



Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse – og omsorgsfag

En evig tannpine?

Hvilke utfordringer eksisterer i ivaretagelsen av munnhelse hos pasienten med demenssykdom på sykehjem?

Charlotte Konradsdatter Aronsen

Masteroppgave i Helsefag, aldring og eldreomsorg. HEL-3904. Mai 2020.

Forord

Å gjennomføre en mastergrad ved siden av en full stilling har unektelig vært tøft – men man vokser på det man ser at man makter å håndtere.

Man kan føle det som om man står i en så sterk motvind, at man ikke klarer å rope ut sin avmakt. Man blir fri for pust, og bøyes i vinden. Heldigvis bøyes man, for det som ikke bøyes brytter – og man finner tilslutt sin stemme.

Noen mennesker har derimot følt som en mild sommervind, og en lise når det stormet.

Takk til deltakerne i studien, som har betrodd meg ansvaret med å gjengi deres stemmer. Studien hadde ikke eksistert uten dere.

Takk til de faglig robuste lærerne på masterstudiet gjennom tre år, dere har gjort det til fine år. En spesiell takk til min veileder Bjørg Balteskard for god veiledning, mange fine stunder, og gode faglige diskusjoner. Du var grunnen til at jeg fikk begynne på en mastergrad – og det vil jeg aldri glemme. Jeg har ofte følt meg som en dekksgutt, mens du har vært en trygg skipper på opprørt hav.

May Britt du fantastiske kvinne. Min medstudent, medsykepleier, og søster i hjertet. Som den seige fjellbjørka på forblåste vidder. Takk for at du er min faglige sparringspartner, min beste venn og takk for den du er. Det har vært en fryd å ta denne reisen sammen med deg. Vi fikk pusten tilbake.

Takk til Hrafntinna for mange fine turer på ryggen din, i skog og mark, ved fjell og vann. Sjelefred og tankefri har du gitt meg.

Takk til min elskede ektemann som alltid støtter meg i det jeg gjør – du er min klippe. Hadde jeg ikke deg, hadde jeg ikke sjans.

Til min pappa som ble alvorlig syk i innspurten på studiet – heldigvis kan jeg enda stryke deg på kinnet, og til mamma som viste sin ikke ukjente styrke og kjærighet for familien.

Den største takken vil jeg faktisk gi til meg selv, for at jeg våget å hoppe når livet sa hopp.

Harstad, 5 mai, 2020

Sammendrag

Bakgrunn for studien:

Vi må innse at tannprotesenes æra snart er over. Flere av de gamle som kommer på sykehjem i dag har intrikate løsninger i munnen for å bevare tyggefunksjonen, og flere har egne tenner. Dette vil kreve mer avansert munnstell, og kvaliteten på munnstell i sykehjem er dårlig. Pasienter med demenssykdom har store behov for hjelp til personlig stell og hygiene – og er prisgitt pleierne.

Problemstilling:

Studiens forskningsspørsmål er følgende; «Hvilke utfordringer eksisterer i ivaretakelsen av munnhelse hos pasienten med demenssykdom på sykehjem?»

Metode:

Studien er utført med en kvalitativ metode, med en hermeneutisk tilnærming og et fenomenologisk perspektiv. Materiale til analyse er samlet inn ved dybdeintervju med sykepleiere på skjermede avdelinger, og tannpleiere i kommunehelsetjenesten. Materialet er analysert med inspirasjon av Malterud og Tjora. Resultatene er presentert, og diskutert opp mot teoretisk utgangspunkt og relevant forskning.

Konklusjon:

Konsekvensene av dårlig munnhelse for den gamle pasient kan være alvorlige. Studien peker på at munnhelse ikke er et tema på sykehjem, og at kunnskapsnivået om munnhelse bør heves. Mangel på rutiner og ansvarsavklaring viser seg som utfordringer, og sykepleierne opplever at arbeidshverdagen er preget av en knapphet på tid. Sykehjemsavdelingen som arena er preget av en New Public Management rettet tankegang, og påvirket av samhandlingsreformen. Tid som fenomen påvirker flere aspekter av sykepleierens muligheter for ivaretakelsen av munnhelse på den skjermede sykehjemsavdelingen.

Nøkkelord:

Munnhelse, demens, sykehjem, tid, kompetanse, holdninger, sykepleier

Summary

Background:

We have to realize that the era of the dentures is over. Increasing numbers of the elderly admitted to long term care in nursing homes have intricate solutions to preserve their oral function, and have their own teeth.

These patients will require more advanced oral care, and the quality of oral care in nursing homes is poor. Patients with dementia have severe needs for help to all personal hygiene – and they are at the mercy of their carers.

Thesis:

The research question is as follows; «Which challenges exist in the everyday care for the oral health of patients with dementia in nursing homes?»

Method:

The study is based on a qualitative research method, with a hermeneutic approach and a phenomenological perspective. The material was obtained by depth interviews with nurses in nursing homes for patients with dementia, and dental hygienists who follow up the nursing homes. The material is analyzed with inspiration from Malterud and Tjora. The results are presented, and discussed in relation to theoretical perspective and relevant research.

Conclusion:

Consequences of poor oral health can be serious for the elderly patient. The study shows that oral care is not a theme in nursing homes, and the knowledge of oral care should be raised. Lack of routines and responsibility are present as challenges, and nurses experience a lack of time. The nursing home as arena is influenced by a New Public Management way of thinking, and reforms regulating the municipality. Time as a phenomenon affects several aspects of the nurses possibilities to care for the oral health of patients with dementia in nursing homes.

Keywords:

Oral care, dementia, nursing home, time, competence, attitudes, nurse

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål	2
1.3	Studiens oppbygning	2
1.3.1	Avgrensning av studien.....	3
2	Tidligere forskning og studiens teoretiske ramme	4
2.1	Litteratursøk.....	4
2.2	Tidligere forskning	5
2.2.1	Lovverk og helsereformer i Norge	9
2.3	Demenssykdom og kognitiv svikt	11
2.3.1	Munnen som område	12
2.4	Omsorg for pasienten med demens	13
3	Metodekapittel.....	15
3.1	Kvalitativ forskningsmetode.....	16
3.1.1	Fenomenologi.....	16
3.1.2	Hermeneutikk	17
3.2	Intervju.....	18
3.2.1	Rekrutteringsprosessen.....	19
3.2.2	Studiens deltakere	20
3.2.3	Gjennomføring av intervju	20
3.2.4	Transkriberingsprosessen	21
3.3	Metodiske betraktninger	21
3.3.1	Forforståelsens rolle	22
3.3.2	Forskningsetikk	23
3.3.3	Pålitelighet og gyldighet.....	24
3.4	Analyse av data.....	25

4	Funn.....	28
4.1	Ivaretakelsen av munnhelse.....	29
4.2	Kunnskapsnivå og motstand.....	32
4.2.1	Kunnskap.....	32
4.2.2	Motstand fra pleierne	34
4.3	Tid til omsorg for pasienten med demenssykdom.....	35
4.3.1	Sykepleiernes tidsverden på sykehjemsavdelingen.....	35
4.3.2	Pasienten med demenssykdom behøver tid.....	37
5	Diskusjon.....	40
5.1	Ivaretakelse av munnhelse.....	40
5.2	Kunnskap og motstand fra pleierne	45
5.2.1	Kunnskap.....	45
5.2.2	Motstand fra pleierne	49
5.3	Tid til omsorg for pasienten med demenssykdom.....	52
5.3.1	Sykepleierens tidsverden på sykehjemsavdelingen.....	52
5.3.2	Pasienten med demenssykdom behøver tid.....	55
6	Avsluttende refleksjon.....	61
6.1	Metodekritikk	62
6.2	Validitet og videre forskning.....	63

Referanseliste

Vedlegg nr.1 – Godkjenning fra NSD

Vedlegg nr.2 – Rekrutteringsbrev sykepleiere

Vedlegg nr.3 – Rekrutteringsbrev tannhelsepersonell

Vedlegg nr.4 – Samtykkeerklæring sykepleiere

Vedlegg nr.5 – Samtykkeerklæring tannhelsepersonell

Vedlegg nr.6 – Intervjuguide sykepleiere

Vedlegg nr.7 – Intervjuguide tannhelsepersonell

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Munnhelse hos den gamle pasient er et tema jeg har vært opptatt av helt siden min aller første praksis på sykehjem, som uerfaren førsteårsstudent på bachelorutdanningen. Jeg skrev mitt aller første refleksjonsnotat rundt munnhelse, med bakgrunn i hvordan pleierne problematiserte munnstell hos den pasienten som jeg hadde valgt å følge opp, og at jeg opplevde det annerledes. Munnhelse hos den gamle pasient er et tema som det de siste årene har blitt mer fokus på, og artikler dukker opp også innenfor sykepleiefaget. I lederen fra geriatrisk sykepleie er overskriften «God tannhelse er livsviktig for eldre». Lederen skriver at munnhelse er viet for lite oppmerksomhet. Den er viktig i ernæringsøyemed, men tenker vi over i det daglige at den eldre pasient i verste fall kan dø av dårlig tannhelse (Engevik, 2019).

Vi må innse at tannprotesenes æra snart er over. Vi lever i et velferdssamfunn, flere av de gamle som kommer på sykehjem har intrikate løsninger i munnen for å bevare tyggefunksjonen, og flere har egne tenner. Disse vil kreve mer avansert munnstell enn kun tannpuss og stell av proteser. Jeg ønsker å se på både sykepleiernes og tannhelsetjenestens opplevelser rundt ivaretagelsen av munnhelse hos den eldre pasient med demenssykdom. Vi lever i et samfunn der kravene til kvalitet i sykepleietjenesten stadig blir satt fokus på. Prosedyrer og risikoanalyser utarbeides i fleng for at man skal sikre at man driver en forsvarlig tjeneste. Samtidig fremstår det i media som at vi taper kampen mot klokken, bemanningen er på et minimum, og sykepleiere stiller opp i media med sin avmakt over å ikke få utført alle de oppgaver de er satt til.

Pasienter med demenssykdom er for meg noen av de mest sårbare pasienter vi har. Med demenssykdom følger svekket hukommelse, manglende kontroll over følelser, reduserte kommunikasjonssevner, og redusert forståelse av de situasjoner som de står i. Denne pasientgruppen har store behov for hjelp til personlig stell og hygiene – og er prisgitt pleierne.

Jeg velger å ha fokus på pasienten med demenssykdom som bor på sykehjem. Det å jobbe med mennesker med demenssykdom er spennende, og utfordrende. De øyeblikkene der man opplever en tillitsfull og betydningsfull relasjon med pasienten, og ut fra dette får til å hjelpe pasienten til å ivareta sin egen helse, herunder munnhelse, gir meg som sykepleier enorm glede og mestring i arbeidshverdagen.

Jeg har valgt tema for studien ut fra at jeg får forske i det som ligger hjertet mitt nær – demenssykdom og munnhelse. Det er fra demensomsorgen jeg har mest erfaring, samt ser at det er store utfordringer innenfor ivaretagelsen av munnhelsen til pasienten med demens.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Litteraturen viser at munnhelse er et forsømt område (Flovik, 2005, s. 21).

Hensikten med studien er å få innblikk i sykepleierens utfordringer med ivaretagelsen av munnhelse hos pasienten med demens, hva sykepleieren tenker er faktorer som kan fremme eller begrense ivaretagelsen av munnhelse, og hvordan den skjermede sykehjemsavdeling er som arena for utøvelse av munnstell.

Mitt mål er at studien fører til kvalitetsutvikling, bedre helse for pasienter med demens på sykehjem, og at forskningen kan legges til grunn for bedre organisering og yrkesutøvelse. Samtidig er jeg nysgjerrig på hva tannhelsetjenesten tenker om samarbeidet de har med sykehjemmene, og munnhelse hos pasienten med demens. Selv om fokuset vil være på sykepleierrollen, kan forskningsmateriale fra tannhelsetjenesten være med på å berike studiens funn. For å forsøke finne svar på det studien ønsker er følgende forskningsspørsmål er satt opp;

«Hvilke utfordringer eksisterer i ivaretagelsen av munnhelse hos pasienten med demenssykdom på sykehjem?»

1.3 Studiens oppbygning

Studien er bygget opp med fem hoveddeler. Studiens første kapittel er innledning med bakgrunn for valg av studiens tema, presentasjon av tema, forskningsspørsmål og avgrensning av studien.

Kapittel to redegjør for det teoretiske utgangspunkt for studien. Her blir munnhelse hos den gamle pasient redegjort for både i form av geriatri og ved hjelp av tidligere forskning på

temaet. Demenssykdom blir beskrevet, og omsorgstenkning i forhold til pasienten med demenssykdom blir redegjort for.

Tredje kapittel er en redegjørelse for min forforståelse, forskningsetikk og studiens pålitelighet. Bruk av forskningsmetode for analyse av forskningsmaterialet blir presentert.

Studiens funn blir så presentert i kapittel fire, belyst med sitater fra deltakerne i studien, med overskrifter som speiler funnet.

Kapittel fem er studiens diskusjonsdel, der studiens funn blir diskutert i lys av valgt teoretisk utgangspunkt, samt egne erfaringer.

Sjette kapittel er studiens avsluttende refleksjoner over studien, metodekritikk og studiens validitet.

1.3.1 Avgrensning av studien

Studien begrenser seg til den skjermede sykehjemsavdelingen for pasienten med demens. Munnhelse hos den hjemmeboende pasient vil ikke bli diskutert, og studien vil heller ikke ha fokus på munnstell til den døende pasient. Siden studien har utgangspunkt i skjermet sykehjemsavdeling, er alle deltakerne valgt ut fra dette fokus. Deltakerne kommer til å bli referert til med yrkestittel, men empirien kan ofte overføres til også å gjelde andre yrkesgrupper på sykehjem, og da blir begrepet pleier benyttet. Når sykehjemsavdelingen diskuteres i studien, er dette den skjermede sykehjemsavdeling. Jeg kommer ikke til å ha fokus på de ulike sykdommene som fører til demens, da mange av utfordringene i forhold til kombinasjonen demens og munnhelse vil være uavhengige av hjernesykdommen som fører til demens. Analyse materialet har utgangspunkt i sykepleierrollen, men temaet er overførbart til alle yrkesgrupper på en sykehjemsavdeling, og kan sees i sammenheng med at sykepleieren har også et veiledende ansvar ovenfor andre yrkesgrupper.

Studien er ferdigstilt i en tid der Sars-Cov-2, best kjent som Coronavirus, påvirker verden, og setter begrensninger i form av stengte studiesteder og biblioteker. Muligheten til å innhente primærkilder til litteratur har vært begrenset, og noe vil derfor bli gjengitt i form av sekundærlitteratur.

2 Tidligere forskning og studiens teoretiske ramme

I dette avsnittet vil studiens forskningsgrunnlag og vitenskapsteoretiske grunnlag bli presentert. Det vil først bli redegjort for demenssykdom og hvordan verden kan oppleves for pasienten med demenssykdom, siden studien tar utgangspunkt i denne pasientgruppen. Litteratursøk er utført med bakgrunn i hva studien ønsker å undersøke, utfordringer i ivaretagelsen av munnhelse hos pasienter med demens på sykehjem. Forskningsgrunnlaget som presenteres her er valgt for å gi en bakgrunnskunnskap om studiens tema, og tar først utgangspunkt i aldersforandringer i munnhulen, samt faktorer som vil påvirke munnhelsen hos dagens sykehjemspasient. Forskningen som er presentert videre viser konsekvenser av dårlig munnhelse hos den gamle pasient, og setter fokus på utfordringer i ivaretagelsen av munnhelsen til den gamle pasient. Det meste av presentert forskning er innenfor gerodontologien, det fagfelt som omhandler eldrebefolkningens munnhelse og tannpleiebehov. Studien vil også bli sett i lys av lovverk og retningslinjer som omhandler både sykepleierne og tannhelsetjenesten, samt helsereformene som preger Norge i dag. Litteratur er valgt i ut fra omsorgstenkning. Omsorgstenkningen er valgt ut fra pasienten med demenssykdom, for å belyse det særegne med denne pasientgruppen, og hva som kreves av sykepleieren i arbeidet med pasienten med demens.

2.1 Litteratursøk

For å finne litteratur til studien ble ulike søkemotorer ble forsøkt, for å se hva som ga mest relevante treff. Som søkemotor var Google Scholar og Oria de som ga flest relevante treff til studiens tema. Jeg gjorde først søk med søkeord som sykepleie, munnhelse, eldre, demens, sykehjem. Dette genererte en overvekt av treff på masteroppgaver av tannlegestudenter, og ga meg lite forskningsmateriale.

Ved å endre søkeord til engelsk: dementia, oral care, oral health, institution, fikk jeg vesentlig flere treff. Her fant jeg en rekke artikler om status på munnhelse i sykehjem, og konsekvenser av dårlig munnhelse. Artikkene belyste også munnhelse i kombinasjon med demens, der sentrale emner er sykepleierens kunnskap, og atferden til pasienten med demens som begrensninger for god munnhygiene.

Litteratursøk ble også gjort senere, da temaene begynte og tre frem i analysen av materialet. Søkeord ble da: Sykepleie, tidspress, nursing, stress. Søkene ble i utgangspunktet utført på norsk, for å finne det som ligger nærmest det som ønskes undersøkt i studien, men de fleste litteraturfunn var på engelsk. Mange artikler ble funnet ved å gjennomgå referanselisten til andre artikler, og en artikkel av Gunhild Strand om munnhelse i sykehjem ga et godt grunnlag for å jobbe på denne måten. Dette ble gjort ut fra referanser i artikkelen som jeg følte hadde relevans for mine funn, og dette var den metoden som ga meg mest relevante funn til mine funn.

Jeg meldte meg også inn i en database, Academia¹, der en rekke fulltekstartikler om munnhelse hos den gamle pasient er tilgjengelig. Det er mye god forskning om munnhelse, men ut fra mine funn er det meste med relevans innenfor gerodontologiens fagfelt skrevet av tannleger innenfor deres fagbladportefølje. Det er derfor interessant å få forske på temaet innenfor en sykepleiefaglig tradisjon.

2.2 Tidligere forskning

Studien tar utgangspunkt i pasienter med demenssykdom på sykehjem. Selv om demenssykdom kan komme i yngre år, er majoriteten av sykehjemspasientene betegnet som gamle, med en alder over 75 år. Dette vil medføre at pasienten på sykehjem er preget av aldersforandringer (Wyller, 2011, s. 21-28).

Selve aldringsprosessen fører til en rekke fysiologiske forandringer, også i munnhulen. Et langt liv vil slite på tennene og utseende vil endres som følge av slitasje og skader. Tennene blir skjøre og tannkjøttet vil trekke seg tilbake slik at tannhalsene blir blottet. Tannhalsene er ikke dekket av den sterke emaljen, og er derfor mer utsatt for skade. Slimhinnene i munnen blir tynnere og mer sårbare. En hyppig tilstand hos den gamle pasient er redusert spyttsekresjon. Spyttet er vårt viktigste middel til å fukte og rense tenner og slimhinner, tannproteser fester seg dårligere, kan løsne, og skape friksjon på den gamles tynne og følsomme slimhinner. Redusert muskelkraft og finmotorikk, kan føre til at den gamle ikke klarer å rense munnen ved hjelp av tungen. Det er da ekstra viktig med renhold i munnhulen.

¹ www.academia.edu

Ekstrem munntørrhet i kombinasjon med dårlig munnhygiene kan ruinere et tannsett i løpet av få måneder (Samson, 2008, s. 316-322). Dagens sykehjemspasient står også på 7,2 ulike legemidler i snitt, og mange vanlige legemidler som antidepressiva, har munntørrhet som bivirkning (Løkken, 2005).

