



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling Folkehelse

4BACH1D

**Guri Engene Helstad og Unni Rønningen**

Veileder: Ida Eggen

Oral helse og demente

Oral health and dementia

12826 ord

Bachelor i sykepleie, deltid kull 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	4
1.1 Begrensninger og begrepsavklaringer .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	5
2 Metode.....	6
2.1 Fremgangsmåte for søkeprosess.....	7
2.2 Kildekritikk .....	7
2.3. Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel .....	9
2.3.1 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang .....	9
2.3.2 Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien .....	9
2.3.3 Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag .....	10
2.3.4 A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene On Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Eldery People in Hospitales and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Triades.....	11
2.3.5 Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia.....	12
2.3.6 Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?.....	12
2.3.7 Kommunikasjon ved demens – når språket ikke stekker til.....	13
3 Sykepleierollen.....	13
3.1 Sykepleierens funksjoner og ansvarsområde .....	14
3.2 Virginia Henderson .....	15
3.3 Joyce Travelbee .....	16
4 Alzheimers sykdom.....	17
5 Den demente pasients orale helse.....	20
5.1 Munnens betydning .....	20

5.2 Alderforandringer i munnhulen.....	21
5.3 Konsekvenser ved dårlig oral helse.....	22
5.4 Hvem har ansvaret for den demente pasientens oral helse i sykehjem? .....	23
6 Kommunikasjon ved Alzheimers sykdom .....	24
7 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta oral helse til eldre pasienter med Alzheimers sykdom i sykehjem?.....	27
7.1 Betydningen av kunnskap og holdninger i forhold til oral hygiene hos demente.....	27
7.2 Hvordan kan vi kommunisere på en god måte med den Alzheimerssyke pasienten for å oppnå en tilfredsstillende oral hygiene?.....	30
7.3 Hva må vektlegges hos pasienter med utfordrende atferd i forbindelse med oral hygiene? .....	33
7.4 Sykehjemets utfordringer .....	37
8 Konklusjon .....	39
9 Referanseliste .....	41

# 1 Innledning

Vi er to sykepleierstudenter som skal ta avsluttende eksamen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. I år er temaet selvvalgt, og vi har valgt å skrive om Alzheimers sykdom og disse pasienters behov for god oral helse i sykehjem. Etter mange år innenfor omsorgsyрке, har vi erfart at oral helse har vært et forsømt område i eldreomsorgen, og kanskje spesielt hos de demente. Selv om vi mener det har blitt noe mer fokus på dette de siste årene, antar vi at dette har et forbedringspotensiale.

Eldre, og særlig demente, som bor på sykehjem kan ha problemer med å utføre tilfredsstillende oral helse. På grunn av sin kognitive svikt klarer de ikke å utføre de handlinger som skal til for å pusse tennene, eller de rett og slett glemmer det. En annen årsak til dårlig munnhygiene, kan være at de motsetter seg hjelp til den handlingen som de selv ikke klarer å utføre. De forstår ikke at dette er en viktig del av sin personlige hygiene. De har kanskje dårlig innsikt i gjøremål som skal til for å dekke sine grunnleggende behov eller hvorfor eller hvordan dette gjøres.

Flere eldre på sykehjem har i økende grad sine egne tenner, og munnstell blir derfor en viktig sykepleieoppgave som vi må ta på alvor. Det kan være mange grunner til at oral helse er en nedprioritert oppgave, som dårlig tid, manglende ressurser og manglende faglig kunnskap.

Vi vet at dårlig oral helse kan føre til mange plager hos eldre. Sykepleierens rolle blir derfor å hjelpe pasienten med å holde tenner og munnslimhinner rene, fuktige og intakte for å forebygge infeksjoner og opprettholde verdighet og velvære. Som sykepleier skal vi kunne sørge for at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Ut fra egne arbeidserfaringer med demente vet vi at det kan være en utfordring å samarbeide og kommunisere med denne gruppen pasienter. Vi vil derfor se nærmere på tema kommunikasjon og samhandling i forbindelse med oral helse.

## 1.1 Begrensninger og begrepsavklaringer

Siden dette temaet er stort vil vi her klargjøre hvilke begrensninger vi har gjort i forhold til tema og hva vi legger i de begreper som brukes.

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å ta for oss Alzheimers sykdom som rammer de over 65 år, sen debut. Vi har valgt å ikke gå inn på diagnostisering, medikamentell behandling og miljøbehandling av denne sykdommen. Det viser seg at flere og flere har sine egne tenner livet ut, derfor har vi i liten grad tatt med bruk og stell av proteser.

Etikk er noe som står sentralt i omsorgen med demente og som vi kommer inn på i oppgava, men vi går ikke inn i diskusjon rundt etiske dilemma og drøfting av dette.

Pårørende er heller ikke nevnt i denne oppgaven, selv om de er en viktig ressurs i demensomsorgen og vi som sykepleiere må ta godt vare på dem. Dårlig oral helse kan over tid medføre til infeksjoner og karies, som igjen fører til smerter. Dette er et symptom som sykepleieren må være klar over, men vi har ikke gått inn på dette i denne oppgaven. Kosthold vil ha betydning for en god munn- og tannhelse, men vi går ikke i dybden på dette i denne oppgava.

I oppgaven har vi fortrinnsvis brukt oral helse som et overordnet begrep, da det dekker både tenner og munnhulen. Begrep som tannhelse, munnhelse og munnhygiene vil bli brukt i oppgaven der det faller naturlig. Det er mange ulike årsaker til demens, men i denne oppgaven begrenser vi oss til pasienter med Alzheimers sykdom. For lesbarhetens skyld vil vi i noen tilfeller bare bruke ordet demens.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut fra de begrensninger og avklaringer vi har nevnt overfor, er oppgavens problemstilling som følger:

*Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta oral helse til eldre pasienter med Alzheimers sykdom i sykehjem?*

## 2 Metode

Metode er et redskap for å samle data og informasjon til oppgaven eller det vi vil ha svar på i undersøkelsen. Den skal si noe om hvordan kunnskapen er funnet og om den er gyldig.

I følge Vilhelm Auberts kan metode beskrives 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 (sitert i Dalland 2012 s. 111).

Kunnskap er nødvendig for å arbeide med mennesker og kan deles inn i forklarende, forstående og kritisk kunnskap. Forklarende kunnskap eller naturvitenskap er f.eks. kunnskaper om kroppen og dens funksjoner og sykdommer. Under naturvitenskapen har vi positivismen, der det legges vekt på observasjon, logisk tenking og utregning. Forstående kunnskap går på betydningen og forståelsen av noe. Herunder kommer hementikken som omhandler fortolkning, å gjøre noe klart og det som gir mening. Dette vil si å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens.

Det er forskjellen i hvordan data er samlet inn på, som skiller kvalitative og kvantitative forskningsmetoder fra hverandre (Dalland, 2012). I følge Borbasi og Jackson (2005) brukes kvalitativ forskningsmetode for å observere og analysere individuelle menneskelige opplevelser, erfaringer og holdninger, men statistikk brukes ikke som metode (Nordtvedt, Jamtvedt, Gravenholdt, Nordheim, & Reinart, 2012). Det kan derfor sies at forskere som bruker kvalitativ metode er ”tolkere”. Kvantitative metoder samler data som er målbare i tall og statistikker og forskere som benytter denne metoden, kan omtales som ”tellere” (Dalland, 2012).

Vi har i denne fordypningsoppgava benyttet pensumlitteratur, egenvalgt litteratur, forsknings- og fagartikler, samt egenerfart praksis som grunnlag for teoridel og drøfting av vår problemstilling.

## 2.1 Fremgangsmåte for søkeprosess

Vi har brukt litteratur fortrinnsvis av nyere dato, men valgt noen eldre kilder som er relevant for vår oppgave.

For å avgrense søkene, søkte vi etter artikler fra 2006 og nyere, aldersgruppe 65+, og artikler som omhandler sykehjemspasienter.

Et av kravene for denne oppgaven, var å søke etter minst fire forskningsartikler, hvorav to måtte være engelskspråklig.

For å finne relevante artikler søkte vi i databaser som SveMed+, Cinhal, PubMed, Google Scholar, Bibsys og Helsebiblioteket.

Søkeordene vi har benyttet er: tannhelse, tannhelse og sykehjem, tannhelse og demente, Alzheimer og munnhygiene, eldre og tannhelse, oral health and nursing homes and pneumonia, oral and dementia, dementia and care, symptomer and dementia. Vi opplevde det som noe vanskelig å finne relevante artikler som berørte vår problemstilling, men de vi har valgt, synes vi er både aktuelle og interessante ut i fra vår problemstilling.

Vi har valgt å beskrive søkeprosessen for hver artikkel under presentasjonen av disse.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som brukes for å vurdere om en kilde er troverdig eller ikke. Dette innebærer at vi er kritiske til om kildene og litteraturen som benyttes, er relevant for problemstillingen i vår oppgave og begrunner hvorfor disse er valgt ut.

Kildekritikk er å beskrive hvordan kildesøk og litteratursøk er gjort, og redegjøre for litteratur som er benyttet. Samt gjøre leseren oppmerksom på de overveielser vi har gjort.

All litteratur og alt materiale skal vurderes om den er sann og gyldig i forhold til problemstillingen i oppgaven. Vi skal ikke være dømmende ovenfor innholdet i kilden, men vurdere den opp mot det vi skal belyse (Dalland, 2012).

Vi har benyttet boka ”Demens- fakta og utfordringer” av Knut Engedal og Per Kristian Haugen, for å beskrive Alzheimer sykdom. Engedal, lege og spesialist i psykiatri, har bred erfaring når det gjelder demens. Han har skrevet flere lærebøker. Fra 2007 har han vært fag- og forskningssjef ved nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Haugen, Cand. psychol., har også mye kompetanse innen demens. Han har de siste årene vært ansatt som forsker ved nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

For å gå dypere inn i tema oral helse, har vi støttet oss på blant annet Samson og Strand i ”Geriatrisk sykepleie” og Willumsen, Wenaasen, Armingohar og Ferreira i ”Sykepleie og oral helse”. Willumsen har skrevet flere lærebøker om emnet, og er en av forfatterne i flere artikler vi har benyttet.

Rokstad og Smedbyes bok, ” Møte og samhandling, personer med demens”, er benyttet for å beskrive kommunikasjon med demente.

De ulike lovene vi har brukt i oppgaven, er hentet på Lovdata, som vi anser som en troverdig kilde. Lovdata som ble opprettet i 1981 av Justisdepartementet og Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo, er en privat stiftelse. Lovdatas formål er å etablere og drive systemer for rettslig informasjon (Lovdata, 1981).

Artiklene vi har benyttet i denne oppgaven er funnet i ulike databaser som vi mener er anerkjent innenfor vårt fagfelt, og berører vår problemstilling. Når det gjelder de engelskspråklige, er vi klar over at det kan oppstå oversettelsesproblemer og feiltolkninger av teksten.

