mellom mennesker. Det er også viktig med god kommunikasjon for et godt samarbeid mellom helsepersonell (Jaecks, 2009). Når helsepersonell kommuniserer kaller vi dette profesjonell kommunikasjon (Eide og Eide, 2007). For å hindre forekomsten av VAP er tverrfaglig samarbeid et mulig tiltak. I neste kapittel skriver vi mer om hva VAP er.

3.5 Ventilatorassosiert pneumoni

Som tidligere nevnt er VAP en undergruppe av nosokomial pneumoni. VAP er pneumoni som rammer 48 timer etter intubering av pasienten (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). VAP kan deles inn i to ulike kategorier: «tidlig debuterende VAP» som betyr at det har oppstått fra 46-96 timer etter intubasjon, og «sent debuterende VAP» som betyr at det har oppstått tidligst 96 timer etter intubasjon (Odberg, 2011).

Det er to årsaker til at VAP oppstår. Den ene er at tuben i halsen til pasienten gjør at bakterier har en åpen inngang inn i munnen og ned i lungene og VAP oppstår. Den andre årsaken er at kroppens forsvarsmekanismer mot innånding av bakterier til de nedre luftveier blir redusert på grunn av behandlingen. Kroppens forsvarsmekanismer mot innånding er blant annet hosting. Dermed blir kontaminert sekret fra munn og svelg liggende over lengre tid og kan bli aspirert ned i lungene og VAP oppstår. Pasienter med VAP har som sagt flere liggedøgn på sykehuset og bruker mer av de totale ressursene til intensivavdelingen. Enkle tiltak som munnstell minker risikoen for VAP (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

VAP oppstår utelukkende hos respiratorpasienter. For å få en større forståelse for hvordan VAP oppstår skriver vi videre litt om respirator.

3.6 Respirator

En respirator er en maskin som puster for pasienten ved alvorlig sykdom eller skade.

Respiratoren presser luft ned i lungene, mens utåndingen skjer passivt, uten maskinell hjelp (Bakkeland & Thorsen, 2015). De vanligste årsakene til respiratorbehandling er hypoksemi, som betyr at det er for lite oksygen i blodet, eller hyperkapni, som betyr at det er høyt karbondioksidtrykk (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2010).

Under en respiratorbehandling er det nødvendig at pasienten blir sedert for at han ikke skal føle smerter og ubehag i forbindelse med intubering og tilstedeværelsen av oral- og nasaltube. Sedasjon beskrives som smertelindring, søvn, angst- og hukommelsesreduksjon. Sedasjon er en tilstand framkalt av medikamenter der sentralnervesystemet blir påvirket og bevissthetsnivået hos pasienten reduseres. Når en akutt syk pasient skal behandles med respirator må han rolig og gradvis vekkes for å bestemme hvilket bevissthetsnivå han skal være på. Dette lærte vi når vi var på sykehuset Innlandet, avdeling Elverum. Sedasjon kan variere fra lett, der pasienten kun blir søvning eller døsig, til dyp der pasienten er i dyp søvn (Gulbrandsen, 2015). Under respiratorbehandling er det et mål for intensivsykepleierne å få pasienten til å puste på egenhånd og så fort som mulig fordi bruk av sedasjon gjør at pusten til pasienten blir dårligere. Dessuten vil mindre bruk av sedasjon gi færre negative effekter på respirasjonsmusklene og respirasjonssenteret (Gulbrandsen, 2015).

Intubering går ut på å føre et plastrør ned i luftrøret for å kunne utføre respiratorbehandling og for å sikre frie luftveier for pasienten. Intubering kan skje nasalt, gjennom nesen eller oralt, gjennom munnen (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Hvis pasienten trenger respiratorbehandling lengre enn syv dager vurderes det om det skal utføres en trakeotomi. Tuben legges inn i luftrøret fra et hull på halsen ved trakeotomi, noe som blant annet gjør det enklere for pasienten å spise og drikke (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Akutte tilstander som kan kreve respiratorbehandling er blant annet kraniebrudd (hodeskalle fraktur), penetrerende skader i hjernen (fremmedlegemer eller deler av bein i hjernen), abdominal skader (skader i buken), thorax skader (skader på brystkasse), brannskader og lungeskader (Dahl & Rinvik, 2010; Stafseth, 2015;).

Fra å skrive om respirator skal vi nå gå over på respiratorpasienten for å få et helhetlig bilde av behandlingen.

3.7 Respiratorpasienten

I dette kapittelet skal vi forklare hva som er spesielt med denne pasientgruppen.

Moesmand og Kjøllesdal (2004, s.19) skriver at «Kritisk syke pasienter er pasienter som har, eller har høy risiko for å få, livstruende helseproblemer. Jo mer kritisk syk pasienten er, jo mer sannsynlig er det at han/hun er svært sårbar, og at tilstanden er ustabil og kompleks...». Respiratorpasienter er sensitive og utsatte, og det er derfor veldig viktig at de får raskt behandling. Disse pasientene har lett for å bli utsatt for ytterligere helseproblemer (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Respiratorpasienter som har blitt utsatt for akutt sykdom er ikke i stand til å ivareta egen omsorg. Enten er de bevisstløse, kraftig sederte og/eller har mange ledninger og tuber på seg som gjør at de ikke kan bevege kroppen. Pasienten kan derfor lett føle seg hjelpeløs. For pasienten kan opplevelsen av det å være akutt syk forandre seg fra time til time og dag til dag. Pasienten kan skifte mellom håp og håpløshet, visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet. Det kan hende pasienten føler at han ikke har kontroll på sin egen kropp, og dermed føler uro og frykt (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Selv om pasienten ikke er bevisst er det viktig at sykepleieren hele tiden informerer pasienten om det som skal gjøres, tar hensyn, viser respekt og er observant på de signalene som blir gitt av pasienten (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Som tidligere nevnt er respiratorpasienten kritisk syk og dette får følger for munnhelsen og muligheten for munnstell. Munnstell er derfor et viktig tiltak for pasienten som vi skriver mer om under.

3.8 Munnstell for respirator pasienter

I dette kapittel skal vi ta for oss munnstell, behovet for munnstell og hensikten med dette.

Konradsen, Trosborg, Christensen & Pedersen, (2012) skriver at god oral helse har en positiv effekt på flere områder hos pasienter. Pasienter som har fått god oppfølging når det gjelder munnstell blir raskere friske, har en bedre ernæring, en generelt bedre helse og har færre komplikasjoner.

Innen 48 timer etter innleggelse på sykehuset begynner bakteriefloraen i munnen å endre seg og det blir en oppvekst av patogene bakterier. Hvis ikke munnstell blir utført da blir det en oppvekst av bakterier i munnen (Konradsen et al., 2012). Mekanisk fjerning av plaque med tannbørste er den mest effektive metoden for å fjerne plaque (Barnes, 2014). Det er også vist at munnstell fører til en nedgang i blant annet ventilatorassosiert pneumoni på intensivavdelinger (Konradsen et al., 2012). Derfor er det svært viktig at munnstellet er på plass hos pasienten under respiratorbehandling. Dette kan være en utfordring overfor oralintuberte pasienter fordi det kan være vanskelig å få tilgang med tannbørste, tanntråd eller interdentalbørste på grunn av tuber som er i veien. Andre vanskelige forhold er at pasienten er sedert eller bevisstløs som gjør at pasienten blant annet ikke kan samarbeide med oss under munnstell (Kvisle, Tømmervåg, Ekholdt, Botnevik, Bakken & Lelek, 2012; Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Hensikten med munnstell er å få opprettholdt den normale bakteriefloraen i munnen. Det er viktig at slimhinnene i munnen er fuktige, glatte og fri for sår. Det er kort vei fra munnhulen til luftveier, så patogene bakterier kan lett aspireres (Kvisle et al., 2012).