40 % av sykehjemsbeboere har en dårlig eller uakseptabel tannhelse. Det er ingen grunn til at tennene skal forfalle, siden eldre på sykehjem har rett til gratis tannpleie. Likevel står det dårlig til med tannhelsen til pleietrengende eldre (Høyland, 2019). Spesialtannlege Fjeld viser til livskvalitet når det gjelder tannhelse, både når det kommer til å være smertefri og ha munnens funksjoner til å spise og snakke. Hun viser også til de sosiale aspektene, og at dårlig munnhelse går ut over den allmenne helsen. Hun peker også på rutiner for munnstell, og hennes erfaring er håpløshet da det ikke er delegert ansvar for pasientens munnstell etter tilsyn fra tannhelsetjenesten. Dette fører til nedprioritering og derav dårlig munnhelse hos den gamle pasient (Klungeland, 2018).

Munnstell kan sees på som en enkel og elementær prosedyre, der behovet for kunnskap ikke er særlig stort. Munnhygiene bør få større oppmerksomhet på sykehjem, og pleierne bør bli mer aktive til å tilby pasientene stell av munnen. Fokus på sengeleiets komplikasjoner og forebygging av dette er en selvfølge, og pasientene aktiviseres ut fra sine individuelle forutsetninger. Holdningene til munnhygiene er ikke innarbeidet på samme måte, og kan ha bakgrunn i tradisjoner, kultur og begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser det får hvis pasientens munnhygiene forringes (Flovik, 2005, s. 13-27).

Orale problemer er en vanlig og ofte oversett årsak til underernæring, og ved vekttap er det derfor viktig å se i pasientens munn. Særlig de multimorbide og de med sviktende funksjonsnivå har symptomer fra munnhulen som hemmer matinntaket (Wyller, 2011, s. 74)

Forskningslitteraturen viser at dårlig munnhelse også kan få mer alvorlige konsekvenser for pasienten med demens.

En studie som har pågått over 44 år i Stockholm, er publisert i 2018. Den har over lang tid undersøkt sammenhengen mellom periodontitt, betennelse i vevet som omgir tennene, utvikling av kardiovaskulære sykdommer, samt diabetes, kreft og andre sykdommer. Stockholmstudien har funn som tyder på at denne lavgradige inflammasjonen, som periodontitt er, kan være årsak til en rekke systemiske sykdommer, og at forholdet mellom

munnhelse og generell helse faktisk er av større betydning for eldre, samt at det har en vesentlig påvirkning på livskvalitet (Jansson, Kalkali & Mulk Niazi, 2018).

Langtkommet aterosklerose er en av hovedårsakene til at om lag 40 % av befolkningen i Norge dør av hjerte – og karsykdommer (Jacobsen, 2009, s. 101-102). Forskning viser sammenhengen mellom munnhulens mikrobielle forhold ved en periodontitt og risikoen for aterosklerose, da spesielt fortykning og plakkdannelse i halspulsåren. Desvarieux (2013) har sett på et utvalg pasienter over en treårsperiode, og de har tatt høyde for faktorer som røyking, overvekt, diabetes, hypertensjon og liknende for å kunne justere funnene sine. Resultatet var at man fant en klar sammenheng mellom aterosklerose og den type bakterier som forårsaker periodontitt. Man fant ingen sammenheng mellom aterosklerose og andre bakterier som finnes i munnen. Artikkelen rapporterer at forandringene i munnhulen ved en betennelsesprosess samsvarer med forandringene i halspulsårene over en treårsperiode (Desvarieux et al., 2013).

Det slått fast i studier at god munnhygiene har en preventiv effekt på pneumoni hos pasienter på institusjon, og det er beregnet at en av ti dødsfall av pneumoni kunne vært unngått med å bedre den orale hygien (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson & Hoogstraate, 2008).

I en australsk artikkel er det satt fokus på at tilstander som delirium, skrøpelighet, kognitiv svekkelse, falltendens, sansetap, farmakologi, og søvnforstyrrelser lenge har vært geriatriens fokusområder, og at å unnlate å gjøre noe med den ene tilstanden, fører til forverring av de andre. Artikkelen tar så opp at følgene av dårlig munnhelse for lenge har vært oversett, og fortjener lik status. Smerter i munnen kan være et vesentlig problem for den gamle, dårlig munnhelse kan føre til ytterligere sykdom, og redusert livskvalitet (Foltyn, 2015).

Alvorligere tilstander kan oppstå, selv om det er sjelden. Jeg føler allikevel det er viktig å belyse dette, for å øke forståelsen av at konsekvensene av dårlig munnhelse kan være svært alvorlige, slik også Engevik (2019) leder i faggruppen for geriatri og demens skriver.

Cavernous sinus trombose (CST) er en tilstand der risikoen for alvorlige konsekvenser eller død er høy, alt etter størrelsen på tromben. Trombemassen vil da okkludere en vene som ligger i sinushulrommene. Trombemassen fører til økt trykk i hjernen, kan forårsake hjerneskade eller død, og rask diagnostisering er viktig. Årsaken er som regel infeksjoner i kjevebein eller tenner som følge av dårlig munnhelse (Goodman, 2018). CST er en dødelig tilstand (Orentlicher, 2013).

Odontogene infeksjoner er infeksjoner som oppstår i tennene eller i deres støttevev. Infeksjonene forekommer hyppig, og en stor andel av infeksjoner i hode- og halsregionen har odontogen opprinnelse. De fleste odontogene infeksjoner gir milde symptomer og funn, men kan utvikle seg til alvorlige tilstander. Dette kan føre til bihulebetennelser, betennelser i kjevebein som kan bli kroniske og føre til pareser på grunn av nerveaffeksjon. Mer alvorlig kan infeksjoner i munnhulen føre til nekrotiserende fasciitt som er en alvorlig bløtvevsinfeksjon som raskt fører til sepsis. Ludwigs angina skyldes rask utvikling av en infeksjon i munnhulens gulv, tungen kan hovne opp og stenge for lufttilførsel, og infeksjonen kan også hindre luftveiene ved at den affiserer halslosjene eller strupehodet. Ubehandlet har Ludwigs angina en dødelighet på 50% (Døving, Handal & Galteland, 2020).

Studien tar utgangspunkt i pasienten med demens, og WHO – The World Health Organization har uttrykt en bekymring for at munnhelsen til eldre er i stor grad forsømt. Det at tidligere studier der pasienter med kognitiv svikt har blitt ekskludert, har ført til en betydelig underrapportering av dårlig munnhelse (Foltyn, 2015). Tidligere forskning anerkjenner at pasienter med demens har verre munnhelse og munnhygiene enn kognitivt friske pasienter. Hos pasienter med demens er det rapportert større prevalens av gingivitt og periodontitt, samt mer karies. Siden en redusert kognitiv svikt vil føre til en større grad av avhengighet til hjelp, er pleierne en viktig del for at pasienten skal klare å vedlikeholde sin munnhelse (Zenthöfer, Cabrera, Rammelsberg & Hassel, 2016). Det pekes også på at bakteriefloraen som er tilstede ved periodontitt kan være en medvirkende faktor til utvikling av Alzheimers sykdom (Dominy et al., 2019).

Det fremkommer også at undervisningsopplegg for sykehjemmene er av varierende suksess.

En studie konkluderer med at undervisningsprogram ikke fører til forbedring. I dette prosjektet fikk pleiepersonellet et undervisningsprogram fra tannpleier, der de ansatte ble oppfordret til å delta, men det var ikke obligatorisk. Programmet besto av undervisning og øvelse i teknikker for å utføre munnstell. Deltakerne fikk etter dette materiell om munnstell, og utstyr for å bedre kunne utføre munnstell. Studien fant ingen signifikant endring i utøvelsen av munnstell i ukene etter at undervisningsopplegget var fullført. Studien peker på at en feilkilde kan være at ikke alle ansatte deltok i undervisningen. Motstand fra pasienten kan påvirke ivaretagelsen av munnhelse, men denne og flere andre studier ikke finner at dette er en vesentlig hindring for utførelse av munnstell (Gammack & Pulisetty, 2009).

Andre studier viser at intensivt opplæringsopplegg kan ha gode resultater. Fokus var på praktisk, og deltakende, utøvelse av munnhygiene til den enkelte pleietrengende eldre, og ikke videreformidling gjennom tradisjonell undervisning med inaktivt pleiepersonell. Pleiepersonellet oppnådde derfor erkjennelse av oppgaven, dens viktighet, og manuelle ferdigheter for å utføre munnstellet på en god måte, med tannpleiers deltakelse i selve munnstellet. Innledningsvis ble ledere og mellomledere informert om prosjektet, så ble det gjennomført tradisjonell undervisning om munnen og dens sykdommer til pleiepersonellet. Sykehjemmet fikk ukentlig besøk, pasientene fikk munnhulen undersøkt av tannpleieassistenten, og ved mangler i munnstellet ble pleiepersonellet opplært i hvordan de skulle utføre bedre munnstell. Prosjektet ble så utfaset etter hvert som status på munnhelsen bedret seg. Studien viser at det er mulig å forbedre munnhelsen til pleietrengende eldre ved hjelp av stor innsats og samarbeid med tannhelsetjenesten (Hede, 2014).

For den gamle pasient kan problemer i munnen føre til underernæring, smerter, redusert livskvalitet, og alvorlig sykdom. Pasienter med demenssykdom har en redusert evne til å uttrykke seg, og kan ha vanskelig for å uttrykke smerter. Smerter hos pasienten med demens kan arte seg som atferdsforstyrrelser (Kirkevold, 2018b, s. 267). Ivaretagelsen av munnhelse er viktig for dagens sykehjemspasient som i utgangspunktet er skrøpelig og med stort omsorgsbehov. Dårlig munnhelse kan bli en tilleggsbelastning i en allerede vanskelig situasjon.

2.2.1 Lovverk og helsereformer i Norge

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i punkt 2.1 at sykepleieren har ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom hos pasienten, og videre i punkt 2.3 at sykepleieren har et ansvar for pasientens behov for en helhetlig omsorg (NSF, 2020).

De yrkesetiske retningslinjer peker på et ansvar hos sykepleieren for å ivareta pasientens totale helse, herunder munnhelse.

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjer, er helsehjelpen vi gir også underlagt et lovverk. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 sier at kommunen har ansvar for et forsvarlig, helhetlig og verdig helsetilbud. Kommunen skal tilrettelegge slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og tilstrekkelig fagkompetanse

sikres i tjenestene. I § 3-3 sier loven at kommunen skal drive helsefremmende arbeid for å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Tannhelsetjenesten er i lovverket pålagt å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til eldre i institusjon. De skal fremme tannhelsen i befolkningen, sørge for nødvendig forebygging og spre kunnskap om hva som kan gjøres for å fremme tannhelsen. Tannhelsetjenesteloven viser et ansvar for å fremme tannhelse i befolkningen, spre opplysning, og øke interesse for å fremme tannhelse (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

Denne loven er imidlertid endret. Fra 1.1.2020 skal det innføres en prøveordning ved at kommuner som ønsker det, overtar ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, og tannhelsetjenesteloven er derfor opphevet ved en endringslov til helselovgivningen i § 3-2b (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Paragraf § 3-2b omhandler kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte pasientgrupper, herunder sykehjemspasientene. Innholdet består av ansvar for et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, at pasient får de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett til gratis tannhelsetjeneste. Paragrafen sier ingenting om kvalitet på tjenesten. Pasientgruppen som har rett til gratis tannbehandling, faller ofte inn under institusjonssystemet, men det er ikke nevnt noe om ansvaret til institusjonene (Endringslov til helselovgivningen, 2017). Der tannhelsetjenesteloven stiller visse krav til å fremme tannhelse, er lovendringen stum i forhold til annet enn ansvaret for pasientgruppen. Ansvaret er ikke definert. Loven er dog iverksatt etter kongen bestemmer (Endringslov til helselovgivningen, 2017).

Kommunen er pålagt visse krav til kvalitet ut fra Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Kommunene skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at hver enkelt bruker får de tjenester de har behov for til rett tid, og at det gis et helhetlig tilbud. For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Brukere av pleie- og omsorgstjenester skal blant annet oppleve trygghet i tjenestetilbudet, få ivaretatt personlig hygiene, mulighet til å ivareta egenomsorg, og nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Helsevesenet i Norge er preget av reformer i offentlig sektor de senere år, i likhet med andre vestlige land. New Public Management (NPM), er en fellesbetegnelse for disse reformer, som

er en ny måte å styre offentlig sektor på, med fokus på resultater som å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten innenfor offentlig virksomhet og forbedre kvaliteten på tjenestene. En NPM rettet tankegang inneholder fokus på effektivitet, fokus på mål og resultat, nye ledelsesformer, og kvalitet. I andre vestlige land er det en trend at flere modifierer eller snur utviklingen i NPM. Det settes spørsmålsteget ved gevinstene av effektivisering og økonomisk gevinst. Til tross for denne utviklingen i andre land, har Norge økt vektleggingen av typiske NPM reformer, og ikke tatt lærdom av andre lands erfaringer med NPM (Stamsø, 2009, s. 67-85).

I tillegg til en NPM rettet tankegang, har også samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten endret seg. I kraft av samhandlingsreformen er noe av det økonomiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført til kommunene, i form av at kommunene må betale for liggedøgn for pasienter som er utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at pasientene som blir skrevet ut til kommunehelsetjenesten er sykere enn de var før. Samhandlingsreformen legger til grunn at det må kanaliseres personell til den kommunale helsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten, og at det må være rett kompetanse i kommunehelsetjenesten. «Samhandlingsreformens mål blir ikke nådd dersom det ikke på alle områdene blir foretatt vurderinger og gjennomført prosesser med sikte på en utvikling som bedre ivaretar samhandlingsperspektivet, og også uten at dette skjer på bekostning av for eksempel kvalitets- og effektivitetsmålsettinger». Behandling og omsorg skal være faglig forsvarlig, samtidig som hensynet til ressursbruk veier tungt (St.meld. nr 47 (2008-2009), 2009).

Lovverk og offentlig styring vil være relevant for hvordan sykehjemsavdelingen fungerer i forhold til ytre rammer, og er derfor tatt med i studiens teoretiske grunnlag.

2.3 Demenssykdom og kognitiv svikt

Kognisjon betyr forstandsaktivitet slik som tenkning, sanseoppfatning, hukommelse, læring, språk, resonnering og problemløsning. Kognitiv svikt er ingen diagnose i seg selv, men et symptom på for eksempel demenssykdom eller skade i hjernen (Wyller, 2011, s. 54).

Diagnosen demens blir satt ved at det må foreligge svikt i minst to kognitive funksjonsområder, hvorav ett er hukommelse, og det må være så uttalt at det påvirker

dagliglivet. Det må også foreligge en emosjonell svikt. Mange ulike sykdommer kan forårsake demens, der Alzheimers sykdom er den vanligste, fulgt av vaskulær demens og demens med lewylegemer. Alzheimers sykdom, vaskulær demens og demens med lewylegemer rammer hjernebarken, og typiske symptomer er hukommelsessvikt, språksvikt, forståelsessvikt og handlingsvikt (Wyller, 2011, s. 269-286). Demens er altså en samlebetegnelse for symptomer ved degenerativ hjernesykdom, og ulike typer vil gi ulike utslag, men mye av de kognitive symptomer er felles. Vanlige symptomer ved demens er svekket oppmerksomhet, svekket hukommelse og læringsevne, redusert evne til orientering, svekket språkevne, svekket forståelse, handlingsvikt og svekkede intellektuelle evner. Siden ulike deler av hjernen blir satt ut av spill, og siden mennesker er ulike, vil pasienter med demens reagere ulikt, og ha ulike behov (Engedal, 2018, s. 48-57).

Slik jeg kjenner pasienter med demens har de behov for tid til å forstå situasjoner, og de viser ofte motstand som følge av kognitiv svikt – det er derfor interessant å forske på det som rører seg i sykepleierens relasjon med pasienten.

Å ha en demenssykdom vil sannsynligvis føles for pasienten som å befinne seg i en utrygg, og uoversiktlig verden. Pasienter med demens kan bli engstelige, agiterte, sinte, anklagende, og gråtende i situasjoner som oppleves som overveldende og uforståelige. Slike katastrofereaksjoner i dagligdagse situasjoner har sammenheng med redusert kognitiv kapasitet og er derfor knyttet til pasienter med demens. Sterke reaksjoner kan forekomme når pasienten befinner seg i en situasjon de ikke forstår, og utløsende årsaker kan være kompliserte aktiviteter, overstimulering, eller uoversiktlige omgivelser (Engedal, 2018, s. 48-57).

2.3.1 Munnen som område

Pasienten med demens har med bakgrunn i sin hjernesykdom nevropsykiatriske symptomer. Disse symptomene er plagsomme både for pasienten selv, og for de som skal yte omsorg. Det er i samhandlingen mellom pasienten med demens og pleiepersonell at det oftest oppstår vanskelige situasjoner, og ofte i stell, og ved av- og påkledning. Dette er situasjoner hvor pasienten med demens føler seg mest sårbar og truet. I senere stadier av demenssykdommen kan pasienten ha store problemer med å tolke omgivelsene, og det skal lite til før syns- og hørselsinntrykk blir uforståelige og skremmende (Kirkevold, 2018b, s. 264).

Slik jeg erfarer pasienten med demens, oppstår dette ofte i stell, og spesielt i stell av intime områder. Munnen er et særegent område, der man kan føle det vanskelig å slippe noen inn. Om man tenker på munnen som område, er det som regel forbundet med et tannlegebesøk å slippe noen inn i munnen sin. For meg er tannlegebesøk noe jeg forbinder med ubehag, kanskje smerter, og det sitter kanskje i større grad i kroppen for den generasjonen som er på sykehjem nå, som var unge i en tid der de kanskje ikke engang fikk bedøvelse. For meg er munnen også et av de intime områdene som vi nærmer oss i et stell av pasienten med demens, og når man ser på de symptomer pasienten med demens har ut fra sin hjernesykdom kan man forstå at munnstell kan oppleves som en skremmende og uforståelig situasjon. Det blir derfor ekstra viktig at pasienten med demens får tid til å forstå situasjonen, og at man som sykepleier klarer å skape trygge rammer for pasienten.

2.4 Omsorg for pasienten med demens

I tillegg til at forskningen viser at et kunnskapsløft innenfor munnhelse er nødvendig, står også relasjonen mellom sykepleier og pasient som en viktig del av yrkesutøvelsen.

Personorientert omsorg blir i økende grad anbefalt som den foretrukne tilnærmingen til pasienter med demenssykdom. Tilknytning til andre basert på gjensidig tillit og fortrolighet er en viktig del av menneskets liv, og særlig nødvendig for pasienter med demens.

Rokstad (2018) henviser til Kitwood (1999), og skriver at personen med demens er særlig utsatt for å oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt, endret funksjonsnivå og utfordringer i dagliglivet. For å møte pasienten med demens på en god måte, må helsepersonell anerkjenne, akseptere, og støtte pasienten med demens, samt være åpen og ærlig på en måte som ivaretar pasientens behov og følelser. Helsepersonell må ha validering som grunnlag. Det betyr at man må anerkjenne og støtte den virkeligheten som personen med demens befinner seg i basert på sensitivitet for følelser som pasienten har til grunn for atferd. Behovet for velvære og trøst ligger dypt i alle mennesker, og kan møtes gjennom å uttrykke varme, omtanke, og omsorg. Trøst kan forebygge angst og fortvilelse. Trøst innebærer også å avpasse tempoet slik at pasienten med demens har forutsetning til å forstå, reagere og gi respons i situasjonen, og mangel av dette kan gi utfordringer som motstand i samhandlingssituasjoner mellom pasient og pleier. Brooker (2013) konkretiserte innholdet i Kitwoods teori ved å utarbeide VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg, der fire

hovedelementer inngår. V står for verdsetting av personer med demens og dem som yter omsorg for dem, I står for individuell tilnærming, P står for nødvendigheten av å innta perspektivet til personen med demens, og S står for behovet for et støttende sosialt miljø. Dette kan brukes som en sjekklister for ledere og ansatte i demensomsorgen for å evaluere om deres praksis er personsentrert, samt direkte i pasientomsorgen. Effekten av personsentrert omsorg er studert, og kan vise til en nedgang av agitert atferd ved bruk av kommunikasjonsteknikker, øvelse i å tolke atferd som et uttrykk for umøtte behov, og problemløsningsteknikker (Rokstad, 2018, s. 300-312).

