

Avdeling for folkehelsefag
Campus Elverum

Hanne Regine Edvardsen Dyrnes og Marte Hauge Nes

Veileder: Harald Holst

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA10

Tverrprofesjonelt samarbeid - veien til en bedre oral helse?

Interprofessional collaboration – a way to better oral health?

Antall ord: 11353

Bachelor i tannpleie
2017

Sammendrag

Levealderen øker og flere beholder egne tenner livet ut. Sjansen for å få demens øker også med alderen. En stor andel av de som bor på sykehjem har en demenssykdom og pleiepersonalet er pliktige til å ivareta den orale helsen til pasientene. Denne bacheloroppgaven handler om hvordan et tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning kan styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem. Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie basert på kvalitative og kvantitative studier. Vi har også brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og egne erfaringer fra praksis. Etter egne erfaringer og i forskningsartiklene vises det at oral helse er svært nedprioritert hos eldre pleietrengende. Dette på grunn av mangel på tid, kunnskap og samarbeid. Formålet er at vi som tannpleiere skal styrke vår kunnskap i hvordan vi kan bruke et tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning for at pasienter med demens på sykehjem skal ha en så god tannhelse som mulig. Derfor har vi valgt følgende tittel til oppgaven: "Tverrprofesjonelt samarbeid - veien til en bedre oral helse?"

Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	4
1.1 Begrunnelse for valg av oppgave.....	4
1.2 Førforståelse.....	4
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.4 Presentasjon av eget faglig ståsted.....	5
1.5 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	5
1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen.....	6
1.7 Formålet med oppgaven.....	6
1.8 Oppgavens disposisjon.....	6
2 Metode	8
2.1 Litteratursøk.....	8
2.2 Kildekritikk.....	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler.....	9
2.4 Ethiske overveielser.....	11
3 Teori	12
3.1 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	12
3.2 Veiledning.....	13
3.3 Demens og oral helse.....	15
3.4 Orale aldersforandringer.....	15
3.5 Kommunikasjon.....	17
3.6 Helseutdanninger.....	17
3.6.1 Sykepleier.....	17
3.6.2 Vernepleier.....	17
3.6.3 Helsefagarbeider.....	17
3.7 Oral helse for pleiepersonell på sykehjem.....	18
3.8 Tannpleierens rolle.....	21
3.9 Lovverk og ansvar.....	21
3.10 Etikk.....	22
4 Drøfting	23
4.1 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	23
4.2 Veiledning.....	27
4.3 Oral helse.....	30
5 Konklusjon	34
6 Litteraturliste	35
7 Vedlegg 1	39

1. Innledning

Vår bacheloroppgave handler om temaet “tannpleie for eldre”. Dette er et relevant tema for oss som tannpleiere, og vi er opptatt av at denne pasientgruppen sin orale helse skal bli godt ivaretatt. Levealderen blant kvinner og menn øker stadig i Norge og flere eldre beholder sine egne tenner livet ut. Forekomsten av demens øker med alderen, det vil derfor bli en økning av antall personer med demens. Dette har stor betydning for vår profesjon som tannpleiere fordi vi har et ansvar i å ivareta den orale helsen til pasienter med demens (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2017, Figur 1; Fjæra, Willumsen & Eide, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

Tannpleie for eldre er et tema vi har vært opptatt av og interessert i gjennom hele studietiden. Vi hadde begge erfaring med eldre, spesielt personer med demens før vi startet på studiet. Gjennom praksis på sykehjem og tannklinikk i studietiden har vi observert og opplevd at den orale helsen er nedprioritert blant eldre pleietrengende. I fjerde semester hadde vi sykehjemspraksis på en demensavdeling. Der målte vi belegg- og slimhinneindeks på pasientene og resultatet var urovekkende dårlig. Ved samtale med pleiepersonell kom det frem at lite tid og kunnskap var hovedgrunnene til at den orale helsen var nedprioritert. De ønsket mer undervisning og opplæring i munnstell. En del av pleiepersonalet var usikre på når de kunne utøve tvang på pasienter med demens som motsa seg helsehjelp. Etter disse erfaringene ser det ut som det må bli mer fokus på oral helse hos eldre, og vi som tannpleiere har en sentral rolle for at det skal bli en forbedring. Vi har derfor valgt å skrive om hvordan tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning kan styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem.

1.2 Førforståelse

Vi har opplevd at pleiepersonalet har en stor oppgave i å vedlikeholde den orale helsen til pasienter på sykehjem, men det er ikke alltid dette blir utført godt nok. Vi tenker at dette kan ha en sammenheng med mangelfullt tverrprofesjonelt samarbeid mellom pleiepersonell og tannpleiere og lite kunnskap blant pleiepersonalet. I Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er eldre i hjemmesykepleien og institusjon en prioritert gruppe som har krav på gratis tannbehandling. Vi viser her til Tannhelsetjenesteloven (1984, §1-3). I følge Helsepersonelloven (1999, §4) har helsepersonell krav til å utføre faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp ut i fra deres kvalifikasjoner, karakter og situasjon. Vi tolker denne loven som at helsepersonell har et ansvar for å utføre tilstrekkelig godt nok munnstell på pasienter.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Er det sånn at et forbedret tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning kan være med på å styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem? Kan enkle tiltak som mer undervisning og opplæring i munnstell til pleiepersonell være med på å styrke dette? Her har tannpleiere et ansvar om å formidle den kunnskapen videre.

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

“Kan et tverrprofesjonelt samarbeid mellom tannpleiere og pleiepersonell gjennom veiledning styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem?”

1.4 Presentasjon av eget faglig ståsted

I løpet av vår studietid har vi vært ute i flere praksisperioder, der den ene perioden hadde fokus på eldre. I den perioden arbeidet vi på klinikk og hadde helsefremmende og forebyggende arbeid som var rettet mot pleiepersonell på sykehjem. Vi fikk da tilegnet oss kunnskap om hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet fungerer og pleiepersonalet sitt forhold til munnstell hos pasientene. Gjennom erfaringer på klinikk og sykehjem kan det tyde på at det er et forbedringspotensial for oss som tannpleiere og pleiepersonalet når det kommer til å styrke den orale helsen til pasientene.

1.5 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på pasienter med demens på sykehjem og kommer ikke til å ta for oss de øvrige pasientene som bor på sykehjem. Vi har ikke tatt for oss en spesiell diagnose innenfor demens, vi vil se på veiledning og tverrprofesjonelt samarbeid. Vi kommer ikke til å ta for oss hvordan riktig munnstell utføres, men heller fokusere på kunnskapsformidling. Et tverrprofesjonelt samarbeid kan inneholde flere yrkesgrupper, men vi har i denne oppgaven valgt å begrense det til pleiepersonell. Vi kommer ikke til å nevne pårørende, selv om de er en viktig ressurs i demensomsorgen.

1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

- Pleiepersonell: I følge Helsepersonelloven (1999, §3) er helsepersonell ansatte som jobber i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere. Det er yrker som krever autorisasjon.
- Veiledning: “En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonen mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2013).
- Oral helse: En god oral helse vil si fravær av smerte, ubehag eller infeksjoner i munnhulen. Det innebærer også å ha en god nok tyggefunksjon og å kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes munnhulen. En god oral helse er viktig for livskvalitet og generell helse (Strand, 2012).

1.7 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å styrke vår kunnskap om hvordan vi kan bruke et tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning for å få mer fokus på et tema vi mener er viktig. I følge studier og egne erfaringer er den orale helsen til pasienter med demens nedprioritert. Vi vil derfor sette fokus på viktigheten med et godt tverrprofesjonelt samarbeid og en god oral helse til denne pasientgruppen. Ved å svare på problemstillingen blir vi mer bevisste på hva vi selv kan gjøre når vi skal ut i arbeidslivet.

1.8 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i 5 hovedkapitler. Kapittel 1 er innledning der vi presenterer problemstillingen og begrunner valg av tema. Kapittel 2 er metode, her forklarer vi kort hva metode er, forteller om litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser. Vi presenterer også fem forskningsartikler vi har brukt for å danne grunnlag for besvarelsen. Kapittel 3 er teoridelen. I denne delen tar vi for oss tverrprofesjonelt samarbeid, veiledning, orale aldersforandringer, kort om kommunikasjon, ulike helseutdanninger, oral helse for pleiepersonell på sykehjem, tannpleieren sin rolle, ulike lovverk som er relevante for problemstillingen og til slutt litt etikk. Dette er temaer som danner et grunnlag for videre drøfting. Kapittel 4 er da drøftingskapittelet. Vi har delt opp drøftingskapittelet i tre underkapitler. Her drøfter vi først tverrprofesjonelt samarbeid, deretter veiledning og oral helse. Her setter vi opp forskning mot teori og egne erfaringer

fra praksis for å danne et grunnlag for besvarelsen av problemstillingen. Kapittel 5 består av konklusjon, der vi svarer på problemstillingen.

2 Metode

I boken “Metode og oppgaveskriving” henviser Olav Dalland til Vilhelm Aubert sin måte å definere metode på. Han definerer det som “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (2014, s. 110). To ulike metoder blir brukt for å samle inn data, dette er kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir form av målbare enheter, som gjennomsnitt og statistikk. En kvalitativ metode har fokus på meninger og opplevelser som ikke lar seg måle. Begge metodene gir på hver sin måte en innsikt på hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner fungerer og hvordan samfunnet vi lever i er. De som benytter kvantitative metoder blir ofte assosiert som “tellere” mens de som benytter kvalitative metoder ofte kalles “tolkere” (Dalland, 2014). Vi skiller også mellom primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur vil si ny kunnskap om et emne som presenteres for første gang, mens en artikkel som inneholder tolkning av andres arbeid kalles sekundærlitteratur (Dalland, 2014). Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie som bygger på eksisterende kunnskap som primær og sekundærlitteratur. Vi har også med selvvalgt litteratur som ikke er med i pensumlisten.

Etter Høgskolen i Innlandet sin anbefaling for referanseteknikk har vi brukt APA-stil.