I neste kapittel skriver vi om retningslinjene for munnstell.

3.8.1 Retningslinjer for munnstell til respiratorpasienten

De fleste intensivavdelinger har retningslinjer for hvordan munnstell skal gjennomføres for respiratorpasienter. I disse retningslinjene står det hvordan og hvor ofte munnstell skal utføres (Odberg, 2011). Nå skal vi presentere retningslinjer for riktig utføring av munnstell for respiratorpasienten. Retningslinjene er utarbeidet av Oslo universitetssykehus (2014).

I retningslinjene står det at pasienten skal ligge i sideleie eller i sittestilling med hodet til siden, eller lett fremoverbøyd. Dette er viktig for at pasienten skal få muligheten til å spytte ut og fjerne overflødig tannkrem og skyllevæske i munnen. Hendene til intensivsykepleier skal vaskes og hansker skal brukes under munnstell for å unngå smitte. Først skal spytt og slim suges opp fra munnhule og svelg og deretter fuktes munnhulen med sterilt vann ved behov. Sterilt vann brukes fordi springvann kan være kontaminert med bakterier. Deretter skal tenner, tunge, kinnets innside og gom pusses med tannkrem (Oslo universitetssykehus, 2014). Tanstråd skal også brukes for å fjerne plaque approximert en gang per døgn. Det skal skylles rikelig med sterilt vann i munnen og engangstupfer skal brukes for å fjerne rester av tannkrem, belegg og saliva som er vanskelig tilgjengelig. To ganger om dagen skal munnstellet avsluttes med å pensle hele munnen med klorhexidin. Dette hindrer sopp og bakterievekst i munnhulen. Til slutt skal det suges opp eventuelle rester fra munnstellet som blir liggende i svelget, og lepper pensles med fet krem eller vaselin. Det er viktig at slimhinnene fuktes flere ganger i døgnet for å sikre fuktige slimhinner, at salivaproduksjon opprettholdes og for å forhindre oppvekst av uønskede bakterier (Oslo universitetssykehus, 2014).

3.9 Intensivsykepleiernes kunnskaper om munnstell hos respiratorpasienten

I forskningsartikkelen til Konradsen et al., (2012) står det at munnstell er en viktig del av jobben til sykepleierne på intensivavdelingen. Sykepleiere spiller en stor rolle når det gjelder å ta vare på pasientens munnhelse og forebygge VAP etter innleggelse på sykehus (Konradsen et al., 2012).

Det kan være vanskelig for intensivsykepleierne å utføre munnstell hos respiratorpasienten av flere årsaker: de kan ha en frykt for å flytte på oraltuben, en frykt for faren for aspirasjon og oraltuben gjør det også vanskelig å komme til i munnhulen. Sykepleierne er også redde for å

skade slimhinner, og er usikre på prosedyrene. Ustabile pasienter og de andre nevnte faktorene gjør at de heller prioriterer andre gjøremål. Intensivsykepleierne oppfatter munnstell som et tiltak som ikke bidrar til like mye helse og velvære som andre tiltak (Odberg, 2011). Det finnes retningslinjer for gjennomføring av prosedyrer, men sykepleierne har en tendens til ikke å slå opp og følge dem fordi de mener at de er inkonsistente og dårlig definerte (Odberg, 2011).

Det ble gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom videreutdanningen i intensivsykepleie ved høgskolen i Hedmark og intensivavdelingene i Elverum og Hamar ved sykehuset Innlandet. I forbindelse med dette prosjektet ble det stilt spørsmål til intensivsykepleiere og sykepleiestudenter om holdninger de hadde til munnstell hos respiratorpasienter før og etter kompetansebygging som undervisning og diskusjon i grupper. I spørreundersøkelsen før kompetansebyggingen kom det fram at sykepleierne har flere gjøremål som er viktigere og at munnstellet derfor nedprioriteres (Mytting, Espelund, Mæhlum & Høye, 2011). Det kom også fram at pasientens velvære og forhold ved pasienten kunne gjøre at de kvier seg med å utføre munnstell. Det var en deltager som hadde svart at han hadde en pasient med alvorlig sepsis (blodforgiftning) og fryktelige sår i slimhinnene (Mytting et al., 2011).

«.....man må tenke seg nøye om og man kvier seg for å utføre munnstell i form av at man blir redd for å gjøre noe galt. Man er jo redd for å skade slimhinner og sånn. I prosedyren er det oppgitt Corsodyl...I prosedyren skal man bruke ufortynnet, og den er fryktelig sterk...men man følger jo prosedyren og tynner det ikke ut»

(Mytting et al., 2011, s. 39)

I dette sitatet kommer det fram at sykepleieren er veldig lojal til prosedyren, selv om han mener at det er ubehagelig for pasienten å få penslet med Corsodyl i munnen. Han er også veldig redd for å gjøre noe feil fordi det er et veldig privat og intimt område.

Etter endt kompetansebygging så de fleste deltagerne viktigheten av munnstell, de diskuterte og dokumenterte funn i munnhulen og hva de gjorde. De fikk økt bevissthet om at munnstell forebygger Ventilatorassosiert pneumoni, og gjennomfører munnstell oftere. Det var fokus på å gjøre to ordentlige munnstell i løpet av dagen.

For å kunne utvikle kunnskaper, ferdigheter og endre holdninger er det ikke nok med kun tradisjonell undervisning. Undervisning sammen med praktisk gjennomgang og trening på det praktiske, og til slutt synliggjøring av barrierer må til for å få til en forandring (Coomarasamy & Khan, 2004; Forsetlund, Bjørndal, Rashidian, Jamtvedt, O'Brian, Wolf, Davies, Odgaard-Jensen & Oxman, 2004).

Intensivsykepleierne må jobbe etter lover og føringer som er bestemt, uansett hvilke holdninger og kunnskap de har. Vi som tannpleiere kan bruke disse lovene og retningslinjene når vi skal jobbe tverrfaglig med intensivsykepleierne.

3.10 Lover og føringer

I dette kapittelet skal vi skrive om noen lover og føringer som er viktige i vår oppgave. Lovene regulerer hvordan tannhelsen til respiratorpasienter på sykehus blir ivaretatt. Det er svært viktig at helsepersonell har kunnskap om disse lovene for å behandle pasienten som de er lovpålagt å gjøre, og vi skal derfor gå nærmere inn på dette.

I Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning –Fremtidas tannhelsetjenester, kommer det frem at den orale helsen hos pasienter som er innlagt på sykehus er mangelfull. Medisinsk personell har lite interesse og kunnskap om den orale helsen og det trengs kunnskapsbygging innen dette fagområdet. Det presiseres at det trengs tannhelsepersonell for å gjøre tannbehandling på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

I Samhandlingsreformen rett behandling –på rett sted –til rett tid kommer det frem at regjeringen vil satse mer på forebyggende arbeid i stedet for kun å fokusere på å kurere sykdom. Reformen sier at med de framtidige helseutfordringene er det et stort behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målet er å benytte og videreutvikle tiltak som blant annet skal redusere risikoen for sykdomsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

I Tannhelsetjenesteloven (1984) står det at tannhelsetjenestens formål er å sørge for nødvendig behandling og forebygging innen tannhelse. Som tannpleiere er det viktig at vi jobber forebyggende og gir den behandlingen det er behov for.

Helsepersonelloven er felles for alle som jobber i helsetjenesten. I helsepersonelloven (1999) står det blant annet: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell». Loven sier at helsepersonell skal utøve arbeidet sitt med en faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes fra helsepersonellets kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). For helsepersonell betyr forsvarlighet at yrkesgruppen må tilpasse seg etter sine faglige kvalifikasjoner og yrkesgruppen skal ikke påta seg andre arbeidsoppgaver enn det yrkesgruppens kvalifikasjoner tilsier. Dette forutsetter at helsepersonellet kjenner sine egne faglige begrensninger og vurderer pasientens behov, for hjelp fra andre yrkesgrupper med andre kvalifikasjoner og innhenter hjelp om nødvendig (Helsepersonelloven, 1999).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at befolkningen skal få lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å ha rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til å fremme tilliten og den sosiale tryggheten mellom pasient og bruker, og helse- og omsorgstjenesten. Videre skal loven også bidra til å ivareta respekten for pasientens og brukerens liv, integritet og menneskeverd.

I spesialisthelsetjenesteloven (1999) står det at helsetjenester skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at personellet som utfører tjenester skal overholde sine lovpålagte plikter. På denne måten vil da pasienten få et koordinert og helhetlig tilbud fra personellet. Videre blir sykehusenes oppgaver spesifisert. Sykehusenes oppgaver er å ivareta pasientbehandling, å lære opp pårørende og pasienter, utdanne helsepersonell og drive med forskning.

I tillegg til lover og føringer har vi tannpleiere egne retningslinjer som vi må følge. Disse retningslinjene vil vi presentere i neste kapittel.

3.11 Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere

Tannpleieren har flere yrkesetiske retningslinjer å følge og disse er utarbeidet av Norsk Tannpleierforening (Norsk Tannpleierforening [NTpF], 2009). Retningslinjene er laget for å gi en veiledning for oss tannpleiere om hvordan vi bør oppføre oss i forhold til pasienten, profesjonen, kolleger, samarbeidspartnere, samfunnet og til slutt massemedia. Det som er interessant for vår oppgave er hvordan vi som tannpleiere skal oppføre oss i forhold til pasienten, profesjonen, kolleger og samarbeidspartnere (NTpF, 2009). Når det gjelder tannpleieren og profesjonen er det viktig at vi holder oss faglig oppdatert i vårt fagfelt og innen den nyeste forskningen, slik at vi kan ha et godt nok grunnlag til å kunne veie en behandlingsmetode opp mot en annen. Vi må hjelpe til med fagutvikling, innarbeide ny kunnskap og bruke det i praksis. I forhold til kolleger og samarbeidspartnere må vi vise respekt for å få til et godt samarbeid. Det er viktig at vi blir kjent med arbeidstedet, setter oss inn i deres regler og instruksjoner og respekterer de som jobber på arbeidssstedet. Ved behandling av respiratorpasienten skal pasientens behov være i fokus og taushetsplikten skal overholdes (NTpF, 2009).

Det er ansatt tannpleiere på enkelte sykehus i Norge, i neste kapittel beskriver vi tannhelsetilbudene på sykehus i Norge og Sverige (NTpF, 2009).

3.12 Tannhelsetilbud på sykehus i Norge og Sverige

Nå skal vi se på tannhelsetilbud som finnes på sykehusene i Norge for å se på forskjeller og sammenligne tilbudene for å få ideer til hvordan vi kan gå fram for å løse utfordringer innen tannhelse. Tilbudene varierer i hvilket land og sykehus du er innlagt på. Først tar vi for oss beskrivelsen av tilbudet som finnes i Norge.

Haukeland sykehus, St Olavs hospital og Radiumhospitalet har et eget tannhelseteam bestående av tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær (Nordgarden, Nordengen & Vigen, 2014). Alle tre foretar oral screening og nødvendig behandling på pasienter. Ved Haukeland har teamet full adgang til pasientjournaler. Pasienter som skal gjennomgå organtransplantasjon, alvorlig hjertekirurgi, stråling i hode og hals, høydose cellegift og barn

og voksne med kreft har et tannhelsetilbud på Haukeland og St Olavs hospital.

Radiumhospitalet behandler de orale ettervirkningene av kreft hos voksne, men gjør også screening og behandling av andre voksne pasientgrupper (Nordgarden et al., 2014).

Oslo universitetssykehus har en stor kjevekirurgisk avdeling. Universitetssykehuset i Nord-Norge mottar hjelp fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter sitt eget team som består av tannpleier, tannhelsesekretær og spesialist. Sørlandet sykehus har en tannlege som jobber fast to ganger i uken og gjør da tannbehandling i narkose og andre tjenester. Lovisenberg diakonale sykehus får hjelp med narkosebehandling fra TAKO-senteret som har spesialkompetanse på sjeldne medisinske tilstander (Nordgarden et al., 2014).

Flere av sykehusene deltar i et forsøksprosjekt med tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (Nordgarden et al., 2014).

Nordgarden et al., (2014) kommer med forslag til hvordan tannhelsetjenestetilbudet kan bli i Norge i fremtiden. For å gi et helhetlig helsetilbud til pasienten mener Nordgarden et al., (2014) at det bør være en egen avdeling med orale helsetjenester på hvert sykehus i Norge. Avdelingen bør ha tilgang til de samme ressursene som de andre avdelingene på sykehusene slik som anestesi- og laboratorietjenester, journalsystemer og røntgenavdeling. Det skal også være mulig å bli henvist fra tannhelse- og spesialisthelsetjenester i kommunene til tannhelseavdelingen på sykehuset. Avdelingen skal blant annet jobbe med å lære opp helsepersonell i å utføre riktig munnstell hos pasienter som trenger hjelp. Helsepersonell læres også opp i hvordan de skal oppdage orale helseproblemer (Nordgarden et al., 2014).

WHO skrev i 2004 ned hvordan helsefremmende sykehus skal være:

Det skal lages egne skriftlige retningslinjer som skal være med på å forbedre helseutfall. Helsepersonell, pasienter og pårørende skal også være inkludert. Hver enkelt pasient skal få vurdert behovene sine innen helsefremming og sykdomsforebygging. Til slutt skal det komme på plass et tverrfaglig samarbeid innenfor helse med andre institusjoner og sektorer for å sikre kontinuerlig samarbeid i helseomsorgen (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012).