Personorientert omsorg er et relativt nytt begrep, men omsorgstenkningen er grunnleggende i sykepleien. Allerede i 1993 skrev Herdis Alvsvåg om hvordan verdisynet uttrykker seg i kroppene våre, spesielt i stellet med pasienten, at hendene våre også kan formidle mye i relasjonen med en pasient. De kan formidle sikkerhet og fasthet, eller usikkerhet. De kan formidle varme og engasjement, og de kan formidle kulde og manglende interesse. I relasjonen med pasienten er det med kroppene og sansene våre vi når frem til pasienten, og hendene våre er viktige i pleiesituasjonen. I den raske verden vi lever i, er betydningen av ekte og naturlig berøring viktig for pasienten (Alvsvåg, 1993, s. 111-129).

Tillit er et etisk fenomen som står sentralt i sykepleierens omsorg. Omsorg har med engasjement og innlevelse å gjøre, omsorg er å knytte bånd og inngå i relasjoner. Mennesker er alltid i et avhengighetsforhold til hverandre og dette innebærer at ikke noe menneske er noe gjennom seg selv alene (Martinsen, 2006, s. 135-165). Ut fra denne avhengigheten springer den etiske fordringen om å ta vare på den annens liv i ethvert møte mellom mennesker og dette føles for meg som et ansvar. Et ansvar Løgstrup (1991) belyser når han sier at vi alltid har noe av den annens liv i vår hånd. Vårt ansvar for å gjøre godt for pasienten. Vi mennesker er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre og vår henvisthet består av det som Løgstrup kaller livsytringer. Livsytringene er født etiske og de er grunnleggende for at menneskelig relasjon kan bestå og utfolde seg. De er spontane, umiddelbare og viser seg gjennom våre handlinger. Tillit er en slik livsytring, en grunnleggende verdi i mennesket. Normalt møter vi hverandre med tillit, den er fundamental. Møter vi hverandre med mistillit, er det ut fra særlige grunner. Noe har gjort at tilliten er brutt. Tillit betyr å utlevere seg selv, og våge å bli imøtekommet. Tillit er elementært i vår holdning til den andre og med vår holdning som sykepleiere kan vi sette tone på den andres verden – vi kan gjøre den truende eller trygg. Den makten vi som sykepleiere har til å gjøre pasientens verden trygg eller truende, er en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd. Vi som

sykepleiere stilles ovenfor to muligheter; enten å ta vare på den andre, eller bryte ned tillitsforholdet (Martinsen, 2006, s. 135-165).

Som sykepleiere må vi også ha med oss et faglig skjønn inn i situasjonen. Martinsen (2000) kaller skjønnen en dømmekraft i situasjonen. Vi kan ikke skjønne uten oppmerksomhet, vi er oppmerksomme ut fra faglighet og etikk på en gang i en vennlig vekselvirkning.

Oppmerksomheten er rettet mot den andre, og hva den unike andre vil meg. Da blir vi mottakende, og da må vi også gi. I skjønnen er vi oppmerksomme og personlig tilstede ut fra etikk og faglighet på en gang. Skjønnen kan ikke være hurtig eller støyende, og vi kan som sykepleiere bli krenkende om vi ikke tar oss tid til å skjønne eller vurdere (Martinsen, 2000, s. 62-63).

I forhold til pasienter med demenssykdom, tenker jeg omsorgstenkingen må stå sterkt, og vi må gjøre nytte av vårt sykepleiefaglige skjønn i vårt arbeid. Det er derfor interessant å forske på om sykepleieren bevisst bruker den personsentrerte omsorg for å komme i posisjon til å hjelpe pasienten med demens med sin munnhygiene, eller om det er noe i det faglige skjønn som kan hjelpe sykepleierne i utførelsen av munnstell hos pasienten.

Kari Martinsen skriver også om tid og travelhet i senere litteratur. I *Sykepleien* (2019) er Martinsen intervjuet, og tittelen er *Pleien tar den tiden det tar*. Vi lever i en travel tid, der pleien av pasienten og det faglige skjønn utfordres. Sykepleieren blir fylt av en skyldfølelse som man ikke har tid å kjenne på før arbeidspulsen har lagt seg. Sansingen er utfordret, og sykepleieren har heller fokus på hva pleiekulturen befaler. Helsevesenet er styrt av økonomi og produksjon, med fokus på målbare oppgaver. Martinsen er opptatt av at sykepleie skal være et yrke med omsorg, og ikke et teknisk yrke med prosedyrefokus, og refererer til Nightingale for å beskrive basale behov hos pasienten. Martinsen kaller det sykepleiefaglige skjønnen et kunsthåndverk, og at håndlaget må trenes – det er for eksempel en kunst å gi et godt munnstell (Martinsen, 2019).

3 Metodekapittel

Her begrunnes valg av forskningsmetode for studien og prosessen med å innhente data til studien blir beskrevet. Det blir redegjort for hvordan forskningsmaterialet ble analysert.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Forskningsprosjektet tar utgangspunkt i en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, og studiens funn er arbeidet frem ved bruk av en kvalitativ metode. En kvalitativ forskningsmetode legger vekt på forståelse, nærhet til forskningsobjektene, en åpen samhandling mellom forsker og deltaker, og data i form av tekst. Fremgangsmåten vil være induktiv, altså utforskende og empiridrevet. Kvalitative studier forholder seg oftest til et hermeneutisk mønster, med fokus på deltakerens opplevelse og meninger. Den kvalitative forskningen preges av innlevelse, kreativitet, men også struktur og system. Den kan drives av både empiri og teori, men oftest i samspill mellom disse. Den kan være avgrenset av miljø, fenomen, type deltakere, eller teorier (Tjora, 2017, s. 24). Ved å bruke en kvalitativ metode for å søke svar på forskningsspørsmålet, fikk jeg deltakerne til å sette ord på sine egne opplevelser rundt munnhelse. Den kvalitative metode tar sikte på å fange opp deltakerens mening eller opplevelse som vanskelig lar seg tallfeste eller måle. Kvalitativ retning ønsker å få frem dybden, få mye opplysninger fra få deltakere, for å få frem det som er særegent for det man undersøker, og få frem en forståelse av det man undersøker (Dalland, 2007, s. 84). Den kvalitative metode egnet seg derfor godt til å svare på studiens forskningsspørsmål, og få en forståelse av deltakernes erfaring rundt temaet. For å få en åpen samhandling mellom forsker og deltaker, ble valget å utføre semi - strukturerte dybdeintervjuer.

3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologien er først og fremst et kunnskapsteoretisk anliggende. Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien og var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Han konsentrerte seg om den måte fenomener er gitt for vår bevissthet, og når vi når vi studerer verden, må vi legge veien om bevisstheten. Han viser til fenomenbegrepet, det som har gitt navn til fenomenologien, og fremholder at det er i den greske betydningen «det som viser seg» at begrepet brukes i fenomenologien. På denne måte kan vi si at de saker som viser seg i fenomenologien, er fenomener – slik de viser seg for noen. Fenomenologiens domene er vår «væren-i-verden» der bindestrekene er ment å antyde vår grunnleggende tilhørighet i verden, vi er verden, vi er en del av verden (Thornquist, 2003, s. 83-87).

Slik jeg ser det, er det slik vi har forutsetning for å forstå verden og dens fenomener. Fenomenologien står i motsetning til en ensidig tro på en evidensbasert naturvitenskapelig tilnærming, som i liten grad tar hensyn til livserfaring og praktisk erfaring. Den verden vi lever i, og som vi som subjekter har erfaring med, kalles i fenomenologien for livsverden. Denne livsverden er anerkjent som menneskets primære erkjennelsesverden, den danner forutsetning for all kunnskap og all vitenskap (Thornquist, 2003, s. 83-87).

Fenomenologien vil påvirke forskningen i den natur at den legger vekt på det fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser. Det gjelder å ikke komme til forskningsmaterialet med fordommer, ferdige kategorier og teorier, men å la dem selv komme til uttrykk. Fenomenologien baserer seg slik på åpenhet og tilbakeholdenhet slik at forskningsmaterialet ikke bare tilpasses kategorier som er definert på forhånd, ferdige forestillinger og tankemodeller. Vi kan derimot forstå, komme nærmere forskningsmaterialet, avhengig av hvilken erfaring og innføling vi stiller med. Fenomenologiens fullbyrdelse er tankens belysning av livet, og det kan betraktes som at jeg har min livsverden, et annet menneske har sin livsverden, men den er gjenkjennelig for hverandre. Det vil si at i studien gjelder ikke begrepet livsverden bare meg som forsker, men også hvordan deltakerne ser munnhelse ut fra sin livsverden, og beskriver munnhelse ut fra sin erfaring.

3.1.2 Hermeneutikk

Slik som fenomenologien viser at livsverdenen er en bakgrunn for hvordan vi forstår, er også hermeneutikken en teori for forståelse, og de har likhetstrekk. Hermeneutikk er knyttet til fortolkning og hva forståelse er, og kan hjelpe oss til å forstå hvordan vi forstår og gir verden mening. Hermeneutikken har utviklet seg og fått et stadig videre virkefelt. Opprinnelig var gjestandsfeltet skrevne tekster, og menneskelig virksomhet som har til hensikt å formidle noe. Thornquist referer til Wormnæs (1984) som sier forståelse er noe helt fundamentalt og ureduserbart, noe som ligger til grunn for at vi oppfatter noe *som* noe. Forståelsen er til stede når vi leser noe, løser problemer og liknende. Forståelse er altså en slags motsetning til en «tom stirren» (Thornquist, 2003, s. 141).

Den hermeneutiske sirkel er nok det mest kjente begrepet innenfor hermeneutikken, og er fremsatt av Gadamer. Den viser til et fortolkningsmessig prinsipp der man forstår delene ut av helheten, og helheten ut av delene. Den hermeneutiske sirkel er en beskrivelse av en

dynamisk erkjennelsesprosess, der del og helhet pendles i forsøket på å forstå begge deler best mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen i et nytt lys, og kan så gi en ny forståelse av enkeltdelene – som igjen vil gi en ny forståelse av helheten. Forskeren foretar en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse, og legger grunnlag for å stadig forstå på nye måter – en dypere innsikt. Å tolke en tekst, det vil si å spørre hva forfatteren legger i teksten, er å utøve hermeneutikk. Sirkelbegrepet er kritisert fordi det gir assosiasjon til en repetisjon. At noe gjentar seg på nøyaktig samme måte. Spiral vil derimot antyde en videre bevegelse, og at man foretar en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse (Thornquist, 2003, s. 142-143).

Vår forståelse en foranderlig prosess, der man hele tiden forstår noe på en ny måte, ut fra delene og helhetens påvirkning på hverandre. Vi er aldri uten noe i ryggsekken, og kan ikke forstå noe uten en bakgrunn. Man utøver alltid hermeneutikk, vi fortolker alltid noe. Heidegger har hatt stor innflytelse på hermeneutikkens vesen, og intensjonen er å få oss til å tenke annerledes og bryte tankevaner. Heidegger bruker også begrepet *væren-i-verden* for å forklare at mennesket er i verden. Mennesket er alltid i en situasjon her og nå (Thornquist, 2003, s. 142).

Slik jeg forstår hermeneutikkens verden, vil det si at min påvirkning på studien uunngåelig vil være tilstede, men det blir desto viktigere å redegjøre for den. Ved å anvende den hermeneutiske spiral kan jeg få et innblikk i en annens livsverden, et glimt inn i en annen forståelseshorisont, og dermed åpne for at jeg som forsker kan få en ny forståelseshorisont.

3.2 Intervju

Med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, passet det godt med intervju for datainnsamling til studien, da studien tar sikte på å få frem deltakernes erfaringer med munnhelse ut fra sin livsverden.

De mest hyppige formene for datainnsamling innenfor kvalitativt felt er intervjuene, der målet er å skape en situasjon for en relativt fri samtale om temaet forskeren har lagt frem. Ved å ta seg god tid, skape en fin og avslappet stemning, er målet å få deltakeren til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til temaet. Dybdeintervjuet som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv, der man ønsker å forstå deltakerens opplevelser og hvordan

deltakeren reflekterer over dette (Tjora, 2017, s. 113-115). Det var viktig for meg at intervjuene følte uanstrengte for deltakerne, og heller som en temastyrt samtale. En viss struktur var til stede i form av intervjuguiden, men for å fange mest mulig deltakernes erfaringer, styrte jeg ikke intervjuet om deltakerne bevegde seg utenfor denne.

Intervjuet som metode er en form for menneskelig interaksjon der kunnskapen kommer frem via dialog. Interaksjonen er mindre nøytral enn om deltakeren svarer på et spørreskjema, og det er opp til intervjueren å skape en kontakt som lar deltakeren føle seg trygg i situasjonen. God kontakt skapes ved aktiv lytting, interesse, og respekt for deltakeren. Intervjueren må være avslappet og tydeliggjøre hva de ønsker å vite (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009, s. 73-75).

3.2.1 Rekrutteringsprosessen

Den opprinnelige planen var å intervju to sykepleiere, og et tannhelsepersonell fra ulike kommuner. Altså ni deltakere til sammen i prosjektet.

For å rekruttere disse deltakerne tok jeg kontakt med avdelingsledere på skjermede sykehjem, og overtannleger på offentlige tannhelseklinikker både pr e-post og vanlig post, og sendte informasjon om prosjektet vedlagt. Det ble utformet rekrutteringsforespørsel og samtykkeskjema til både sykehjem og tannhelsetjenesten, som ga informasjon om hva prosjektet dreier seg om.

Rekrutteringen av deltakere har i seg selv vært interessant. Jeg begynte rekrutteringen raskt etter at feirepuljene var over, og sendte ut informasjon til avdelingsledere, enhetsledere, overtannleger og kliniksjefer i de kommunene jeg hadde valgt ut. Responsen fra overtannlegene kom veldig raskt, de syntes dette var et viktig tema fra sykepleiersiden, satte meg i kontakt med intervjuobjektene, og ønsket seg den ferdige studiens tilsendt. Responsen fra sykehjemssiden var mangelfull, her måtte jeg purre via mail, og det var vanskelig å få til noe konkret.

Jeg innså etterhvert i prosessen at ni deltakere ble mye. Dette med bakgrunn i at jeg fikk lite respons, og brukte mye tid på å kontakte avdelingsledere. Jeg justerte meg derfor ned til fire sykepleiere og to tannpleiere. Det siste intervjuet på sykehjem slet jeg med å få avklart. Mens jeg ventet på avklaring ble jeg ferdig med å transkribere de utførte intervjuene, og følte jeg hadde nok data til analyse, så jeg ga meg med det. Resultatet av rekrutteringen ble da tre

intervjuer med sykepleiere, og to intervjuer med tannpleiere, så jeg fikk fortsatt beholdt hovedvekten på sykepleiersiden slik målet var i utgangspunktet.

3.2.2 Studiens deltakere

Dalland (2007) sier at et strategisk utvalg vil si at man velger deltakere man tror har noe å si om det fenomenet man er ute etter å få kunnskap om. For meg ble mitt strategiske utvalg valgt ut fra et ønske om informasjon fra sykepleiere på skjermede avdelinger for personer med demens, og tannhelsepersonell som samhandler med sykehjem.

Kriterier som ble satt var at deltakerne hadde tilstrekkelig fartstid på nåværende arbeidsplass, til å være godt kjent med rutinene på arbeidsplassen.

Deltakerne er presentert i den rekkefølgen de ble intervjuet.

Tabell.1

Yrke	Sykepleier 1	Tannpleier 1	Tannpleier 2	Sykepleier 2	Sykepleier 3
Tid i yrkesutøvelsen	2 år	13 år	25 år	10 år	20 år

3.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble utført mellom august og november 2019.

Som uerfaren intervjuer tenkte jeg gjennom hvordan jeg selv ville føle det å bli intervjuet og hvilke menneskelige egenskaper jeg kunne dra nytte av som intervjuer. Jeg hadde klare tanker om å være rolig, respektfull, ha litt humor, samt forsøke å skape en nysgjerrighet rundt prosjektet. Siden jeg intervjuet sykepleiere og tannpleiere, var det viktig for meg å formulere meg slik at ingen ble satt i forlegenhet, eller oppfattet det slik at jeg kritiserte deres yrkesutøvelse. Dette for at deltakerne ikke skulle miste tillit til meg som intervjuer, og at jeg dermed gikk glipp av viktig informasjon. Ved intervjuenes start presenterte jeg studiens tema, og presiserte at jeg var ute etter ærlighet rundt temaet, og ikke var ute etter å kritisere

yrkesutøvelsen til deltakerne. Jeg gjentok også at materialet kom til å være anonymt, og at deltakerne ikke ville kunne gjenkjennes i studien.

For meg som forsker var det viktig at jeg tok jobben med å oppsøke deltakerne, og ikke belemret dem med annet enn deltakelse i studien. Alle deltakerne fikk tilbud om å bli intervjuet på sin arbeidsplass, noe samtlige valgte. Dette støttes også av Tjora (2017, s. 121) som sier for at stemningen skal bli god og avslappet er det viktig at intervjuet blir holdt på et sted der deltakeren føler seg trygg, gjerne på arbeidsplassen. Alle stedene hadde tilrettelagte rom der vi fikk sitte uforstyrret.

Intervjuene ble tatt opp med diktafon etter deltakernes samtykke, og jeg hadde en skrivebok tilgjengelig om jeg kom på oppfølgingsspørsmål underveis. Lengden på intervjuene hadde et spenn fra 25 minutter, til 1,5 time. De ble avsluttet når det følte naturlig, og jeg følte spørsmålene i intervjuguiden var dekket. Noen av deltakerne fortsatte samtalen når diktafonen var skrudd av, men dette var om tema utenfor studien, og gjorde at det ble en hyggelig avslutning på intervjuene.

3.2.4 Transkriberingsprosessen

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter de var utført. Det å skrive en analyselogg ved siden av intervjuene samtidig som jeg transkriberte, hjalp meg mye for å se min egen rolle som intervjuer og forsker. Det gjorde også at jeg slapp å ta med alle støtteord i transkripsjonen av materialet, stemningen i intervjuet noterte jeg i analyseloggen slik at transkripsjonen av intervjuene ble mest mulig ren og relevant tekst. Analyseloggen besto av hvordan min rolle som intervjuer var, samt stemningen i intervjuet. Jeg kunne fort høre at jeg ikke innfridde alle mine krav til meg selv som intervjuer, og gjennomlyttingen av det første intervjuet ga meg mer bevissthet på meg selv til de følgende intervjuene. Jeg endte opp med omtrent 60 sider tekst til analyse.

3.3 Metodiske betraktninger

I dette kapittelet redegjøres det for forskerens forståelseshorisont, forskningsetiske overveielser, og studiens pålitelighet og gyldighet blir diskutert. Studiens validitet blir

diskutert i avslutningskapittelet.

3.3.1 Forforståelsens rolle

Siden studien er basert på fenomenologi og hermeneutikk, vil den uunngåelig være preget av forskerens forforståelse. Både jeg og deltakerne har vår livsverden, og våre erfaringer.

Malterud (2018) skriver at forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før det starter. Innholdet i ryggsekken vil påvirke forskeren hele veien med måten vi samler, leser og tolker våre data på. Denne bagasjen består av erfaringer, teorier, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen (Malterud, 2018, s. 44-45).

For å være bevisst min påvirkning på studien, vil jeg nå redegjøre for mitt standpunkt.

Min stilling er en form for mellomleder på sykehjem, der jeg primært sitter i ledelsen, men har noen vakter i turnus, og et nært samarbeid med både avdelingene og pasientene. Mitt ansvar omhandler bemanning, prosedyrer, kvalitetsutvikling, økonomi, veiledning i sykepleiefaget, og bistå avdelingsleder i den daglige driften. Tidligere har jeg arbeidet som assistent og senere sykepleier på skjermet avdeling ved samme arbeidssted.