Vi satte som kriterier i søket av artikler, at de skulle være gyldige ut i fra IMRAD-prinsippet, inneholde et sammendrag og være fagfellevurdert. Vurdering etter IMRAD-prinsippet vil si at artikkelen høyst sannsynlig er vitenskapelig, den inneholder introduksjon, metode, resultat, og diskusjon og ofte et sammendrag.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes register over publikasjonskanaler, er blitt benyttet for å vurdere om en av artiklene var fagfellevurdert. Registeret viser om tidsskrift og artikler som er publisert, har nivå 1 eller 2. Nivå 1 har utgivelser av ordinære vitenskapelige artikler og nivå 2 har utgivelser som viser høyest internasjonale prestisje (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2013).



## **2.3. Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel**

Vi vil her presentere de forskningsartikler og den fagartikkel vi fant som er relevant for denne oppgaven.

### **2.3.1 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang**

Vi fant denne forskningsartikkelen etter søk i Helsebiblioteket og via skandinaviske tidsskrifter med søkeord: aldring og demens og kom til Nasjonalt Kompetansesenter – Aldring og Helse, gikk videre til forskning og fant artikkelen som var publisert i Sykepleieforskning nr. 4, 2010:5.

Artikkelen er skrevet av Marit Helene Hem, psykiatrisk sykepleier, PhD og post doc. Stipendiat. Elisabeth Gjerberg, sosiolog, dr. polit og seniorforsker. Reidar Pedersen, lege, filosof, PhD, KEK-koordinator. Reidun Førde, professor dr.med. Alle er ansatt ved Seksjon for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet.

Studien viser at det kan være vanskelig for helsepersonell å skille mellom tvang og frivillighet i stellesituasjoner. Hensikten med studien var å få belyst typiske situasjoner der demente pasienter motsatte seg hjelp til pleie.

Bakgrunn for studien var bruk av tvang ble regulert i daværende helsetjenestelov, som nå er helse og omsorgstjenesteloven fra 2012.

Metoden var fokusgruppeintervjuer (som er en kvalitativ metode) der det deltok 60 pleiere fra fem forskjellige sykehjem og resultatene ble analysert i åpen form, dvs. uten en bestemt metode eller analytisk teknikk, bricolage.

Resultatene viste at det var mange utfordringer i stell med demente og at grensen mellom frivillighet og tvang var flytende. Gode relasjoner reduserer bruk av tvang og øker frivillig samarbeid (Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde, 2010).

### **2.3.2 Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien**

Artikkelen fant vi ved søk i SweMed +, via helsebiblioteket, hvor søkeordet var tannhelse. Det ga 15 treff, hvor artikkelen sto som nr. 7.

Denne forskningsartikkelen ser vi på som relevant for vår oppgave, selv om den er rettet mot pasienter i hjemmesykepleien. Slik vi ser det er den overførbar til forhold i sykehjem.

Artikkelen er publisert i tidsskriftet Sykepleieforskning nr. 2, 2010;5.

Forfattere er Britt Fjæra, sykepleier og kandidat i sykepleievitenskap, ved avdeling for sykepleieutdanning, Høgskolen i Oslo, Tiril Willumsen, tannlege og dr.odont. ved Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Hilde Eide, sykepleier og dr.philos. ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo.

Dette er en tverrsnittsstudie med kvantitativ forskningsmetode. Den gikk over et år, hvor 137 pasienter med en gjennomsnittsalder på 80 år, ble strukturert intervjuet og en klinisk inspeksjon av munnhulen ble utført.

Studiens hensikt var å kartlegge risiko hos pasientene og hindringer i miljøet som kunne bidra til mangelfull tannstell og oral sykdom.

Resultat av studien viser at de fleste eldre har egne tenner og behovet for forebyggende tiltak og klinisk tannlegebehandling er stort. Nedsatt førlighet, munntørighet og vansker med å komme til tannlegen var hovedårsaker som ble trukket frem som økte pasientenes risiko for nedsatt oral hygiene og infeksjoner (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010).

### **2.3.3 Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag**

Fant denne forskningsartikkelen ved søk i SveMed+, hvor søkerordene var symptomer and dementia. Fikk 18 treff, hvor denne sto som nr. 2.

Artikkelen er publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 17, 2012.

Forfattere er: Sverre Berg, postdoktorstipendiat og lege i spesialisering ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet. Jostein Holmen, professor i anvendt samfunnsmedisin og tidligere leder for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og HUNT forskningssenter, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingvild Saltvedt, spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Kristian Tambs, cand.psychol., dr.philos. og forskningssjef ved Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Geir Selbæk, spesialist i psykiatri og har en ph.d.-grad innen geriatri. Han er forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, og er tilknyttet Akershus universitetssykehus og Nasjonalt kompetansesenter for

aldring og helse.

Studien, som er en kvantitativ forskningsmetode, ble gjennomført ved at 704 sykehjemspasienter på 32 sykehjem ble inkludert og kartlagt med kartleggingsverktøyet Klinisk demensvurdering og Nevropsykiatrisk intervjuguide, samt intervju av helsepersonell. Målet for studien var å kartlegge forekomsten av demens ved sykehjem og beskrive forekomsten av nevropsykiatriske symptomer hos disse pasientene, samt identifisere symptomer som kan være relevant for å forstå årsakene til demens og som kan bidra til bedre behandling.

Resultatet av studien viser høy forekomst av demente i sykehjem, samt at pasientene har ett eller flere klinisk signifikante nevropsykiatriske symptomer, hvor vrangforestillinger, apati og irritabilitet er hyppigst (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs, & Selbæk, 2012).

### **2.3.4 A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene On Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Eldery People in Hospitales and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Triades**

Vi fant denne forskningsartikkelen ved søk i Google Scholar og benyttet søkeordene: oral health and pneumonia, men dette ga få treff. La til nursing homes og fikk 25 300 treff, noe som var veldig mye, men artikkel nr.7 på lista så ut til å være aktuell, så noe mer begrensing av søk så vi ikke som nødvendig.

Artikkelen er skrevet av: Petteri Sjögren, DDS, PhD ved Oral Care AB, Göteborg Sweden, Erika Nilsson, DH, Marianne Forsell, DDS, begge Oral Care, Stockholm, Sweden, Olle Johansson, PhD, ved Experimental Dermatology Unit, Departement of Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden og Janet Hoogstraate, PhD, AstraZeneca AB, Södertälje, Sweden.

Artikkelen er publisert i tidsskriftet The American Geriatrics Society i 2008, som har nivå 2 for publikasjoner, som viser høy internasjonal prestisje. Den belyser den forbyggende virkningen munnhygiene har på utvikling av lungebetennelse og luftveisinfeksjoner hos eldre i sykehjem og sykehus.

Metoden som er benyttet i studien er litteratursøk i databaser og gjennomgang i litteraturlister, og bruk av randomiserte kontrollerte studier. Det er en kvantitativ tilnæringsmetode. Det ble benyttet publikasjoner på nederlandsk, engelsk og tysk, samt noen nordiske.

Funnene i studien viste samsvar med tidligere systematisk gjennomgang, som konkluderte med at det er god dokumentasjon på at tannhygiene reduserer progresjonen eller forekomst av luftveisinfeksjoner hos risikoutsatte eldre pasienter i sykehjem (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson, & Hoogstraate, 2008)

### **2.3.5 Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia**

Denne forskningsartikkelen fant vi ved søk på Cinahl, hvor søkerordene var: oral and dementia. Vi fikk 242 treff, hvor denne sto som nr.2.

Artikkelen er publisert i Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011.

Forfatterne er Lars Sonden (forsker), Azita Emami (førsteamanuensis), Hanne Kiljunen (sykepleier) og Gunilla Nordenram (førsteamanuensis). Artikkelen er svensk og således overførbart til norske forhold, og belyser vår problemstilling.

Dette er en kvalitativ forskningsstudie, da studien ble gjennomført ved fokusgruppediskusjon og intervjuer av helsepersonell og sykepleiere. Alle deltagerne var ansatt i sykehjemsenheter for demente.

Målet for studien var å beskrive helsepersonalets oppfatning og begrunnelse for tannhygenes betydning for demente i sykehjem, og for å se på sykepleierens ansvar i forhold til observasjon av oral helse.

Konklusjon av studien belyser tre områder som har betydning for den daglige orale helsen til demente: uklare ansvarsforhold mellom de ulike yrkesgruppene, mangel på retningslinjer og rutiner for munnhygiene og mangel på retningslinjer for hvem som har ansvar for å dele informasjon mellom de ulike yrkesgruppene (Sonde, Emami, Kiljunen, & Nordenram, 2010).

### **2.3.6 Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?**

Denne forskningsartikkelen sto omtalt i Sykepleien Forskning. Vi søkte i Google Scholar på tittel og kom på one line library. Der sto den publisert i Gerodontology, hvor det viste seg at

den måtte kjøpes. Da vi så den som aktuell for vår problemstilling, tok vi kontakt med biblioteket på Høgskolen og de var behjelpelig med å bestille den.

Forfatterne er: Tiril Willumsen, tannlege og dr.odont. ved Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Line Karlsen, tannlege, Richard Næss, tannlege, Sissel Bjørntvedt, tannlege og dr.odont. ved Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Dette er en tverrsnittstudie med kvantitativ metode. 358 sykehjemspasienter pasienter ble klinisk undersøkt av tannpleiere og 494 helsepersonell svart på spørreskjema.

Hensikten med studien var å utforske pasienters og sykepleiers hinder for å utføre tannstell hos pasienter innlagt på sykehjem.

Resultatet viser at det er et forbedringspotensial hos sykepleiere for at pasienter i sykehjem får nødvendig hjelp til tannstell (Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2011).

### **2.3.7 Kommunikasjon ved demens – når språket ikke stekker til**

Vi fant fagartikkelen ved å gå inn på Sykehuset Innlandets behandlingslinjer ved demens, utredning og behandling, miljøbehandling, kommunikasjon og link videre til artikkelen.

Forfatter av denne artikkelen er Psykiatrisk sykepleier Kirsti V. Solheim, og ble publisert i Geria Tema, 2006, Oslos kommunes ressurscenter for demens/alderspsykiatri. Denne mener vi er aktuell for vår problemstilling.

Dette er en fagartikkel som omhandler kommunikasjon ved demens og beskriver grunnprinsipper ved kommunikasjon. Den tar opp forhold som kan påvirke kommunikasjon, hvordan det oppleves å leve med demenssykdom og kommunikasjonstiltak (Solheim, 2006).

## **3 Sykepleierollen**

Her vil vi se på sykepleierens funksjon og ansvarsområde. Vi har valgt å ta for oss to sentrale sykepleieteoretikere for å utdype dette tema.

### 3.1 Sykepleierens funksjoner og ansvarsområde

For å arbeide som sykepleier i Norge kreves det autorisasjon. Dette er en garanti for at alle sykepleiere har den samme kunnskap for å utføre sykepleie på en faglig forsvarlig og yrkesetisk måte (Mekki 2007). Dette står også nedfelt i helsepersonelloven § 48 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) og Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell, 2001).