I neste kapittel skal vi beskrive tannhelsetilbudene på sykehus i Sverige.

Sverige:

I Sverige er nødvendig tannbehandling lovpålagt gjennom landstinget, og sykehusene mottar 600 millioner i statlige midler kun til tannbehandling. Det finnes sykehustannleger og tannpleiere som er en integrert del av det medisinske teamet på alle regionale sykehus og 175 tannleger på 130 fulltidsstillinger. Her ses tannbehandling på som likestilt annen medisinsk behandling på sykehuset og den koster veldig lite for pasienten. Et eget tannhelseprogram, «Sjukhustandvården», skal sikre tannbehandling for pasienter som har alvorlig sykdom (Nordgarden et al., 2014). Dette er pasienter som skal få utført organtransplantasjon, pasienter med kreft i hode eller hals, pasienter som har svekket immunforsvar eller hjertepasienter. «Sjukhustandvården» jobber sammen med den vanlige tannhelsetjenesten og får henvisninger fra både private og offentlige tannklinikker, og det medisinske miljøet. Det finnes også et eget treåring videreutdanningsprogram som heter «Orofacial medicin» som handler spesifikt om tannhelse på sykehusene. Dette er et tilbud for tannhelsepersonell som skal jobbe på sykehus og innebærer teoretisk og praktisk utdanning (Nordgarden et al., 2014).

4.0 Hvordan kan tannpleiere forebygge utvikling av Ventilatorassosiert pneumoni?

I drøftingen skal vi først skrive om hvilken betydning god munnhelse har for å forebygge Ventilatorassosiert pneumoni. Videre skriver vi om hvordan vi tannpleiere kan jobbe tverrfaglig med sykepleierne for å ivareta tannhelsen til respiratorpasientene. Så skriver vi om hindringer som kan stå i veien for å forebygge Ventilatorassosiert pneumoni. Til slutt sammenligner vi hvordan tannhelsetilbudet er på sykehus i Sverige og Norge.

4.1 Hvilken betydning har god munnhelse for å unngå respiratorassosiert pneumoni?

Pasienter som skal bli respiratorbehandlet er allerede alvorlig syke og trenger hjelp til å puste ved hjelp av en respirator (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Respiratorbehandlingen øker infeksjonsfaren for pasienten ved at den naturlige infeksjonsbarrieren blir brutt (Bakkeland & Thorsen, 2015). VAP rammer kun respiratorpasienter og er den vanligste infeksjonen hos intensivpasienter på sykehus (Løkken et al., 2010). VAP utvikles hos ca. 10-20% av respiratorpasienter og har en dødelighet på 25-50 % (Løkken et al., 2010). Det rammer mange pasienter og har en høy dødsrate så det er viktig at det gjøres noe med. Respiratorpasienter er også sårbare, har lett for å bli utsatt for ytterligere helseproblemer og de trenger derfor rask behandling (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Da er forebyggende tiltak ekstra viktig.

Ifølge Gulbrandsen og Stubberud (2015) er VAP en pneumoni som oppstår fra 48-96 timer etter intubering. Det er to årsaker til at VAP oppstår: den ene er at oraltuben blokkerer flere av kroppens naturlige forsvar mot aspirasjon til de nedre luftveiene. Dermed blir kontaminert sekret fra munn og svelg liggende og blir etter hvert aspirert ned til lungene. Den andre årsaken er at oraltuben danner en åpen inngang for bakterier inn i munnhulen og ned i lungene (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Siden bakteriene forårsaker en infeksjon som kan være dødelig for pasienten er det viktig at vi forsøker å forhindre dette (Løkken et al., 2010). Munnstell fører til en nedgang av VAP på intensivavdelinger (Konradsen et al., 2012). Barnes (2014) sier at mekanisk fjerning med tannbørste er den mest effektive metoden for å fjerne plaque. Derfor er munnstell et viktig tiltak for å forebygge VAP og pasientene bør få utført munnstell slik at de patogene bakteriene blir fjernet fra munnen (Konradsen et al., 2012).

Definisjonen på akseptabel oral helse er at pasienten ikke skal ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen (Blich & Aandahl, 2011). Når det gjelder respiratorpasienten kan det å ikke ha en akseptabel oral helse være risikabelt fordi infeksjoner i munnen gjør at bakterier er til stede i munnen og kan aspireres. Dette kan føre til VAP.

God oral helse gir bedre livskvalitet ifølge Holst og Dahl (2008). God oral helse har en positiv effekt på blant annet den generelle helsen, livskvaliteten, pasienten får færre komplikasjoner og ikke minst blir raskere frisk (Holst & Dahl, 2008; Konradsen et al., 2012). Dersom pasienten blir raskere frisk vil han bli utskrevet tidligere fra sykehuset. Dette forteller oss at det både er økonomiske og medisinske grunner til å forebygge VAP.

Ifølge Odberg (2011) forebygger ikke en munnstell prosedyre VAP, men en rekke tiltak har vist en effekt. Når vi var på observasjon på sykehuset Innlandet, avdeling Elverum fikk vi vite av intensivsykepleierne at prosedyrer og retningslinjer for munnstell var betryggende og til stor hjelp hvis de var lett tilgjengelige og enkle å forstå. Videre sa de at prosedyrene og retningslinjene var laget for at sykepleierne skal kunne gå systematisk gjennom punkt for punkt uten å glemme noe. På samme måte jobber tannpleiere systematisk kvadrant for kvadrant i munnhulen for å unngå å overse noe eller gjøre feil.

Etter besøket på sykehuset Innlandet, avdeling Elverum så vi at det fantes flere prosedyrer for gjennomføring av munnstell hos respiratorpasienter. Innlandet sykehus avdeling Elverum brukte retningslinjer utarbeidet av Oslo Universitetssykehus (2014). I retningslinjene står det at det skal utføres hoved-munnstell, morgen og kveld, minst fire ganger daglig.

Retningslinjene sier at munnstell skal utføres på denne måten:

Pasienten skal enten ligge i sideleie eller i sittestilling med hodet til siden, eller lett framoverbøyd. Håndhygiene skal utføres og saliva og slim skal bli fjernet fra munnhule og svelg med sug før munnhule fuktes med sterilt vann. Tenner, tunge, gom og kinnets innside pusses med tannkrem og tanntråd skal brukes for å fjerne plaque approximalt en gang per døgn. To ganger daglig skal klorhexidin brukes på slutten av munnstellet for å forhindre sopp- og bakterievekst. Rester fra munnstellet som ligger i svelget skal suges opp (Oslo universitetssykehus, 2014).

Derimot observerte vi at det i praksis ble brukt en annen prosedyre enn den som var utarbeidet av Oslo universitetssykehus (2014). Det ble utført munnstell opptil seks ganger om dagen. Det ble brukt ferdiglagde pakker til hvert munnstell og hoved-munnstell morgen og kveld.

Forskjellen på hoved-munnstell pakken og pakken til munnstellene ellers var at hoved-munnstell pakken inneholdt klorhexidin. Ellers inneholdt de tannbørste som kunne kobles til sug, et middel som rensset munnen og til slutt en krem som fuktet innsiden av munnhulen.