2.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur og forskning har vi brukt pensum fra de tre årene vi har gått på høgskolen. Vi har også brukt godkjente og anbefalte databaser fra Høgskolen i Innlandet som Google Scholar, Oria, Cinahl, SweMed+ og Norart. Vi har brukt norske og engelske søkeord. Søkeordene vi har brukt er: “interprofessional collaboration”, “tverrprofesjonelt samarbeid”, “professional”, “profesjonell”, “dental hygien*”, “tannpleier”, “demens”, “dementia”, “sykehjem”, “nursing home”, “pleiepersonell”, “nursing staff” og “oral hygiene” og en kombinasjon av disse. Vedlegg 1 inneholder PICO-skjema som viser hvordan vi har brukt søkeordene for å finne forskningsartiklene. Vi brukte norske søkeord for å finne MeSH-termer.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om ulike metoder for å fastslå om en kilde er sann. Det er viktig å karakterisere og vurdere de kildene som blir brukt (Dalland, 2014). I våre søk har vi vært kildekritiske ved å se etter relevans, tidsaktivitet og vitenskapelig holdbarhet. Vi har valgt å avgrense tidsperioden på ti år for å få med den nyeste forskningen. Det er viktig at kildene er relevante for problemstillingen for at vi skal få et best mulig resultat. Vi har funnet mange forskningsartikler som omhandler tverrprofesjonelt samarbeid, veiledning og oral helse, noe som har gjort det vanskelig å velge ut hvilke vi skal ta i bruk. Vi har derfor vært kritiske og sett etter kriteriene for søking som er: fag, nivå, tid, språk og geografi (Dalland, 2014). Vi har også sett om forskningsartiklene har inneholdt IMRAD-strukturen. IMRAD står for: innledning, metode, resultat, abstrakt og diskusjon. Dette er den mest brukte formen for oppbygging og struktur av en artikkel (Dalland, 2014).

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Current Perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration, Kelli Swanson Jaecks (2009). Denne forskningsartikkelen fant vi på Cinahl. Vi brukte søkeordene: “interdisciplinary collaboration”, “dental hygienist” og “professional”. Dette førte til 5 treff. Det er en kvantitativ forskningsartikkel som er utført på 103 tannpleiere i Oregon. Målet med studien var å finne ut hvordan tannpleieren sin rolle var i tverrprofesjonelt samarbeid. Deltakerne mente at et tverrprofesjonelt samarbeid var viktig nå og for fremtiden, men det krever mer tid og kunnskap. Det å snakke, lytte og ha lederegenskapen er nødvendig for å delta i et tverrprofesjonelt samarbeid. Jaecks konkluderer også med at mer utdanning innen kommunikasjon er nødvendig. Studien tar for seg sammenhengen mellom orale og systemiske sykdommer. Selv om artikkelen ikke handler om pasienter med demens på sykehjem mener vi den er relevant for vår oppgave fordi den handler om rollen til tannpleier i et tverrprofesjonelt samarbeid.

Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. Lars Sonde, Azita Emami, Hannes Kiljunen & Gunilla Nordenram (2011). Vi fant artikkelen i SweMed+ med søkeordene “dementia” og MeSH-term “oral hygiene”. Søket ga 5 treff. Denne artikkelen er

kvalitativ. Studien er utført i Sverige og tar for seg ni pleiepersonell og fire sykepleiere sin oppfatning av oral hygiene til pasienter med demens på sykehjem. Resultatet viser at det er uklart hvem som har hovedansvaret for den orale helsen til pasientene og at det var mangel på rutiner og retningslinjer. Denne forskningsartikkelen er relevant fordi den viser at det er uklart for pleiepersonell hvem som har ansvar for den orale helsen.

Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. Inger Wårdh, Margareta Jonsson og Maude Wikström (2012). Denne studien ble utført i Sverige. Vi søkte i Oria med søkeordene “education”, “nursing homes”, “oral care” og “gerodontology”. Det ble da 237 treff, vi avgrenset fra 2010-2017 og valgte fagfellelvurdert tidsskrift. Det ble da 166 treff. Det er en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel. Studien tar for seg holdninger og kunnskap om oral hygiene blant pleiepersonell i sykehjem. 454 ansatte var med på en individuell undersøkelse der det ble benyttet spørreskjema som var rettet mot holdninger og kunnskap om rutiner hos sykehjemsbeboere. Resultatet viser at opplæring om utførelse av oral helse bør bli mer fokus på i sykehjemmene og at det er tilgjengelig for pleiepersonell. Pleiepersonalet har en god holdning, men de trenger mer kunnskap om oral helse. Undervisning kan også bli sett på som en del av veiledning i et tverrprofesjonelt samarbeid. Denne artikkelen er derfor relevant for vår problemstilling.

Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. Erika Kullberg, Petteri Sjögren, Marianne Forsell, Janet Hoogstraate, Bertil Herbst & Olle Johansson (2010). Vi fant denne artikkelen på Cinahl med søkeordene “dental hygiene”, “education” og “nursing home”. Dette søket ga 52 treff. Vi avgrenset det fra 2010-2017, det ble da 30 treff. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel. Denne studien ble utført i Sverige på 41 pasienter på sykehjem. Studien ble gjennomført for å evaluere effekten av gjentatt undervisning i oral hygiene for pleiepersonell på sykehjem. Det ble målt gignivalblødning og plakk score før og etter undervisningen og det var en stor reduksjon i plakk, blødnings score og gingivitt hos pasientene. Resultatet av studien viser at den orale hygien ble betydelig bedre etter at pleiepersonalet fikk undervisning. Den er derfor relevant for vår problemstilling.

Oral care training in the basic education of care professionals. Heidi Samson, Marjolain Memelink Iversen & Gunhild Vesterhus Strand (2010). Denne artikkelen fant vi på Oria med

søkeordene “oral health”, “geriatric”, “knowledge”, “curriculum” og “Norway”. Vi valgte fagfellevurderte tidsskrift og fikk 546 treff, vi avgrenset det til 2010-2017 og fikk 385 treff. Vi ville ha en studie som hadde blitt utført i Norge, og valgte derfor å ta med “Norway”. På den første siden var det en forskningsartikkel av Samson, Iversen og Strand. Dette er tre forfattere som har skrevet mye fra vårt pensum, vi valgte derfor denne artikkelen. Dette er en kvantitativ og kvalitativ studie. Studien gikk ut på å finne ut hvor mye oral helse ble vektlagt i de ulike helseutdanningene i Norge. 270 skoler ble invitert til å være med i denne studien, av de 203 som svarte var det 15 skoler som ikke hadde oral helse i utdanningsprogrammet. Det ble derfor igjen 188 skoler som var med på studien. De konkluderte med at utdanningsprogrammet innen oral helse ikke var tilstrekkelig, og at det trolig var andre forklaringer på hvorfor den orale helsen på sykehjem ikke er god nok. Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den sier noe om hvor mye oral helse blir vektlagt i de ulike helseutdanningene.

2.4 Etiske overveielser

Vi er klar over taushetsplikt og anonymisering når vi forteller om egne erfaringer fra praksis, vi nevner derfor ikke sted eller navn.

3 Teori

3.1 Tverrprofesjonelt samarbeid

Et tverrprofesjonelt samarbeid vil si å samarbeide på tvers av ulike profesjoner som har et felles prosjekt eller oppgave (Willumsen & Ødegård, 2016). Det finnes mange ulike begreper som er brukt om begrepet tverrprofesjonelt samarbeid, både på norsk, skandinavisk og på internasjonale arenaer. På norsk blir begrepene tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverretatlig, flerfaglig og fellesfaglig brukt. Det samme gjelder på engelsk, der det blir brukt: “interdisciplinary”, “cross professional”, “shared learning”, “interprofessional”, “interdepartemental”, “collaboration” og “joint working” (Willumsen & Ødegård, 2016). Et tverrprofesjonelt samarbeid innebærer at profesjonene er engasjert i en felles beslutning og kommer frem til kunnskap som de ikke kan oppnå hver for seg. Dette utvikles gjennom diskusjoner og refleksjoner for å komme frem til hvordan tiltak og tjenesten kan utvikles for å ivareta behovene til pasienten (Willumsen & Ødegård, 2016; Tveiten, 2013).

Et tverrprofesjonelt samarbeid kan være krevende, det er derfor viktig med bevissthet om egen kompetanse. Det er nødvendig å være tydelig på egen tjeneste og hva den kan bidra med for pasienten. Det er også viktig å vise forståelse for de andre profesjonenes kompetanse og tjeneste. Et sentralt begrep når det gjelder tverrprofesjonelt samarbeid er respekt, dette for å stimulere faglig utvikling og best mulig kvalitet (Willumsen, 2016).

I en forskningsartikkel gjort av Kelli M. Swanson Jaecks (2009) står det at et tverrprofesjonelt samarbeid mellom de ulike helsetjenestene er en viktig del av selve pasientbehandlingen. Det vises også at et bra arbeidsmiljø og et godt samarbeid til sammen gir positive resultater for pasienten. Et tverrprofesjonelt samarbeid inkluderer åpen kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene. Samarbeidet er da med på å bringe de ulike yrkesgruppene sammen til kritisk tenking der alle har ulik kunnskap og ulike fagfelt. Hensikten er pasientens beste. De ulike yrkesgruppene har forskjellig kompetanse og ferdigheter, de kan derfor sammen komponere kunnskap og erfaring for å skape resultater og svar som er vanskelig å komme frem til alene. For oss som tannpleiere er vi i en unik posisjon fordi vi har mye kontakt med pasienten (Jaecks, 2009).