Fra mitt ståsted ser jeg hverdagen som sykepleier på en sykehjemsavdeling som travel, men ikke uoverkommelig. Erfaringsmessig er det mye fokus på målbare resultater, som kan krysses av på et skjema. Som sykepleier på avdelingen følte jeg på at jeg måtte holde meg ajour med pleieplaner, ernæringscreeninger, livsgledearbeid, regelmessig pårørendekontakt og dokumentasjon. Det er selvsagt viktige ting, men av og til gikk det ut over pasientkontakten. Med to stykker på aftenvakt, der den ene skal holde kontrollen på avdeling, mens den andre er i stell, var det også hektisk å få gitt alle pasientene et godt kveldsstell. Å utføre et grundig munnstell er tidkrevende, spesielt når pasienten motsetter seg, men ved hjelp av tid og teknikker fikk jeg det utført, om ikke like grundig hver eneste gang.

I nåværende stilling er travelheten annerledes. Idealismen som jeg begynte stillingen med, er jekket ned mange hakk. Det å være en pådriver for et godt fagmiljø, internundervisning, eller veiledning av personalet, blir spist opp av møtevirksomhet, risikoanalyser, prosedyrer, bemanning, turnusarbeid og mye annet administrativt. Tid til å gjøre noe grundig, legge til rette for fagutvikling lokalt, er ikke der. Ledelsesstrukturen er endret, og ledertettheten er lav.

Mitt sted å se dette temaet fra er preget av en viss utålmodighet. En utålmodighet for å belyse temaet, slik sykehjemsavdelingen for personen med demens er som arena, og hvordan

sykepleierens tidsverden er på sykehjemsavdelingen. Denne utålmodigheten eksisterer nok med bakgrunn i at jeg erfarer at det organisatoriske ikke er ideelt, og at tiden som står til rådighet for å gjøre forbedringer er knapp. Studiens teoretiske utgangspunkt viser kjent kunnskap om utfordringer i ivaretakelsen av munnhelse hos pasienten med demens. Min studie tar sikte på å belyse hvilke fenomener sykepleieren erfarer i arbeidshverdagen, og oppleves som utfordringer i forhold til ivaretakelsen av munnhelsen til pasienten.

Den som vil forstå må ikke se kun ut fra sin egen forforståelses verden, og ut fra dette overhøre tekstens mening, men stille seg åpen for det teksten har å si (Gadamer, 2003, s. 38). For meg som forsker var det viktig å være bevisst dette gjennom bearbeidningen av materialet. Ved å være bevisst på min erfaringsbakgrunn, kunne jeg la teksten tre frem i sin særegenhet, og bedre stille meg åpen for å lytte og forstå det deltakerne uttrykte.

Slik jeg forstår Gadamer vil det si at forskeren med sin erfaring i bunnen, må strebe etter å ha fokus på de nye og fremmede fenomener som viser seg, ikke ha skylapper på i form av egen forforståelse, og se det man vil se i materialet. Slik kan man anvende den hermeneutiske sirkel. Dette er absolutt utfordrende, og for meg er forforståelsen noe jeg må tøyse, men også en drivkraft for å undersøke temaet. Slik jeg ser forforståelsen, er det både en negativ kraft som kan føre til at forskeren blir sneversynt, og en positiv kraft i form av engasjement om et tema. All fortolkning må beskytte seg mot vilkårlige innfall, og de begrensninger som kommer ut av vanetenking. Ved å holde fokus på at jeg ville undersøke, lære, og få andres erfaringer, mener jeg at jeg mestret å se forbi egne fordommer, og stilte meg åpen for de fenomener som viste seg.

3.3.2 Forskningsetikk

Studien ble meldt til NSD – Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og er i tråd med Helsinkideklarasjonens krav om informert samtykke (Malterud, 2018, s. 214-215).

Alle deltakerne fikk utdelt informasjon om studien, muligheten til å trekke seg, hvordan materialet ble behandlet og oppbevart, og skrev under på samtykkeskjema. Malterud (2018) skriver at datatilsynet gir regler og prosedyrer som forutsetter at materialet oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. I forhold til å beskytte deltakerne i studien, og den empirien de ga meg til analyse, ble lydopptak og transkripsjonen lagret på en passordbeskyttet datamaskin som kun jeg har tilgang til. Lydopptak ble slettet da transkriberingen var utført.

Deltakerne fikk informasjon om at skriftlig materiale blir tatt vare på, slik at kun jeg som forsker har tilgang på det, med tanke på å skrive fagartikkel i ettertid, og de har samtykket til dette i samtykkeerklæringen.

Men all forskning hviler på tillit mellom deltakeren og forskeren. Den enkelte forskeren må ivareta hensynet til deltakerne med hensyn til anonymitet, og forskeren har et ansvar for og ikke sette deltakeren i et dårlig lys (Malterud, 2018, s. 214). For meg som forsker betyr dette at siden jeg har intervjuet deltakerne om deres yrkesutøvelse og kunnskap, må jeg formidle dette på en måte som beskytter deltakerens integritet og yrkesstolthet.

3.3.3 Pålitelighet og gyldighet

Innenfor forskning vil forskeren ha et engasjement i temaet det forskes på, og dette engasjementet kan påvirke resultatene. Selv om dette engasjementet kan lage støy i prosjektet, er det en helt nødvendig ressurs, men fordrer at forskeren kan redegjøre for egen forforståelse. Dette ved at forskeren kan redegjøre for hvordan egen forforståelse preger studien, og hvordan forskerens egen erfaring vil bli brukt i analyse og diskusjon av studiens funn (Tjora, 2017, s. 235).

For å styrke studiens pålitelighet har jeg reflektert rundt hvordan min forforståelse og livsverden har preget studien, det er redegjort for bakgrunnskunnskap, og engasjement for å utføre studien. Min bakgrunn som forsker har preget utvalget for datainnsamling, ved at studien søker svar på munnhelse hos pasienten med demens.

Ved å bruke deltakernes stemmer som direkte sitater, har jeg styrket påliteligheten ved at funnene er gjennomsiktige og i sin sanne form. Dette vil gjøre meg som forsker mer utsatt for at leseren skal tolke funnene annerledes ut fra sin livsverden, men viser en redelighet ovenfor deltakerne. Slik jeg ser studien, ville den kunne blitt gjennomført med andre deltakere innenfor samme utvalg, og vært nær resultatene i denne studien. Tjora (2017, s. 150) sier at man kommer ikke utenom utfordringen ved at deltakerne forsøker å gi det de tenker er et riktig svar, altså at det gjør at de fremstår i et godt lys i forskerens prosjekt. Om dette er tilfelle, betyr det for meg at jeg som intervjuer ikke har gjort en god nok jobb på å trygge deltakerne i studien, og slik jeg tolker deltakernes svar er de redelige.

Studiens gyldighet vil speile om den klarer å svare på forskningsspørsmålet. Dette betyr i praksis at forskeren forholder seg til aktuelle perspektiver og tidligere forskning som er gjort

innenfor samme tema. Den viktigste kilden til høy gyldighet er at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, og er forankret i annen relevant forskning. Metodologisk treffsikkerhet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet må alltid veie tungt (Tjora, 2017, s. 232-254).

Studien er forankret i tidligere forskning og omsorgstenking i forhold til pasienten med demens, og holder seg innenfor disse rammer. Ved å anvende en kvalitativ metode i form av dybdeintervju, føler jeg at studien best mulig kan undersøke de fenomener som fører til utfordringer for sykepleieren, og ny kunnskap om temaet.

Både forforståelse, og andre forskningsetiske overveielser er viktige å ha med seg i analysen og diskusjonen av funn. En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming vil slik jeg forstår det forandre en redegjørelse av hvordan data ble analysert, slik at man får innsyn i hvordan jeg som forsker har forstått materialet.

3.4 Analyse av data

For å velge metode for analyse av data var jeg innom både Malteruds systematiske tekstkondensering, og Tjoras stegvis - deduktive - induktive metode. Dette for å se hva som passet best for å analysere studiens data og presentere studiens funn.

Malteruds metode går ut på ulike steg der man jobber ut fra helhetsinntrykket og vurderer mulige temaer som kan belyse forskningsspørsmålet. Man systematiserer meningsbærende enheter, altså tekstbiter, inn i felles kodegruppe. Det empiriske data blir da redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. I kodegruppene er det undergrupper som danner grunnlaget for det som Malterud kaller et kondensat, et kunstig sitat som bærer med seg innholdet fra den enkelte meningsbærende enhet til en mer generell form. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle undergruppen, med tydelige ord og spor fra deltakerne, og begreper fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2018, s. 105-107).

Tjoras modell, SDI, går ut på å hente ut essensen i det empiriske materialet, redusere volumet, og legge til rette for idègenerering ut fra det som fremkommer i empirien. Dette blir da empirinære koder som ligger tett på deltakerutsagn, og ivaretar det spesifikke i materialet. Det arbeides ut fra materialet, ikke ut fra allerede planlagte tema, temaene viser seg ut fra kodene. Det skal være gjengivelse, ikke sortering. Kodene samles i kodegrupper etter lik tematikk, for

å utvikle temaene i analysen. Videre skal det utvikles konsepter, der teorien skal ta større styring. Konseptene tar utgangspunkt i tanken om hva materialet handler om, de er abstrakte, og har ikke med empiriske utdrag eller sitater, men gir en generaliserbarhet i presentasjonen av studiens funn (Tjora, 2017, s. 196-226).

For meg var det viktig at presentasjonen av funnene viser det som er ekte, deltakerne skal bli hørt, og jeg ønsket ikke å bearbeide deres ord for at de skulle tre frem i sin sanne form. Dette vil også gjøre det enklere for leseren å kunne vurdere analysens kvalitet.

Analysemetoden for å belyse studiens funn er primært basert på den hermeneutiske spiral, men med inspirasjon fra Malterud og Tjora for å få metoder for å få organisert materialet. Den hermeneutiske spiral er anvendt, og materialet ble arbeidet med gjennom denne erkjennelsesprosessen, der del og helhet pendles i forsøket på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2003, s. 139).

Det første jeg gjorde i arbeidet med materialet var å lese gjennom den transkriberte teksten for å danne meg et helhetsinntrykk. Dette ble gjort med et åpent sinn for å unngå å være farget av forforståelsen, og heller ikke med teoretisk utgangspunkt da det kunne føre til skylapper for temaer der jeg ikke hadde noe teori å knytte mot det. Studiens forskningsspørsmål hadde jeg med meg hele tiden, og var åpen for at deltakerne kunne identifisere andre typer utfordringer enn det jeg bar med meg inn i analysen. Hvert enkelt intervju ble lest gjennom, og like tekstdeler som omhandlet samme tema, ble merket med farge. Dette ble gjort flere ganger, materiale som ikke falt innenfor studiens problemstilling ble ikke markert, og jeg fikk da redusert mengden tekst. Det jeg stod igjen med av sitater som fortalte noe om det studien undersøker, ble samlet i grupper slik at jeg kunne begynne arbeidet med å finne det som var felles. Dette er i tråd med den hermeneutiske spiral, som går ut på at vi forstår delene ut fra en helhet, og helheten ut fra delene.

Med inspirasjon fra Tjora (2017) samlet jeg deltakernes sitater etter lik tematikk, det han betegner som koder. Videre var jeg ute etter å få frem det som var felles for disse sitatene, og hentet da inspirasjon fra Malterud og kondensatet, og konstruerte en setning som sammenfattet sitatene fra trinnet før. Jeg velger å bruke begrepene koder og kondensat i tabellen som viser studiens funn.

Med bakgrunn i en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, vil funnene være preget av forskerens forforståelse, og det er ikke sikkert de samme funn ville blitt belyst ut fra en annen forskers livsverden. Ved at sitatene er presentert i sin sanne form, stiller det meg som forsker i en mer utsatt posisjon i den forstand at sitatene kan tolkes ulikt av en annen forsker. Det som styrker studiens pålitelighet er at denne prosessen ble utført sammen med en annen forsker. Malterud (2018, s. 106) sier at dette er formålstjenlig, da det skaper et analytisk rom med flere nyanser, og flere detaljer kan vise seg. Vi leste gjennom hverandres intervjuer og noterte de fenomener som viste seg for å se om det samsvarte med det vi selv fikk som resultater etter analysen.

Resultatene var like, og skapte en trygghet for at man kunne se de fenomener som kom frem i empirien, og styrker at man har klart å unngå påvirkning av forforståelsen da en annen forsker med et helt annet fokus ser de samme temaer. Følgende temaer kom frem i analysen av data;

Tabell.2

Koder	Kondensat	Overordnet tema
<p>«Det er ære være den sykepleieren, eller avdelingslederen, som ja, har gode rutiner og som er bevisst på munnstell». Tannpleier 1.</p> <p>Det kan være lett vint å hoppe over, eller ta en veldig rask puss. Særlig om det er problematisk å komme til. Sykepleier 3.</p> <p>«Rutiner var det nok, men veldig mangelfulle» Tannpleier 2.</p>	Ivaretakelse av munnhelse.	Ivaretakelse og omsorg for pasienten med demens.
<p>«Det var en dame som hadde vært der i to uker, og personalet sa hun var så betent i munnen. De hadde forsøkt å få ut denne protesen, men da var der altså en sånn firepunkts implantatprotese som var skrudd fast, og da skal det jo være avstand mellom tannkjøttet og protesen for å kunne utføre renhold. Pasienten var så hoven at tannkjøttet lå som en gardinkappe over protesen, så klart de trodde det var en protese som de skulle ta ut – men den satt jo så fast. Hva slags festemiddel er dette liksom? Hun gjorde jo motstand og, det var sikkert vondt og at hun ikke skjønnte. Vi fikk slått ned denne betennelsen med corsodyl og antibiotika, det var skikkelig ille altså. Tannpleier 2.</p> <p>«Ja det er vanskelig å utføre munnstell på pasienter</p>	Kunnskapsnivå og motstand.	Ivaretakelse og omsorg for pasienten med demens.

<p><i>som motsetter seg, og det er jo ikke livsviktig». Sykepleier 2.</i></p> <p><i>«Vi hadde en pasient som over lengre tid var agitert, der vi forsøkte å finne ut alt. Tilslutt så hadde vi den årlige screeningen, og da viste det seg at han måtte trekke over halvparten av tennene, og at han hadde hatt store smerter over lengre tid, Da hadde ikke vi fått pusset tennene på kjempeleuge, så det er klart, der lærte vi noe». Sykepleier 1.</i></p> <p><i>Jeg er overrasket over hvor lite de vet om bakterier og hjerte- kar, og det blir jo mer og mer fokus på det». Tannpleier 2.</i></p> <p><i>«Ja, hva vet vel du om når vi skal få lagt og stelt» Tannpleier 2.</i></p>		
<p><i>«...det å få mer tid til å skape tillit til pleieren der og da, og slippe å tenke på at man ikke har tid for at en annen pasient sitter og omtrent roper for å få legge seg. Mange andre arbeidsoppgaver sant, man skal også rekke å skrive en god rapport før man går hjem». Sykepleier 3.</i></p> <p><i>«Man må ha tid til å bygge den relasjonen. Det er klart pasientene er sikkert så usikre og utrygge allerede når de er her, og så skal man begynne å gå inn i munnen på dem, så er ikke det noe særlig når de ikke kjenner noe til deg». Sykepleier 1.</i></p> <p><i>«Det er jo noe helt annet med de pasientene som ikke forstår at de må gjøre dette» Sykepleier 3.</i></p>	<p>Tid til omsorg for pasienten med demenssykdom.</p>	<p>Ivaretagelse og omsorg for pasienten med demens.</p>

For å se om temaene passet inn i noe felles, satte jeg opp et helhetlig tema som jeg mener favner om studiens funn, i tråd med Gadammers ord om forståelsen som går fra en helhet til del, og fra del til helhet. Temaet ble ivaretagelse og omsorg for pasienten med demens, og det helhetlige tema er i tråd med forskningsspørsmålet i studien.

4 Funn

Funn fra analysen blir her presentert med en overskrift som speiler innholdet, funnene er belyst med direkte sitater fra studiens deltakere.

4.1 Ivaretakelsen av munnhelse

Sykepleierne forteller at de merker at flere pasienter har egne tenner, og behøver derfor mer hjelp til ivaretakelsen av munnhelse. Sykepleierne forteller om noen av sine utfordringer på sykehjemsavdelingen som påvirker ivaretakelsen av munnhelse hos pasienten med demens. Munnhelse var sjelden et faglig tema på sykehjemmene deltakerne var ansatt på. Samtidig fremkommer det at sykepleiefag er generelt lite tatt opp på møter, og at møtene blir brukt til diskusjon av andre ting. Deltakerne forteller at rutiner for munnstell eksisterer, men lar seg ikke alltid gjennomføre. Det viser seg også som et funn i studien at ansvaret for munnhelse er dårlig forankret.

Sykepleierne ble spurt om munnhelse var et tema på sykehjem, og om det ble diskutert på fagmøter eller liknende.

«Jeg må si at når det gjelder tannhelse er det veldig lite som blir tatt opp. Det er nesten slik at det kan bli litt glemt faktisk».
Sykepleier 1.

En annen deltaker sier;

«Det kunne vært mer fokus på det, hvor viktig det er med god munnhygiene. Hvilken betydning det har for velvære, ernæring og i det hele tatt. Kanskje hatt mer undervisning om det, så hadde man kanskje klart å ha mer fokus på det i stedet».
Sykepleier 3.

Dette sitatet sier noe om at sykepleieren forstår viktigheten av god munnhygiene hos pasienten, og at munnhelsen har betydning for velvære, og ernæring. Sykepleieren uttrykker at det er lite fokus på munnhelse som tema, og antyder at det er vanskelig å ha fokus på munnstell i stedet av pasienten.

En av sykepleierne forteller om fokuset på munnhelse på grunnutdanningen;

«Jeg må si at gjennom sykepleierutdanningen så er det altfor lite fokus på det, det har jeg tenkt på tidligere og. Det er mye det kanskje kunne vært mindre av, og heller mer om munnstell faktisk. Det er ikke noe som kommer opp andre eller tredjeåret, det kommer opp helt i starten på førsteåret, for det er så grunnleggende at man skal på en måte kunne det, men når man er i praksis, og nesten lærer at det ikke er en del av stedet. Det avhenger litt av veileder tror jeg, hva du lærer faktisk».
Sykepleier 1.

Kunnskap om munnstell er grunnleggende sier sykepleieren som har kortest erfaring, og

forteller at munnstell kunne vært et større tema i grunnutdanningen. Det som berører meg mest i dette sitatet, er at det fremkommer at det er helt tilfeldig hva man lærer i praksis på sykehjem som sykepleierstudent. Det fortelles at det avhenger av fokus og engasjement hos veileder i praksis, og sykepleieren sier at man får et inntrykk av at det ikke er en del av stellet til pasienten. Det kan nesten peke på at munnstell faktisk ikke ble utført på alle pasienter når denne sykepleieren var i praksis. Det er altså overlatt til tilfeldigheten om man får en veileder som er interessert i munnhelse eller ikke, sykepleierstudenten i sin første praksis stiller også som regel med lite erfaring, og er i en situasjon der man skal ta til seg lærdom. Sitatet får meg til å undre meg over hva det gjør med formingen av sykepleierstudentens interesse for munnhelse, og forståelse av viktigheten. For meg vil dette bety at man tidlig i sykepleierstudentens løp, går foran som eksempel, og viser at dette er noe som er greit å unnlate.

De andre to sykepleierne med lengre yrkeserfaring uttalte seg på samme spørsmål;

«Nå er det jo lenge siden, jeg tror nok vi var innom det, men det var ikke stort fokus på det. Jeg kan ikke huske noe spesielt, men det kan jo ha endret seg siden jeg gikk da».
Sykepleier 3.

«Jeg kan ikke huske vi hadde noe forelesning om det, og på klinikkrommet var det jo stell av en medelev, men jeg kan ikke huske vi pusset tennene på hverandre, men det er jo noen år siden så det kan jo hende».
Sykepleier 2.