Det første intensivsykepleieren gjorde var å vaske hendene og ta på hansker. Deretter inspiserte han munnhulen for å se om det var noe sår eller soppvekst. Siden respiratorpasienten ikke hadde permanente tenner startet han med å dyppe tannbørsten i klorhexidin og børstet gommene. Deretter fjernet han overflødig klorhexidin med sug. Tilslutt rensset han med et middel og smurte fuktighetskrem inne i munnen. Denne prosedyren synes begge intensivsykepleierne som vi snakket med var lettvent og mye bedre i praksis enn den de egentlig skulle bruke fra Oslo Universitetssykehus (2014). Når de brukte denne prosedyren brukte de mindre tid og det var mindre omfattende. Munnstellet ble gjennomført opptil seks ganger daglig noe som gagnar pasientene. Det er bedre å ha en enklere prosedyre som blir gjennomført enn en «perfekt» prosedyre som krever mye tid og utstyr.

4.2 Hvilken funksjon har tannpleieren når vi skal jobbe sammen med intensivsykepleierne for å ivareta munnhelsen til respiratorpasientene?

Den orale helsen på sykehus er mangelfull og det trengs mer kunnskap innen dette fagområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Regjeringen vil satse mer på forebyggende arbeid i fremtiden på grunn av de fremtidige helseutfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I Ottawa-charteret står det spesifikt om hvordan vi skal få et helsefremmende sykehus. Her står det at det må skje endringer i holdninger og organisering av helsetjenestene, fra kun å behandle det medisinske til å se mennesket som en helhet for blant annet å forebygge VAP (Mittelmark et al., 2012). I kapittel tre kommer vi nærmere inn på holdninger.

Dahl & Halvari (s.a.) skriver at tannpleieren jobber helsefremmende og forebyggende blant annet på klinikken. Barnes (2014) skriver at tannpleiere har den beste ekspertisen og praktiske erfaring for å tilby tannhelsetjenester på sykehus. På sykehuset kan vi som tannpleiere jobbe sekundærforebyggende. Det betyr at vi forhindrer at sykdom kommer tilbake, eller at pasienten får ytterligere sykdomsutvikling (Mæland, 2010). Spesialisthelsetjenesteloven

(2001) sier at spesialisthelsetjenestene, deriblant sykehus, skal gjøre personell i stand til å gjennomføre sine lovpålagte plikter, for å sikre at pasientene får et helhetlig tjenestetilbud. Sykehusene skal også jobbe med utdanning av helsepersonell. Helsepersonelloven (1999) sier at det er sykepleier som er pliktig til å igangsette og utføre forebyggende tiltak for å forhindre at VAP oppstår. I helsepersonelloven (1999) står det at yrkesgruppen må tilpasse seg etter sine faglige kvalifikasjoner og at de ikke skal påta seg andre arbeidsoppgaver enn det deres kvalifikasjoner tilsier. Videre står det at «hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell og det skal innhentes hjelp om nødvendig» (Helsepersonelloven, 1999). I de yrkesetiske retningslinjene står det blant annet at tannpleieren må bidra til faglig utvikling og fremme godt samarbeid med andre yrkesgrupper (NTpF, 2009).

Altså har sykehusene blant annet en lovpålagt plikt til å sikre at intensivsykepleiere har kompetanse når det gjelder munnstell hos respiratorpasienter. Sykepleierne har også en plikt til å gjennomføre munnstell. Med bakgrunn i disse lovene og retningslinjene er det veldig klart at tannpleieren skal gå inn i et tverrfaglig samarbeid med sykepleierne på sykehusene. Dette skal bidra til faglig utvikling og sørge for at sykepleierne har kompetanse i munnstell hos respiratorpasienten, slik at både sykehusene og sykepleierne oppfyller sin plikt.

Jaecks (2009) sier at tverrfaglig samarbeid er viktig for å fremme tannhelsen på sykehus. Tverrfaglig samarbeid er viktig når vi skal forebygge VAP og ikke minst avgjørende når det gjelder respiratorpasientens behov og utfall. Tannpleieren oppfatter sin rolle i tverrfaglig samarbeid som verdifull både nå og i fremtiden (Jaecks, 2009) og kompetansen bør derfor brukes mer.

Kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet avhenger av tannpleiernes og sykepleiernes villighet, innsats og kompetanse (Jaecks, 2009). I forskningen til Jaecks (2009) og Martin-Rodriguez et al., (2005) kommer det frem at god profesjonell kommunikasjon, altså å lytte, ha tillit og gode lederegenskaper også er veldig viktig for å oppnå målet med samarbeidet. Dette er svært viktig fordi dårlig kommunikasjon kan føre til misforståelser mellom tannpleiere og

sykepleiere, som kan hindre begge parter i å oppnå målet med samarbeidet. Videre kan vi tenke oss at dårlig kommunikasjon bidrar til ineffektivitet og et dårlig arbeidsmiljø. For eksempel kan misforståelser føre til at budskapet ikke kommer frem. Dette kan igjen føre til irritasjon og et dårlig arbeidsmiljø. Når budskapet ikke kommer frem kan det hende at ting må gjøres flere ganger fordi det ikke ble oppfattet riktig første gangen og det ble gjort feil. Dette kan igjen føre til at det går utover respiratorpasientens behandlingstilbud. Derfor er det viktig med et velfungerende tverrfaglig samarbeid i praksis for å ta vare på respiratorpasientens munnhelse. Samarbeidet skal for det første sikre at respiratorpasienten får det beste tannhelsetilbudet slik at pasienten ikke utvikler VAP. Etersom flere på sykehuset ser viktigheten av tannpleiere og tannpleiere på sykehus, og dette blir mer i fokus, vil behovet for tverrfaglig samarbeid øke.

Det er viktig at hensikten med samarbeidet er klargjort før det arbeides videre mot det felles målet (Martín-Rodríguez et al., 2005). Gjennom praksistiden vår har vi erfart at dersom hensikten er klargjort arbeider vi bedre og samhandler bedre med arbeidspartneren. Dersom hensikten og målet med samarbeidet ikke er klargjort kan det bli misforståelser og målet kan bli utydelig. Engasjement og lærevillighet har vi erfart at fremmer tverrfaglig samarbeid. Hvis både sykepleier og tannpleier er mottagelige for informasjon, viser interesse og respekt for hverandre blir samarbeidet mye lettere å gjennomføre. Det å sette pasientens behov i fokus er det viktigste når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet (NTpF, 2009).

Undervisning er en del av det tverrfaglige samarbeidet. Studiene til Mytting et al., (2011) forteller oss at kunnskapsbygging fører til økt kompetanse i munnstell. Videre sier Hawe et al., (2009) at et undervisningsopplegg for helsepersonellet i intensivavdelingen kan forebygge VAP. Vi kan veilede og undervise sykepleierne i hvordan munnstell kan utføres slik at det blir lettere å gjøre i praksis. Videre kan vi vise hvilke konsekvenser manglende tannpuss kan få. Vi kan synliggjøre sykepleierens rolle i forebyggingen av VAP. Eide & Eide (2007) skriver at som helsepersonell skal vi kunne bidra i samarbeidet ved å inspirere og veilede. Sykepleierne ønsker kun det beste for pasientene sine, og når vi viser de konsekvensene av manglende munnstell kan det inspirere sykepleierne til å gjennomføre munnstell hver dag.