I følge *Current Perceptions of the Role of Dental Hygienists in Interdisciplinary Collaboration* (2009) er det tannpleierne som har mest tid med pasienten på tannklinikken og det er tannpleiere som er utenfor tannklinikken og snakker med andre typer yrkesgrupper, som for eksempel pleiepersonell på sykehjem. I undersøkelsen vises det at tannpleieren kommer til å få en større rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet i fremtiden. Barrierer for tannpleierne ved et tverrprofesjonelt samarbeid var dårlig tid og vanskelig å samarbeide. God kommunikasjon er derfor viktig for å oppnå et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Det er viktig å oppfatte sin rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet som viktig. Resultatet i undersøkelsen viste at det var to hovedgrunner til at tannpleiere ikke tok mer initiativ og ledelse i tverrprofesjonelt samarbeid. Den første var lite tid og den andre grunnen var at et tverrprofesjonelt samarbeid ikke er en vanlig rolle for tannpleiere. Jaecks mener at i fremtiden kommer det til å bli mer fokus på tverrprofesjonelt samarbeid under utdanningen (Jaecks, 2009).

3.2 Veiledning

Begrepet veiledning blir på norsk brukt som en samlebetegnelse for profesjonell hjelp. På engelsk brukes blant annet “supervision”, “counseling”, “guidance”, “tutoring”, “coaching”, “consultation” og “mentoring” til forskjellige former for veiledning (Lauvås & Handal, 2014). Ordet “supervision” brukes om veiledning av fagutøvere og studenter, mens “counseling” blir brukt når det kommer til veiledning av pasienter eller brukere (Tveiten, 2013).

Det finnes ingen klar definisjon for veiledning, og betydningen bestemmes av den sammenhengen veiledningen foregår i. Veiledning er noe som blir brukt i mange ulike sammenhenger og betydninger. Dette kan være i faglitteratur, studieplaner for høyskoler og universitet og i offentlige dokumenter. Veiledning kan brukes av helse- og sosialtjenester, arbeids- og velferdstjenester, elever, studenter og yrkesutøvere. Det som er viktig når det inngår i en faglig virksomhet er at det er et faglig innhold i begrepet. Fokuset skal være på hva, hvorfor og hvordan. Veiledningen kan ta form individuelt eller i gruppe. Den personen som veileder kan få fokuspersonen til å fortelle om muligheter, begrensninger, seg selv, egen praksis og oppdage egne behov. Veiledning er derfor en etisk handling. Det er viktig at fokuspersonen er bevisst over egne grenser og velger å ta imot invitasjonen slik at personen ikke føler seg manipulert (Tveiten, 2013).

Veiledning er en istandsettingsprosess. Fokuspersonen har ansvar for å gå videre med kunnskapen, dette kan være endring av handlinger eller tanker. Veilederen sitt ansvar er å legge til rette for veiledningen for at fokuspersonene kan reflektere over egne handlinger og praksis, både faglig og etisk. Dette kan foregå gjennom spørsmålsstilling, her er det viktig at veileder stiller åpne spørsmål. Åpne spørsmål blir en slags invitasjon for at fokuspersonen kan fortelle om noe. En god veileder er nødt til å ha kompetanse, dette kan være fra studier fra høyskole eller universitet og fra erfaringer. Det å styrke mestringskompetansen til fokuspersonen er hensikten med veiledningen. Dette varierer fra situasjon og person. Å styrke mestringskompetanse vil si at fokuspersonen har kompetanse fra før, men at den kan styrkes gjennom trening, refleksjon, bevisstgjøring og fokusering. Å ha en dialog er sentralt i veiledning, og det er viktig at den baseres på humanistiske verdier og kunnskap. Humanistiske verdier innebærer respekt, likeverd, ansvar og å ville den andre vel. Kunnskap om veiledning, kommunikasjon, etikk og læring er også sentralt. En veileder skal legge til rette for at den som veiledes selv finner svarene (Tveiten, 2013; Lauvås & Handal, 2014).

Veiledning kan bidra til å forebygge utbrenthet for yrkesutøvere og skaper relasjoner mellom yrkesutøver og pasienter, bidrar til økt motivasjon, samarbeid, trygghet og selvinnsikt. Partene får også økt evne til å uttrykke emosjonell styrke, ansvarlighet og følelser. Det å bli veiledet kan oppleves som utrygt, det er derfor viktig at veileder legger til rette slik at veiledningen oppleves som trygg. Veileder og den som blir veiledet må også være bevisst på sine egne roller, ansvar, hva veiledning er og hvordan den foregår. Om ikke de ulike partene er bevisst på egne roller kan det fort bli feil (Tveiten, 2013).

Veiledning og undervisning har mange fellestrekk og målene til begge er læring.

Undervisning handler om å formidle kunnskap mens veiledning handler om at personen som veiledes skal oppdage hva personen kan og hva som bør læres. Veiledning kan i noen tilfeller inneholde undervisning (Tveiten, 2013). Som nevnt tidligere jobber vi som tannpleiere utadrettet, der vi blant annet besøker sykehjem. På sykehjem underviser vi som tannpleiere pleiepersonalet, der veiledning og undervisning er sentralt. Her er det en dialog der begge parter kan komme med innspill, det blir derfor mer som veiledning. Vi undersøker også pasientene på sykehjemmet, der veiledning av munnstell til pleiepersonalet er stor oppgave (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Helsefremmende arbeid er sentralt for alle i helsesektoren.

Her er begrepet empowerment viktig. Empowerment vil si “det å vinne større makt og kontroll over” (Mæland, 2014. s. 75).

3.3 Demens og oral helse

I dag er det rundt 71 000 personer i Norge som har en demenssykdom (Skovdahl & Berentsen, 2014). Ved en demenssykdom vil personen som rammes fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp. Redusert hukommelse og kognitiv svikt gjør det vanskelig å utføre daglige gjøremål. Symptomer som svekket oppmerksomhet, svekket forståelse, angst, depresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger, irritabilitet og aggressivitet oppstår. Dette påvirker både pasienten, pårørende og omgivelsene rundt (Skovdahl & Berentsen, 2014; Engedal & Haugen, 2009).

På grunn av svekket egenomsorg vil pasienten trenge hjelp til å ivareta sin orale helse. Det vil også i mange tilfeller være utfordrende å gjennomføre en tannbehandling, bakterier og matrester må derfor fjernes regelmessig (Strand, Lygre & Hede, 2013). Flere eldre vil beholde sine egne tenner livet ut, og helproteser blir ikke like vanlig å se. Det er vist at det er en sammenheng mellom jo flere tenner en person har, jo bedre livskvalitet. Med egne tenner kommer avansert protetikk, som blant annet kan omfatte kroner, broer, abrasjon, erosjon og gamle fyllinger som må ivaretas (Fjæra et al, 2010). Orale forandringer kombinert med redusert helsetilstand og mangelfull egenomsorg øker risikoen for infeksjoner i munnen. Dette kan ødelegge et velfungerende tannsett i løpet av bare noen måneder og lage grunnlag for livstruende sykdommer. For pasienter med demens på sykehjem er det derfor viktig at de får hjelp til å ivareta sin orale helsen når de ikke er i stand til å gjøre dette selv (Samson & Strand, 2014).

3.4 Orale aldersforandringer

På samme måte som organene i kroppen går gjennom aldersforandringer, skjer dette også i munnhulen. Et langt liv med normal funksjon fører til slitasje på tennene. Vi bruker munnen til å snakke, tygge, svelge og uttrykke følelser. Munnen er et intimt område, og det kan derfor være vanskelig å be om hjelp og å få hjelp. Kanskje den mest tydelige forandringen i munnhulen for personen er at tennene får en mer gulere og opak fargetone. Emaljen blir

hardere og sprøere, spesielt i underkjeveincisivene. Her oppstår det slitasje på tyggeflatene på grunn av tygging og bruksisme. Det er også normalt at emaljen blir lett krakelert, det vil si at sprekker i emaljen blir mer synlige på grunn av fargeemner fra mat eller tobakk. Dette vises da som brune flekker på tannoverflaten. Tannen blir mer opak og får en tett glans, ettersom sekundærdentin dannes. Pulparommet vil derfor krympe og det kan derfor bli en utfordring med endodontisk behandling. Smerteterskelen stiger ved økende alder, og eldre pasienter kan oppleve tannverk som en yngre pasient, men smertesignalene er vanligvis ikke like tydelige (Nordenram & Nordstöm, 2015; Strand, 2012).

Etter mange år med tannbørsting, periodontitt eller periodental sanering vil det forekomme blottlangte rotoverflater. Rotsementen er ofte forsvunnet, og det blir derfor dentinet som blir det ytterste laget. Rotdentin har et lavere innhold av mineraler enn i emaljen, og vil derfor tåle mindre av plakkbakterienes syreangrep. Dette sammen med høy alder, svekket egenomsorg, større inntak av medisiner og mindre selvrensende effekt av tunge, kinn og lepper på blottlagte rotoverflater øker faren for kariesangrep (Strand, 2011).

Et langt liv med tygging vil slite naturlig på tennene. Hos eldre er det vanlig å se gingival retraksjon. Det er ikke nødvendigvis noen dype gingivale lommer eller tegn på inflammasjon, men en del av rotoverflaten blir mer blottlagt og interdentalrommene åpner seg. Feil teknikk ved tannpuss er den vanligste årsaken til blottlagte rotoverflater. Blottlagte rotoverflater med frisk gingiva kan også være tegn på tidligere behandlet gingivitt eller periodontitt. Som følge av dette er det nødvendig med god interdental rengjøring for å holde det rent mellom tennene (Nordenram & Nodström).

Når en person blir eldre vil spyttkjertlenes reservekapasitet minske. Som følge av kroniske sykdommer og medisiner forekommer ofte munntørrehet. Munntørrehet påvirker både tenner, periodontium og slimhinner. Saliva er med på å beskytte munnen mot karies, periodontitt og stomatitt. Behandlingen ved munntørrehet blir derfor å bytte eller seponere legemidler, økt stimulering og tygging ved hjelp av tyggetabletter eller spray og rikelig med væske (Nordenram & Nordstöm, 2015; Mensen, 2014).

3.5 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet “communicare” og vil si å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller deltakliggjøre. Det kan i enkelt form defineres som å utveksle meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kan brukes gjennom ord, tegn, signaler og ansiktsuttrykk. Måten vi kommuniserer spiller en stor rolle for hvordan budskapet blir tolket (Eide & Eide, 2007).