Sykepleieutførelsen skal være målrettet, overveid, handlingsrettet og koordinert slik at den fremmer helsen eller bidrar til en fredfull død. Det er en prosess som skal være bevisst og koordinert slik at den er teknisk, engasjerende, vitenskapelig og løsningsorientert for å kunne yte den hjelpen pasienten trenger. Sykepleieutøvelsen er mangfoldig og sammensatt og det inngår kunnskap fra fire vitenskapelige retninger som naturvitenskaplig-, hermeneutisk-, estetisk og etisk- og kritisk hermeneutisk kunnskap (Kim, 2007).

Etter endt utdanning skal vi som sykepleiere ha handlingskompetanse som kommer inn under sykepleierens selvstendige funksjon, ivareta pasientenes grunnleggende behov og forhindre komplikasjoner og tilleggs lidelser hos pasienten. Vi skal ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forbyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og kvalitetssikring, organisering og ledelse. Samt fremme yrkesetiske holdninger og flerkulturell forståelse av helse og sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Som helsepersonell har vi lover og retningslinjer som skal ligge til grunn for vår yrkesutførelse. Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienten og sikre god kvalitet på tjenesten som blir gitt. I § 4 blir det lagt vekt på helsepersonellens forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på grunnleggende verdier som tillit, respekt, integritet, menneskeverd og ansvar. Disse verdiene finner vi også igjen i lovverket.

Retningslinjene omtaler først og fremst samspillet mellom pasient og sykepleier, men også sykepleierens forhold til pårørende, sykepleiepraksis, sykepleieprofesjonen, medarbeiderne,

arbeidsstedet og samfunnet for øvrig (Brodtkorb, 2008).

Sykepleierens grunnlag blir beskrevet slik i de yrkesetiske retningslinjer:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Yrkes etiske retningslinjer kan brukes som en veileder når sykepleieren står overfor etiske dilemmaer.

### 3.2 Virginia Henderson

Henderson (1897 – 1996) var en kjent amerikansk sykepleier, forsker og skribent og den første til å beskrive sykepleierens spesielle fagområde, som har hatt stor innvirkning på teoretikere etter henne (Kirkevold, 1998).

Hendersons (1961) teorier går ut på å beskrive hva som er sykepleierens særegne funksjon og ansvarsområde, og hennes definisjon av sykepleie:

*Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1961, s. 10).*

Det ansvar og de plikter som sykepleieren først og fremst vil ha, er å hjelpe den som er syk med sitt vanlige levesett og de handlinger han eller hun ville ha gjort uten hjelp. Her kan nevnes: puste, spise, bevegelse, eliminering av avfallstoffer, sove, hvile, holde kroppen ren og varm og ha hensiktsmessig påkledning. Henderson skriver om hvilke elementer som også må være tilstede for at de grunnleggende behov skal bli dekket: "... mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av den andre i den medmenneskelige sammenheng" (1961, s.13).

Henderson legger vekt på å kunne gi pasienten individuell pleie og å kunne se det hele mennesket for å gi hjelp på de områder personen trenger. Hun har kommet med 14 punkter som beskriver de grunnleggende behov et menneske har (Henderson, 1961). Vi har tatt med følgende punkt som er relevant for vår problemstilling:

- Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velpleid og beskytte huden (Henderson 1961).

Vi mener denne teorien er aktuell å benytte i møte med pasienter med Alzheimers sykdom som ikke klarer å ta vare på sin personlige hygiene deriblant tannpuss og munnstell på en tilfredsstillende måte.

### 3.3 Joyce Travelbee

Travelbees (1926-1973) teori bygger på mellommenneskelige forhold. Hun hevder at det er først når sykepleieren forstår forholdet mellom sykepleier og pasient, og hvilken betydning og konsekvens denne relasjonen har, at man egentlig skjønner hva sykepleie er. Travelbees definisjon av sykepleie:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringer (sitert i Kirkevold, 1998, s 113).*

Hun sier at sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et enestående individ som ikke kan erstattes. Hun sier også at behovene til pasient, pårørende og andre berørte må imøtekommes slik at sykepleiens hensikt blir oppfylt (Eide & Eide, 2008).

Det overordnede målet er å hjelpe den syke og lidende til å finne mening, og et viktig redskap er menneske-til-menneske forhold, slik at forholdet mellom pasient og sykepleier blir nært. Hun legger stor vekt på kommunikasjon som hun beskriver som et av de viktigste instrument en sykepleier kan ha, og den må ha elementer av empati, sympati, gjensidig forståelse og



kontakt. Hun mener dette er en prosess der begge må delta aktivt med tanker og følelser (Kirkevold 1998).

Denne teorien ser vi på som svært relevant for vår problemstilling. Kommunikasjon og relasjonsbygging er viktige redskaper i sykepleieutførelsen i forbindelse med oral helse hos demente.

## 4 Alzheimers sykdom

Det finnes ulike demenssykdommer, men de fem mest vanligste som utgjør 95 % av demens i høy aldre er demens med Lewylegemer, pannelappdemens, Alzheimer sykdom, vaskulær demens og alkoholisk betinget demens (Snoek & Engedal, 2011).

Engedal og Haugen (2009) definerer demens på følgende måte:

*En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid. ( 2009, s. 20 ).*

Vi har valgt å se nærmere på en av demensformene, Alzheimers sykdom. Dette er den demenssykdommen som er hyppigste blant de over 65 år og det er disse vi møter flest av i sykehjem.

Om lag 60 % av alle eldre demente lider av denne sykdommen, og den kan opptre både hos yngre og eldre personer. Det er flere kvinner enn menn som har Alzheimers sykdom. Dette fordi kvinner lever lengre og forekomsten er høyere blant kvinner. Dette er en sykdom som er progredierende, og vil forkorte livet. Sammen med hjerte- og karsykdommer og kreft, er demens den sykdommen som er den største risikofaktor for død blant eldre.

Noen entydig årsak til Alzheimers sykdom finnes ikke i dag. Ut fra kunnskapen som finnes på dette feltet, er det tre sikre risikofaktorer som trer frem: aldring, arv og Downs syndrom (Engedal & Haugen, 2009).

Symptomene på Alzheimers sykdom, er for de fleste, redusert hukommelse i et tidlig stadium av sykdommen. Siden sykdommen kommer snikende, kan det være vanskelig å tidfeste begynnelsen, fordi pasienten kan betegnes som distré eller stresset. Andre symptomer i en tidlig fase av sykdommen, kan være tilbaketrekning, passivitet, angst, depresjon, forandringer i personligheten eller endret evne til å kommunisere.

Kortidshukommelse er relativt intakt i en tidlig fase, mens langtidshukommelsen svekkes generelt raskt. Pasienten vil ha problemer med å huske hendelser og situasjoner. Innlærte vaner som hører dagliglivet til kan opprettholdes så lenge det foregår i kjente omgivelser.

Språkproblemer er et av de første symptomene som inntreffer ved Alzheimer (Engedal & Haugen, 2009). Problemene oppstår på grunn av skader og forandringer i hjernens venstre halvdel hvor språksentrene sitter, og betegnes som afasi (Eide & Eide, 2008). I tidlig fase av sykdommen, starter språkproblemene med at pasienten leter etter de riktige ordene, anatomisk afasi. Dette ses best når pasienten blir utsatt for konfrontasjoner, f. eks ved å be pasienten navngi gjenstander som blir vist.

Språkforståelsen kan være intakt i begynnelsen, men denne vil også avta ettersom sykdomsforløper skrider frem, og det oppstår markert svikt både i talt og skrevet språk, sensorisk afasi. Flyten i talen blir borte og etter hvert vil pasienten kun si enkeltord, motorisk afasi. Dette vil føre til at nonverbal kommunikasjon får større plass i samhandling med pasienten (Engedal & Haugen, 2009).

Ved skade i venstre hemisfære, senteret som styrer muskelfunksjoner, bearbeidelse av følesansinntrykk og gjennomføring av praktiske handlinger, oppstår apraksi. Det vil si problemer med å utføre praktiske handlinger som påkledning, spise, personlig hygiene som for eksempel å pusse tenner (Eide & Eide, 2008). Dette vil være fremtredende noe senere sykdomsutviklingen ved Alzheimers sykdom og har i stor grad sammenheng med svikt i sanseoppfatning og hukommelse (Engedal & Haugen, 2009).

Agnosi oppstår når pasienten ikke forstår meningen med sanseintrykkene. Pasienten mister evnen til å kjenne igjen gjenstander, lyder, ansikter, selv om pasienten både ser og hører normalt og har god språkevne (Berentsen, 2008). Hos demente er det spesielt syns- og hørselsagnosi som er mest fremtreden (Engedal & Haugen, 2009).

Det har de siste årene blitt lagt større vekt på de adferdsmessige symptomene, også omtalt som nevropsykiatriske symptomer, som opptrer hos de demente. Årsaken til dette er et ønske

om en større forståelse for hvorfor slike symptomer oppstår, og hvilken behandling som skal gis (Engedal & Haugen, 2009).

Mange demente opplever nevropsykiatriske symptomer som depresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger, aggresjon, angst, motorisk uro og endringer i appetitt og søvnmønster. Disse symptomene sammen med kognitiv svikt, kan bli en ekstra belastning for pasient og helsepersonalet og kan medføre til økt bruk av tvang og psykofarmaka (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs, & Selbæk, 2012).

Ufordrende atferd hos demente er så vanlig at det må ses på som en del av demenssyndromet, sier Engedal og Haugen (2009). Årsakene til atferdsproblemer kan være mange, men ved å rette fokuset mot samhandling og miljøfaktorer, kan mange uheldige situasjoner unngås. Flere undersøkelser viser at det er i samhandling mellom pasient og pleiepersonalet de fleste vanskelige situasjonene oppstår, og spesielt under stell. Dette er situasjoner hvor pasienten føler seg mest sårbar og truet og vil kunne ha problemer med å forstå hva som skjer, og gi uttrykk for behov og ønsker. Dette sammen med nedsatt syn og hørsel, kan gjøre at signalene som gis av personalet blir dårlig formidlet (Engedal & Haugen, 2009).

Atferdsproblemer hos pasienter med Alzheimers sykdom kan gjøre at de motsetter seg både å pusse tenner selv og ta imot hjelp fra personalet. Pasienter med samtykkekompetanse har krav på å bestemme selv, men hos demente er denne ofte falt bort etter § 4-3 i pasientrettighetsloven. Den påpeker at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, hvis pasienten på grunn av blant annet demens, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det vil da bli de nærmeste pårørende som sammen med den som yter helsehjelp, må ta avgjørelser på pasientens vegne. I de fleste tilfeller vil "helsehjelp" være legen jf. § 4-6 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Det ble i desember 2007 vedtatt et tillegg til pasientrettighetsloven. Den blir omtalt som kapittel 4A- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen m.v. Bakgrunnen for lovendringen, var utstrakt bruk av tvang i eldreomsorgen, og spesielt overfor demente (Engedal & Haugen, 2009).

Før det kan igangsettes helsehjelp til pasienten som nekter helsehjelp, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt. Om pasienten opprettholder sin motstand står det i § 4A-3, kan vedtak om helsehjelp vedtas dersom:

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses som nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Pasienten skal i utgangspunktet alltid ha mulighet til å gjøre egne valg, autonomi. Når det ikke fører frem, vil tillitskapende tiltak fra sykepleieren være å bruke god tid, være vennlig og bruke god kommunikasjon til den demente.