Videre kan vi i undervisningen til sykepleierne drøfte viktigheten av munnstell hos respirator pasientene og prøve å få til ordninger slik at sykepleierne prioriterer munnstell i en hektisk hverdag. Ordninger kan for eksempel være å bidra til at prosedyrer blir tilrettelagt og er individuelle for alle pasienter. Dette vil bidra til at hverdagen til en sykepleier blir lettere slik at det blir enkelt å gjennomføre i praksis. Dette sparer både tid og krefter hos sykepleieren, og samtidig får pasienten et bedre tilbud. På den andre siden kan vi tenke oss at undervisning og veiledning sees på som unødvendig bruk av tid for sykepleierne. Det kan føles som om vi kommer inn på sykepleiers «arena», kritiserer arbeidet deres og tvinger gjennom nye rutiner uten at de blir hørt på og inkludert. Dette observerte vi når vi var på et sykehjem i praksisperioden. Vi så at dersom vi var for kritiske til hvordan munnstellet ble gjort og tvang gjennom våre egne prosedyrer ble de motvillige til å i det hele tatt gjøre en forandring.

Jaecks (2009) sier at kunnskapsformidling er en sentral del av samarbeidet. Hensikten med undervisningen er å formidle kunnskap og lære av hverandre. Vi mener den helhetlige kompetansen er viktig for å ivareta tannhelsen til respiratorpasientene. Under undervisningen kan vi høre sykepleiernes erfaringer i praksis, slik at vi kan hjelpe til på de stedene hvor de synes det er vanskelig. Vi utveksler også erfaringer og kunnskap med hverandre. Hvis vi tilrettelegger for samarbeid med sykepleierne på sykehusene og forstår situasjonen fra deres ståsted kan vi forebygge VAP. Jaecks (2009) sier at økt kunnskap om sykdommer er nødvendig for å skape ytterligere tillit til det tverrfaglige samarbeidet. Altså bør tverrfaglig samarbeid inn i tannhelse- og den medisinske utdanningen (Jaecks, 2009), og tannhelseutdanningene bør lære mer om sykdommer.

4.3 Hvilke hindringer står i veien for å forebygge ventilatorassosiert pneumoni?

I følge Nordgarden et al., (2014) er ikke munnstell en prioritet på sykehuset. Når vi var på innlandet sykehus, avdeling Elverum fikk vi høre det samme. Selv om det var laget en prosedyre for munnstell sa sykepleierne at det var vanskelig å følge den fordi den var for omfattende. Alle intensivavdelinger har egne retningslinjer som de må følge, men de blir ikke alltid fulgt. Dette kan vi skjønne fordi det kan være hektisk og mange gjøremål på intensivavdelingen. Dessuten sier også Odberg (2011) at intensivsykepleierne ikke synes at munnstell er et like godt tiltak for helse og velvære som andre tiltak. Det kan være en gjeldene

kultur på forskjellige avdelinger på sykehus som svekker intensivsykepleierne sin vilje til å utøve munnstell (Odberg, 2011).

Det kan også gå andre veien, som vi observerte i praksis på sykehjem. Vi erfarte at holdninger utgjør en forskjell med tanke på å utføre munnstell. Hvis sykepleierne har gode holdninger til munnstell vil det «smitte» over til de andre ansatte. På øvingsklinikken på skolen hadde vi et undervisningsopplegg for sykepleiestudenter der to og to studenter skulle pusse tennene på hverandre. Målet var å skape positive holdninger til munnstell og bevisstgjøre sykepleiestudentene. Kompetansebygging ved hjelp av teoretisk undervisning, praktisk gjennomgang og synliggjøring av barrierer fører til en holdningsendring (Coomarasamy & Khan, 2004; Forsetlund et al., 2004). Dette forteller oss at det er en mulighet for å skape gode holdninger gjennom utdanningen og øke kompetansen i munnstell.

I undersøkelsen til Mytting et al., (2009) kommer det frem at det var noen sykepleiere og sykepleiestudenter som følte ubehag når det kom til munnstell. Dette kan være knyttet til usikkerhet og manglende kunnskap (Mytting et al., 2009). Hvis vi kan skape gode holdninger og tillit til tannpleierne ved hjelp av tett oppfølging kan det være lettere for sykepleierne å følge våre anbefalinger og råd.

Tannpleiere jobber hver dag i munnen til pasienten. Munnen er et intimt og privat område som er helt naturlig for oss. Derimot kvier sykepleierne seg for å utføre munnstell og synes at munnen er et for privat område (Mytting et al., 2009). Samtidig observerte vi på sykehjem i praksisen til tannpleie for eldre, at sykepleiere var helt komfortable med blant annet å se pasienter nakne, hjelpe de på do og stelle de intime stedene på kroppen til sykehjem beboerne. Dette høres merkelig og ulogisk ut for oss tannpleiere men en grunn kan være at de har blitt så vant til kroppen. I studieplan for sykepleieutdanning på Høgskolen i Hedmark står det at sykepleieren skal ha kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid som utsetter og forhindrer sykdom hos friske. Sykepleierne skal også kunne ta vare på pasientens grunnleggende behov ved hjelp av praktiske ferdigheter (HiHm, 2016/2017). Det er vanskelig å tyde hva disse punktene inneholder, men når vi intervjuet tre tredjeårs studenter på sykepleieutdanningen på Høgskolen i Hedmark sa de at de hadde ønsket seg mer undervisning om munnstell. Når sykepleiere videreutdanner seg til intensivsykepleiere har de muligens ikke så stor erfaring med munnstell fra før, selv om de lærer om det på dette studiet (Utdannings-

og forskningsdepartementet, 2005). De kan være usikre på hvordan de skal gjøre det. Når munnstell prosedyrene i tillegg er omfattende og tidskrevende kan det være at munnstellet ikke blir gjort selv om det står at det skal gjennomføres.

Ulike forhold på intensivavdelingen kan føre til at munnstell ikke blir gjennomført.

Respiratorpasienten er sedert i forskjellig grad, noen er ganske bevisste mens andre sover tungt. Dette gjør at pasienten ikke kan samarbeide under munnstell. På grunn av respiratoren er det flere tuber som hindrer pasienten i å bevege på seg (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). I undersøkelsen til Mytting et al., (2011) kommer det frem at sykepleierne blant annet var redde for å forflytte eller å skade oraltuben. Derimot fortalte intensivsykepleierne på sykehuset Innlandet, avdeling Elverum at de ikke var redde for å flytte på eller å skade oraltuben under munnstellet. Denne informasjonen kan vi ikke stole helt på fordi vi kun snakket med to personer og de muligens ikke ønsket å avsløre sin usikkerhet til oss. Hvis dette stemmer er det veldig bra og vi mener da at også andre intensivsykepleiere bør kunne føle seg trygge når de gjennomfører munnstellet.

I artikkelen til Odberg (2011) kom det også fram at sykepleierne var redde for å skade slimhinnene, var usikre på prosedyrene, var redde for aspirasjon, ustabile pasienter og de syntes at oraltuben gjorde det vanskelig å komme ordentlig til i munnhulen.