3.6 Helseutdanninger

De som jobber på sykehjem i Norge er utdannet sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er også mulig å utdanne seg som helsefagarbeider (Samson, Iversen & Strand, 2010). Det er flere som jobber på sykehjem, men vi velger i denne oppgaven å fokusere på sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

3.6.1 Sykepleier

Sykepleierutdanningen er en treårig bachelorgrad. Sykepleiestudiet har fokus på pleie til mennesker med ulike former for sykdommer og helsesvikt. Det er fokus på å ivareta pasientens grunnleggende behov. Helsefremmende og forebyggende arbeid er også en stor del av yrket (Høgskolen i Innlandet s.a.).

3.6.2 Vernepleier

Vernepleierutdanningen er også en treårig bachelorgrad. En vernepleier jobber med å hjelpe mennesker med sosiale utfordringer og helseutfordringer. Vernepleieren øker menneskers livskvalitet gjennom miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. De jobber med personer med utviklingshemming, fysiske funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, rusproblem og alders demens (Kunnskapsdepartementet, 2016).

3.6.3 Helsefagarbeider

Helsefagarbeider er en videregående utdanning på to år etterfulgt av to år i lære. En helsefagarbeider jobber med mennesker i alle aldre og arbeidsoppgavene varierer. De skal

kunne hjelpe pasienten med daglige gjøremål og bidra i folkehelsearbeid ved å forebygge ensomhet, bidra til mestring og tilrettelegge et aktivt liv (Kunnskapsdepartementet, 2016).

3.7 Oral helse for pleiepersonell på sykehjem

Det vises i flere studier at den orale helsen hos pasienter på sykehjem ikke er tilstrekkelig (Sonde, Emami, Kiljunen & Nordenram 2011; Wårdh et al. 2011; Kullberg, Sjögren, Forsell, Hoogstraate, Herbst & Johansson, 2010; Samson et al. 2010). De vanligste faktorene for at munnstell blir nedprioritert er mangel på tid, kunnskap, evner, fravær av utstyr, manglende samarbeid fra pasienter og rutiner. Noen opplever det som ubehagelig å utføre munnstell, dette kan være på grunn av at munnen er en av kroppens mest intime soner og dårlig lukt (Samson & Strand, 2014). I følge Helsepersonelloven (1998, §4 & 39) har helsepersonell krav til å gi faglig og forsvarlig omsorgsfull hjelp til pasientene, helsehjelpen skal også dokumenteres i journalen til pasienten. Det vises at pleiepersonell har for lite kunnskap om hvor viktig den orale helsen er, og den blir derfor nedprioritert. Dette gir inntrykk om at det ikke blir gitt god nok opplæring innen oral helse under utdanningen til de forskjellige helseutdanningene (Sonde et al. 2011).

I følge forskningsartikkelen *Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia (2011)* er mange av pasientene med demens på sykehjem avhengige av at pleiepersonell ivaretar deres orale helse. Dette er fordi mange ikke er i stand til dette selv. Om ikke dette prioritert av pleiepersonalet står den orale helsen i fare (Sonde et al. 2011).

Nedprioritering av den orale helse kan medføre at det blir vanskeligere for pasienten å spise, vektnedgang, vanskeligere å snakke, få i seg næring, oppførselen kan forandre seg, endring av tilstedeværelse og i sosiale settinger. Det er viktig for pleiepersonell at de har kunnskap om hvor stor betydning en god oral hygiene er for pasienten, da dette gjelder livskvaliteten til pasienten. Vi vet at munnstellet kan bli komplisert i møte med en pasient med demens, da pasienten kanskje ikke forstår hva som skjer og derfor blir aggressiv (Sonde et al. 2011).

I forskningsartikkelen gjort av Sonde et al. (2011) er grunnen til at pleiepersonellet nedprioriterer munnstellet hos pasienter med demens at de har dårlig tid, det er for lite

personell på jobb, noen av pasientene nekter å bli utført munnstell på og pleiepersonell som ikke vil utføre munnstell. I resultatet av den artikkelen kommer det frem tre hovedgrupper: kunsten av omsorg, barrierer og behandlingsstrategi. Kunsten av omsorg ble drøftet i tre perspektiver: pasientens integritet, trivsel og de ansattes kunnskap om demens. Her kom det frem at pasientens autonomi og verdi er viktig. På barrierer ble det fastslått at munnstell var et vanskelig element. Her var det to temaer som sto sentralt: mangel på tid og pasienter som motsetter seg hjelp til munnstell. Deltakerne diskuterte hva de skulle gjøre når pasienten nektet å samarbeide og hvordan gjennomføre en sårn situasjon når den oppsto. Noen mente å ikke gi opp og heller prøve å overtale pasienten og prøve igjen. Andre ga opp når de møtte motstand. Deltakerne kom frem til tre behandlingsstrategier: bør prøve å utføre munnstell med god tålmodighet, behandlingen bør bli utført med fysisk hjelp eller gi opp og dokumentere dette i journalen.

Studien viser at hvem som har ansvaret for den orale hygien er uklart. Sykepleierne anser ikke seg selv som hovedansvarlig, men at alle har ansvar. Omsorgsarbeidere anså seg selv som å være ansvarlig for den orale helsen til pasientene som en del av omsorgsarbeidet (Sonde et al. 2011).

I en annen forskningsartikkel gjort av Wårdh et al. (2012) kommer det også frem at munnstellet blir nedprioritert. Her viste det seg at 89% av pleiepersonalet som var med på undersøkelsen mente at munnstell var en viktig del av god sykepleie. 60% mente at munnstell var vanskelig å utføre på pasientene og 80% mente at den største utfordringen var når pasientene ikke var samarbeidsvillige. Av de deltakerne som var med på undersøkelsen mente halvparten at det å miste tenner var en del av å bli eldre. Her så de bort i fra om tennene ble ivaretatt eller ikke. Pleiepersonalet hadde kunnskap om fluor og sammenhengen mellom sukker, tid og plakk som fører til karies, men var usikre når det gjaldt gingivitt. De børstet mer forsiktig når gingiva blødde istedenfor å børste mer for å stoppe inflammasjonen. Pleiepersonalet mente også at det var greit hvis pasientene sov med protese, dette tyder på at de ikke har god nok kunnskap om at dette kan føre til Candida og sår i munnhulen. Det å miste tenner er heller ikke en naturlig del av aldringsprosessen (Nordenram & Nordström, 2015).

Når pleiepersonalet ble spurt om hva de mente var en viktig faktor til at de skulle ha mer kunnskap om oral helse var det mer tid med pasienten, hjelp fra tannhelsepersonell, praktisk hjelp fra tannhelsepersonell og teoretisk trening (kunnskap). Det viste i undersøkelsen at det

kun var 1/3 som hadde fått opplæring i munnstell. Pleiepersonalet mente munnstell var den vanskeligste delen med stellet. Det er viktig at oral helse i form av undervisning/ opplæring er tilgjengelig for pleiepersonalet. Pleiepersonalet kan trenge hjelp til det daglige munnstellet og her kan tannpleiere være til god hjelp. I begge disse forskningsartiklene kommer det godt frem at den orale helsen til pasienter på sykehjem kan forbedres og at pleiepersonalet selv ser at det er forbedringspotensiale (Sonde et al. 2011; Wårdh et al. 2012).

I følge Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) står det at de som har ansvaret for å forebygge den orale helsen til sykehjemsbeboerne er de som er ansatt gjennom kommunen på sykehjemmet. Et forebyggende helsearbeid handler om salutogenese og å hindre det patogene (Mæland, 2014). Det er pleiepersonalet som jobber på sykehjemmet som har ansvar for å opplyse pasientene om at de har gratis tannhelsetilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette tilbudet gjelder for de beboerne som har oppholdt seg i institusjon i 3 måneder eller mer. Viser til lov om Tannhelsetjenesten (1984).

Både oral helse, generell helse og livskvalitet har en stor sammenheng (Sonde et al. 2011). Er munnhulen utsatt for en infeksjon vil dette føre til at immunforsvaret hele tiden må jobbe med å holde infeksjonene i sjakk. Dette påvirker da den generelle helsen. På grunn av disse infeksjonene i munnhulen øker sannsynligheten for at mikroben kan lage infeksjoner andre steder i kroppen. Dette er da uheldig for de pasientene som allerede bor på sykehjem og er lett mottakelige for infeksjoner. Det er tidligere blitt vist i undersøkelser av pasienter på sykehjem som har dødd av lungebetennelse, at dette kommer av orale bakterier i lungene. Av de som dør av lungebetennelse på sykehjem er det ¼ som har fått påvist orale bakterier i lungene (Øilo & Bakken, 2012). Dette er en svært viktig grunn til at pleiepersonell må se viktigheten i munnstellet til pasienten. Spesielt da når kanskje ikke pasienten selv er i stand til å ta vare på seg selv og sin egen orale helse (Sonde et al. 2011).

88% av skolene som var med på undersøkelsen til Samson et al. (2010) brukte sykepleiere til å undervise i oral helse, kun 31% brukte tannpleiere og tannleger. De 15 skolene som ble utelatt fra undersøkelsen hadde ikke med oral helse i undervisningsplanen dette var hjelpepleier og omsorgsutdanninger. Det viste seg at utdanningene på høgskolenivå stilte sterkest når det gjaldt pensumlitteratur. Kun en av bøkene som ble brukt av pensumlitteratur inneholdt sammenhengen mellom generell og oral helse. Det er derfor sykepleier studiet som får mest undervisning både praktisk og teoretisk.

3.8 Tannpleierens rolle

Som tannpleiere jobber vi med helsefremmende og forebyggende arbeid når det kommer til utadrettede tiltak. Forebyggende tiltak skal prioriteres mer enn behandlende tiltak, dette står fastsatt i Tannhelsetjenesteloven (1984). Det er tannpleier eller tannlegens ansvar å legge til rette for å besøke beboerne. Viser her til Tannhelsetjenesteloven (1984). Her kan vi undersøke munnhulen til pasienten og pleiepersonell har mulighet til å stille spørsmål om de har oppdaget noe uvanlig i munnen. Dette kan da være Candidose, karies, gingivitt og mobile tenner. Det kan også være mer alvorlige funn som svulst og leukoplaki. Det varierer fra sted til sted hvor mye tannpleieren jobber utadrettet på sykehjem (Solheim & Søland, 2010).