Sykepleierne hadde lang arbeidserfaring, og med bakgrunn i det kan det nok kritiseres at dette er tatt med som et funn. For sykepleieren å huske hva de hadde på grunnutdanningen for over ti år siden er vanskelig. Det kan også kritiseres at jeg som forsker ikke vet om akkurat disse deltakerne deltok på en eventuell undervisning om munnstell og munnhelse, men jeg velger å ta dette med som funn med bakgrunn i at sykepleieren som var utdannet for to år siden, hadde refleksjoner rundt munnstell i praksis, og det er elementer i disse sitatene som er verdt å diskutere.

Tannpleierne ble også spurt om de trodde økt fokus i grunnutdanningen kunne hjelpe med ivaretagelsen av munnhelse på sykehjem, hvorpå de begge uttrykte at økt kunnskap kunne gi en bedre forståelse av viktigheten, og en økt motivasjon.

Det er tilfeldig hva man lærer sier en av sykepleierne.

Det støttes også av tannpleiernes erfaringer, at ivaretagelsen av munnhelse er personavhengig,

ofte avhengig av en personlig interesse for munnhelse. De avdelingene som gjorde det bra hadde ofte «den ene» som var bevisst og tok tak.

«Det er det vi ser. Det vi mistenker er at der er faktisk ære være den avdelingslederen eller sykepleieren som, ja, har gode rutiner og som er bevisst på munnstell».
Tannpleier 1.

«Personavhengig, og vet du hva mer det er avhengig? Avdelingsleder. Hvor mye fokus, hvor viktig synes avdelingsleder dette er. DER ligger det mye».
Tannpleier 2.

Tannpleierne uttrykte at det var viktig med en ledelsesmessig forankring av munnhelse på sykehjem. Den ene tannpleieren fortalte at de hadde gått bort fra å ha tannkontakter, altså en ansvarsperson på hver avdeling. De så seg nødt til å endre metode, og legge ansvaret på lederne da det ikke fungerte med tannkontaktene og viderefremming av informasjon. De ønsket å tydeliggjøre ledelsens ansvar, og håpet på mer fokus på munnhelse.

Sykepleierne ble spurt hva de tenkte om ledelsens rolle i å fremme fokuset på munnhelse i sykehjem.

«At de skal legge til rette for undervisning, og at det skal blir tatt opp på, ja må nesten bli et personalmøte eller noe, det er jo kun der vi er samlet. Men personalmøtene blir veldig fort bare sånne, hva skal jeg kalle det, administrative ting, veldig lite fokus på det vi faktisk gjør, og faget. Det har vi ikke tid til, vi gjennomgår heller andre ting, prosedyrer og nye ting som vi får informasjon om».
Sykepleier 3.

Sykepleieren har en forventning til at lederen skal være faglig ansvarlig, og legge til rette for at de ansatte får undervisning og faglig oppdatering i sitt arbeid. Videre i dette sitatet uttrykker sykepleieren en frustrasjon over og ikke få diskutert sykepleiefaget, og at de få møtepunkter personalgruppen har blir brukt til å ta opp andre fokusområder på et mer administrativt plan. Sykepleieren forteller om lite fokus på det som faktisk skjer på en sykehjemsavdeling, hvordan arbeidsdagen i praksis er, og oppleves.

For meg sier sitatet noe om at sykepleieren føler at gjennomgang av prosedyrer og informasjon, tar fokuset bort fra sykepleiefaget i arbeidshverdagen, og at det er få forum for å få diskutert faget. Slik jeg tolker sitatet forteller det meg noe om en organisatorisk faktor som ligger til grunn for noen av utfordringene i ivaretagelsen av munnhelse hos pasienten med demens på sykehjem.

4.2 Kunnskapsnivå og motstand

4.2.1 Kunnskap

Sykepleierne forteller at av pasientene som kommer på sykehjem i dag har mange egne tenner og andre løsninger, i stedet for tannproteser. Tannpleierne ble spurt om deres inntrykk av munnhelsen hos pasienten med demens på sykehjem, og deres inntrykk av hvor godt kunnskapsnivået var.

«Ja, det er jo denne problematikken, eller ikke problematikken – det er jo bra at de har egne tenner, men igjen så er det jo mye mer som kan skje, fatalt, når de har egne tenner. Også det at de begynner å få mer kroner og broer for eksempel, ting som er umulig å se med det blotte øye. Det ser ut som fine tenner, man må liksom løfte på leppa for å se, og der kan det være stor karies. Dårlig ja, det er jo egentlig det. Mye dårlig. Det er litt vanskelig å svare på, men vi ser jo avdelinger der det ikke går så bra, så tenker vi at enten så er ikke fokuset der, eller så har de ikke nok kunnskap».
Tannpleier 1.

Tannpleieren forteller at tennene kan se fine ut om man ikke vet hva man skal observere i munnhulen, og at lite fokus eller kunnskap kan være utfordringer.

Den andre tannpleieren bidro med sine opplevelser.

«Nei det er så mange episoder, vi ble tilkalt en gang da en bro på en pasient hadde løsnet og sto rett ut av munnen. Da var det en så stor grad av periodontitt at festetannen hadde dreid seg, og broen sto rett ut. De var kjemperedde på avdelingen, så det er så mange situasjoner. Man kan ødelegge noe slikt som en bro på under et halvt år om det ikke blir fulgt opp. Tenk hvor mange som går og bruker penger på dyre løsninger nå, og så kommer de inn på sykehjem, og så er vi ikke klare til å ta imot dem. «Fluor, skal gamlingene ha fluor? Ja du vet Karius og Baktus ser ikke forskjell på 80 eller 8 år, der det er fest der kommer de! Det er også under disse konstruksjonene i munnen».
Tannpleier 2.

Den samme tannpleieren uttrykte også om kunnskap;

«Veldig varierende. Jeg tror det har med egeninteresse å gjøre også. Jeg er overrasket over hvor lite de vet om bakterier og hjerte- kar, og det blir jo mer og mer fokus på det».

Sitatene fra tannpleierne sier noe om kunnskapsnivået på sykehjem. Men hvilke krav kan vi sette til kunnskap om munnhelse hos sykepleieren? Sykepleieren har en bred utdanning, der

fokusområdene er mange. Tannpleieren har en smalere utdanning med et mer målrettet fokus. Hvor dypt bør sykepleierens kunnskap om munnhelse gå?

Sykepleierne ble spurt om hva de tenkte rundt at munnhelse kan være årsak til andre problemer, og de fortalte at dårlig munnstell kunne føre til betennelser og sopp i munnhule, hull i tennene, og at dette ville påvirke ernærings situasjonen til pasienten. Dette er god og viktig kunnskap i forhold til munnhelse hos pasienten med demens, men samtidig peker sitatet på at sykepleieren kanskje ikke vet hva de skal observere av ulike løsninger i munnen. Dette baserer jeg på at tannpleierne blant annet fortalte om proteser som er skrudd fast i kjevebeinet, der tennene ser veldig friske ut og man kan ikke se sykdom i munnhulen om man da ikke løfter på leppene og observerer tannkjøttet. Jeg må undres litt over dette, og tenker at vi skal ikke kreve for mye inngående kunnskap, men noe må vi kunne kreve.

En av sykepleierne i studien fortalte om en pasient som lenge hadde vært agitert, men de fant ikke årsaken bak agitasjonen før de hadde årlig screening fra tannhelsetjenesten. Det viste seg at pasienten måtte trekke halvparten av tennene, og hadde hatt store smerter den siste tiden. Sykepleierne hadde da ikke fått pusset tennene på veldig lenge, og de hadde lært av den situasjonen at de også tenkte på munnen når en pasient ga uttrykk for smerter, eller endret atferd.

Alle sykepleierne kunne fortelle om episoder der de kunne knytte, eller kunne mistenke, at problemer i munnhulen kunne føre til utfordrende atferd hos pasienten med demens. En av sykepleierne svarte på følgende;

«Ja, det er det. Vi tror at det er noen pasienter som har mye vondt i munnen, og at det kan være årsaken til mye utfordrende atferd».
Sykepleier 3.

Ved spørsmål om sykepleierne tok kontakt om de mistenkte sykdom eller smerter i munnen, svarte begge tannpleierne at de syntes sykepleierne var veldig flinke å ta kontakt om det var noe de lurte på eller mistenkte.

«Samtidig er de flinke til å ta kontakt med oss, for de vet at vi er her om det er noe, så de er raske å ringe eller bestille time, så jeg skal ikke svartmale det helt».
Tannpleier 1.

Sykepleieren forteller om kunnskapen om munnhelse i forhold til ernæring, velvære, og ikke minst smerter i munnhulen hos pasienten med demens, og hvordan denne kan komme til uttrykk som atferd, men sykepleieren etterspør samtidig mer undervisning om munnstell.

4.2.2 Motstand fra pleierne

Tannpleierne i studien hadde erfaring med undervisning for de ansatte ved sykehjemmene. Begge tannpleierne hadde lang erfaring, og hele tiden hatt ansvar for kommunehelsetjenesten; herunder sykehjem. Begge tannpleierne hadde kun ett sykehjem å forholde seg til, så oversikten var veldig god. Tannpleieren i en kommune forteller at sykehjemmet har vært dårlig forberedt når de kom på årlig screening, selv om besøkene er både årlig og avtalt på forhånd. De hadde forsøkt å etablere tannkontakter på hver avdeling og hadde undervisning for de ansatte. Sykehjemmet var engasjert i begynnelsen, men engasjementet dalte raskt. Tannpleieren savnet noen som var satt til å følge dem rundt til pasientene,

«Det dabbet jo litt av. Litt sånn lite oppmøte, ja litt sånn vanskelig. Så ofte når vi kom så var de ikke godt nok forberedt. Litt sånn «Åja var det nå!» og litt sånn stress rundt for de hadde ikke tid til å følge oss rundt. Vi synes jo det er veldig viktig at vi har med oss en pleier rundt, vi får ikke gjort en skikkelig undersøkelse uten at de er med oss, for pasientene er veldig syke der, ehm det er mye demenssykdom. Sånn at man kan jo ikke bare – man trenger noen som vet litt om dem».
Tannpleier 1.

De møtte også en del motstand fra personalet når de forsøkte å gi veiledning angående munnstell. Tannpleieren nevnte tilfeller der de hadde hatt undervisning og ble møtt med kommentarer fra pleiepersonellet, som eksempelvis at «det der går ikke» når de demonstrerte munnstell. Tannpleieren følte hun måtte være forsiktig i sin veiledning, var bevisst på at hun ikke var ute etter å kritisere den jobben pleierne gjorde, og fokusert på at de begge hadde et felles ansvar for pasientens beste.

Den andre tannpleieren som ble intervjuet, uttrykte følgende om den motstanden hun opplevde;

«Jeg opplever at jeg skal ikke være for belærende, jeg skal ikke være for forståelsesfull, for hva vet vel jeg om situasjonen når man er i stell. Om jeg sier «Jeg får faktisk veldig godt til når vi gjør sånn og sånn med den pasienten, borte hos meg på kontoret», da blir jeg møtt med ansiktsuttrykk som jeg oppfatter som «ja, hva vet vel du om når vi skal få lagt og stelt». Altså, jeg kan nesten sanse en sånn – du forstår ikke».
Tannpleier 2.

Sykepleierne forteller om sin kunnskap i forhold til munnhelse hos pasienten med demens, og tannpleierne på den andre siden fortalte om en mangel på den. Samtidig var ikke tannpleierne negative mot sykepleierens kunnskap, og fortalte at sykepleierne var flinke til å ta kontakt, be

om sjekk eller tannlegetime, om de mistenkte at noen av pasientene hadde problemer i munnhulen.

I undervisningsøyemed følte tannpleierne på en form for motstand fra pleiepersonellet. Dette viste seg i form av kommentarer når de hadde undervisning på sykehjemmet. Dette funnet kan kritiseres ved at det er vanskelig å skulle skille ut sykepleierrollen, da denne motstanden er beskrevet på et generelt nivå av tannpleieren. Valget er allikevel falt på å belyse dette funnet, da jeg senere ønsker å diskutere rundt hva årsakene til denne motstanden kan være.

4.3 Tid til omsorg for pasienten med demenssykdom

4.3.1 Sykepleiernes tidsverden på sykehjemsavdelingen

Sykepleierne uttrykket en knapphet på tid som en del av arbeidshverdagen. De forteller at de får flere og flere arbeidsoppgaver som de må utføre. Det er mye fokus på dokumentasjon og lesing av rapporter der det er stille rapport. I tillegg kommer oppfølging av ernæring, legevisitter, korrespondanse med spesialisthelsetjenesten, vurdering av fallrisiko, ulike vedtak, bestilling av hjelpemidler og mye annet.

Det fortelles om at man ikke rekker over alt, og matpauser som blir tatt sammen med pasientene. Sykepleierne forteller om en dårlig samvittighet ut fra det å ha dårlig tid.

Sykepleierne i studien beskriver at munnstell fort blir nedprioritert i forhold til andre oppgaver.

«Noen ganger er det jo slik at det blir hoppet over når man ikke får utført det på kvelden, og noen ganger kan man forsøke på dagtid om man har tid».
Sykepleier 3.

Uttrykk som at munnstell blir hoppet over når man ikke får til på kvelden, og at man kan forsøke på dagtid om man har tid, viser at knapphet på tid er en utfordring for sykepleieren.

«Noen ganger virker det som at det ikke er prioritert i det hele tatt, at det ikke er en del av rutinen».
Sykepleier 1.

Sitatet sier noe om hvordan vi ser på viktigheten av munnstell, og at det ikke er en prioritert oppgave som raskt blir valgt bort. En utfordring som sykepleieren peker på er at det er uklare

rutiner, og det kan tyde på at pasienten med demens er prisgitt en pleier med interesse for munnhelse for å bli ivaretatt.

«På kveldene har vi i hvert fall rutine på at tennene skal pusses, med mindre det av ulike grunner ikke lar seg gjøre, og egentlig så vet vi jo at etter frokost så burde de pusses, men det tror jeg blir litt nedprioritert».
Sykepleier 2.

Slik jeg tolker dette sitatet, er det ulike grunner som fører til at munnstell ikke lar seg gjøre. Her burde jeg nok ha fulgt opp spørsmålet og fått sykepleieren til å utdype grunnene. Sitatet sier noe om at vi vet vi burde utføre munnstell, men at det blir prioritert bort over andre oppgaver. Slik jeg kjenner sykehjemsavdelingen, er bemanningen på et minimum. Sykepleierne i studien forteller også om lav grunnbemanning, at de som sykepleiere må ha ansvaret for mange avdelinger, og oftest er det kun to ansatte på åtte-ni pasienter på kvelden og i helgene. På en dagvakt er det mange oppgaver som skal utføres, og munnstell blir nedprioritert.

En av sykepleierne forteller at hun, for å få utført munnstell, savner å ha tid til å bygge en god relasjon til pasienten, og at pasienten skal føle tillit til pleieren. Hun føler at tiden presser henne i stellet, og at tanken om at hun ikke har tid fordi det er andre pasienter som venter på hjelp følger henne gjennom stellet. Hun tenker også på rapportene hun må rekke å skrive før hun skal hjem, og andre arbeidsoppgaver som skal gjøres før vekten er slutt.

«..... og slippe å tenke på at man ikke har tid for at en annen pasient sitter omtrent og roper for å få lov til å legge seg».
Sykepleier 3.

Dette sitatet viser en form for dårlig samvittighet ut fra det og ikke kunne ha tid til å gi det man føler er et godt stell. Slik jeg tolker sitatet forteller det også om en form for stress som sitter i kroppen på sykepleieren under stellet, og gjør at sykepleieren kanskje ikke er helt tilstede i stellet, men allerede tenker på det neste stellet, og de andre oppgavene som må gjøres.

Sykepleier 1 beskriver det slik;

«Vi forsøker jo hele tiden å hjelpe pasienten, men utfordringen er jo at de ikke ønsker den hjelpen selv, hverken til stell eller tannpuss. Men så kan det jo være noe at man av og til ikke har nok tid rett og slett. Det er veldig trist».

Sykepleieren føler seg trist for at hun ikke får gitt den hjelpen hun ønsker, som følge av en knapphet på tid.

Tannpleierne ga uttrykk for at de hadde forståelse for den travelheten som er på en sykehjemsavdeling i dag, og gjorde sine observasjoner når de var innom sykehjemmene.

Tannpleier 1 fortalte;

«Nå har vi nettopp vært en runde, og det var godt mottatt. Men stakkarene de er jo egentlig ikke...de sliter veldig for det er mye sykdom og ja. De rekker ikke over alt de skal gjøre. Det har jo nettopp vært et innlegg i (navn på lokalavis) faktisk, der to av sykehjemmene har gått og uttalt at det er ganske uverdig det som skjer på sykehjemmene nå, så vi har jo absolutt forståelse for at ting er vanskelig».

Tannpleierne ser at personellet sliter med å få utført alle oppgaver de er satt til. For å skille ut sykepleierrollen på en sykehjemsavdeling, er det viktig å belyse alle de oppgaver som kun sykepleieren kan ivareta. Sykepleieren har det faglige ansvaret på sin avdeling, ansvar for administrering og istandgjøring av legemidler, kontakt med tilsynslege, primæransvar og pårørendekontakt i form av samtaler og informasjonsflyt. Samtlige av sykepleierne var, som vist, innom fenomenet tid i ulike former, men mye rundt fenomenet tid dreide seg om at det tar tid å bygge relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier.

4.3.2 Pasienten med demenssykdom behøver tid

Slik jeg kjenner pasienten med demenssykdom, er de med sin sykdom og kaotiske livsverden, avhengige av en rolig og trygg sykepleier i stellet.

Det var gjennomgående at det var vanskelig å komme i posisjon for å få utført munnstell, pasienten med demens motsatte seg ofte munnstell, og det var mangel på tid for å skape tillit slik at pasienten lot dem slippe til.

Sykepleierne hadde følgende utsagn;

«De pasientene jeg har en bedre relasjon til er det enklere å utføre tannstell på, for jeg vet hva som fungerer for dem. Man må bare ha god tid til dem, og man kan ikke bare komme inn helt ny og skulle begynne å pusse tennene på dem».
Sykepleier 1.

Sitatene sier noe både om viktigheten av relasjonen med pasienten, og at pasienten med demens, i kraft av sin sykdom, problemer med å forstå situasjonen.

«Den største utfordringen er jo kanskje rett og slett å få slippe til, å få lov å pusse tennene, for mange skjønner kanskje ikke hva de skal gjøre, hvorfor vi skal inn i munnen på dem, de klarer ikke å utføre selv, og det kan jo by på problemer».
Sykepleier 3.

To av sykehjemmene som var representert med deltakere, hadde avdelinger både for somatiske pasienter, og skjermede avdelinger. Det ene var et skjermet sykehjem.

De to sykehjemmene med ulike avdelinger rullerte på personalet, slik at sykepleierne hadde erfaring fra begge avdelingstyper.

Spørsmålet ble stilt, om de merket noen forskjell på vanskelighetsgraden av ivaretagelsen av munnhelsen hos somatiske pasienter, og pasienter med demenssykdom.

Alle sykepleierne uttalte seg om dette, og sykepleierne merket store forskjeller på utfordringer ved å ivareta munnhelsen hos en pasient med demenssykdom, i forhold til en pasient som var kognitivt frisk.

«Ja det er det. Vi har jo noen som klarer å styre alt selv, de sier fra om de har vondt i munnen eller om det er noen problemer. Da er det jo lettere å få gjort noe med det. Det er også lettere å forklare, og få de til å utføre selv med veiledning. Det er jo noe helt annet med de som ikke forstår at det må gjøre dette».
Sykepleier 3.

De to andre sykepleierne bidro med sine erfaringer;

«Jada. Absolutt. På demensavdelingen er det jo mye motivering og alt det der. Tillitsskapende tiltak».
Sykepleier 2.