Andre barrierer som hindrer sykepleierne i å utføre munnstell er blant annet dårlig tid hos intensivsykepleierne, prioritering av andre prosedyrer og manglende kunnskap om munnstell (Mytting, Espelund, Mæhlum & Høye, 2011). Vi skjønner at det er komplisert å gjennomføre munnstell på denne pasientgruppen og at det er flere ting som spiller inn. Vi tenker at det er viktig å ta disse på alvor og samtidig finne en måte å gjøre munnstellet enklere. I følge de ansatte på sykehuset Innlandet, avdeling Elverum jobbes det med en forenklet og tidsbesparende prosedyre som de mener vil føre til at intensivsykepleierne klarer å gjennomføre munnstell opptil seks ganger daglig.

Sammenligning mellom tannhelsetilbud i Norge og Sverige:

I Sverige er det ansatt tannpleiere som er en integrert del av det medisinske teamet på alle regionale sykehus (Nordgarden et al., 2014). Tannpleierens kompetanse blir brukt på hvert sykehus ved at det er ansatt et tannhelseteam bestående av tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær. Tannhelse er også sett på som likestilt annen medisinsk behandling (Nordgarden et al., 2014). Sammenlignet med Sverige blir tannpleierkompetansen og kunnskapen om tannhelse for lite brukt på sykehus i Norge.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har hele befolkningen rett på lik tilgang på tjenester som har god kvalitet. Derfor bør det gjøres ulike tilpasninger for å møte kravene som stilles i loven. Forskjellsbehandling kan føre til en merbelastning for pasient, sykehus og samfunnet. For pasienten fører ytterligere sykdom til en belastning og til økt risiko for helsen. For sykehuset blir det en belastning ved at pasienten har flere liggedøgn på sykehuset og bruker mer av de totale ressursene til intensivavdelingen (Bakkeland & Thorsen, 2015). For samfunnet blir det en merbelastning i form av at det er en forskjellsbehandling av befolkningen i Norge. Enkelte sykehus må bruke mer penger hvis pasienten får ytterligere helseproblemer. Derfor bør alle sykehusene i Norge etterhvert gi et likt tannhelsetilbud til pasientene sine.

Nordgarden et al., (2014) skriver at det er et tannhelsetjenestetilbud med ansatt tannpleier på enkelte sykehus i Norge, men at tilbudet ikke finnes over hele landet. Ut i fra dette kan det se ut som at det er hvor i landet du bor og på hvilket sykehus du legges inn på som bestemmer om du får et tannhelsetjenestetilbud. Satt på spissen kan det være en større risiko for å utvikle VAP på enkelte sykehus i Norge. Nordgarden et al., (2013) skriver videre at sykehusene som har et tannhelsetilbud behandler pasienter som gjennomgår organtransplantasjon, alvorlig hjertekirurgi, stråling i hode og hals, høydose cellegift og barn og voksne med kreft. Det nevnes ikke noe om et tannhelsetjenestetilbud for respiratorpasienter. Tilbudet er fremdeles ikke slik som Nordgarden et al., (2013) ser for seg at det skal bli, men det er en begynnelse som de andre sykehusene kan prøve å strekke seg etter.

Når vi ser hvordan utviklingen er i Sverige kan vi undre hvorfor det er så store forskjeller i Norge. Hvorfor får ikke norske pasienter et like komplett tilbud som pasientene i Sverige får. I løpet av denne fordypningsoppgaven har vi fått et engasjement for tannhelse på sykehus og vi føler at det ikke er et godt nok tannhelsetjenestetilbud på sykehus i Norge i dag for

respiratorpasienter. Vi har fått et håp om at situasjonen skal endres fordi det i 2012 startet en forsøksordning med orale tjenester på sykehus i Norge. Forsøket skal pågå helt til 2017 og målet er blant annet å kartlegge hvilke behov som finnes for tannhelsetjeneste på sykehus i Norge. Det blir veldig spennende hva som blir konklusjonen av denne ordningen og om det fører til noen endringer på sykehusene.

5.0 Konklusjon

Helsefremming og forebygging i et tverrfaglig samarbeid er en viktig del av tannpleierens funksjon. I denne oppgaven betyr dette å sette i gang tiltak for å forebygge VAP. Vi kan tenke oss at intensivavdelingen blir en arena for oss tannpleiere i fremtiden der vi jobber tverrfaglig sammen med sykepleiere for å gi et sammensatt og helhetlig tilbud til pasienten. Munnstell forebygger VAP, men det finnes barrierer hos intensivsykepleierne som gjør at det ikke blir gjennomført. Dårlige holdninger, lite kunnskap om konsekvenser, redsel for å skade eller forflytte oraltube under munnstell, omfattende og tidskrevende prosedyrer, andre prosedyrer som prioriteres høyere og dårlig tid gjør det vanskelig å gjennomføre munnstell på intensivavdelinger. Undervisning og veiledning til intensivsykepleierne øker kunnskapen og endrer deres holdninger til munnstell slik at VAP kan forebygges. Når vi sammenligner Norge opp mot Sverige ser vi at tannhelsetilbudet i Sverige er mer omfattende og dekkende. Det finnes tannpleiere på alle sykehus i Sverige og de jobber i et tannhelseteam for å ta vare på munnhelsen til sykehuspasientene. Det finnes tannpleiere som er ansatt på enkelte sykehus i Norge, men det er ikke et fulldekkende tilbud, og gis kun for utvalgte pasientgrupper. Det er dermed mulighet for å forbedre tilbudet og det virker på oss som om det begynner å bli mer fokus på tannhelse på sykehus, ettersom Helsedirektoratet har startet opp en forsøksordningen for tannhelsetjenester på sykehus i Norge. Dette kan være starten på et tannhelseteam bestående av tannpleiere på sykehusene i Norge i fremtiden.

6.0 Litteraturliste

*Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I T. Almås, Stubberud & Grønseth (Red.), *Kliniske sykepleie 1* (4. Utg., s. 107-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bakkeland, J & Thorsen, B. H. (2015). Respiratorbehandling. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 470-525). Oslo: Cappelen Akademisk.

*Bakkeland, J. & Thorsen, B. H. (2015). Respirasjonssvikt. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 389-452). Oslo: Cappelen Akademisk

*Barnes, C. M. (2014). Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *Journal of evidence-based dental practice*, 14(1).

Biehl, A. & Lyshol, H. (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap*. (Folkehelseinstituttet Rapport nr. 5, 2009). Nydalen: Avdeling for helsestatistikk.

Blich, C., C. & Aandahl, L., S. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten- en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. Helsedirektoratet. Oslo

*Coomarasamy, A. & Khan, K.S. (2004). Learning in practise. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, (329). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7473.1017>

*Dahl, H. A. & Rinvik, E. (2010). *Menneskets funksjonelle anatomi* (3.utg). Oslo: Cappelen akademiske

Dahl, K. E. & Halvari, A. E. (s.a.). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Norsk tannpleierforening (?). Lokalisert på http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

* Dahl, K. E. & Holst, D. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 118 (4), 212-8

*Dybwik, K. (2000). *Respiratorbehandling –lærebok for sykepleiere*. Oslo: universitetsforlaget

*Eide & Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

*Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O`Brian, M. A., Wolf, F. M., Davies, D., Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A. D. (2004). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systemic Reviews*, (2). 10.1002/14651858.CD003030.pub

*Gulbrandsen, T (2015). Sedasjon. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 203-217). Oslo: Cappelen Akademisk.