I undersøkelsen til Kullberg et al. (2010) ble det målt gingival blødning og plakk på pasientene både før og etter undervisningsprogrammet til pleiepersonalet. Dette viste en stor forbedring av den orale hygien til pasienter på sykehjem. Vi kan sammenligne denne målingen med belegg- og slimhinneindeks målingene vi bruker i praksis på sykehjem. Ved denne målingen måler vi først beleggindeks for tenner og proteser, der det er intet, såvidt synlig, moderat eller rikelig med belegg. Det blir deretter målt slimhinneindeks der det er normal, mild inflammasjon, middels inflammasjon og sterk inflammasjon. Dette blir en sum som forteller om pasienten har bra/akseptabel, ikke akseptabel eller dårlig status (Henriksen, Ambjørnsen & Axéll, 2005).

3.9 Lovverk og ansvar

Det finnes ulike lover og forskrifter for pasienter på sykehjem som skal ivareta den orale helsen til pasienten. Dette er viktige lover og forskrifter som alle pleiepersonell med ansvar på sykehjem skal ha kunnskap om. De lovene og forskriftene vi mener her er Tannhelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

I lov om tannhelsetjenesten (1984, §1-3) har gruppe C krav på gratis tannbehandling. Denne gruppen består av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Alle de gruppene som er nevnt i loven har krav på nødvendig tannhelsehjelp.

I følge lov om Helsepersonell (1999) har helsepersonell en individuell plikt til å ivareta pasientens helse. Loven skal bidra til sikkerhet, kvalitet og tillit for pasienten. Den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal. Om pasienten motsetter seg helsehjelp når det kommer til tannpuss og ikke har tvangsvedtak skal det føres som avvik i journalen (2001, kapittel 8, §39-40).

Lov om Pasient- og brukerrettigheter (1999) kapittel 4 A §4A-1 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp har som formål å «yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang». Samtykkekompetanse vil si pasienten sin kompetanse til å ta avgjørelser når det kommer til sitt eget liv (Strand et al. 2013). Denne loven ble iverksatt 1. Januar 2009 og er da relativt ny. Det er viktig både for tannpleiere og pleiepersonalet at de har kjennskap til loven (Brodtkorb, 2014).

I Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) har de som er ansatte i kommunens sykehjem ansvaret for den forebyggende tannhelsen til pasienten. Her er det fokus på selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Pleiepersonalet har også ansvar for at pasienten får tilbud om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Hensikten med denne forskriften er at den skal styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene og tilfredsstillende de grunnleggende behovene til pasienten. Her kommer da oral helse inn som et grunnleggende behov.

3.10 Etikk

Etikk handler om hvordan vi som mennesker er med hverandre, verdier, moral, hvilke ulike holdninger vi har og hvilke ulike oppfatninger vi har om hva som er rett og galt. For oss som jobber innen helse- og sosialfag er hovedfokuset for oss den normative etikken. Det vil si det som tar stilling til rett og galt. For oss som tannpleiere er det de yrkesetiske retningslinjene som kommer inn under normativ etikk. Innen etikken for helseprofesjonene er det velgjørighet (å ville det beste for pasienten), ikke skade, autonomi (selvbestemmelse) og rettferdighet som spiller en stor rolle (Lingås, 2008).

4 Drøfting

I tannpleieryrket jobber vi helsefremmende og forebyggende. I følge lov om Tannhelsetjenesten (1984) er eldre i institusjon en prioritert gruppe. De ansatte på sykehjem har ansvar for å ivareta den generelle helsen til pasientene, noe som innebærer den orale helsen (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten (2003). I et tverrprofesjonelt samarbeid samles kunnskap og erfaringer av ulike yrkesgrupper for å nå et felles mål (Willumsen & Ødegård, 2016). For å svare på problemstillingen har vi valgt å drøfte tre forskjellige punkter: Tverrprofesjonelt samarbeid, veiledning og oral helse.

4.1 Tverrprofesjonelt samarbeid

Som nevnt tidligere er det mange begreper på norsk, skandinavisk og internasjonale arenaer som blir brukt om tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er begreper som “tverrfaglig”, “tverrprofesjonelt”, “tverrtatlig”, “flerfaglig”, “fellesfaglig”, “interdisiplinær”, “cross professional”, “shared learning”, “interprofessional”, “interdepartemental”, “collaboration” og “joint working” (Willumsen & Ødegård, 2016). I likhet med Willumsen og Ødegård (2016) mener vi at de ulike profesjonene skal kunne samarbeide på tvers av sine yrker og at det er nødvendig å ha kunnskap om hva et tverrprofesjonelt samarbeid går ut på. I et tverrprofesjonelt samarbeid jobber de forskjellige profesjonene sammen og fokuset er pasienten sitt beste. Gjennom samarbeid mellom tannpleier og pleiepersonell kan vi komme frem til hva som er best for pasienten sin orale helse og hvilke tiltak som må iverksettes. Vi lærer derfor av hverandres kunnskap og erfaringer. Det kan være krevende å jobbe med andre profesjoner, det er derfor viktig at det er fokus på pasienten sitt beste og respekt for hverandre. Et tverrprofesjonelt samarbeid kan by på utfordringer, ved å ikke respektere hverandre vil da fokuset gå bort fra pasienten sitt beste.

I *Current Perceptions of the Role of Dental Hygienists in Interdisciplinary Collaboration* (Jaecks, 2009) er det fokus på hvor viktig et tverrprofesjonelt samarbeid er for oss tannpleiere. Det var to hovedgrunner til at tannpleierne ikke tok mer initiativ til tverrprofesjonelt samarbeid, det var lite tid og de mente tverrprofesjonelt samarbeid ikke er en vanlig rolle for tannpleiere. Fra erfaringer i praksis opplever vi det samme. Det er derfor nødvendig at det er fokus på å være effektiv i arbeidet og å få mer fokus på tverrprofesjonelt samarbeid tidligere. Jaecks (2009) mener at det kommer til å bli et større fokus på tverrprofesjonelt samarbeid i

fremtiden. Vi mener også at det skal være til nytte at vi som tannpleiere fokuserer mer på å jobbe mer med andre profesjoner. For at dette skal fungere er det også viktig at pleiepersonalet er villige til å samarbeide.

I likhet med Samson & Strand (2014), Jaecks (2009) og Sonde et al. (2011) opplever vi at det er flere faktorer som gjentar seg når det kommer til at tannpuss er en nedprioritert oppgave. Dette er mangel på tid, kunnskap og samarbeid. Som nevnt i innledningen øker stadig levealderen, flere beholder egne tenner og forekomsten av demens øker med alderen. Dette vil da si at det blir en økning av personer med demens. Ved at flere personer får demens vil dette føre til at det blir mer travelt for pleiepersonalet på sykehjem. Helprotese er ikke lenger vanlig å se, det vil derfor føre til mer avansert protetik, som vil ta lengre tid og være mer krevende for pleiepersonalet å rengjøre (Fjæra et al. 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Etter egne erfaringer i praksis på sykehjem har vi opplevd at det er travelt ved morgenstell og kveldsstell og det blir derfor ikke tid til å prioritere tannpuss. Det kan se ut som pleiepersonalet ser på tannpuss som en typisk rutine som skal bli utført ved morgen- eller kveldsstell, og tenker derfor at tiden de har til overs ellers på dagen ikke kan bli brukt til dette. På en annen side har pleiepersonalet i følge Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten (2003) ansvar for at den generelle helse til pasienten blir ivarett. Vi diskuterte med pleiepersonalet at det er mulig om tannpussen blir utført på en annen tid av døgnet, og det er bedre at tannpuss blir utført midt på dagen enn om det ikke blir utført i det hele. Det er ofte pasienter motsetter seg hjelp til munnstell, de er derfor avhengig av at pleiepersonalet iverksetter tiltak slik at den orale hygien blir ivarett. Vi som tannpleiere har en viktig jobb her med å opplyse om hvor viktig oral hygiene og Fluor er. Eventuelle tiltak her kan være tannpuss en annen tid på døgnet og mer bruk av Fluortabletter. For å få en oversikt over om tannpuss er blitt utført kan det også være et tiltak å ha en liste for alle pasienter der det blir skrevet opp om tannpuss er blitt utført om dagen eller ikke. Dette vil da gjøre at det kanskje blir bedre rutiner for tannpuss, og at det blir vanskeligere å “snike” seg unna utførelsen av tannpuss. Om tannpuss ikke blir utført skal dette da bli skrevet som et avvik i journalen til pasienten. Viser her til Helsepersonelloven (1999).