## **5 Den demente pasients orale helse**

Under dette punktet vil vi ta for oss oral helse. Vi deler det i hvilken betydning og funksjon munnen har. Hvilke naturlige forandringer som kommer med årene, og de konsekvensene som kan oppstå når oral helse ikke blir ivaretatt. Til slutt kommer vi inn på hvem som har det overordnede ansvaret for å ivareta sykehjemspasientenes orale helse.

### **5.1 Munnens betydning**

Munnen er en viktig del av kroppen vår og har stor betydning for næringstilførselen, kommunikasjonen og ikke minst for verdighet og velvære. Derfor er det viktig med god munnhelse gjennom hele livet. Ikke minst er god oral hygiene viktig i forhold til de demente. De vil ha et større behov for hjelp til munnstell på grunn av kognitiv svikt, nedsatt funksjonsevne og ofte nedsatt syn og hørsel. I dag beholder flere sine egne tenner og dette vil gi økt behov for kunnskap om viktigheten av god munnhelse for å bevare deres livskvalitet og helse.

Vi har valgt kort å ta med munnens anatomiske oppbygning og dens funksjon, for bedre å forstå viktigheten av god oral helse.

Munnhulen består av lepper, kinn, hard og bløt gane, tenner og kjevebeinet de er festet til, tannkjøtt, tunge og spyttkjertler. Bakerst går munnhulen over til svelget. I munnhulen bearbeides maten med hjelp av tennene, tungen og munnhulens overflate. Med hjelp av spytt, blandes og smøres maten, slik at den lettere kan transporteres gjennom svelget og spiserøret (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2009).

Munnen er et svært intimt og psykisk følsomt område, derfor kan terskelen for mange pasienter være høy for å motta hjelp. Derfor er det viktig at vi som helsepersonell har gode rutiner og kunnskaper for å gjennomføre munnstell på en forsvarlig måte, på lik linje med andre intimområder. Pasienten må motiveres til å ta imot hjelp, og tannstell må utføres på en effektiv og profesjonell måte (Willumsen, Wenaasen, Armingohar, & Ferrira, 2008)

Kostholdet vil ha betydningen for den orale helsen. Det er en kjensgjerning at eldre er glad i søt mat og drikke, på grunn av endret lukte- og smakssans. Smaksløkene reduseres og det medfører til at maten ikke smaker som den gjorde før. Derimot forandres ikke smaken for søtt og derfor velger eldre ofte søte alternativer (Sortland, 2008). Munnhulens normalflora bruker sukker fra mat og drikke til å danne syreholdig belegg som medfører til karies (Willumsen, et al., 2008). Derfor kan sukkerfrie alternativer være hensiktsmessig i denne sammenheng.

## **5.2 Alderforandringer i munnhulen.**

Alderforandringene i munnhulen, vil sammen med redusert helsetilstand og mangelfull egenomsorg, gi økt fare for oral helseproblemer. Derfor blir sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten til å ta vare på den orale helsen, slik at pasienten kan opprettholde verdighet og velvære og ikke minst unngå infeksjoner.

Slimhinnene i en frisk munn har blekrosa farge og tungens overflate er lett ru. Tannkjøttet er stramt og omslutter tett til tennene. Med alderen skjer det forandringer som vil ha innvirkning på munnenes funksjon. Tennene blir sprø og misfargede, og de brekker lettere. Tannkjøttet trekker seg tilbake, slik at rotoverflaten blir blottlagt og dermed følsomme for varme og kulde (Samson & Strand, 2008).

Tilbaketrukket tannkjøtt kan være et symptom på tannkjøtt sykdom eller slitasjeskade etter tannpuss. Det vil også lettere bli hull der rotoverflaten er eksponert.

Slimhinnene vil med alderen bli tynnere og mer sårbare for infeksjoner og forekommer ofte i forbindelse med munntørrhet, og dette har sammenheng med at spyttsekresjonen blir redusert (Willumsen et al., 2008).

Munntørrhet er et velkjent fenomen blant eldre, og i følge Edgar og O`Mulland (2004), er det flere årsaker til dette. Kroniske sykdommer, som diabetes og revmatoid, kjemoterapi, strålebehandling, dehydrering, feber og stress kan gi munntørrhet. En rekke legemidler kan også påvirke spyttproduksjonen og gi bivirkninger som munntørrhet. De vanligste legemidler

som gir munntørrhet er antihistaminer, diuretika og psykofarmaka og særlig øker risikoen for munntørrhet når slike medikamenter brukes samtidig (Samson & Strand, 2008).

Munntørrhet kan også komme av at eldre drikker lite på grunn av nedsatt tørstfølelse eller at de av praktiske årsaker ikke ønsker å drikke for å unngå hyppige toalettbesøk. Konsekvensene ved munntørrhet er mange og kan blant annet gi tygge- og svelgproblemer, nedsatt smaksopplevelse, hyppige infeksjoner, såre og følsomme slimhinner, økt risiko for karies og føre til talevansker (Willumsen et, al., 2008). Flere av konsekvensene ved munntørrhet vil kunne påvirke næringsinntaket og pasienten kan stå i fare for å bli underernært, noe som er vanlig hos eldre. Når pasienten lider av munntørrhet, bli sykepleieoppgaven å sørge for å gi tilstrekkelig med væske, og da fortrinnsvis vann. Spesielt er dette viktig hos pasienter som ikke klarer å gi uttrykk for tørste eller har problemer med å føre vannglasset opp til munnen. Tygge tyggegummi eller suge på sukkerfrie pastiller vil også være et alternativ, da dette øker spyttsekresjonen. Talevanskeligheter på grunn av munntørrhet, kan hemme pasienten i samhandling med andre.

### **5.3 Konsekvenser ved dårlig oral helse**

Dersom vi som sykepleiere ikke tar ansvar for den dementes orale helse, vil dette bli et forsømt område og i verste fall få alvorlige konsekvenser for pasienten. Mange eldre har et redusert immunforsvar og for disse kan dårlig munnhygiene være livstruende.

Det er velkjent at god munnhygiene er viktig for å unngå hull i tennene og dårlig ånde, men det er også andre sykdommer som kan forebygges ved god munnhygiene.

I følge Ambjørnsen og Axèll (2001), kan dårlig munnhygiene gi en oppblomstring av bakterier, sopp og virus i munnen, og som på sikt kan føre til betennelse i tannkjøttet. I verste fall kan betennelsen bre seg videre langs tannroten og ødelegge tennenes feste og føre til periodontitt. Nesten alle soppinfeksjoner i munnhulen hos eldre skyldes candidose, spesielt *Candida albicans* (Samson & Strand, 2008). Dette er en gjærsopp som kan tilhøre normalfloraen i munnhulen og fordøyelseskanalen, men som kan gi infeksjon, spesielt ved nedsatt immunforsvar, andre underliggende sykdommer og som er en bivirkning ved antibiotikabehandling. Av og til kan infeksjonen spre seg nedover i øsofagus, og i verste fall kan den trenge inn i blodbanen og spres til andre organer, blant annet til lungene (Lassen, Blystad, & Degrè, 2009). I munnhulen finnes det ca. 800 ulike bakterier som tilhører den normale mikrofloraen og som lever i balanse med oss mennesker. I noen tilfeller kan det

oppstå forstyrrelser i denne balansen og bakteriene blir sykdomsfremkallende. Eldre med nedsatt almenntilstand og immunforsvar er spesielt utsatt (Willumsen et al., 2008). I følge Scannapieco et. al, (2003), Rautemaa et. al, (2007), Kim og Amar (2006), kan bakterier fra munnhulen trekkes ned i luftveiene eller spes via blodbanen. Dette kan føre til systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (Samson & Strand, 2008).

#### **5.4 Hvem har ansvaret for den demente pasientens oral helse i sykehjem?**

Slik vi ser det, er det først og fremst helsepersonellens oppgave å sørge for god oral helse. Ivaretagelse av munn- og tannhygiene er en del av stellet til pasienten. Vi har erfart at dette er en oppgave som blir utelatt på grunn av liten tid, pasienten nekter, eller personalet ikke har nok kunnskap om hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten.

Dette er i tråd med Henderson som sier, at god sykepleie er å hjelpe pasienten med det den ikke kan mestre på egenhånd. Det vil si når krefter, vilje eller kunnskap mangler, vil pasienten trenge hjelp av en profesjonell sykepleier (Henderson, 1961). Ifølge helsepersonelloven § 3 skal vi som sykepleiere utøve helsehjelp:

Enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Kommunen og sykehjemmet har også et ansvar. De skal følge lover og forskrifter som regulerer de tjenester de yter med tanke på pasientens rettigheter.

I følge Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3, skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredstilt grunnleggende behov. Med det menes blant annet opplevelse av respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Det presiseres herunder at tjenestemottakeren skal sikres nødvendig tannbehandling og ivaretagelse av munnhygiene. Det er også i et punkt lagt vekt på at personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov, skal sikres et tilrettelagt tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Kommunen må også forholde seg til Helse- og omsorgstjenesteloven som sier: Målet med loven er å forebygge, behandle og tilrettelegge slik at hver enkelt kan mestre sin sykdom, skade, lidelse og evne til å fungere.

I kapittel 3 står det at kommunen har ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp og omsorgstjenester til alle personer som oppholder seg i kommunen. Videre i § 3-2 står det at kommunen skal tilby behandling, utredning og diagnostisering og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse og omsorgsdepartementet, 2012).

I følge Lov om tannhelsetjenesten, skal fylkeskommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i fylket, har rimelig tilgang til tannhelsetjenester, også spesialisttjenester. I henhold til lovens § 1-3, skal Den offentlige tannhelsetjenesten organisere et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og utføre i institusjoner og hjemmesykepleien. De har også rett på gratis tannlegebehandling i følge § 2-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1984).

Dette viser at den orale helse til sykehjemspasienter er et felles ansvar. Vi som helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge og utføre oral helse, ut i fra prosedyrer som sykehjemmet har nedfelt. Kommunen skal sørge for at alle tilbys nødvendig helsehjelp, og fylkeskommunen skal sørge for at alle får tilgang til tannhelsetjenester.

## **6 Kommunikasjon ved Alzheimers sykdom**

I alt menneskeliv og i arbeid med mennesker er kommunikasjon grunnleggende. Dette bygger på at mennesket er et sosialt vesen og er avhengig av felleskap med andre, der kommunikasjon er et eksistensielt grunnleggende behov. Kommunikasjon binder oss sammen med andre og omgivelsene vi er i. Kringlen og Finstad (2001) mener alle mennesker har et behov for å bli sett og forstått som den man er.

God kommunikasjon er vesentlig for kvaliteten på sykepleietjenestene som blir utført. Kommunikasjon er redskapet for å bygge opp gode relasjoner og utvikle disse (Wogn-Henriksen, 2008).

I Travelbees sykepleieteori blir det fremhevet kommunikasjon som en viktig faktor for å kunne utøve hensikten med sykepleie, som er å hjelpe pasienten i å mestre sykdom og lidelse og finne en mening i det som skjer. Hun mener kommunikasjon er uunngåelig der to personer møtes både verbalt og nonverbalt (Kirkevold, 1998).