«Absolutt. På de pasientene her da. Jeg vet ikke hvordan det er på andre, vanlige sykehjem».
Sykepleier 1.

Å bygge relasjon til pasienten tar tid. Sykepleierne uttrykker at dette er en utfordring som påvirker ivaretagelsen av munnhelsen til demenspasienten, og de savnet mer tid til å kunne utøve tillitsskapende arbeid.

En av tannpleierne brukte seg selv i stor grad for å bygge tillit og en god relasjon med pasienten.

«Vi har en dame på sykehjemmet nå, der ektemannen kommer med henne hvert kvartal. Hun er altså helt umulig i det daglige, og de sliter med å få pusset på henne. Når hun

kommer hit; verdens herligste dame, jeg får gjøre det jeg vil, og det er så mye humor og tull og tøvv, vi prater om gamle dager. Et og annet lysglimt er det nok der hos henne, men mest det at det er god stemning, og at vi tøyser med mannen hennes, så flirer vi litt og tuller litt. Så synger vi litt, og av og til så danser vi litt, og jeg får lov å rense. Så pusser vi tenner, og jeg får slått ned det verste, men det er klart det er jo bare den halvtimen hun er her, så det blir jo litt brannslukking».

Tannpleier 2.

Det er tydelig at sykepleieren er bevisst på viktigheten av å bygge tillit mellom seg og pasienten ved munnstell, og sitatet nedenfor sier noe for meg om at sykepleieren er bevisst at munnen er et spesielt område å nærme seg – spesielt hos pasienten med demens.

«Det er klart pasientene er sikkert så usikre og utrygge allerede når de er her, og så skal man begynne å gå inn i munnen på dem, så er ikke det noe særlig når de ikke kjenner noe til deg».

Sykepleier 1.

Å ha tid til å bygge tillit er en viktig del av omsorgen til pasienten med demens, og tannpleieren synliggjør at det er en fin måte å nærme seg pasienten med demens på. Men tannpleierens og sykepleierens tidsverden er nok preget av en del ulikheter, og må diskuteres ut fra de ulike forutsetninger man har i sin arbeidshverdag.

Tiden er en utfordring, men tannpleieren belyser noe som vi kan ta med oss videre.

En av tannpleierne hadde hatt ansvar for et stort tverrfaglig prosjekt sammen med sitt sykehjem, som det nå var noen år siden det ble avsluttet. Bakgrunnen for prosjektet var mangelfulle rutiner for munnstell, og at personalet skulle ha en hel dag til undervisning, oppdatering på utstyr og løsninger i munnen, samt erfaringsdeling. Tannpleieren beskrev det;

«Og så er det jo det som er essensen, eller grunnen til at dette kom opp da, det er den problematikken med å takle de ulike situasjonene og den demensen, det å få lov og de utfordringene, det å skaffe noen verktøy og knep for å få gjennomført et munnstell. MÅ det skje klokken ti over halv elleve når man har spist? Kan man gå seg en tur med fru. Pedersen i gangen, gå på rommet og se på bilder av barnebarna, og så bare lede? I stedet for «nei nå må vi puss tenner, for vi skal jo bake de der bollene og den formkaka klokka elleve!» Jeg setter det litt på spissen, men skjønner du hva jeg mener?».

Tannpleier 2.

Tannpleieren belyser her de samme utfordringer som sykepleierne forteller om, at det er utfordrende å komme i posisjon for å hjelpe pasienten med demens med munnstell. Sykepleierne forteller om utfordringer i form av tidspress i ulike former, og en dårlig samvittighet. De ser også større utfordringer i ivaretagelsen av munnhelse hos personer med

demens da pasienten ofte motsetter seg helsehjelpen. Tannpleieren peker på en rigiditet i forhold til klokkeid på sykehjemsavdelingen, og at pleierne ikke alltid ser mulighetene til å utføre munnstell til utradisjonelle tidspunkter.

5 Diskusjon

Her blir studiens funn diskutert opp mot det teoretiske grunnlaget for studien, og egen erfaring. Det vil fortsatt være bruk av sitater fra studiens deltakere for å støtte diskusjonen der det føles naturlig.

5.1 Ivaretagelse av munnhelse

Munnhygiene er en lite prestisjefylt sykepleieoppgave som ofte blir glemt eller forsømt, og pasientene lider ofte under dårlige eller ikke-eksisterende munnstellprosedyrer (Flovik, 2005, s. 21). Sykepleierne i studien merker at flere pasienter har egne tenner, og de er klare på at pasienten krever mer hjelp fra sykepleieren for å ivareta munnhelsen.

Allikevel fremkommer det at munnhelse sjelden er et tema på fagmøter, og kan fort bli glemt. Samtidig som sykepleieren erkjenner at det er vanskelig å ha fokus på det i stellet, ligger det en kunnskap bak dette om munnhelsens betydning for blant annet velvære, ernæring og som årsak til smerter og atferdsendringer. Sykepleierne uttrykker at et økt fokus i utdanningen kan være med på å øke forståelsen av hvorfor munnhelse er viktig. Ansvaret trer frem som dårlig avklart.

Med bakgrunn i studiens funn er det vanskelig å si noe om sykepleierne deltok på eventuell undervisning om munnstell. Jeg kan heller ikke vite om de kan erindre det de gjennomgikk på grunnutdanningen. Men som funn velger jeg allikevel å trekke dette frem til diskusjon, fordi det kan tenkes at det gir resultater på sikt. Kanskje kan man etablere gode holdninger i løpet av grunnutdanningen, og slipper å blåse i motvind i en allerede etablert pleiekultur der det er aksept for ikke å utføre munnstell.

Det får meg til å tenke tilbake på mine egne opplevelser som sykepleierstudent i min første praksisperiode, og den undringen jeg hadde over at pasienten aldri ble tilbydd munnstell. Ved å øke fokuset i sykepleierutdannelsen, kan man gi likt kunnskapsgrunnlag for alle,

uavhengig av personlig interesse for munnhelse. På sikt vil man derfor unngå det som sykepleierne forteller om, at det er tilfeldig hva man lærer av veileder i praksis. Man vil også øke kunnskapen på sykehjem i fremtiden, også i kraft av at sykepleieren har et veiledende ansvar ovenfor de andre yrkesgrupper på eksempelvis sykehjem. En av forutsetningene for å kunne hjelpe pasienter med god munnhygiene er, i tillegg til kunnskap om munnhulens fysiologi og anatomi, kunnskap om hvilke mikroorganismer som disponerer for infeksjoner (Flovik, 2005, s. 9-27).

Å skape god kunnskap og holdninger i utdanningen vil være et maraton og kan gi resultater på sikt, men siden det står dårlig til med tannhelsen til pleietrengende eldre, og opp mot 40 % har en uakseptabel munnhelse (Høyland, 2019), vil det kanskje kreve en spurt. Deltakerne forteller om en virkelighet der munnstell blir nedprioritert, mangel på rutiner, ivaretagelsen er personavhengig, og ansvaret er ikke nedfelt.

Manglende tydeliggjøring av ansvar en utfordring i ivaretagelsen av munnhelsen til pasienten med demens på sykehjem. Om jeg da tar utgangspunkt i det studien finner, at munnstell er tilfeldig og personavhengig, hvorfor klarer ikke den ene, som tannpleierne snakker om, som er engasjert, å være en positiv kraft for å fremme viktigheten av munnstell?

Som forsker mener jeg man kan finne noe årsak ved å se på grunnleggende menneskelige og sosiale egenskaper.

Atferden vår er sjelden bestemt av en enkelt årsak, men heller komplekse sosiale faktorer (Håkonsen, 2017, s. 183-203).

Som sykepleiere på en sykehjemsavdeling, arbeider vi i grupper ut fra et felles arbeidsforhold. Vi har alle våre roller, og forventninger til hverandre. Av egen erfaring har jeg opplevd en ny sykepleier som begynte på min naboavdeling, og en form for misnøye begynte raskt å spre seg blant de andre ansatte. Sykepleieren kom med friske øyne, forsøkte å forbedre rutiner på arbeidsplassen, var faglig sterk, og de andre pleierne begynte raskt å kritisere endringene. De andre pleierne virket låst i sine rutiner og måter å jobbe på. Denne sykepleieren begynte raskt å dempe sin iver, hun skjønnte at det ikke ble godt mottatt å endre på alt som de andre pleierne mente fungerte fra før.

Begrepet konformitet forklarer hvorfor noen endrer atferden sin, slik at den passer inn men andre menneskers atferd. Konformitet oppstår i sosiale grupperinger av mennesker, slik som på en arbeidsplass, og mennesker tilpasser seg med bakgrunn i et ønske om å ikke skille seg

ut. Våre egne oppfatninger tilpasser seg gruppens, fordi det er en grunnleggende sosial og menneskelig egenskap å ønske å være lik de andre – og ikke fremstå som avvikende. Atferd blir konform når et mindretall innretter sin atferd etter et flertall i en gruppe. Jo større flertallet er, jo desto større blir konformitetspresset (Håkonsen, 2017, s. 183-203).

Jeg trekker dette frem, fordi jeg tenker at det å være «den ene» som tannpleieren snakker om i studiens funn, å være en positiv kraft som kommer inn i en etablert sykehjemsavdeling, må være tøft. Å være den ene krever at man har trygghet til å stå i det, til tross for motstand fra kollegaer. I forhold til munnstell, der rutinene er mangelfulle (Flovik, 2005, s. 21), kan det nok oppleves ekstra tøft å skulle påføre sine kollegaer mer arbeidsoppgaver.

På sykehjemsavdelingen snakker man ofte om de flinke pleierne, og slik jeg kjenner sykehjemsavdelingen blir det ofte kommentert negativt om en pleier bruker lang tid på et stell. Det kan fremstå som at innenfor sykehjemsavdelingens verden, er den flinke pleieren den som får unna flest mulig stell, mest mulig vask av tøy, oppfylling av rom, og andre oppgaver – på kortest mulig tid. Det kan forstås som at vi roser den oppgaverettede pleieren. Dette føler jeg ligger nær det Orvik (2015) skriver om instrumentalisering.

Instrumentalisering av arbeid betyr sterkere fokus på praktiske oppgaver som gjerne blir gjenstand for tidsmåling. At utførelsen skjer raskt og kostnadseffektivt, kan da bli like viktig som innholdet (Orvik, 2015, s. 301). Mekanismer som dette kan bidra til at vi har fokuset på feil sted, ikke på hva som er det beste for pasienten med demens, men på oppgavene som må utføres.

De sosiale mekanismene kan være et element i å forklare utfordringene, men deltakerne forteller i tillegg at de savner ansvarsfordeling og ledelsesforankring. Studien peker på at mer undervisning kan øke fokuset for sykepleieren, og sykepleieren etterspør dette fra sin leder, men hvilke rammer kontrollerer dette i hverdagen på en sykehjemsavdeling?

Sykepleierne uttrykker at det er mange krav i form av det man kan betegne som målbare resultater, og at fokuset er borte fra faget og det pasientnære. Dette gjelder ikke bare sykepleierrollen, men ut fra min erfaring er begrepet tid en faktor for ledelsen også. Sykepleierne setter krav til ledelsen i form av ansvar for undervisning og kvalitet, og ledelsen setter krav til sykepleierne i form av målbare enheter og økonomisk fokus. Vi kommer i en konflikt med hverandre, der vi setter krav til hverandre, men ingen av rollene har forutsetningene for å kunne innfri.

Norsk sykepleieforbund viser til at sykepleieledere i kommunehelsetjenesten rapporterer om vanskelige vilkår for å utøve ledelse, de har svært mange ansatte å forholde seg til, økt arbeidspress og flere administrative oppgaver (Orvik, 2015, s. 191). Underordnedes stilling er ofte forbundet med et misforhold mellom ansvar og ressurser (Orvik, 2015, s. 295). Som underordnet leder opplever jeg slik som sykepleierne i studien, at tiden er knapp. Ambisjoner om økt fokus på fag, internundervisninger, fagmøter og liknende for å øke kvaliteten, blir erstattet av stress i forhold til innfrielse av målbare enheter som skal sendes oppover i organisasjonskartet. Rapporter skal sendes inn, risikoanalyser skal utføres, turnuser skal utarbeides, og man skal ha mannskapet på avdelingene. Avdelingsleder har ansvar for et mannskap på nesten femti ansatte, og en del personalansvar blir uunngåelig forskjøvet nedover.

Ledelsen har ansvar for møtevirksomheten på sykehjemmet, og innholdet i møtene.

Slik jeg kjenner sykepleiernes muligheter for å diskutere sykepleiefag, er det noe som skjer på sykepleiemøter, avdelingsmøter, eller i rapporten i vaktskiftet. At avdelingsmøter blir brukt til flest praktiske tema for sykehjemmet, kan jeg kjenne meg igjen i. Sykepleierne oppgir at sykepleiermøter er sjeldne, og avdelingsmøter er en gang i måneden.

En av sykepleierne belyser det slik om mulighet for å diskutere sykepleiefaget;

«Egentlig ikke. Det er noe jeg savner veldig. Vi har ikke lengre muntlige rapporter, alt er stille rapport. Vi må lese på datamaskinen hver for oss. Vi har ikke lengre formiddagsrapporten vi hadde før, for å gjøre opp status midt i vekten. Matpausene våre har vi i stua sammen med pasientene, Så vi har egentlig veldig lite rom for å diskutere fag. Dessverre».
Sykepleier 3.

I kraft av dette sitatet føler jeg på en bekymring for at man fjerner ytterligere en arena til å diskutere faglige problemstillinger ved å fjerne den muntlige rapporten, i tillegg til at eksempelvis avdelingsmøtene er sjeldne, og dreier seg lite om faget og det pasientnære.

Sykepleierne uttrykker en frustrasjon over å ikke få diskutert sykepleiefaglige spørsmål

En omsorgssektor preget av NPM påvirker ikke bare sykepleieren på avdelingen ved at de får flere oppgaver, men også ledelsens forutsetninger for å kunne ha et godt faglig fokus og sørge for kvalitet i tjenesten. Organiseringen av ledelse har i min kommune gått bort fra ledelsestetthet, og er nå av den form at en leder har ansvaret for et helt sykehjem.

Avdelingslederen har økonomisk ansvar, krav til måloppnåelse, og de tilgjengelige ressursene skal gå til tjenesteproduksjon og ikke til administrasjon (Århus & Olsen, 2020).

Slik jeg erfarer det i løpet av mine år på samme arbeidssted, har det gått fra fem stykker i administrativ tilsetning på et sykehjem med over førti faste ansatte, til to, og mye er blitt sentralisert.

I tillegg til en NPM preget omsorgssektor, er også samhandlingsreformen av betydning for sykepleierens virke. Pasientene som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem, er sykere enn før, og krever mer av sykepleieren. Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunehelsetjenesten skal forsynes med personell fra spesialisthelsetjenesten, men dette virker ikke til å ha en reell måloppnåelse. Samhandlingsformen fører også til ytterligere økonomisk press på kommunen, som må betale bøter om de ikke tar imot pasienten fra spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr 47 (2008-2009), 2009).

Man kan i lys av dette også undres litt over at lovverket ser ut til å stå ovenfor en endring, der kommunehelsetjenesten skal overta ansvaret for offentlige tannhelsetjenester, og det er fremmet et lovforslag. Lovforslaget begrunnes med et mer helhetlig og samlet helsetilbud i kommunen, og at kommunene vil ha bedre forutsetninger til å hjelpe dem som kan ha store tannhelseproblemer, som beboere på sykehjem (Helse og omsorgsdepartementet, 2017).

Der tannhelsetjenesteloven (1983) har tydelig ansvar for å fremme munnhelse, er lovendringen vag, og kommunens ansvar for munnhelse kan synes lite tydeliggjort (Endringslov til helselovgivningen, 2017). Kommunen er dog pålagt å utarbeide prosedyrer for å sikre at brukere av helse- og omsorgstjenester får nødvendig tannbehandling og ivarettatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Min studie viser at ivarettelsen av munnstell hos pasienten med demens på sykehjem er langt fra ideell i dagens ordning med fylkeskommunal tannhelsetjeneste, men med kommunens allerede strukkede økonomi må jeg undres på om dette er den rette veien å gå, eller om det kommer til å føre til flere utfordringer. På den andre side er det ikke nevnt noe om de økonomiske konsekvensene av kommunens overtakelse av tannhelsetjenesten. Om kommunen blir gitt økonomiske midler for å overta ansvaret, kan det komme positive elementer ut av dette, blant annet felles journalsystem som kan hjelpe samhandlingen mellom sykepleieren og tannpleieren.

Kommunene er pålagt ha fokus på økonomi og tjenesteproduksjon i kraft av NPM. Med en oppgaveforskyvning fra ledelsen og ned til sykepleieren blir det mindre tid for sykepleieren å utføre en helhetlig omsorg til pasienten slik som de yrkesetiske retningslinjer sier. Når

pasientene har et større pleiebehov enn tidligere, krever dette mer av sykepleieren i form av kompetanse og effektivitet.

5.2 Kunnskap og motstand fra pleierne

5.2.1 Kunnskap

Å jobbe på en demensavdeling krever en mangfoldig kunnskap hos sykepleieren.

Sykepleieren har blant annet kunnskap om demenssykdommene, sengeleiets komplikasjoner, sårbehandling, medikamenter, kommunikasjon og sykdommenes uttrykk. Men kunnskap blant personalet er en viktig faktor for utførelsen av munnstell på sykehjem.

Mangel på kunnskap er en av de viktigste faktorer som vanskeliggjør å ha et akseptabelt nivå på munnhelsen, og resultatet av lite kunnskap er utilstrekkelig munnstell for den eldre pasient (de Visschere, van der Putten, de Baat, Schols & Vanobbergen, 2007). Mine funn belyser sykepleiernes kunnskap om munnhelse. Sykepleierne satte dårlig munnhelse i sammenheng med smerter og ernæring, en sykepleier nevnte sopp i munnhulen. Forskningen viser oss konsekvensene av dårlig munnhelse hos den gamle pasient. Hjerte- kar sykdommer som følge av dårlig munnhelse som nevnt av tannpleieren, var det ingen av sykepleierne som nevnte.

For pasienten med demens kan en dårlig munnhelse kunne føre til konsekvenser i form av ytterligere sykdom i en allerede vanskelig situasjon (Døving et al., 2020).

Dårlig munnhelse og pneumoni hos eldre pasienter har en sammenheng. Forbedring av munnhelse fører til færre dødsfall, og færre tilfeller med pneumoni (Sjögren et al., 2008). Dette finnes i flere studier, der det i tillegg ble sett en tendens til forbedring av pasientens evner til aktiviteter i dagliglivet, og kognitiv funksjon som resultat av grundigere munnhygiene (Yoneyama et al., 2002).

Systemiske tilstander kan skyldes dårlig munnhelse (Jansson et al., 2018). Forskningen viser at dårlig munnhelse får systemiske konsekvenser for den gamle pasient, at samme bakteriefloraen som finnes i munnen ved en periodontitt, finnes igjen i blodet ved arteriosklerose. At dette kan føre til sykdommer i hjerte-kar, er relativt kjent, og som funnene viser, nevnte ingen av sykepleierne dette. Vi har inngående kunnskap om forebygging av sår,

lungebetennelse og blodpropp, og det er en selvfølge at pasientene aktiviseres ut fra sine individuelle forutsetninger. Holdningene til munnstell er ikke innarbeidet på samme måte, grunnet tradisjoner og begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser dårlig munnhygiene får (Flovik, 2005, s. 21-27).

Samtidig er det interessant at sykepleierne knytter utfordrende atferd til dårlig munnhelse hos pasienten med demenssykdom, det viser for meg en god kunnskap om demenspasientens uttrykk for smerter.

Særlig ved alvorligere grader av demens er det utfordrende å fange opp symptomer på somatisk sykdom, og endringer i atferd blir fort sett på som forverring av sykdommen. Smerter kan være årsak til flere former for endret atferd, særlig motorisk, uro og utagering. For pasienter som demenspasienten, som har vanskelig for å uttrykke seg gjennom språk, vil atferdsmessige uttrykk være den eneste måten å formidle smerte på (Kirkevold, 2018b, s. 267).