I Jaecks (2009) sin forskningsartikkel blir det fortalt at kunnskap er en viktig faktor i et tverrprofesjonelt samarbeid. De ulike profesjonene kombinerer kunnskap og erfaringer for å komme frem til et felles mål. I følge egne erfaringer har tannpleieren god kunnskap om tannhelse, mens pleiepersonalet har god kunnskap om selve pasienten. Vi mener at deling av

disse kunnskapene og erfaringene vil da kunne være til stor hjelp når det kommer til pasienten sitt beste. I følge Jaecks (2009) mener pleiepersonalet de har for lite kunnskap om tannhelse, og det blir derfor nedprioritert. En av grunnene til dette kan være at det er for lite undervisning om tannhelse i utdanningen. Det kan også være at vi som tannpleiere ikke er gode nok til å avtale med overordnede på sykehjemmene for å dele vår kunnskap om oral helse. I undersøkelsen til Wårdh et al. (2012) mente halvparten av pleiepersonalet i undersøkelsen at det å miste tenner var en del av å bli gammel, sett bort ifra om tennene ble ivaretatt eller ikke. Alderdom har i mange år vært forbundet med tap av tenner, men det å miste tenner er ikke en del av den naturlige aldringsprosessen (Nordenram & Nordström, 2015). 89% av pleiepersonalet i undersøkelsen til Wårdh et al. (2012) mente at tannpuss var en viktig del for et godt stell. Deltakerne hadde kunnskap om karies, plakk og Fluor, men manglet kunnskap om gingivitt. De børstet mer forsiktig ved blødende gingiva og mente at det var greit at pasientene sov med proteser (Wårdh et al. 2012). I følge egne erfaringer fra praksis har pleiepersonalet lite kunnskap om proteser, både når det gjelder renhold og bruk. Vi erfarte i praksis på sykehjem at pleiepersonalet ikke var klar over at en pasient hadde protese. De hadde derfor ikke fått rengjort protesen tilstrekkelig godt nok. Da vi fikk ut protesen hadde pasienten smerter og gingiva var inflammet. I likhet med Wårdh et al (2009) mener vi dette tyder på mangel på kunnskap, og dette er noe som pleiepersonalet bør ha kjennskap til. Ved blødende gingiva tyder det på at det er en inflammasjon, og for at gingivitten skal gå bort er det nødvendig med grundig tannpuss. På en annen side er det forståelig at når en pasient blør i munnen, vil pleiepersonalet gjøre det som de tror er best for pasienten, altså å børste mer forsiktig eller la være å utføre tannpuss. Dette vil da få negative konsekvenser for pasienten sin orale helse fordi det kan føre til smerte og tap av tenner (Nordenram & Nordström, 2015). Vi mener derfor at det er viktig at oral helse er en del av undervisningen til alle pleiepersonell, og at vi som tannpleiere har et ansvar i å veilede rundt dette emnet.

Vi er av den oppfatning at alle eldre har rett på å ha en god tannhelse ut livet, uavhengig om de bor hjemme eller på sykehjem. For pasienter med demens på sykehjem blir oral helse en oppgave som de fleste pasienter ikke klarer å håndtere selv (Skovdahl & Berentsen, 2014). Vi mener derfor det er viktig at de får hjelp til dette for å ha en så god oral helse som mulig. Det er da pleiepersonalet som jobber på sykehjem som har ansvar for å blant annet ivareta den orale helsen (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten, 2003). Noen mener at munnen er et intimt område, og opplever det som ubehagelig å utføre munnstell (Skovdahl &

Berentsen, 2014). Det er viktig at vi som tannpleiere har forståelse for at det kan være ubehagelig å utføre munnstell og respekterer pleiepersonalet. Dette påpeker også Willumsen & Ødegård (2016). Samtidig er det nødvendig at vi forteller hvor viktig det er med et godt munnstell og konsekvensene med et manglende munnstell. Om pleiepersonalet får en større forståelse på hvorfor dette er viktig og konsekvensene som kommer med manglende munnstell vil de kanskje forbedre dette. For å oppnå dette er det nødvendig med et godt samarbeid mellom tannpleiere og pleiepersonalet (Willumsen & Ødegård, 2016).

Samarbeid mellom tannpleier og pleiepersonell er viktig for at pasienten skal få hjelp til å ha en god oral helse (Jaecks, 2009). Vi er av den oppfatning av at det er viktig at det blir utført avtale med overordnede på sykehjem med jevne mellomrom for å få til et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Hensikten med et tverrprofesjonelt samarbeid i denne sammenheng er at den orale hygien til pasienten blir best mulig ivaretatt og at de får hjelp til det de har rett på. I følge Tannhelsetjenesteloven (1984) har pasienter på sykehjem rett til gratis oppfølging av Den offentlige tannhelsetjenesten. I følge forskriften “kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene” (2003) beskrives det at ansatte på institusjoner har ansvaret for at den orale hygien blir ivaretatt. Det er derfor nødvendig med et samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten for at pasienten skal få de tilbudene de trenger. Derfor mener vi at det er viktig at vi som tannpleiere og pleiepersonalet har god nok kunnskap om denne loven. Er ikke kunnskapen tilstrekkelig nok vil dette gå utover pasientens orale helse. Dette gjelder spesielt pasienter med demens, siden de trenger hjelp til egenomsorg, ettersom dette kan falle bort ved sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Vår erfaring er at vi har opplevd et godt samarbeid med sykepleierstudenter gjennom studietiden, dette i praksis og på høgskolen. På høgskolen har vi hatt undervisningsopplegg gjennom praktiske øvelser og teori til de med fokus på oral helse, der de har kunnet stille spørsmål underveis. I praksis var vi med de under munnstell på en demensavdeling, og hadde samtale der vi diskuterte det vi hadde observert. Vi fikk da lære mye av sykepleiestudentene om hvordan vi skal forholde oss til pasienter med demens og ulike utfordringer som oppstår. Vi dannet da et godt grunnlag for et tverrprofesjonelt samarbeid før vi går ut i arbeid. Tilbakemeldingene på undervisningsopplegget var gode, og sykepleierstudenten kunne fortelle i ettertid at de var blitt mer opptatte av å utføre så godt munnstell som mulig til alle pasienter i praksis. Det er likevel et forbedringspotensiale for å styrke den orale helsen hos

pasienter med demens på sykehjem. Vi har erfart i praksis at pleiepersonalet har mangel på kunnskap om pasienter sine rettigheter og behov for tannhelse. Det er derfor uheldig at dette da skal gå utover pasienter med demens som kan ha redusert evne til å ta vare på seg selv. Pleiepersonalet kan være usikre på hva de skal se etter, hva som er rett og galt når en pasient ikke vil pusse tennene og konsekvensene av et dårlig munnstell.

4.2 Veiledning

En stor del av veiledningen vi som tannpleiere gir til pleiepersonalet går gjennom bruk av undervisning i veiledning. Her formidler vi kunnskap og målet med veiledning er å styrke mestringskompetansen til den som veiledes. Veiledningen kan foregå gjennom dialog eller ved praktiske øvelser. Her kan vi lære av hverandre gjennom erfaringer og kunnskap (Tveiten, 2013). Gjennom veiledning kan vi utveksle erfaringer fra pleiepersonalet om deres erfaringer om demens og våre kunnskaper om viktigheten av oral helse. På en annen side kan det også bli sett på som unødvendig bruk av tiden deres hvis de ikke får tilstrekkelig veiledning på viktigheten av oral helse. Det er viktig at det blir fokus på at vi vil hjelpe dem, og at vi begge har ansvar for at den orale helsen til eldre blir ivaretatt. For at denne skal bli ivaretatt er det derfor nødvendig med et godt tverrprofesjonelt samarbeid og god veiledning. Vi mener det er viktig at dette blir tatt på alvor, og munnen blir sett på som en del av den generelle helsen.

Som tannpleiere har vi i følge Tannhelsetjenesteloven (1984) ansvar å jobbe helsefremmende og forebyggende. Det blir derfor vårt ansvar å avtale med sykehjemmene for å undersøke pasienter og veilede pleiepersonalet. Vi har erfart i praksis at det varierer mye fra sted til sted hvor mye kontakt tannpleieren har med sykehjemmene. På noen plasser kunne vi besøke sykehjemmene opptil to ganger i måneden, og andre plasser mye sjeldnere på grunn av tidspress. Det kan oppleves som at det ikke settes av nok tid til tverrprofesjonelt samarbeid. Vi har selv erfart at vi har gjort en avtale med ledelsen på sykehjem om å holde et undervisningsopplegg, men de har unnlatt å møte til avtalt tid. Dette kan gjøre at vi som tannpleiere mister tilliten til pleiepersonalet og det vil derfor påvirke det tverrprofesjonelle samarbeidet som vi har for å styrke den orale helsen til pasienten. Det er derfor viktig at pleiepersonalet også tar dette på alvor. Om vi som tannpleiere ikke tar ansvar for dette vil det

gå utover pasienten og samarbeidet med pleiepersonalet. Vi mener derfor det er viktig at vi som tannpleiere har god kontakt med sykehjemmets ledelse og får gode rutiner.

Som nevnt tidligere brukte 88% av skolene sykepleiere til å undervise i oral helse og munnstell og 31% brukte tannhelsepersonell (Samson et al. 2010). Vi kan se på det som en fordel og en ulempe at det blir brukt mest sykepleiere. Sykepleiere har mer kunnskap om hele pasienten og hverdagsrutiner (Høgskolen i Innlandet s.a.), de har derfor en større fordel enn tannpleiere som ikke kjenner pasienten like godt. På den andre siden har tannhelsepersonell mer kunnskap om oral helse enn sykepleiere, det kan derfor tenkes at det vekkes større interesse og forståelse enn hos forelesere med en sykepleierutdanning. Som nevnt tidligere har vi opplevd god respons fra sykepleiestudenter etter undervisningsopplegg, og vi kan tolke det som at de får mer ut av å bli undervist av en annen yrkesgruppe. Et tiltak i undervisningen kan være at teori og praksis går sammen ved at de får prøve seg på å utføre munnstell på hverandre, både på pasienter som sitter og er sengeliggende. Vi kan da veilede de i ulike teknikker som gjør det lettere å utføre munnstell. De vil da også få en bedre forståelse over hvordan det er å være pasienten i en slik situasjon. Vi mener derfor at et tverrprofesjonelt samarbeid mellom sykepleiere og tannhelsepersonell i undervisning hos sykepleierstudenter kan være med på å styrke deres holdninger til oral helse hos pasienter på sykehjem.

Studien til Samson et al. (2010) konkluderte med at utdanningene ga nok kunnskap. Dette tilsvarer ikke det vi har opplevd i praksis. På den andre siden kan det virke som utdanningen ikke fokuserer på sammenhengen mellom den orale og den generelle helsen. Det kan derfor se ut som studentene ikke forstår alvoret med å ta vare på den orale helsen til pasienter på sykehjem. Mange av pleiepersonalet i studien til Samson et al. (2010) mente at oral helse var viktig i utdanningsprogrammet og omtrent halvparten mente at innholdet i undervisningen var godt nok. Vi mener derfor at innholdet i undervisningen bør være relevant, og at det bør være mer fokus på at oral helse er en del av den generelle helsen. Ved dette vil kanskje sykepleierne få en større forståelse av hvor viktig den orale helsen er.