For å oppnå god kommunikasjon må dialogen være åpen og tillitsfull. Dette vil gi en opplevelse av fellesskap og forståelse mellom de involverte og øker muligheten for personlig utvikling. Er det dårlig og uklart kommunikasjon vil det kunne føre til usikkerhet og utrygghet som vil kunne gi grobunn for misforståelser og mistenksomhet. Dette kan skape forvirring og ensomhet. Menneske- og relasjonskunnskap blir her viktige elementer å ha med seg (Wogn-Henriksen, 2008).

For å kunne oppnå god kontakt med den demente pasienten er det et godt utgangspunkt å rette oppmerksomheten mot personen, mer enn på sykdommen og manglene denne medfører. Schibbye (2002) hevder respekt, empati og en positiv holdning, er helt grunnleggende for å kommunisere, og gjøres ved å ta pasienten på alvor og godta pasienten slik han eller hun er. Ved å prøve å forstå, være imøtekommende og prøve å sanse pasientens opplevelse viser vi empati. Bae (1992) sier dette er en balansegang mellom nærhet og avstand der vi ikke skal ta over pasientens tanker og følelser, men kunne leve oss inn i den andres situasjon samtidig med å holde avstand, med tanke på sine egne følelser. Ved å være ydmyk for pasientens kunnskap og erfaring om egen situasjon viser vi vedkommende anerkjennelse (Wogn-Henriksen, 2008).

Dette er i tråd med Travelbees tanker som har omtalt i sin teori at et menneske-til-menneske-forhold oppnås i flere faser, der empati og sympati inngår. Travelbee hevder empati er en erfaring mellom to eller flere mennesker og kunne forstå den andres meninger og følelser og samtidig ha evnen til å holde avstand til den andre (Kirkevold, 1998).

I kommunikasjon med demente er det ofte tre prinsipper som går igjen: realitesorientering, validering og reminisens. Realitetsorientering går ut på å gi opplysninger om tid og sted og rette opp feiloppfatninger. Uten å gjøre pasienten forlegen, vil dette kunne forhindre forvirring.

Ved validering tar pleier mer utgangspunkt i pasientens situasjon og opplevelse uten å korrigere, sette seg inn i pasientens emosjonelle verden, uten kritiske spørsmål.

Reminisens eller minnearbeid går ut på hente frem minner og hendelser fra tidligere liv og da særlig med vekt på det positive som har hendt (Wogn-Henriksen, 2008).

Personer med demens vil få dårligere evne til å oppfatte og forstå etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Skader i hjernen vil gjøre det vanskelig for den demensrammede å kunne tilpasse seg situasjoner og omgivelser. Det blir derfor viktig at hjelperen kan klare å tilpasse seg pasientens svikt og tilpasse kommunikasjonen deretter.

Hjelperen må prøve å overse det som pasienten ikke mestrer, men legge opp til en dialog og samhandling slik at han eller hun opplever mestring. Da vil pasienten føle seg akseptert og sett som den han eller hun er (Solheim, 2006).

Språket og språkoppfattelse er en viktig i all kommunikasjon. Hos demente vil skader i de områder som styrer språkfunksjon og oppfattelse, gi store vanskeligheter med kommunikasjon. Ved Alzheimers sykdom vil språklige problemer være fremtredende, særlig i sen fase (Wogn-Henriksen, 2008).

Syn og hørsel er to viktige faktorer som vil ha innvirkning på kommunikasjonen mellom den Alzheimerssyke pasienten og hjelperen. Hørselen vil ikke bli påvirket av en demenssykdom, men eldre generelt har ofte nedsatt hørsel (Solheim, 2006). Når det gjelder synet, kan personer med Alzheimers sykdom få problemer med synsinntrykk og bearbeidelse av dem. Dette gjelder fargekontraster, gjenkjennelse av ansikter og kjenne igjen ting fra forskjellige vinkler. Det blir i denne forbindelse viktig å sjekke at pasienten har riktige brille og glass (Holthe, 2008).

Det vil skje forandringer i kommunikasjonen gjennom sykdomsforløpet, og vil være avhengig av faktorer som dagsform, humør, situasjon, motivasjon, helsetilstand og lignende. Det er i følge Powell (2000) noen forandringer som går igjen som pårørende og pleiere har lagt merke til. Dette er: spørsmål blir gjentatt, forteller det samme om igjen, startvansker i samtalen, vanskeligheter med flere til stede, lettere for å miste fokus, husker ikke navn og steder og finner på egne historier som ikke stemmer med virkeligheten.

Forandringene går gjennom flere faser. I tidlig stadium er evnen til å forstå og fortolke til stede, men det er benevning som er vanskelig. Samtalen kan gå tregere og pasienten nøler. I mellomfasen vil kommunikasjonsvanskene bli mer påfallende og gjentakelse av spørsmål vil være fremtredende og vil bli oppfattet som masing. Pasienten vil lete etter ord og ordflyten blir dårligere. Det er substantiv som blir mer borte fra språket, og pasienten bruker gjerne mimikk og kroppsspråk for å kompensere. I sent stadium vil kommunikasjonen være så dårlig at pasienten vil ha problemer med å uttrykke egne behov og ønsker. Evnen til konsentrasjon og oppmerksomhet er blitt dårligere. Tidligere innlærte fraser som sanger og vers kan fortsatt være tilstede og noen får ”favorittord” som stadig gjentas. Dette vil til slutt gjøre den demensrammede helt avhengig av hjelp fra andre (Wogn-Henriksen, 2008).

Det vil medføre store problemer å kommunisere med pasienter med helt eller delvis nedsatt språkfunksjon. Nonverbal kommunikasjon blir da et viktig virkemiddel i form av kroppslig

utrykk, bevegelser, mimikk, stemmebruk, intonasjon og berøring. Vi må bestrebe oss på god kontakt, prøve å forstå pasienten og forklare det som skal skje. Den som hjelper må vise tålmodighet og forståelse, varme og innlevelse (Eide & Eide, 2008).

## **7 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta oral helse til eldre pasienter med Alzheimers sykdom i sykehjem?**

Som sykepleierstudenter og erfaring fra yrkeslivet, har vi sett at den orale helse har blitt en nedprioritert oppgave i omsorgen for pasienter med Alzheimers sykdom, og det kan by på mange ulike utfordringer i forbindelse med munnstell. Dette vil vi nå drøfte ut i fra kunnskap og funn vi har gjort ut fra litteratur vi har benyttet, samt egne erfaringer.

Vi vil se på hvordan kunnskap og holdninger, kommunikasjon og samhandling, utfordrende atferd og hvilken betydning dette har for den Alzheimersrammede pasientens orale helse. Til slutt drøfter vi hvilken rolle sykehjemmet har for dette.

### **7.1 Betydningen av kunnskap og holdninger i forhold til oral hygiene hos demente**

De eldres tannstatus har endret seg de siste tiårene. Tiden er forbi da de eldre på sykehjem hadde bare proteser og var fornøyd med det. De eldre og deres pårørende har en annen innstilling til det å ha sine egne tenner, enn tidligere (Willumsen, et. al, 2008). Derfor vil oral helse bli en enda viktigere oppgave for sykepleierne i fremtiden. Vår kunnskap og holdning til oral helse vil være avgjørende for om pasientens grunnleggende behov bli dekket og for å unngå å påføre pasienten tilleggssykdommer.

God munnhygiene vil ha betydning både for pasientens verdighet og integritet og for helsen generelt. Det viser seg at ett av ti pneumonidødsfall hos sykehjemspasienter kunne ha vært unngått ved bedre oral hygiene (Fjæra, et. al, 2010). Dette går også frem i artikkelen som har sett på forebygging av pneumoni og luftveisinfeksjoner ved god oral hygiene. Den

konkluderer også med at det er god dokumentasjon på at god oral hygiene reduserer forekomst av luftveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem (Sjögren et al., 2008).

Som det er poengtert både i litteratur og i flere av artiklene vi har benyttet, er vår kunnskap og våre holdninger til demente, avgjørende for hvordan den orale helsen blir ivaretatt hos pasienten. Det kan tyde på at det er altfor lite kunnskap om dette emnet, og vi har undret oss over hvorfor det ikke er større fokus på dette i sykepleieutdannelsen. Men vi tror også at det ikke handler bare om kunnskap. Ofte blir oppgaver som er ubehagelige valgt bort. Vi vet at demente kan motsette seg munnstell og bli utagerende. Dette vil føre til at munnstellet tar tid, kreve overskudd fra personalet og i verste fall fører ikke tiltakene som blir igangsatt frem. Hvis dette gjentar seg gang på gang, er det lettere å velge bort oral helse til fordel for andre oppgavene som ”står på vent”.

Det slås fast i rapporten, ”Glemt, men ikke glemsk” at ved målrettet undervisning og i nært samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i kommunen, vil helsepersonell kunne få opplæring i selve munnstellet og hvilke sykdomstegn en bør være oppmerksom på. (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ja, dette er et positivt forslag fra myndighetene, men slik kapasiteten er ved de fleste tannlegekontorer, vil vi tro at dette er vanskelig å gjennomføre. Derfor blir videreformidling fra sykepleieren et viktig tiltak, både når det gjelder betydningen av oral helse og om demenssykdommer og de nevropsykiatriske symptomer som kan oppstå. Spesielt er dette viktig overfor de ufaglærte som utgjør en stor del av arbeidsstokken ved sykehjem. Men det tyder også på at annet helsepersonell vil ha behov for undervisning. Undervisning og veiledning er i tråd med sykepleierens funksjon og avvarsområde. Det betyr at vi skal ha handlingskompetanse til å veilede og undervise medarbeidere og studenter, samt ha handlingsredskap til å ta del i særegne og spesialiserte undervisnings- og veiledningsoppgaver på arbeidstedet (Kunnskapsdepartementet, 2008). Vi skal også være støttende overfor kollegaer i vanskelig faglige eller personlige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I følge Sonden et al., (2010), blir liten tid fremsatt som en av grunnene til at oral helse blir nedprioritert (Sonden et al., 2010). Vi vil tro at ved økt kunnskap om oral helse, vil det hjelpe oss til å prioritere annerledes, selv om det kan være en utfordring i en hektisk hverdag.

I samhandling med demente, vil våre holdninger være avgjørende for om vi vil lykkes med vårt arbeide. Vårt kroppsspråk sier mye om dette, og ingen er så vare på dette som de demente. Vi bør forholde oss til den demente, slik vi forhåpentligvis gjør mot alle andre mennesker vi møter. Som det har kommet frem tidligere i oppgaven, skal vi som sykepleiere

utøve vårt yrke etter etiske retningslinjer. Dette handler om å vise omsorg og barmhjertighet til pasienten uansett årsak til sykdommen. Vi skal utføre vårt arbeide på en slik måte at pasienten ikke blir krenket, men derimot ivareta den fysiske og psykiske grense (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Å møte pasienten med respekt, integritet og verdighet, vil si å anerkjenne den enkelte som en unik person med sine særegenheter. Vi må se personen bak sykdommen, og ikke behandle pasienten som et objekt. Deres autonomi må ivaretas innenfor de rammer og muligheter vedkommende har. Latterliggjøring er en trussel mot pasientens integritet, og dette er særlig tilstede hos denne gruppen. Måten vi snakker til den demente på eller oppfører oss, vil kunne avsløre våre holdninger (Kirkevold, 2008).