*Gulbrandsen, T & Stubberud, D.-G. (2015). Personlig hygiene og velvære. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 145-175). Oslo: Cappelen Akademisk.

*Hawe, C. S., Ellis, K. S., Cairns, C. J., & Longmate, A. (2009). Reduction of ventilator-associated pneumonia: active versus passive guideline implementation. *Intensive Care Med*, 35(7). <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-009-1461-0>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Tilgjengelighet, Kompetanse og sosial utjevning framtidas tannhelsetjenester*. (St.meld.nr. 35, 2006-2007). Oslo: Departementet

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen rett behandling –på rett sted –til rett tid*. (St.meld.nr.47, 2008-2009). Oslo: Departementet

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §4. (2016)

*Høgskolen i Hedmark. (2016/2017). BASY Bachelor i sykepleie. Lokalisert på:
<http://hihm.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2016-2017-studiehaandbok/studier/campus-elverum/bachelor/basy-bachelor-i-sykepleie>

*Jaecks, K. M. (2009). Current perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration. *The journal of dental hygiene*, 83(2), 84-91

*Konradsen, H., Trosborg, I., Christensen, L. & Pedersen, P. U. (2012). Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(19-20), 2851-2859. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04197.x>

*Løkken, P., Olsen, I. & Spigset, O. (2010). Munnskylling med klorheksidin for å forebygge pneumoni. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 130(18), 1828 – 9.
<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.09.1335>

Mejåre, I., Modèer, T. & Twetman, S. (2008). *Pedodonti*. Stockholm: Gothia

*Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012).
Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.),
Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis (1. utg., s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget.

*Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademiske

*Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Nordengen, H., Nordengen, R. E. & Vigen, T. (2011). *Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus*. (Helsedirektoratet Rapport IS-2128, 2011). Lokalisert på:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/99/Forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus-IS-2128.pdf>

*Odberg, K. (2011). Munnstell mot VAP –Hvilke faktorer virker inn på intensivsykepleiers evne til å utføre munnstell til den oralintuberte pasienten? *Inspira tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere* (4), 24-7. Lokalisert på: <http://www.alnsf.no/inspira/2011/15-inspira-2011-4/file.html>

Pasient –og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §1-1. (2015)

*San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D`Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1(19), 132-147.

*Stafseth, S. K. (2015). Traumer. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 849- 882). Oslo: Cappelen Akademisk

Spesialisttjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. §2-2. (2016)

Spesialisttjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. §3-8. (2016)

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. §1-2. (2015)

*Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Lokalisert på:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf

Widenheim, J., Renvert, S. & Birkhed, D. (2003). *Forebyggende tandvård*. Stockholm: Gothia

7. Vedlegg

7.1 Pico-Skjema

PICO- skjema			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
Hvordan kan tannpleiere forebygge utvikling av ventilatorassosiert pneumoni?			
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Intuberte pasienter som får respiratorbehandling.	-Tverrfaglig samarbeid - Undervisning og veiledning		- Forebygge VAP
P	I	C	O
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
Critical ill patient Ventilator patient, Intensive patient, Oral intubation Intensive care unit intubation Ventilator-associated pneumonia patients Mechanical ventilation oral intubation	Interdisciplinary Collaboration, Education meetings, Oral hygiene, Oral Care,		Oral care Oral health Oral hygiene Prevent infection, Pneumonia VAP, Ventilator associated pneumonia

7.2 Søkehistorikk-Skjema

Tittel	Forfatter	Database	Søkeord	Antall treff	Kriterier/ Begrensninger	Antall treff	Antall leste	Relevante artikler
Dental Hygiene Intervention to Prevent Nosocomial Pneumonias (fagfelleurdert)	Caren M. Barnes	Pubmed	“dental hygienist in hospitals”	67	“Cross infection/prevention” AND “Dental hygienists” AND “Pneumonia”	1	1	1
The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies (fagfelleurdert)	Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D`amour & Marcela Ferrada-Videla	Pubmed	“collaboration” AND “cooperative behaviour”	6048	“Patient care” => 6048 treff AND “interprofessional team” => 122treff AND “determinants”	10	4	1

Current perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration (fagfelleverdert)	Kelli M. Swanson Jaecks	Cinahl	“dental hygienists” AND “interdisciplinary” AND “collaboration”	30	Haket av på “cinahl fulltext”	12	6	1
Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions (fagfelleverdert)	Hanne Konradsen, Ingelise Trosborg, Linda Christensen og Ulrich P. Pedersen	Helsebiblioteket Ovid Nursing	“Acute disease” AND “oral health”	88	“hospitalization” AND “mouth disease”	2	2	1
Rapport om «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus»	Hilde Nordgarden, Ragnhild Elin Nordengen og Terje Vigen.	Oria	“Tannhelse sykehus”	5		5	3	1
Påvirker oral helse livskvaliteten? (fagfelleverdert)	Dorthe Holst, Kari Elisabeth Dahl	Svemed+	“Oral health” AND “Quality of life” AND “mouth diseases”	21	“Norway”	2	2	1

Sammen blir vi gode: Kompetansebygging for å forebygge VAP(ventilatorassosiert pneumoni)	Tuva Sandsdalen Mytting, Åse Espelund, Else Hagen Mæhlum og Sevald Høye	Oria	“Respiratorpasienter” AND “Forebygging”	5			2	1
Munnstell mot VAP	Kristian Odberg	Svemed+	“intensive care unit” AND “Oral hygiene”			2	2	1
What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? Artikkelen er funnet i rapporten: Sammen er vi gode-kompetansebygging for å forebygge VAP.	Arri Coomarasay og Khalid S. Khan	Vi søkte opp tittelen i Google scholar og fant den				1	1	1

Continuing education meetings and workshops: effect s on professional practise and health care outcomes. Artikkelen er funnet i rapporten: Sammen er vi gode-kompetansebygging for å forebygge VAP.		Vi søkte opp tittelen i Google scholar og fant den				1	1	1
Munnskylning med klorheksidin for å forebygge pneumoni		Svemed+	“Pneumonia” AND “Oral hygiene”	8		8	5	1
Reduction of ventilator-associated pneumonia: active versus passive guideline implementation		Pubmed	“Humans” AND “Pneumonia, ventilatorassociated/prevention & control”	883	“Intensive care units” AND “Evidencebased medicine”=> 52 treff=> “Severity of illness index”	2	2	1
Påvirker oral helse livskvaliteten?	Kari Elisabeth Dahl	Svemed+	“Quality of life” AND “oral helth”	52	“mouth diseases” AND “Norway”	2	2	1

Munnskylling med klorhexidin for å forebygge pneumoni (fagfelleverdert)	P. Løkken, L. Olsen & O. Spigset	Svemed+	“Pneumonia” AND “Oral hygiene”	8			6	1
---	----------------------------------	---------	--------------------------------------	---	--	--	---	---