I undersøkelsen til Sonde et al. (2011) kom det frem at deltakerne var usikre på hvem som hadde ansvaret for den orale hygien til pasienter på sykehjem. I følge Helsepersonelloven (1999, §4) har all helsepersonell ansvar for at pasienten får hjelp, dette gjelder også munnstell. 15 skoler som utdannet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere ble utelatt fra undersøkelsen fordi oral helse ikke var en del av utdanningsplanen (Samson et al. 2010). Vi

mener at oral helse bør være en del av utdanningen til alle helsepersonell som arbeider med pasienter med nedsatt egenomsorg. Dette for at de skal forstå viktigheten med godt munnstell før de går ut i arbeid. Vi opplevde i sykehjemspraksis at det var for det meste var omsorgsarbeiderne som utførte munnstell morgen og kveld, mens sykepleierne hadde et mer overordnet ansvar, med blant annet medisiner og sårstell. Under veiledning med de ansatte på sykehjem har vi opplevd at det for det meste er sykepleiere som er med oss. Vi mener at det er viktig at alle ansatte på sykehjem får like mye veiledning av oss som tannpleiere. Som vi har opplevd er det omsorgsarbeiderne som har mest kontakt med pasienten, og vi mener derfor at denne yrkesgruppen burde komme mer i fokus med tanke på veiledning. På den andre siden kan dette også være en god måte å veilede på, der vi veileder sykepleierne slik at de kan formidle dette videre til de ansatte på sykehjemmet.

En annen mulighet for at munnstell skal bli mer prioritert kan være å ha en tannkontakt på hver avdeling. Dette har vi sett på noen sykehjem. Fordelen med å ha en tannkontakt mener vi kan være at det tverrprofesjonelle samarbeidet går direkte via tannpleier og tannkontakten. Etter egne erfaringer har vi opplevd dette som positivt. En tannkontakt vil da ha ansvar for å skaffe utstyr og hjelpemidler til tannpuss for pasienten. Vi mener dette er positivt fordi da vil det ikke bli uklart hvem som har ansvar for disse oppgavene. Vi har da en person å forholde oss til, noe som kan gjøre det lettere både for oss og for pleiepersonale å stille spørsmål. På en annen side kan dette bli negativt fordi de ansatte kan tenke at de får et mindre ansvar når det kommer til tannpuss, og vil derfor overlate alt ansvar til tannkontakten. Det vil også være viktig at den personen som blir tannkontakt ser viktigheten med dette og er villig til å ta ansvar og ha et godt tverrprofesjonelt samarbeid med oss som tannpleiere. Selv om det er en tannkontakt på hver avdeling, har fortsatt alle ansatte ansvar for å ta vare på den orale helsen til pasientene, det er derfor viktig at tannkontakten ikke blir misforstått eller at ansvaret til tannkontakten blir misbrukt (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, 2003).

Etikk er sentralt i veiledning (Tveiten, 2013). Vi har gjennom studiet arbeidet en del med etikk og hvilke etiske dilemmaer vi kommer til å møte i arbeidslivet. Som nevnt tidligere er det forskjellige etiske prinsipper som er viktige: velgjørenhet/ikke skade, autonomi og rettferdighet. Autonomi- og velgjørenhet er noe som vi mener alle helsepersonell skal ha kunnskap om. Vi kan da tenke oss hvor stor nytteverdien er av tannpuss sett opp mot en reaksjon hos pasienten som motsetter seg helsehjelp. Velgjørenhet handler om å ville det beste for pasienten. Ofte kan velgjøringsprinsippet komme i konflikt med pasientens rett til

autonomi. Om pasienten motsetter seg helsehjelp kan det være vanskelig å følge begge prinsippene. Dersom det ikke blir utført munnstell fordi pasienten motsetter seg helsehjelp, vil pasienten beholde sin autonomi, men velgjørhetsprinsippet vil bli brutt (Lingås, 2008). Ved et godt tverrprofesjonelt samarbeid mellom tannpleiere og pleiepersonell gjennom veiledning mener vi at det er mulighet for diskusjon og deling av erfaring slik at pasienten sin orale helse blir ivaretatt med både autonomi- og velgjørhetsprinsippet. Vi har erfart i praksis at pleiepersonalet har mer fokus på å ivareta pasienten sin autonomi, mens vi som tannpleiere er mer opptatt av velgjørhetsprinsippet. Kanskje dette er fordi pleiepersonalet kjenner pasienten best og vil derfor at pasienten skal bestemme mest mulig, eller så kan det være at de ikke har kunnskap nok om de orale konsekvensene ved manglende munnstell. Vi som tannpleiere har mye kunnskap om dette, og vet derfor konsekvensene som kan oppstå. Vi mener derfor at det er viktig for tannpleiere og pleiepersonalet å tenke på autonomi og velgjørhetsprinsippet.

Empowerment, som vil si “det å vinne større makt og kontroll over” (Mæland, 2014. s. 75) er viktig i veiledning for at fokuspersonen skal kunne føle seg sett, hørt og respektert. På den andre siden kan det bli negativt ved at fokuspersonen får for mye makt, dette vil da påvirke veiledningen negativt (Mæland, 2014).

4.3 Oral helse

I følge Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten (2003) har pleiepersonalet ansvar for at pasientene får ivaretatt sine grunnleggende behov. De er derfor pliktig til å ivareta den orale helsen til pasientene. Pasienter med demens vil gradvis miste evnen til å utføre daglige gjøremål og mange blir til slutt avhengig av hjelp fra andre. Her kan det oppstå vanskeligheter ved å ivareta en frisk munn. Det er derfor helt nødvendig med hjelp til utførelse av munnstell (Skovdahl & Berentsen, 2014). Etter egne erfaringer i praksis har vi opplevd at munnstell ikke blir tatt nok på alvor av pleiepersonalet. Det er ikke lenger like vanlig med proteser som det var før, og som nevnt tidligere beholder flere egne tenner livet ut. Vi ser på det å beholde egne tenner som en ulempe og en fordel. Med egne tenner kreves det mer vedlikehold, noe som da blir pleiepersonalet sin oppgave å ivareta når pasienten ikke er istand til å utføre dette selv. Å beholde egne tenner livet ut innebærer en bedre livskvalitet dersom personen har en god oral helse (Fjæra et al, 2010; Strand, 2011). Vi spør derfor oss selv, er det virkelig en fordel at

flere beholder sine egne tenner livet ut hvis ikke pleiepersonalet er i stand til å holde den orale helsen vedlike når pasienten blir avhengig av hjelp? Det er derfor viktig at pleiepersonalet ivaretar pasienten sin orale helse slik at det å beholde egne tenner skal være en fordel, og ikke en ulempe.

I likhet med Sonde et al. (2011) sier også Wårdh et al. (2012) at egne tenner krever svært godt munnstell og dette er en utfordring for pleiepersonalet. Vi har erfart i praksis at flere pasienter med demens har egne tenner og pleiepersonalet er i noen tilfeller usikre på om pasienten har egne tenner eller protese. Denne erfaringen var urovekkende for oss og vi mener her at mangel på samarbeid mellom profesjoner, mangel på kunnskap og rutiner er mulige årsaker til dette. Pasientene har rett på å få opprettholde en god oral hygiene, og det er derfor pleiepersonalet og vi som tannpleiere som har ansvar for at kunnskapen, rutinene og et godt tverrprofesjonelt samarbeid er på plass (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Vi mener at pasienter skal få kunne beholde sine egne tenner livet ut, uten at det skal få konsekvenser på grunn av mangel på rutiner, kunnskap og samarbeid. Kanskje tannpleiere ikke har god nok forståelse for hvordan arbeidshverdagen til pleiepersonalet er og at det er for lite kunnskap om utfordringene som oppstår når en pasient med demens motsetter seg helsehjelp? Vi opplevde i praksis på sykehjem at arbeidshverdagen til pleiepersonalet var travel og spesielt i stellsituasjonen var det mangel på pleiepersonell. Dette gikk derfor ut over munnstellet. Etter egne erfaringer kan munnstell ta lang tid, dette kan være på grunn av pasienter som ikke er samarbeidsvillige og at det tar generelt lengre tid for eldre å utføre daglige gjøremål. Det er viktig at pleiepersonalet tar denne oppgaven på alvor og er klar over konsekvenser et dårlig munnstell kan gi. Et dårlig munnstell kan føre til at pasienten får problemer med å spise, snakke, går ned i vekt og forandrer oppførsel (Sonde et al. 2011). Dette påvirker da den generelle helsen og det vil gå utover pasienten, pårørende og omgivelsene rundt (Engedal & Haugen, 2009). Dette danner grunnlag for et tverrprofesjonelt samarbeid mellom oss som tannpleiere og pleiepersonalet som jobber på sykehjem med mål om å forbedre den orale helsen.