Dette blir også støttet av Heap (2002) som hevder at den som yter hjelp til den demente må ha interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt for å oppnå god kontakt med den demente. Eldre og særlig demente er ei sårbar gruppe som må vises respekt. For å ivareta den dementes verdighet, helse og livskvalitet kreves det stor vilje og empati hos den som hjelper. For å kunne gjøre dette må man være i stand til å se hvert enkelt menneske som helt spesielt (Eide & Eide, 2008).

Vi har dessverre opplevd at ikke alle som jobber med demente, har de rette holdningene overfor denne gruppen. De snakker til pasienten som om de var et lite barn, eller kommenterer pasientens måte å være på. Det syndes også mye i det at det snakkes om pasienten i andres nærvær. Dette er ikke bare dårligere holdninger, men også brudd på taushetsløfte. Dette er i henhold til helsepersonelloven § 21 som sier helsepersonell skal hindre at andre får kjennskap til opplysninger om andres helsesituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Vi har opplevd å få kommentarer som: ” er det noe å skrive om” eller ” så kjedelig”, da vi fortalte om tema for vår oppgave. Dette sier noe om hvilke holdninger noen har til demente pasienter og deres behov for munnstell.

I følge den danske psykiateren Gulmann (1993), har mange holdninger som er *dementofobe*, det vil si å ha et syn på den demente som ”ikke levende”, og kan gi grobunn for oppfattelse av at demente personer er ”hjernedøde”, uten menneskelige følelser. Dette sammen med filosofiske holdninger, som innebærer et syn på de demente som ikke-personer, blir et liv med demenssykdom betraktet som et uverdige liv.

Kitwood (1993) hevder, for å kunne gi den demensrammede det den har behov for av omsorg, trengs en personsentret omsorg. Dette innebærer å se hele mennesket, legge vekt på pasientens selvstendighet så lenge som mulig og respektere pasientens identitet gjennom hele

demensforløpet (Rokstad 2008).

Helsepersonell må endre sine holdninger fra å være bedrevitende, til å bestrebe seg på lokke frem pasientens ønsker og behov. Vi må spille på de resurser pasienten har for å bevare verdigheten og selvtilliten. Vi må bli flinkere til å se hvem den demente er og ikke bare fokusere på sykdommen.

En av vår viktigste oppgave som sykepleier er å tenke forebygging. Dette gjelder også den orale helsen. Med daglig rengjøring av munnen og tennene for matrester og bakterier, vil en kunne unngå tannsykdommer, dårlig ånde og infeksjonssykdommer. Bruk av fluor er også et effektivt tiltak. Jevnlig inntak av fluor er viktig for å styrke tennene, men for at den skal ha best mulig effekt må tennene være rene for plakk. For de fleste vil tannkrem som inneholder fluor være nok, men ved behov kan fluortabletter eller munnskyllevann være et godt supplement (Willumsen et al., 2010).

Disse tiltakene er en liten tidkrevende prosedyre som bør være en selvfølge til pasienter som er avhengig av hjelp. Det optimale ville være utføre tannpuss og munnskylling etter hvert måltid, (Sjögren et al., 2008), men det tror vi ikke er mulig å gjennomføre pga at det ofte kan være lav bemanning på sykehjem.

Tannleger anbefaler ofte elektrisk tannbørste. Av egen erfaring er dette ikke noe godt alternativ for demente, hvis de ikke har brukt dette tidligere. De syns det er ubehagelig med noe som ”durer” i munnen og det tar vekk fokus på selve tannpussen.

I artikkelen ”eldre og tannhelse” blir det konkludert med at en av grunnene til at de eldre ikke gikk til tannlege, var vansker med å komme seg til tannlege (Fjæra et al., 2010). Dette er ikke problemet for sykehjemspasienter, siden de har rett på gratis skyss til tannlegen. Men det vi opplever er at de eldre ikke blir prioritert. Det er lange ventelister og ofte blir timer som er fastsatt, satt på vent hvis det oppstår noe på tannlegekontoret.

## **7.2 Hvordan kan vi kommunisere på en god måte med den Alzheimerssyke pasienten for å oppnå en tilfredsstillende oral hygiene?**

God kommunikasjon vil være en forutsetning for å kunne utføre et godt munnstell til en pasient med Alzheimers sykdom, og spesielt viktig der pasienten ikke vil samarbeide.

I følge Norbergh et al.(2006), og Normann et al., (1999) er tannpuss og munnstell en aktivitet som gjentar seg flere ganger daglig. Skal dette kunne gjøres på en tilfredsstillende god måte for pasient og pleier, er det viktig å ha god kommunikasjon og gode etiske refleksjoner for at samhandlingen skal bli så bra som mulig (Berentsen, 2008).

I møte med pasienter med Alzheimers sykdom har vi selv opplevd situasjoner der pasienten ikke vet hva tannbørsten skal brukes til og begynner å gre håret med pasta på børsten eller børste med baksiden av børsten mot tennene. Da gjelder det å forklare på nytt og på nytt og vise tålmodighet, ro og vennlighet.

I artikkelen til Hem et al., kommer noen av personene som ble intervjuet inn på hvordan de snakket med pasienten for å kunne klare å utføre tannpussen. Det er ikke uvanlig at pasienter med Alzheimers sykdom motsetter seg hjelp til nødvendig stell. En av pleierne forklarte at hun ”gjennom snakk” fikk til å hjelpe pasienten med å pusse tenner. Her blir kommunikasjon brukt på en slik måte at det blir oppnådd kontakt og forståelse mellom pleier og pasient. Artikkelen konkluderer med at god kontakt er avgjørende for å kunne utføre handlinger som pasienten ikke vil være med på. Spesielt for å unngå å bruke tvang, er det viktig å kunne etablere tillitsfulle forhold. Dette innebærer å bruke gode kommunikasjonsteknikker og ha empati og forståelse for situasjonen (Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde, 2010). Dette er også teorier som Travelbee fremhever angående mellommenneskelige forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 1998).

Kommunikasjon med personer med demens er en fortløpende dynamisk prosess der vi ofte må ta ting på sparket uten at det på forhånd er planlagt. Likevel er det enkelte momenter som det kan være hensiktsmessig å ta med seg.

Når vi henvender oss til personer med kognitiv svikt er det viktig å bruke et enkelt og forståelig språk, snakke tydelig og sakte. Vi bør bruke korte setninger og et konkret språk, og unngå abstrakte begreper. Vi må tenke på å tilpasse kommunikasjonen til person og situasjon og mengden av kommunikasjon bør være i passe doser (Wogn-Henriksen, 2008). Både over- og understimulering vil være uheldig og kan gi negative utslag for den demente i form av økt uro og utrygghet og dårligere funksjonsevne (Eide & Eide, 2008).

Det omtales i artikkelen til Hem et al., at demente kan være sårbare, mistenksomme, få angst og vrangforestillinger, noe som vil kreve god kunnskap om kommunikasjon av pleieren (Hem et al., 2010). Vi har i praksis erfart at nevnte tilstander i enkelte situasjoner kan skape utagerende og vanskelig adferd.

Skal vi alltid godta og prøve å forstå den dementes væremåte? Er det lov for oss sykepleiere å sette grenser og si fra om uønsket adferd? Er det nå alle ganger like lett å sette seg inn i pasientens situasjon for pleieren?

Hem et al., omtaler i sin artikkel at dementes måte å kommunisere på eller å gi uttrykk for sine behov på, kan gi seg utslag i væremåte og adferd. Dette kan for eksempel være motstand mot munnstell. Derfor blir det ekstra viktig å møte den demente med respekt og forståelse for å fange opp deres behov.

Rokstad skriver at utfordrende atferd må hos den Alzheimerssyke personen ses på som en måte å kommunisere på, når for eksempel språket er blitt borte. Dette kan være pasienten måte å uttrykke missnøye på. Dette må ikke ses på som avvikende atferd, men heller normale reaksjoner for pasienten. For å kunne forstå pasientens atferd, må hjelper være i stand til å sette seg inn i pasientens situasjon og vurdere sin egen rolle i forhold til situasjonen (Rokstad, 2008). Dette kan være til hjelp for pleieren for å kunne skjønne litt av den dementes væremåte.

Det er ikke alle ganger det nytter med prinsipper som realitetsorientering, reminisens eller validering. Det vil da være bedre å stille åpne spørsmål, spørre om hvordan, hva eller hvem. Dette hjelper til med å sette ord på tanker og handlinger. Hos demente med motorisk afasi vil ikke åpne spørsmål være hensiktsmessig, fordi pasienten vil ha store problemer med både oppfattelse og forståelse og dette kan gjøre pasienten forvirret eller forlegen (Eide & Eide, 2008).

I artikkelen til Solheim blir det pekt på en rekke forhold som kan påvirke kommunikasjon mellom den demente pasienten og omsorgspersonen. Konsekvensene av en demensdiagnose vil være svekkelse av en rekke kognitive funksjoner som kan gjøre det vanskelig å kommunisere. I kommunikasjon med demente bør derfor tilpasningsprinsippet bli vektlagt, slik at pleier ikke snakker forbi pasienten. Det blir da hensiktsmessig å gjøre kartlegginger over ressurser som går på oppfattelse, konsentrasjon, orientering, tidsperspektiv, språk og psykologisk og motorisk tempo. Det nevnes også at det er viktig å ta seg god tid når beskjeder skal gis. Det er ikke lett for en person med kognitiv svikt å få med seg hva som er budskapet i en beskjed, når det blir sagt i lange setninger, med mye støy rundt og kanskje i forbifarten (Solheim, 2006). Ja, men det vel ikke like enkelt å få til alle situasjoner. Alle som jobber i helsevesenet har nok kjennskap til at det mange ganger er knappe ressurser og like mye å gjøre. Når det er få pleiere på jobb er det ikke like enkelt å få til alt etter læreboka. Det er



vanskelig å ta seg god tid til en pasient, når det ropes av flere fra et annet sted i avdelingen. Dette vil igjen påvirke hvordan vi kommuniserer med pasienten og kan bli lite forståelig for demente.

Det nevnes også at evnen til å føle ikke nødvendigvis forsvinner, selv om evnen til abstrakt og logisk tenking og evnen til refleksjon er svekket. Derfor blir det vesentlig å tenke på at pasienten skal føle mestring i situasjonen, slik at han eller hun ikke opplever tap av selvfølelse og egenverd, som igjen kan føre til store psykiske smerter. Hvordan kommunikasjonen foregår og hva pleieren evner å fange opp, blir derfor svært avgjørende for om pasienten fortsetter å ha håp (Solheim, 2006). Ett gammelt ordtak sier at den som ikke har håp, har ingenting å leve for.