Dette viser at sykepleierne har kompetanse til å agere ved mistanke om smerter i munnen, og dette er en viktig kunnskap i arbeidet med pasienten med demens på sykehjem, som har utfordringer med å kommunisere. Sykepleierne i min studie sier at mer undervisning om munnstell kan bedre ivaretagelsen av munnstell på sykehjem. De uttrykker som vist at det er lite undervisning i arbeidshverdagen, og at avdelingsmøter kun har rom til praktisk info.

Forskningen derimot er tvetydig på om undervisningsopplegg for sykehjemmene fører til forbedring av munnhelse (Hede, 2014) og (Gammack & Pulisetty, 2009).

Noen vil kanskje argumentere for at tilsynslegen har det overordnede faglige ansvaret på et sykehjem, noe munnhelse vil falle inn under. Tilsynslegens kunnskap skal ikke diskuteres her, men tilsynslegens rolle på sykehjemmet som arena. Slik jeg kjenner tilsynslegens tilstedeværelse på sykehjem, er det svært få som har hele sin stilling på et sykehjem. Det er som regel varierende fra en til tre dager i uken der tilsynslege er på sykehjemmet, og resterende stilling har de annet sted. Tilsynslegen får sin informasjon om pasientene primært fra legevisitten med sykepleieren, og er avhengig av at sykepleieren videreformidler informasjon og observasjoner, for å kunne ta sin faglige beslutning. Ved behov tilser de pasientene. Når tilsynslegen ikke får informasjon om pasientens tilstander, undersøker de heller ikke pasienten. Dette vil fordre at sykepleieren har kunnskap om observasjoner i munnhulen, munnhelsens påvirkning på pasientens generelle helse, og videreformidler dette

til tilsynslegen. Tilsynslegen kan nok være en god faglig støtte om munnhelse blir tatt opp av sykepleieren på legevisitt, og man kan i samråd finne løsninger som kan forsøkes.

Willumsen (2012) peker på at pleiepersonell ikke vurderer å iverksette tvangstiltak i forhold til munnstell. Bare en femtedel av sykepleierne hadde vurdert muligheten for å sette i gang tvangsvedtak for å få utført munnstell. Studien sier dette må sees i sammenheng med at nesten halvparten av pasientene motsatte seg munnstell, og majoriteten manglet samtykkekompetanse. Autonomiprinsippet, retten til å bestemme over eget liv, er overordnet innenfor helsesektoren. Å skulle bryte dette må det for sykepleieren indikere at det er viktig for pasientens helse. Sykepleierne anser mulig ikke munnhygiene som viktig nok for å sette i gang tvangsvedtak og dermed bryte autonomiprinsippet (Willumsen, Karlsen, Næss & Bjørntvedt, 2012).

Ut fra mine funn og forskning kan det peke i retning av at pleiepersonellet ikke har nok kunnskap om munnhelse til å anse det som verdt å iverksette tvangstiltak. Kapittel 4a i pasient- og brukerrettighetsloven omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, og mange av pasientene med demenssykdom havner inn under denne gruppen. For at et tvangsvedtak skal kunne settes i gang må det være fare for vesentlig helseskade hos pasienten om hjelpen ikke blir utført. Før helsehjelpen ytes, skal det være forsøkt tillitsskapende tiltak, og tiltakene må stå i forhold til behovet for helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tillitsskapende tiltak kan være et uklart begrep, men i utgangspunktet er det at man tar seg god tid i en tilrettelagt situasjon, er vennlig og bruker god kommunikasjon i forhold til pasienten med demens. Alt skal være prøvd for å unngå motstand hos pasienten. Hvordan den enkelte pleier møter pasienten i ulike situasjoner, er av avgjørende betydning og et viktig element i tillitsskapende tiltak (Kirkevold, 2018a, s. 384).

Fra sykehjemsavdelingen har jeg selv erfaring med at munnstell kan være utfordrende, men også erfaring med teknikker for å få det til. Ved å opptre rolig, bruke blikket som redskap kombinert med få ord, og veilede pasienten til å begynne tannpussen selv, har jeg flere ganger lyktes. Kjennskap til pasienten, forståelse av pasientens perspektiv, og en trygg tilstedeværelse er erfaringsmessig gode verktøy. Om pasienten ikke lenger gjenkjenner en tannbørste og hva den skal brukes til, kan selve utførelsen enda sitte i kroppen. Pasienten har bedre mulighet til å gjenkjenne situasjonen ved at sykepleieren gir pasienten tannbørsten i hånden, og forsiktig leder tannbørsten til pasientens munn. Siden pasienten med demens da

har mulighet til en situasjonsforståelse, at dette er en tannpuss, erfarer jeg at det herfra er enklere å kunne overta og hjelpe pasienten med munnstellet. Hadde jeg som sykepleier nærmet meg pasientens munn direkte, får ikke pasienten noe tid til å forstå hva situasjonen innebærer, og kan da føle seg utrygg. Erfaringsmessig er det ikke alltid at man lykkes eller at munnstellet blir av god kvalitet, men for meg er det viktig å ha en bevissthet om teknikker for å få gjennomført munnstell.

Willumsen (2012) peker på at det ikke iverksettes tvangstiltak når man ikke lykkes med munnstell. Slik jeg har erfaring med tvangsvedtak, settes det i gang eksempelvis når pasienten motsetter skifte og stell nedentil, der urin eller avføring som blir liggende kan skape hudplager og sår som igjen fører til smerter og ubehag for pasienten. Det kan også omhandle medikamentell behandling. For eksempel øyendråper for å behandle glaukom og økt trykk i øyet. Dette er medikamenter som er så viktige at det medfører større helseskade for pasienten om de ikke blir gitt, og tvangsvedtak har blitt igangsatt.

Sykepleierne ble spurt om de hadde erfart tvangsvedtak i forhold til munnstell, men kun en sykepleier nevnte at de hadde en pasient som måtte i narkose hos tannlegen på grunn av utagerende atferd, og at de da hadde måttet skrevet tvangsvedtak. Når jeg reflekterer over det studien viser i forhold til tvang, undres jeg over om vi ville latt være å iverksette tvangstiltak om en pasient motsatte seg sårstell, motsatte seg insulin, eller motsatte seg å bli rengjort for avføring.

Tvangsvedtak må ikke forstås som en utstrakt bruk av fysisk tvang, og det er heller ikke slik jeg erfarer bruken av tvangsvedtak, men som er redskap for å forhindre en forverring av helsetilstanden til en pasient som er så syk at de ikke lenger har innsikt i sitt eget beste – når tillitsskapende arbeid og bruk av riktig personell ikke fungerer.

Pleiepersonellet registrerer avvik om det oppstår hendelser, eller ikke får utført oppgaver. Som mellomleder har jeg innsyn og medansvar i behandling av avvik. Vanlige avvik som blir registrert er avglemte, eller for sent administrerte medikamenter, pasienter som ikke har fått skiftet innlegg, pasienter som ikke har blitt skiftet på av nattevakt. Jeg har aldri lest et avvik der noen peker på at pasienten ikke har fått utført munnstell. Jeg skal passe meg for å sidestille viktighet i forhold til andre helseutfordringer hos pasientene, men i kraft av dette, og med bakgrunn i utsagt som peker på at det ikke ansees som viktig nok gjør at jeg undrer meg. En av sykepleierne i min studie sa «det skal mye til før det går ut over helsa» om ikke utført

munnstell. Dette må også sees i sammenheng med det forskningen viser av konsekvenser. Selv om forskningen er tvetydig på om tradisjonelle undervisningsopplegg fungerer, peker det på at en intensiv opplæring med både teori, praksis og tett oppfølging fra tannhelsetjenesten fungerer (Hede, 2014). Dette er nok noe man som sykehjem kan søke om midler til for å gjennomføre prosjekter med mål om å forbedre munnhelsen hos pasienten med demens, men andre utfordringer er også i spill, og studiens funn peker på at selv ikke intensive prosjekter varer i lengden.

5.2.2 Motstand fra pleierne

I tillegg til å belyse kunnskapsnivået, sier studiens funn også noe om en form for motstand fra pleierne. En av tannpleierne i studien hadde vært initiativtaker til et tverrfaglig prosjekt i sin kommune, der det ble utdelt midler slik at de kunne frikjøpe hele personalgruppen. Hele personalgruppen fikk en hel dag med undervisning om munnhelse, refleksjonsgrupper ble satt opp for å diskutere hvordan man skulle takle motstand fra pasientene, gjennomgang av utstyr for munnstell, og praktisk trening. Tannpleieren fortalte om mange gode refleksjoner som viste seg denne dagen, og fikk stor tro på at dette prosjektet ville løfte kvaliteten på munnstell på sykehjemmet. Prosjektet strakte seg over tid, og inneholdt blant annet at tannpleieren bestilte tilpasset utstyr til sykehjemmet, og gjorde seg til et kjent ansikt på sykehjemsavdelingen.

Når tannpleieren ble intervjuet, var det gått fem år siden prosjektet var avsluttet. Status på sykehjemmet var da at de gode rutineene og fokuset hadde gradvis forsvunnet. Tannpleieren uttrykte «Det går litt tilbake ja, til sånn som det var». Noe kan nok skyldes utskifting av personell, men det var fortsatt en majoritet av den opprinnelige arbeidsstokken igjen. Dette samsvarer også med den andre tannpleieren fortalte om at interessen til sykehjemmet dabbet av. Tannpleieren forteller om en følelse av motstand, og negative kommentarer, fra pleiepersonellet. Jeg mener vi kan se denne motstanden som et uttrykk for noe.

Man kan stille spørsmål om sykepleierens muligheter for en helhetlig pasientomsorg reelt er til stede. Sykepleierne på sykehjem har fått mange nye og utvidede arbeidsoppgaver, pasientene har blitt sykere, og tiden må prioriteres til det aller mest grunnleggende. Oppgaver blir stadig delegert nedover til sykepleieren, og sykepleieren må yte sykepleie ut fra de ressurser som finnes (Ingstad, 2010).

Kan munnstell forstås som en tilleggsoppgave innenfor sykehjemsavdelingens verden?

Flovik (2005) skriver at det kan være lett å tenke på munnstell som en enkel og elementær prosedyre, der behovet for kunnskap ikke er særlig stort. Alle steller jo sin egen munn.

Men slik som sykepleierne beskriver, og jeg kjenner sykehjemspasienten i dag, har pasientene store behov for hjelp til munnstell. Rutinene er mangelfulle (Klungeland, 2018) og forskning viser at å øke kunnskap og fokus krever en mer aktiv tilstedeværelse av tannhelsepersonell i institusjoner, som tør å stille krav til personalets innsats i munnstellet, og som i tillegg etterspør en innsats der mangler i ivaretagelsen påvises (Strand, Stenerud & Hede, 2017).

Pasientene lider ofte under inadekvate eller ikke-eksisterende munnstellprosedyrer (Flovik, 2005, s. 21). Å øke kunnskap og fokus krever altså stor innsats, og hvordan vil dette fortone seg for en pleier i en arbeidshverdag der det allerede må gjøres harde prioriteringer i pasientarbeidet, på grunn av tidsnød? Kan vi forstå dette uttrykket som en avmakt over alle de oppgaver man har, og ser man ikke får utført. En motstand som springer ut fra at pleierne ikke makter mer, og som tilslutt ender opp som konsekvenser for pasienten med demens og dens munnhelse.

Man kan også se motstanden i forhold til det Orvik (2015, s. 293-294) betegner som en ansvarsoversvømmelse når han diskuterer sykepleierens ansvar i forhold til andre yrkesgrupper innenfor helse. Mens yrkesgrupper stort sett forholder seg til avgrensede deler av omsorgen, for eksempel ergoterapi, har sykepleierne ansvar for pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov. Ansvar er av en annen karakter.

For meg er det en naturlig menneskelig reaksjon å reagere med motstand om man blir pålagt flere oppgaver i en allerede presset situasjon, og tenker vi med bakgrunn i sykepleierens mange oppgaver også kan se motstanden som en form for motstandsmakt.

Juritzen er inspirert av Foucault i sin avhandling om maktbegrepet, og jeg ønsker å diskutere pleiernes motstand i lys av begrepet motstandsmakt. Makt er et flytende begrep, der makten ikke nødvendigvis er statisk, og tilhører kun den ene siden i en relasjon. Foucault retter sin interesse mot utøvelsen av makten og maktrelasjonene, og slik får han fram makt i aksjon og at makt er noe som foregår helt håndfast og konkret mellom mennesker. Men Foucault er også åpen for oppfatninger av makt som bærer i seg muligheter til bevegelse. Foucault er også den teoretiker som fastslår at med makt følger også motstand (Juritzen & Heggen, 2006).

Slik jeg tolker dette, kan vi ut fra en forståelseshorisont der tannhelsetjenesten kommer inn som ekspertisen forstå dette. Tannpleieren, med en spesifikk kunnskap om munnhelse, skal lære opp sykepleieren som på sin side, i sin livsverden, har et vidstrakt kunnskapsnivå å ivareta. I en slik forståelseshorisont står tannpleieren som maktutøvere i form av kunnskap, men sykepleieren kan med bakgrunn i sin ansvarsoversvømmelse gjøre motstandsmakt. Motstand mot flere oppgaver, som de ikke makter med, og dermed skaper de avmakt hos tannhelsepersonellet som igjen føler de ikke når frem med sitt budskap. Selv om vi kan forstå motstanden ut fra vitenskapsteorien, vil konsekvensene uansett ramme pasienten mest.

Martinsen (2006) sier at i omsorgens utfordring ligger det hele tiden en mulig konflikt, en konflikt som kan utarte til overgrep og hensynsløshet, men også til ettergivenhet, medløperi og smiger. Hva som tjener pasienten best blir borte (Martinsen, 2006, s. 157-161). Omsorgen kan vippe over i en form for likegyldighet, og ettergivenhet fra sykepleierens side. Sykepleieren er ikke engasjert i pasienten, men likegyldig ovenfor den andre. Hun refererer til Løgstrup (1991) som sier at i omsorgen finnes både unnlåtelsessyndene som har utspring i en for stor respekt for den andres selvstendighet, og formynderiet som er paternalistisk, overbeskyttende og tar bestemmelsen fra den andre. Unnlåtelsessynder har sin fødsel i et individualistisk menneskesyn, der man setter autonomien så høyt at man ikke er sammenvevd med den andre (Martinsen, 2006, s. 157-161).

Man kan også forstå det slik at unnlåtelsessyndene kan ha sin fødsel i at sykepleieren ikke makter flere oppgaver, og at tiden må prioriteres. Når tiden er knapp, er det enkelte oppgaver som må unnlates, og den som får unna flest oppgaver på kortest mulig tid blir betegnet som flink. Vi kan bevege oss over i unnlåtelsessyndene ved å ikke utføre munnstell, dog unnlåtelsessynder fra en annen fødsel enn det Martinsen beskriver her. Ut fra en slik forståelseshorisont kan man mulig forklare at munnstell blir sett på som en tilleggsoppgave. Slik jeg forstår unnlåtelsessyndene, kan vi bevege oss over i dette når vi unnlater å utføre munnstell om pasienten motsetter seg. Jeg undres om det er slik at man glemmer seg bak autonomibegrepet, for å unngå en vanskelig situasjon der pasienten krever mye innsats fra sykepleierens side for å få utført et munnstell.

Kan tidspresset føre til at vi som sykepleiere ikke bare går over i unnlåtelsessyndene, men også til det Katie Eriksson (2005) betegner som pleielidelse? Eriksson beskriver flere former

for pleielidelse, og en av disse formene er uteblitt pleie. Den uteblitte pleien kan ha sitt utspring i en manglende evne til å se og bedømme hva pasienten trenger. Det finnes mange former for uteblitt pleie, helt fra de små mindre forseelser og slurv, til bevisst vanstell. Eriksson skriver videre at pleielidelse handler om pleietikk og om god pleie, og at vi langt på vei kan eliminere pleielidelsene ved å se til etikken (Eriksson & Randers-Pehrson, 2005, s. 66-78). Dette betyr for meg en etisk grunntanke, der vi som sykepleiere jobber ut fra det som er best for pasienten med demens, og det særegne med denne pasientgruppen.

5.3 Tid til omsorg for pasienten med demenssykdom

5.3.1 Sykepleierens tidsverden på sykehjemsavdelingen

Pasienten med demens kan bli engstelige og agiterte i situasjoner som oppleves som overveldende og uforståelige. Sterke reaksjoner kan forekomme når en pasient befinner seg i en utrygg situasjon de ikke forstår (Engedal, 2018, s. 48-57). Dette i kombinasjon med at munnen er et sensitivt område, fordrer at vi som sykepleiere klarer å etablere en god relasjon og tillit i munnstellet, men det eksisterer også utfordringer for sykepleieren i forhold til dette. Summen av en helhetlig pasientomsorg, sammen med tilleggsoppgaver, kan gi sykepleieren en følelse av ansvarsoversvømmelse (Orvik, 2015, s. 295).

Sykepleierne i studien beskriver at de sliter med at dagen ikke strekker til, og alle arbeidsoppgaver som skal gjøres ikke blir gjort.

Det fremkommer også at denne knappheten på tid setter spor i sykepleieren i form av dårlig samvittighet, og tristhet.

At lederen må ha fokus på økonomi, og å få mest mulig ut av ressursene, fører til at ansvar blir delegert nedover til sykepleieren, som da får ansvar for oppgaver som bestilling av utstyr, kontakt med sykehus og tildelingsenheter, innleie av vakter. Sykepleieren blir strukket mellom delegerte oppgaver og pasientkontakt (Århus & Olsen, 2020).

Martinsen (2018) viser til danske sykepleietidsskrifter der det er dokumentert at sykepleieren løper raskere enn noensinne. Fokuset er på prestasjon, og det er stadig flere oppgaver som skal utføres på kortere tid for å øke produksjonen. Sykepleieren skal presse mer ut av tiden. Martinsen refererer til dette som en farlig travelhet. Paradokset er at produktiviteten ikke

øker, selv om sykepleieren løper fortere. Pasientene som er på institusjon i dag er dårligere enn de var før, og innlagt kortere tid. Det er vist i samme tidsskrift som Martinsen refererer til, at tidspresset truer pasientsikkerheten, og at hastigheten er i ferd med å bli ineffektiv – det som skulle øke produktiviteten, gir ineffektivitet, mindre tid og økt sjanse til å gjøre feil (Martinsen, 2018, s. 43).

Den ene tannpleieren uttrykker «jeg er så lei av at de skylder på tid, jeg bruker ordet skylder fordi jeg ser det fra mitt ståsted». Men tannpleieren er i en annen situasjon enn sykepleieren på en sykehjemsavdeling. Med bakgrunn i det Orvik (2015) viser om ulikheten mellom sykepleieren og andre yrkesgrupper innenfor helse, vil jeg kalle det for to ulike tidsverdener. Tannpleieren har en arbeidshverdag der de har en og en pasient inne på sitt kontor, og har en annen tid til å bruke seg selv, og tillitsskapende tiltak. For tannpleieren, har de kun den ene pasienten inne på kontoret der og da. Pasientene står på oppsatte timer, og selv om det kan bli forsinkelser, er arbeidshverdagen mer lineær enn det sykepleierens er. Arbeidet er også på dagtid, der pasienten med demens etter erfaring er mer opplagt.

På en demensavdeling der sykepleieren og en medarbeider, skal stelle og legge minst fire pasienter hver mellom klokken halv åtte og klokken ti, er tiden knapp. Skal man klare å forebygge uro, utrygghet, og gnisninger mellom pasientene, er det ideelle at kun en pleier er inne i stell samtidig, og den andre holder roen på avdelingen. Dette er etter egen erfaring vanskelig. Skal man dele tiden på pasientene innenfor nevnt tidsrom, får hver pasient i overkant av et kvarter til sitt kveldsstell. I løpet av denne tiden skal også medikamenter administreres, måltider og toalettbesøk til de som behøver det, og ikke minst unngå at pasientene blir engstelige, urolige eller det oppstår konflikter. Dette er knapt med tid til å skulle beholde roen, være tilstede i stellet, og skape tillit og relasjon for å få utført munnstell på pasienten med demens som motsetter seg.