I følge *Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement* (Wårdh et al. 2012) mente 80 % av pleiepersonalet at den største utfordringen var at pasienten ikke ville samarbeide. Vi vet ut ifra egne erfaringer fra praksis på sykehjem at det kan være vanskelig å utføre munnstell på pasienter når de motsetter seg helsehjelp. Pleiepersonalet er ofte usikre på hvordan de skal håndtere denne

situasjonen. I følge lov om Pasient- og brukerrettigheter (1999) kapittel 4 A §4A-1 er formålet å «yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang». Vi har opplevd at tvang blir sett på som et etisk problem, og mange er usikre om hvor grensen går mellom tvang og frivillighet. Som nevnt tidligere kan velgjøringsprinsippet komme i konflikt med pasientens autonomi. Gjennom studiet har vi lært at vi skal tenke på pasientens beste og er klar over konsekvensene som kan komme av dårlig munnstell. Kapittel 4 A forteller oss om pasienten gir motstand av helsehjelp som kan føre til helseskade for pasienten skal det iverksettes vedtak. Om vi opplever at pasienten har tydelige smerter i munnhulen kan det være helseskadelig om pasienten ikke blir behandlet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Demens er en irreversibel sykdom, som vil si at pasienten ikke blir bedre og kan miste evnen til å ta vare på seg selv. Vi har lest at vanlige symptomer på demens er irritabilitet og aggressivitet. Det kan derfor bli vanskeligere å utføre tillitsskapende tiltak ved munnstell (Engerdal & Haugen, 2009). Vi mener da at det vil være utfordrende å hjelpe pasienten på best mulig måte uten at det blir brukt tvang. Kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir oss mulighet til å gjøre det som er best for pasienten med tanke på hvor alvorlig situasjonen er. For en pasient med demens, er kanskje det beste for pasienten at det blir laget et tvangsvedtak? Munnen blir brukt i sosiale settinger, som ved snakking og spising. Ved et mangelfullt munnstell vil det da kanskje lukte vondt av munnen til pasienten, og det kan derfor bli ubehagelig for både pasienten, pleiepersonalet og andre pasienter (Samson & Strand, 2014). Ved et tvangsvedtak vil da velgjøringsprinsippet bli ivaretatt og det gjør at pasienten ikke blir utsatt for konsekvensene som kommer av et mangelfullt munnstell.

På en annen side er det forståelig at pasienten sin autonomi skal være i fokus. Pasienter uten samtykkekompetanse vet ofte ikke sitt eget beste. Munnstell kan derfor oppleves som ubehagelig og nedverdiggende. Ved at munnstell ikke blir utført vil pasienten unngå å føle seg krenket og ikke hørt. Det kan da tyde på at et tvangsvedtak ikke vil opprettholde autonomien til pasienten, og pasienten får da ikke bestemme over seg selv. Etter egne erfaringer i praksis har vi opplevd at pleiepersonalet mener at det er ubehagelig å utføre tvang på pasienter som motsetter seg helsehjelp. Ved å ikke utføre tvang vil det da kanskje gjøre at pleiepersonalet vil føle at de ikke bryter pasienten sin autonomi. Det vil derfor være positivt for pasienten og pleiepersonalet. Kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er ikke bare viktig for oss som helsepersonell, men også for autonomien til pasienten ved at den beskytter pasienten

mot misbruk av tvang. Det er viktig for pasienten at tillitsskapende tiltak har blitt prøvd før pasienten blir utsatt for tvang.

Vi kan spørre oss selv om lovverket er klart og tydelig nok til å forstå hva som er rett og galt i situasjoner. I lov om Pasient- og brukerrettigheter er målet å yte nødvendig helsehjelp og forebygge og begrense bruken av tvang. Et tvangsvedtak opprettes dersom unnlattelse av helsehjelp fører til helseskade for pasienten, helsehjelpen anses som nødvendig og tiltakene dekker behovene for helsehjelpen. Et tvangsvedtak skal kun opprettes hvis det er den beste løsningen for pasienten. Vi tolker denne loven dithen at det er strenge krav for å utøve tvang, med dette mener vi det er viktig for at pasienten skal beholde sin autonomi. I undersøkelsen til Sonde et al. (2011) diskuterte deltakerne hva de gjorde når en pasient nektet å motta seg helsehjelp. Tre ulike strategier kom frem, og det var at pleiepersonalet burde ha god tålmodighet når de utførte munnstell, munnstell skulle utføres ved fysisk hjelp eller gi opp og dokumentere i journal at tannpuss ikke har blitt gjennomført. Vi kan tolke dette som at pleiepersonalet kanskje har sine egne metoder og ser bort i fra lovverket? eller kanskje de ikke har god nok kjennskap til lovverket? Vi mener at det skal være like stort fokus på autonomi og velgjørenhetsprinsippet. Pleiepersonalet er pliktige til å følge loven, og det er derfor viktig at de har god kjennskap til loven og orale konsekvenser for et mangelfullt munnstell.

5 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at oral helse er en nedprioritert oppgave på sykehjem på grunn av lite tid, kunnskap og samarbeid. Forskningsartiklene vi har brukt for å svare på problemstillingen viser at samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten ikke alltid fungerer slik det bør. Både pleiepersonell og tannpleiere er pliktige til å ivareta den orale helsen til pasienter på sykehjem. Vi ville derfor se nærmere på om et tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning mellom tannpleiere og pleiepersonell kan styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem. Vi har kommet frem til at bedre kommunikasjon og samarbeid mellom profesjonene er nødvendig for å opprettholde tannhelsen hos eldre. Her er det viktig at begge parter har kunnskap om oral helse, etikk, lover, kommunikasjon og samarbeid. Slik kan man ved en relativt liten innsats unngå at munnen blir et tilleggsproblem i en ellers vanskelig situasjon. Vi mener at et forbedret tverrprofesjonelt samarbeid gjennom veiledning kan være med på å styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem. Enkle tiltak som mer undervisning og opplæring i munnstell til pleiepersonell er noe det bør være mer fokus på. Her har pleiepersonell og vi som tannpleiere et ansvar om å formidle den kunnskapen og erfaringen vi har med hverandre slik at det blir fokus på pasienten sitt beste. Med dette ønsker vi at det skal bli et større fokus på tverrprofesjonelt samarbeid. Vi ønsker også at munnen i større grad skal bli sett på som en del av kroppen og at eldre skal få den hjelpen de har rett på for å få en god livskvalitet og en verdig avslutning på livet.

6 Litteraturliste

*Brodtkorb, K. *Stellet - mulighetens arena.* (2014). I. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kapittel 13

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving.* Oslo: Gyldendal forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal akademisk.

*Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens Fakta og utfordringer. Aldring og helse.* Tønsberg: Forlaget. Kapittel 1 og 2.

*Fjæra, B., Willumsen, T. & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 5(2), 100-108. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/394260.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 - et mer demensvennlig samfunn.* Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf Kapittel 3.

Helsepersonelloven, LOV – 1999-07-02-64 (2017). Hentet fra <https://lovdata.no>

Henriksen, B. M., Ambjørnsen, E. & Axéll, T. (2005). *BSI Belegg- og slimhinneindeks: kriteriebeskrivelse.* Oslo: Klinikk for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Høgskolen i Innlandet (s.a.). Bachelor i sykepleie. Hentet 2. mars 2017 fra <https://www.inn.no/studier/studietilbud/helse-og-sosialfag/bachelor-i-sykepleie>

*Jaecks, K., M., S. (2009). *Critical Issues in Dental Hygiene.* Current Perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration. 83(2), 84-91.

Hentet fra

<http://jdh.adha.org/content/83/2/84.full.pdf>

*Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. & Johansson O. (2010) *Journal of Advanced Nursing*. Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. 66(6), 1273-1279. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x/epdf>

Kunnskapsdepartementet. (2016). *Helsefagarbeider*. Hentet 2. mars 2017 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>

Kunnskapsdepartementet. (2016). *Vernepleier*. Hentet 2. mars 2017 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, FOR-2003-06-27-792.

*Lauvås, P. & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS. Kapittel 1, 2, 3, 6, 8, 11 og 13.

*Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 1, 12 og 13.

*Mensen, L. *Biologisk aldring* (2014). I. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kapittel 4.

Mæland, J. G. (2014). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nordenram, G. & Nordström, G. (2015). *Tannpleie for eldre*. Oslo: kommuneforlaget AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven LOV – 1999-07-02-63 (2016). Hentet fra <https://lovdata.no>

*Samson, H. & Strand, G. V. (2014). *Munnhelse*. Kirkevold, M., Brodtkrob, K. & Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den eldre pasienten*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kapittel 22.

*Samson, H., Iversen, M. M. & Strand, G. V. (2010). Oral care training in the basic education of care professionals. *The Gerodontology Society*, 27(2), 121-128. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2009.00304.x/epdf>

*Skovdahl, K. & Berentsen, D, V. (2014). *Kognitiv svikt og demens*. I. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kapittel 29.

Solheim, T. & Søland, T. (2010). *Oral patologi for tannpleiere* (4. utg.). Oslo: Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

*Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H. & Nordenram, G. (2011). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. 11;25. 92-99. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x/epdf>

Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Døde, 2016*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>

*Strand, G. (2012). *Bedre helse med en sunn munn*. I. Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri: en innføring*. (3. utg.) Kapittel 11

Strand, G. V. (2011). Tenner for hele livet. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 121(2), 104-109. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2011/2/dntt-420075>

*Strand, G. V., Lygre, G., B. & Hede, B. (2013). Informert samtykke. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*. 123(2) 106-110. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/asset/2013/P13-02-106-10.pdf>

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54 (2015). Hentet fra <https://lovdata.no>

*Tveiten, S. (2013). Veiledning: mer enn ord. (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget. Kapittel 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 og 10.

*Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I. Willumsen, E. & Ødegård, A. *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). Oslo: universitetsforlaget. Kapittel 2

*Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I. Willumsen, E. & Ødegård, A. *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). Oslo: universitetsforlaget. Kapittel 1.

*Wårdh, I., Jonsson, M. & Wikström, M. (2012). *The Gerodontology Society*. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. 29(2), 787-792. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x/epdf>

*Øilo, M. & Bakken, V. (2012). Biofilmdannelse på orale proteser. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende* 122(5), 346-351. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2012/5/dntt-477816>

Selvvalgt litteratur: 507 sider.

7 Vedlegg 1

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: Kan et tverrprofesjonelt samarbeid mellom tannpleiere og pleiepersonell gjennom veiledning styrke den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem?			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Årsak <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Hvordan går det med...? <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak			
P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for gruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
<ul style="list-style-type: none"> - Demens - Dementia - Eldre - Geriatric nursing - Aged - Nursing home 	<ul style="list-style-type: none"> - Oral hygiene - Munnstell - Oral helse 	<ul style="list-style-type: none"> - Guidance - Nursing staff - Instruction 	<ul style="list-style-type: none"> - Interprofessional collaboration - Knowledge - Guidance - Quality of life