Det er vel en kjensgjerning at vi som sykepleiere ikke har like god relasjon til alle pasienter. Pasientens og vår dagsform er også av betydning. Vi har erfart at hvis en pleier ikke får til munnstell hos den demente, kan det ofte gå bedre hvis en annen pleier går inn og tar over. Det å se et nytt ansikt og muligens en annen måte å tilnærme seg på, kan gjøre at uheldige situasjoner unngås. Det gjelder å se muligheter og ikke begrensninger i arbeide med demente.

### **7.3 Hva må vektlegges hos pasienter med utfordrende atferd i forbindelse med oral hygiene?**

Som tidligere nevnt er utfordrende adferd noe som opptrer hyppig hos de med en demensdiagnose. Dette er noe som vil prege den dementes hverdag og som det er viktig at personalet kan håndtere til det beste for pasienten.

Når pasienten ikke er samarbeidsvillig kan han eller hun reagere med utfordrende adferd på handlinger i forbindelse med stell. Aggressiv adferd kan utløses når pasienten føler seg truet (Berentsen, 2008).

Vi har mange ganger erfart i jobb med demente at de ikke vil utføre tannstell. De har da knepet igjen munnen slik at munnhygiene har vært umulig å få gjort. Det beste da er å vente og ikke provosere pasienten til uønsket adferd. Det handler ofte om å utnytte de riktige øyeblikkene. Her handler det om å arbeide på lag med pasienten og ikke imot.

Utfordrende adferd kan også betegnes som vanskelig adferd. Spørsmål som kan dukke opp i den forbindelse kan være, hvem er denne adferden vanskelig for: pasienten eller personale? Nygaard (1995) har en definisjon på dette:

Et uønsket handlingsmønster som er et resultat av den demente pasients forståelse eller manglende forståelse av sine omgivelser, og samhandling med omgivelsene som springer ut fra den forståelse som finnes (sitert i Sonek og Engedal 2008, s 183).

Nygaard (1995) hevder for å kunne takle den vanskelige adferden hos demente er det helt nødvendig med en kartlegging av problemet, med vekt på type, hyppighet og hvilke situasjoner adferden oppstår. For å hjelpe pasienten blir det viktig å kunne forstå handlingsmønsteret til pasienten og legge forholdene til rette slik at et gjentatt mønster brytes (Snoek & Engedal, 2008).

Det bør i denne forbindelse stilles spørsmål om det er noen andre grunner til den utfordrende adferden. Det bør også stilles spørsmål om det er godt nok dokumentert hvordan adferden arter seg og hvor ofte det skjer. Vi har mange ganger opplevd i praksis at når vi har kommet på vakt er det blitt sagt at enkelte pasienter har vært svært urolige. Når vi har sett i journalen så har det ikke stått ett eneste ord om dette. Hva skal vi tro da? Her handler det om mangel på engasjement og unnlattelse av dokumentasjon.

Hvorfor blir mange demente sinte og aggressive i forbindelse med stell og tannpuss? Er de bare vrang eller ligger det andre årsaker bak? Det bør ved endret adferd og funksjonsnivå undersøkes om det ligger somatiske forhold bak. Når pasienten nekter tannpuss, kan det forligge somatiske plager eller sykdom som gir smerter eller infeksjon i munnen.

Når kartlegging og analyse av den utfordrende adferden er utført og sykepleieren har blitt kjent med pasienten, er det å være føre var, den beste måten å forhindre uheldige situasjoner (Engedal & Haugen, 2009).

I artikkelen til Hem et al., kommer det frem av pleiere som ble intervjuet at de hadde opplevd at pasienter gjorde motstand mot dagligdagse gjøremål. Her blir det omtalt at konflikt og uro kan ha sammenheng med både pasientens hjelpeløshet og forvirring og at måten hjelpen gis på ikke er i samsvar med pasientens egne vaner når det gjelder personlig hygiene. Hjelp til personlig hygiene vil si å nærme seg svært intime soner for pasienten. Pasienten kan føle seg truet og derfor bli redd og engstelig som kan føre til motstand (Hem et al., 2010).

Det blir lettere å forstå den dementes reaksjoner når vi får kunnskap om at motstand eller aggressivitet kan skyldes redsel.

Det blir også lettere å forstå en endret atferd hvis vi har bakgrunnsopplysninger om pasienten, som personlighet, mestringsevne, rolle og livshistorien. Atferden vi ser kan være et resultat av det livet pasienten har levd. Det fysiske miljøet bør også kartlegges og legges best mulig til rette slik at pasienten har mulighet til å orientere seg. Innsamlede data og konkrete observasjoner vil gi mer forståelse av den utfordrende atferden (Rokstad, 2008).

Et godt miljø med hensiktsmessige fysiske omgivelser og nok pleiepersonale med god kunnskap om demens, vil ha stor betydning for å forebygge utfordrende atferd. Men selv om alt dette er til stede, vil det alltid oppstå situasjoner som gir utfordringer til personalet (Engedal & Haugen, 2009).

Å ta hensyn til den dementes autonomi og integritet er noe pleieren må ha med seg hele tiden i arbeidet med demente som har utfordrende og vanskelig adferd (Eide & Eide, 2008). I denne forbindelse må det tas hensyn pasientens samtykkekompetanse. Å ha samtykkekompetanse vil si at en person er myndig og psykisk og fysisk i stand til å ta vare på sine interesser. Mangler imidlertid pasienten samtykkekompetanse sier loven at pårørende skal involveres i beslutninger som angår pasienten. Det er helsepersonell som avgjør om pasienten innehar samtykkekompetanse (Slettebø, 2008).

En rett pasienten har, er rett til informasjon. Dette står nedfelt i pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-4. alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning til behandling og pleie som angår dem selv. I § 3-5 står det at sykepleier skal gi informasjon avpasset pasientens situasjon og på nivå ut fra pasientenes forståelse, kommunikasjonsferdigheter og læringsevne. Informasjon skal med andre ord være på en slik måte at pasienten forstår det som blir sagt. Demente har krav på informasjon, selv om de ikke har samtykkekompetanse. Demente kan ha samtykkekompetanse på noen områder. Der de ikke har det, må pårørende trekkes inn (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Det er ikke hele tiden fornuftig valg som gjøres av den demente. Hjelperen må i enkelte situasjoner ta valg for pasienten som ikke er i tråd med hva den demente ønsker eller vil. Det er ikke nødvendigvis krenkelse av autonomi og integritet å overtale til for eksempel tannpuss, eventuelt lure ut protese om pasienten ikke vil. Det kan tvert imot være tegn på å vise omsorg og hjelpe til å ivareta de grunnleggende behov for opprettholdelse av godt stell og god hygiene (Eide & Eide, 2008) .

I artikkelen Hem et al., forteller pleiere at det kan være vanskelig å få utført tannpuss hos pasienter som ikke vil. De forteller at noen ganger lot de det være og ventet til neste dag, men gikk det flere dager så følte de at de måtte, og holdt da hendene til pasienten så de fikk ut protesen. Pleieren sier selv dette er tvang, men at det av og til måtte gjøres. Det kommer også frem i artikkelen at det ikke var lett å skille tvang og frivillighet. Situasjonene kunne raskt skifte fra frivillighet til tvang og motsatt. Dette gjør det vanskelig å holde seg til lovverket, som krever vedtak i forhold til å bruke tvang (Hem et al., 2010).

Det er nå engang slik at sykepleier må forholde seg lovverket. Det er pasientrettighetsloven § 4A som gjelder i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelp. Da kan jo ofte spørsmålet bli om utelatelse av hjelp vil føre til helseskade for pasienten eller om bruk av tvang er til det beste for pasienten?

Det skal fattes eget vedtak om helsehjelp og om hva hjelpen innebærer i de tilfeller formålet med hjelpen er pleie og omsorg. Det vil stå helt konkret hva hjelpen består i, i de tilfeller pasienten motsetter seg helsehjelp (Slettebø, 2008).

I en artikkel skrevet av Willumsen et al., (2012) kommer det frem at et hinder for munnstell hos pasientene ved sykehjem, var at pasientene gjorde motstand. Pasienter som hadde mer enn ti tenner og som gjorde motstand mot tannstell, hadde økt risiko for dårlig tannhelse. Nesten alt personale som ble spurt i undersøkelsen, opplevde daglig at pasientene gjorde motstand. Dette var årsaker til at det ikke ble utført et regelmessig og godt tannstell. Studien viste at det ikke var noe skille i tannhelsen til de som pusset tennene selv og de som fikk hjelp (Willumsen et al., 2012).

Ut fra dette vil vi si det er viktig at pasientene får utført tannstell regelmessig. Konsekvensene kan bli alvorlige hvis dette uteblir. I de tilfeller der det er nødvendig for å opprettholde god helse for pasienten, må det vurderes om det skal fattes vedtak om at tannstell skal utføres til beste for pasienten.

Gjennom mange år i arbeid med demente, sitter vi inne med erfaringer som vil ha betydning for å unngå vanskelig atferd hos demente. Ikke alle situasjoner kan forutsis, men der det er mulig, er det å være føre var et godt hjelpemiddel. Når vi vet at det kan være vanskelig å få utført munnstell, er det viktig å planlegge dette godt på forhånd. I følge Engedal og Haugen, (2009) er målet med planlegging at pasienten skal forstå hva som skal skje.

En løsning på problemet kan være å utføre munnstellet på en tid av dagen hvor pasienten er opplagt. For noen er morgen og kveld tider hvor de slitne, og da må en se etter andre

løsninger. Etter frokost og kaffe er for mange en tid på døgnet hvor de er opplagte og mest mottagelig for hjelp. Sykepleierket handler ofte om å være løsningsorientert, slik er det også i arbeid med demente.

#### **7.4 Sykehjemmets utfordringer**

Alzheimers sykdom er en lidelse som vil øke i fremtiden, ettersom vi blir flere og flere som lever lengre. I de kommende årene vil hver femte person over 80 år, utvikle en demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009). Dette vil gi økt press på institusjoner og helsepersonell, i form av flere sykehjemsplasser og behov for kvalifisert personale. Dagens pleie- og omsorgstjenester er kommunenes ansvarsområde, og i 2009 ble det brukt 75 milliarder kroner på denne tjenesten samlet sett i hele landet. En mindre del av utgiftene går til eldre og dette har sammenheng med at det i de siste årene har vært en økning av yngre brukere. Disse tallene gjelder for alle typer tjenester kommunene har ansvar for (Kjelvik, 2011). Vi fant ikke tall som direkte gikk på utgifter til demensomsorgen, men ifølge Engedal og Haugen (2009), er årlige kostnader på 15 milliarder kroner, og kostnadene vil øke til 26 milliarder om 30 år. Dette tror vi vil stemme, når andel demente vil øke i fremtiden.

Mangel på tid, rutiner og retningslinjer, blir påpekt som grunner til at oral helse blir nedprioritert i en av artiklene vi har brukt. Den viser også noen uklarheter i personalgruppa om hvem som har ansvaret for den orale helse. Noen mente at oral hygiene var en del av grunnleggende omsorgsoppgaver, mens noen mente det var den ansvarlig sykepleiere på avdelingen som skulle gi instruksjoner om dette (Sonde et al., 2010).

Ja, det er ofte travelt på et sykehjem med mange arbeidsoppgaver, lite personale osv, men det tar ikke vekk vårt ansvar for den orale helsen til pasientene. I henhold til helsepersonelloven § 4, skal vi som sykepleiere utføre vårt arbeid med faglig forsvarlighet ut fra våre kvalifikasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Alle hjelpetrengende pasientene får hjelp til personlig hygiene to ganger pr. dag, og i den situasjonen bør også munnstell inngå. Dette handler om å innføre gode rutiner og planlegging, noe som gir trygghet og forutsigbarhet for den demente.

Sykehjemmet skal ha skriftlige prosedyrer for utførelse av oral helse, for å sikre at pasienten får tilfredstilt grunnleggende behov, som ivaretagelse av munnhygiene og om nødvendig, tannbehandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Erfaringsmessig finnes ikke dette alle

steder. Vi har sett etter prosedyrer på et sted hvor en av oss arbeider. Prosedyrer fantes, men de var vel tjue år gamle og hadde ikke tatt høyde for pasienter med egne tenner.

Det fysiske miljøet rundt den demente er av stor betydning. Det viser seg at de har det bedre når de forstår hvilke omgivelser de befinner seg i. Derfor er det viktig at de ulike rommene i sykehjemmet er innredet slik at pasienten kan gjenkjenne seg og forstå de ulike handlingene som skal foregå der.

Erfaring med skjermede enheter i sykehjem, viser å ha en positiv innvirkning på personer med demens. De blir roligere, vandrer mindre og er mindre irriterte. Trygge rammer, god og stabil kontakt med andre er spesielt viktig for å unngå uro og utrygghet. Noen steder kan også dokumentere nedgang i forbruket av beroligende medikamenter, når mindre enheter har blitt tatt i bruk (Engedal & Haugen, 2009).

Som første land i verden, la Norge i 2007 frem en egen plan for tjenestetilbudet til mennesker som er rammet av demens, Demensplan 2012-2015 ”Den gode dagen”. Grunnen for demensplanen er erkjennelsen av at dagens omsorgstjeneste ikke er tilstrekkelig for mennesker med demens. Den legger vekt på at det i de neste årene er nødvendig med endringer i omsorgstjenestens kompetanse, organisering og fysiske utforminger. Demensplanen vil derfor løfte fram tre hovedsatsingsområder som dagaktivitetstilbud, bedre tilpassede boenheter og økt kunnskap og kompetanse (Helse-og omsorsdepartementet, 2011).

Vi har begge erfaring fra skjermede enheter i sykehjem og har sett hvor viktig det er med små enheter, stabilt personale som er godt kvalifisert og som har et stort ønske om å jobbe med demente. Når en ser på bemanningen ved slike enheter, er det ofte misforhold mellom antall beboere og personale. Denne gruppen har ofte atferdsforstyrrelser, og mange vanskelige situasjoner kunne ha vært unngått med flere på jobb. Dette er et politisk spørsmål, men håpet er at det i fremtiden vil bli mer lagt vekt på omsorgen for de demensrammede.

## 8 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi sett på utfordringene som preger oral helse hos pasienter med Alzheimers sykdom. Etter å ha jobbet med dette tema, ser vi at utfordringene er mange og sammensatte, noe vi også har erfaring med. Personer med en demensdiagnose er ofte avhengig av andre for å kunne klare å utføre god oral hygiene, pga kognitiv svikt, afasi, aparaksi og nevropsykiatriske symptomer. Dårlig oral hygiene og svekket immunforsvar utgjør en stor helserisiko for dem med Alzheimers sykdom. I framtida vil dette bli en utfordring, fordi flere eldre har sine egne tenner og det blir flere eldre som lider av en demensdiagnose. Det er gjort funn som tyder på at demente personer har dårligere oral hygiene og hyppigere tannkjøttbetennelse enn resten av befolkningen.

På bakgrunn av de funn vi har, kan det tyde på at behovet for kunnskap og endret holdning blant helsepersonalet er nødvendig for å ivareta den orale helse til sykehjemspasienter. Derfor bør dette få en mer sentral rolle i sykepleieutdanningen. Det er nyutdannede sykepleiere som skal ut å ivareta den orale helse til den stadig voksende andel med demente i de kommende år. Samtidig må sykepleierne være sitt ansvar bevisst for å undervise og veilede på sin arbeidsplass, både når det gjelder oral helse, demens og de atferdsmessige symptomene de demente kan ha. Tettere samarbeid med tannhelsetjeneste i kommunene, vil også være et godt tiltak, da det er de som sitter på den beste kompetansen når det gjelder oral helse. Disse tiltakene, sammen med gode rutiner og retningslinjer fra sykehjemmets side, vil vi være et langt steg i riktig retning når det gjelder den oral helsen.

Vår måte å kommunisere med den Alzheimerssyke på, har stor betydning for samhandling i forbindelse med munnhygiene. Dette innebærer å bruke gode kommunikasjonsteknikker og ha empati og forståelse for situasjonen. For mange med Alzheimers sykdom blir språket delvis eller helt borte, og vi må være mer bevisst på å bruke nonverbal kommunikasjon. Kunnskap om kommunikasjon og oral helse vil være et tema som må løftes opp i fremtiden.

Utfordrende atferd er en del av sykdomsbildet til en Alzheimersrammede pasient. Ved at helsepersonell har kunnskaper om hvordan tilnærmingen til denne pasientgruppa bør være, vil det kunne gjøre samhandlingen lettere. Dette vil kreve bevissthet, engasjement og diskusjon i personalgruppa for å finne løsninger som kan forhindre bruk av tvang.

Det er også avgjørende at sykepleierne vet hvilke konsekvensene ved utelatelse av tannstell kan føre til. Dette kan påføre pasienten alvorlige lidelser som: pneumoni, sepsis, endokarditt og arteriosklerose.

Det sies fra politisk hold at det i fremtiden skal legges vekt på omsorgstilbudet til demente. De vil blant annet prioritere økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell. Dette lover godt for fremtiden, men det gjenstår å se om politikerne holder det de lover. Vi vil i de neste årene følge godt med på dette.

Tilslutt vil vi poengtere at den orale helsen til pasienten er en sykepleieroppgave som vi må ta alvorlig.



## 9 Referanseliste

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God sykepleie til den gamle pasient* (ss. 350 - 382). Oslo: Gyldendal Akademiske.

\*Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, K., & Selbæk, G. (2012). *Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag*. Lokalisert Februar 22, 2013 fra Tidsskriftet.no: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2012/1956-9.pdf> (4 sider)

Brodtkorb, K. (2007). Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie. I T. E. Mekki, *Yrkesetikk* (ss. 193 - 214). Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse. (424 sider)

\*Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010, Mai). *Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*. Lokalisert Januar 20, 2013 fra sykepleien.no: [http://www.sykepleien.no/Content/394260/artikkel\\_fjera\\_m\\_hovedoppslag\\_4719.pdf](http://www.sykepleien.no/Content/394260/artikkel_fjera_m_hovedoppslag_4719.pdf) (7 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Februar 07). *Lov om helsepersonell*. Lokalisert Januar 31, 2013 fra Lovdata.no: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Helse og omsorgsdepartementet. (2012, Januar 1). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Lokalisert Februar 15, 2013 fra Lovdata.no: <http://www.lovdata.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lokalisert Februar 07, 2013 fra Lovdata.no: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1984, Januar 01). *Lov om tannhelsetjenesten*. Lokalisert Januar 29\8, 2013 fra Lovdata.no: <http://www.lovdata.no/all/hl-19830603-054.html>

Helse-og omsorsdepartementet. (2011). *Demensplan 2012-2015*. Lokalisert Februar 06, 2013 fra [rwww.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no):

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

\*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010, Mai). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Lokalisert Februar 6, 2013 fra Sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no> (8 sider)

\*Henderson, V. (1961). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: NSF.( 25 sider)

\*Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I A. M. Rokstad, & K. L. Smedbye, *Personer med demens. Møte og samhandling* (ss. 114 - 151). Oslo: Akribe. .(37 sider)

Kim, H. S. (2007). Sykepleieutøvelsen. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1, Grunnleggende Sykepleie* (ss. 89 - 94). Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 91 - 99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.(254 sider)

Kjelvik, J. (2011, Mai 2). *Kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester*. Lokalisert Mars 3, 2013 fra [ssb.no](http://www.ssb.no): <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/mindre-del-av-utgiftene-gaar-til-eldre>

Kunnskapsdepartementet. (2008, Januar 25). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert Februar 26, 2013 fra [regjeringen.no](http://www.regjeringen.no): [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Lassen, J., Blystad, H., & Degrè, M. (2009). Infeksjoner i luftveiene. I M. Steen, & M. Degrè, *Mikrober, helse og sykdom* (ss. 138 - 160). Oslo: Gyldendak Akademiske.

Lovdata. (1981). *Om lovdata*. Lokalisert Mars 3, 2013 fra [lovdata.no](http://www.lovdata.no): <http://www.lovdata.no/info/fakta.html>

Mathisen, J. (2007). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I T. Mekki, *Sykepleieboken I* (ss. 69 - 86). Oslo: Akribe.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Norsk sammunsvitenskapelig datatjeneste. (2013). *Publiseringskanaler*. Lokalisert Februar 13, 2013 fra uib.no: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert Januar 31, 2013 fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Rokstad, A. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Pesoner med demens. Møte og samhandling* (ss. 60 - 86). Oslo: Akribe. (26 sider)

\*Rokstad, A. M. (2008). Utfordrende adferd. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens. Møte og samhandling* (ss. 180 - 206). Oslo: Akribe. (26 sider)

Samson, H., & Strand, V. G. (2008). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 267 - 273). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2009). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008, September 15). *A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitales and Nursing Homes*. Lokalisert Februar 11, 2013 fra Wiley, Online library: <http://onlinelibrary.wiley.com/>(7 sider)

Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 169 - 179). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykatri. Kunnskap. Forståels. Utfordringer*. Oslo: Akribe.

\*Solheim, K. V. (2006). *Kommunikasjon ved demens - når språket ikke strekker til*. Lokalisert Februar 22, 2013 fra Sykehuset Innlandet - Behandlingslinjer: <http://www.sykehuset-innlandet.no> ( 4 sider)

\*Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2010, Mars 6). *Care providers` perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia*. Lokalisert Februar 3, 2013 fra [web.ebscohost.com](http://web.ebscohost.com):  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5bc781fd-b220-4fc4-88f8-2cca627e9b3a%40sessionmgr110&hid=108> ( 8 sider)

Sortland, K. (2008). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.(122 sider)

Sosial- og helsedirektoratet. (2004, November). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Lokalisert Januar 31, 2013 fra Helsedirektoratet:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>

Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell. (2001). *Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. SAK - sak.no*. Lokalisert Februar 20, 2013 fra Slik søker du! - sak.no:  
<http://www.sak.no/sites/SAK/Sider/default.aspx>

\*Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2011). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology* , ss. 748 - 755.( 5 sider)

\*Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferrira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonsvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.( 99 sider)

\*Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smeby, *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 87 - 113). Oslo: Akribe AS.( 26 sider)

Antall sider med selvvalgt litteratur er: 1070 sider