Sett i lys av det sykepleierne forteller, konsekvensene av NPM og samhandlingsreformen, leder tanken meg til omsorgstekningen. I tillegg til at organiseringen av helsevesenet har konsekvenser for både sykepleieren og lederen, hva gjør denne travelheten med oss som individer, og hvordan påvirker den muligheten for å gi god omsorg, og et godt munnstell til pasienten?

Som vist i funnene har sykepleieren en dårlig samvittighet for at andre pasienter må vente mens de er i stell hos en annen pasient, og at de føler de ikke har tid. Dette kan også være en

utfordring for sykepleieren, da utilstrekkelighetsfølelsen og den dårlige samvittigheten påvirker stemningen og tonen i stellet.

Dette støttes av Martinsen (2019) som skriver at vi lever i en travel tid, der pleien av pasienten og skjønnset utfordres. Sykepleieren blir fylt av en skyldfølelse som man ikke har tid å kjenne på før arbeidspulsen har lagt seg. Sansingen er utfordret, og sykepleieren har heller fokus på hva pleiekulturen befaler ut fra et produksjonsperspektiv (Martinsen, 2019).

Jeg ønsker å reflektere litt rundt tidsbegrepet, og hva det kan gjøre med oss som sykepleiere. Knud Hansen (1979) er gjengitt i Martinsen (2018) og sier; «Men hvem har det ikke travlt i dag. Travlheden sitter som en feber i kroppen. Hele vår vestlige kultur er besat af denne travlhed». I denne hastighetskulturen blir det faglige skjønn satt under press. Det profesjonelle underkastes samfunnets befalinger kan være dypt motstridende mot sykepleierens selvforståelse som fagperson. Kravene om hastighet og effektivitet, kan hindre konsentrasjonen, og planleggingen av pleien lider og blir mangelfull. Oppfinnsomhet og fantasi i pleien blir undergravet, og den profesjonelle sykepleier får vanskelig utført den omsorgen for pasienten de gjerne vil (Martinsen, 2018, s. 45-46).

Slik tiden viser seg som fenomen, er den erfaringsmessig av stor viktighet i arbeidet med pasienten med demens. Funnene viser at sykepleieren opplever denne travelheten, og jeg undres på om den ikke setter seg i kroppen som en feber slik som Hansen skriver - selv om vi kanskje ikke alltid er det bevisst. En av sykepleierne uttrykker det som en travelhet som eksisterer i stellet, fordi hun i stellet har tankene om de neste arbeidsoppgaver med seg. Dette vil igjen påvirke relasjonen til pasienten i stellet, og påvirke vår mulighet til å få utført et godt munnstell uten at pasienten motsetter seg hjelp. Min studie viser at sykepleierne ser at pasienter med demens er mer utfordrende å utføre munnstell på, fordi de motsetter seg hjelpen. Tid er som vist en utfordring for sykepleieren, og det vil også ha påvirkning på pasienten med demens.

Selv om vi som sykepleiere i den travle klokkeid mister kontakten til pasienten, så er fortsatt pasientens sanser i høy beredskap. Alvorlige syke mennesker kjennetegnes ved at selv om de ikke kan kommunisere verbalt, kan de tydelig fornemme hva som foregår i sykeværelset. Pasienten tyder stemningen i værelset, pleierens pust, berøring og språkføring. Det er som om sykepleierens kropp sier uten ord at her er det travelt, her har sykepleieren ingen oversikt, og her er det farlig å være (Martinsen, 2018, s. 53).

For meg som sykepleier med erfaring fra skjermet avdeling, erfarer jeg at dette er virkelighetsnært i forhold til arbeidet med pasienter med demenssykdom. Erfaringen er at pasienten med demens behøver tid i stellet, tid til å forstå, tid til å tolke, og de er prisgitt at pleieren har en rolig og trygg tilstedeværelse i relasjonen.

5.3.2 Pasienten med demenssykdom behøver tid

Pasienten med demens har behov for tid, og en trygg tilstedeværelse av sykepleieren. Ved at sykepleieren er travel, lukker pasienten sin kropp. Å lukke sin sårbare, forsvarsløse kropp kan instinktivt for pasienten beskytte dem mot mulige krenkelser og maktovergrep fra en sykepleier, og pasienten sanser at sykepleieren er fraværende i relasjonen når de mest av alt skulle vært til stede (Martinsen, 2018). Pasienten med demens lukker nødvendigvis ikke sin kropp i en apatisk form, men det kan uttrykkes i motstand mot munnstell. I sin travelhet ser ikke sykepleieren den sårbare pasienten, er ikke oppmerksom men heller slik Orvik (2015) beskriver det – instrumentell og oppgaverettet. Kan vi forstå dette som at pasienten gjør opprør mot et travelt stell der sykepleieren ikke er der hun er?

Det kan også sees som at vi som sykepleiere ikke møter pasientens appell om å bli imøtekommet. Tillit er et grunnleggende fenomen mellom mennesker, og pasienten møter pleieren med å utlevere seg selv i håp om å bli imøtekommet (Martinsen, 2006, s. 135-165). Tilliten brytes om vi ikke tar vare på det liv som legges i vår hånd, ikke nødvendigvis for at vi er dårlige sykepleiere, men at tiden setter skylapper på oss.

Man kan også se pasientens reaksjon på travelhet i lys av begrepet motstandsmakt. I en pleiesituasjon står vi som maktutøvere i form av kunnskap, og den andres behov for vår hjelp. Sykepleieren blir da maktutøveren i situasjonen. Men pasienten kan ved hjelp av sin vilje og positur fortsatt gjøre motstand. Slik kan pasienten rokke ved maktposisjonen til pleieren, og pasientens motstand eller motmakt, kan skape avmakt hos omsorgsutøveren. I dette ustabile feltet ligger Foucaults tekning om makt som et flytende og ikke lokalisert begrep (Juritzen & Heggen, 2006). Jeg mener man også kan forstå det slik at pasientens motstandsmakt, dytter sykepleieren over i unnlåtelsessyndene, fordi sykepleieren opplever avmakt, og en mangel av tid for å håndtere denne avmakten.

Det litteraturen viser, men ingen av sykepleierne i min studie nevnte, er sykepleierens holdning til munnen som område. Munnen er et særegent område, og for pasienten med demenssykdom kan munnstell oppleves uforståelig og skremmende. I tillegg kan sykepleiere oppleve munnen som et vanskelig område å nærme seg siden det er et personlig område for pasienten, og sykepleieren kan også synes at å utføre munnstell er uestetisk og ekkelt (Flovik, 2005, s. 18).

At munnstell oppleves vanskelig for pasienten med demens, i likhet med annen intim pleie, er forståelig. Jeg undres mer over at sykepleieren har denne holdningen til munnstell. Slik jeg erfarer arbeidet med pasienten med demens, nærmer vi oss intime soner daglig. Vi vasker avføring, urin og oppkast, steller illeluktende sår, uten at vi betegner dette som ekkelt, eller unnlater å gjøre det om vi synes det er ekkelt. Steller vi pasienten med demens nedentil, bruker vi vår kunnskap om personsentrert omsorg, faglig skjønn, og etablerer en tillit for å få utført stellet. Jeg undres om det kan sees i lys av at munnstell er en form for usynlig oppgave. Et utelatt munnstell er vanskelig for en kollega å se, mens om vi unnlater å vaske en pasient ren for avføring er det meget synlig at man ikke har gjort jobben sin, eller det beste for pasienten. Mulig kan munnstell forsømmes i kraft av dette, at sykepleieren synes det er en ekkel oppgave, det er lite synlig at det blir neglisjert. Man sparer tid i stellet ved å unnlate å bygge relasjon og tillit for å få utført munnstell. Sykepleierne i min studie deler sitt syn på relasjonens viktighet i forhold til pasienten med demens. De deler en kunnskap om at de pasientene de har en bedre relasjon til, er det lettere å få utført munnstell på, og dette forstår jeg slik at sykepleierne i studien har kunnskap om personorientert omsorg og bærer med seg et sykepleiefaglig skjønn.

En pilotstudie gikk inn for å forsøke å redusere mostand hos pasienter med demens under munnstell ved hjelp av ulike teknikker. Den beskriver motstandsattferd som situasjonsbetinget, der pasienten med demens motsetter seg den hjelpen pleieren forsøker å gi. Dette er en form for atferd som forverres i takt med demenssykdommen, og studien peker på at de eldre som har mest behov for hjelp til munnstell også er de som motsetter seg mest.

Studien tar utgangspunkt i nevrobiologiske prinsipper i form av frykttrespons, og at pasienter med demenssykdom har en økt frykttrespons i kraft av de forandringer som manifesterer seg i hjernen. Pasienten med demens kan derfor fortolke munnstell som en truende handling og derfor reagere med å gjøre motstand. Studien ble utført ved at pleierne lærte seg gode teknikker for munnstell, samt implementering av mellommenneskelige teknikker. Dette for å

redusere trusselbildet for pasienten med demens, og dermed forhindre at pasienten motsatte seg. Teknikkene baserte seg på at man nærmet seg pasienten med demens med et smilende ansikt, brukte språk og berøring for å etablere trygg kontakt. Miljøet må være tilrettelagt, og munnstellet skulle foregå med minst mulig pleiere tilstede. Man må kommunisere med pasienten med respekt, og ikke bruke et språk som kan minne om det man bruker til barn eller dyr. Man kan la pasienten begynne sitt munnstell selv, eller holde sin hånd over pasientens hånd med mål å lede pasientens hånd til å utføre oppgaven selv. Distraksjon er også belyst som alternativ for å redusere motstand hos pasienten, eller at pasienten får holde en tannbørste i sin hånd, selv om pleieren pusser tennene med en annen tannbørste. De vanligste måtene pasienten motsatte seg hjelp ved, var å gripe tak i pleieren, dytte pleieren bort, eller bite. I løpet av dette prosjektet over 14 dager, ble antallet hendelser halvert (Jablonski et al., 2011).

Teknikkene her kan forstås å ha utgangspunkt i Kitwoods (1999) personsentrerte omsorg, og de kriterier som er utarbeidet av Brooker (2013). Ved å ha kjennskap til pasientens individuelle vaner og preferanser, innta perspektivet til pasienten med demens, verdsette pasienten, tilrettelegge miljøet, og validere pasientens følelser og frykt har vi flere verktøy å bruke.

En av sykepleierne i studien arbeidet på et sykehjem der VIPS metoden var tatt i bruk. Sykepleieren fortalte at det var utfordrende å få samlet alle ansatte på en avdeling, og å videreformidle tiltakene som var diskutert og bestemt i møtet ikke var mulig siden de ikke hadde muntlig rapport. Det fremkom at det å lese en rapport ikke ga like god informasjon som en muntlig rapport, og tiltakene kunne være vanskelige å forstå ut fra kun å forholde seg til en skriftlig rapport.

En metode som VIPS er tidkrevende å implementere, det er det viktig med organisatorisk og ledelsesmessig forankring, der ledelsen er til stede og kan ta del i den løpende utførelsen av helse- og omsorgstjenesten. Lederens aktive deltakelse i endringsprosessen synes å være en viktig forutsetning for at endringsarbeidet skal lykkes. Dog pekes det på at størrelsen på avdelingene har betydning for lederens muligheter til å følge opp hver enkelt ansatt, og jo flere ansatte de hadde jo vanskeligere var det å kvalitetssikre implementeringen (Rokstad, 2018, s. 310-311). Erfaringsmessig som mellomleder, er det utfordrende å rette fokus mot forbedringer som strekker seg over tid, da det fortløpende er andre oppgaver som må rettes fokus mot. Det kan tyde på at tiden også er en faktor for implementering av arbeidsmåter for hele gruppen av ansatte på et sykehjem, og forutsetningene for faglig diskusjon og formidling

ikke er tilstede. En av sykepleierne i studien forteller om nettopp denne knappheten til å diskutere sykepleiefaget, og at arenaene for å gjøre dette er få. Dette fremkommer også ved at nyutdannede sykepleiere beskriver det å begynne i yrket som et realitetssjokk. Sykepleierne er utdannet til å yte en helhetlig pasientomsorg for den enkelte pasient, men opplever en travel og oppgaveorientert tjeneste (Århus & Olsen, 2020).

I forhold til arbeidet med pasienten med demens, har den personorienterte omsorg for meg mange fellestrekk med det sykepleiefaglige skjønn, og det Martinsen (2006) betegner som svak paternalisme. Omsorg har å gjøre med relasjoner og moral, og den ytrer seg i praktiske handling. Dette må læres, og den faglig dyktige sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral. Sykepleieren viser en standard på sine handlinger, som gjør at hun kan bli pasientens tillit verdig. Sykepleieren utøver omsorg ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Med det menes at sykepleieren engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjonen som tar hensyn til den andres situasjon. En viktig forutsetning for å utøve svak paternalisme er at man har kjennskap til pasienten og er i stand til å sette seg inn i pasientens situasjon. En autoritetsstruktur som bygger på en svak paternalisme forutsetter at sykepleieren har et faglig skjønn slik at sykepleieren i vanskelige situasjoner kan ta avgjørelser som gagnar pasienten best mulig, ut fra et engasjement og en sensitivitet. Engasjement, sensitivitet, og en skjønnsmessig vurdering av situasjonen hindrer at svak paternalisme blir en maktutøvelse. Den faglig dyktige sykepleier blir slik den andres tillit verdig, og tillit kan vokse frem mellom partene (Martinsen, 2006, s. 145-147).

Men skjønnnet er satt under press skriver Martinsen (2019, s. 46). Hun beskriver skjønnnet som en dømmekraft i situasjonen ut fra sykepleierens faglige og etiske oppmerksomhet rettet mot pasienten (Martinsen, 2000, s. 62-63). Slik jeg forstår dette handler det om å skjønne seg på pasienten, skjønne seg på den situasjonen man står i, hvordan man skal håndtere den, og hva den andre trenger. Vi må ha en situasjonsforståelse med utgangspunkt i det særegne med pasienten med demens. Man kan ikke skjønne seg på situasjonen uten tilstedeværelse, og skjønnnet kan ikke være hurtig (Martinsen, 2000, s. 62-63). Sykepleierne i studien forteller at de har dårlig tid til å bygge tillit, og en av sykepleierne forteller at hun allerede tenker på det neste stellet og de pasientene som venter, mens hun er i stell – er det egentlig rom for å være tilstede, og bruke sitt sykepleiefaglige skjønn? Sykepleieren er jo allerede i neste stell med sine tanker og oppmerksomhet, og pasienten kan sanse dette og lukker kanskje sin kropp.

Verdisynet uttrykker seg i kroppene våre, spesielt i stellet med pasienten, at hendene våre også kan formidle mye i relasjonen med pasienten. De kan formidle sikkerhet og fasthet, eller usikkerhet. De kan formidle varme og engasjement, eller kulde og manglende interesse. I relasjonen med pasienten er det med kroppene og sansene våre vi når frem til pasienten, og hendene våre er viktige i pleiesituasjonen. I en rask verden, er betydningen av ekte og naturlig berøring viktig for pasienten. Hun skriver også om det gode blikket, når sykepleieren er tilstede i situasjonen. Blikket kan uttrykke en spontanitet, engasjement og noe dagligdags som varmer pasienten, slik at pasienten opplever varme og trygghet (Alvsvåg, 1993, s. 111-129). Slik som skjønnet fordrer også dette en form for tid, og om sykepleieren er stresset og ikke tilstede, vil ikke de stressede hender, eller det ikke tilstedeværende blikket gi trygghet til pasienten med demens.

En av tannpleierne i min studie peker på noe jeg mener er viktig, og vi som sykepleiere kan ta med oss videre for å møte utfordringene rundt munnstell. Tannpleieren peker på en rigiditet i forhold til klokketiden. Slik jeg kjenner sykehjemsavdelingen, er ingen dag lik. Det avhenger av oppgaver som skal utføres, pasientenes dagsform, og pleiernes muligheter til å holde en ro og trygghet på avdelingen. Mange oppgaver er begrenset til en dagvakt, eller en aftenvakt, men vi jobber jo ikke alltid etter klokketiden. Om pasienten med demens ikke ønsker å stelle seg før på formiddagen, så venter vi jo med det, pasientene som trenger ekstra tid får frokost på sengen, og vi strekker oss ofte langt i forhold til å tilpasse dagen til pasientens rytme og behov.

Som nevnt kan kveldsstellet være travelt og knapt bemannet. Munnstell kan være vanskelig å få utført tilfredsstillende på alle pasienter i kraft av knapphet på tid, og at pasienten med demens motsetter seg munnstell. Vi kan som sykepleiere gjøre som tannpleieren uttrykker, og tilpasse munnstellet til når det passer for pasienten med demens ta et munnstell på dagtid, når pasienten kanskje er mer opplagt og i bedre humør, men dette vil kreve at det faktisk blir rapportert om at munnstell ikke er utført fra forrige vaktskifte. Vi mestrer å ikke alltid være fastlåste i klokken tid, men studiens tema må løftes for å overføre dette til å omhandle munnstell også. Som funn viser tid seg å være en uomtvistelig faktor, selv om det vil være personavhengig hvordan man mestrer å frigjøre seg tiden.

Martinsen (2018) ser til Foucault når hun skriver om tidsdisiplinen der moderne mennesket ble skapt. Tidsdisiplinen i nyere tid inngår i tidsøkonomi og produktivitet, disiplinen er produktiv, og klokketiden skulle innpodes i arbeiderens kropp slik at de er produktive og

føyelige på samme tid. Mennesker skulle disiplineres til effektivt og hurtig å kunne utføre et arbeid, og de skulle selv føle en trang til å oppføre seg på denne måten. På denne måten blir mennesket som utøver en del av en dobbeltydighet, der mennesket i kraft av opplysning fortsatt er underlagt disiplinen. Individet gjør seg selv til et subjekt ved å underordne seg de tids- og kunnskapsformer det disiplineres til, og det på en slik måte at lydigheten mot disse blir subjektets egen forståelse. Subjektet overvåker seg selv i forhold til denne lydighet, og blir sin egen fangevokter, underlagt disiplinen (Martinsen, 2018, s. 59-62).

Lydigheten mot tidsdisiplinen kan forklare at det er vanskelig å frigjøre seg klokketiden. Tidligere er det diskutert hvem vi ser som den flinke pleieren, den som får gjort flest oppgaver på kortest mulig tid, noe som for meg henger sammen med tidsdisiplinen. En lydighet vil også kunne føde en ulydighet, og kanskje er dette vårt verktøy for å bekjempe tidsdisiplinen og klokketiden.

Martinsen skriver om sykeværelset som et annerledes rom, samtidig som det er et rom i det senmoderne. Et heterotopt rom. Skapelsen og formingsarbeidet i kraft av sykepleieren, er annerledes i det heterotope rom enn i travelhetens rom med den selvdisiplinerende lydighet. Formingsarbeidet er her forstått som en vilje til å ikke la seg undertrykke tidsdisiplinen, men en mot-oppførsel født ut av sansingen. Å gi rom til en langsom tid forutsetter en vilje til å ikke la seg styre av tidsdisiplineringen. Det handler om en oppstand mot tiden, å holde tiden tilbake i et konsentrert pleiende nærvær (Martinsen, 2018, s. 100). Det er et veldig tempo skriver Martinsen (2019), et akselerert samfunn. Martinsen snakker om klokketiden. Hun sier vi skal være ulydige sykepleiere og viser til diakonissene som hjalp mennesker andre instanser egentlig skulle ivareta. Diakonissene gjorde det utenfor de rammer de hadde.

Jeg undres hvordan vi kan møte de utfordringer som min studie belyser. I dagens sykehjemsavdeling, der tiden er preget av lav bemanning, oppgaveforskyvning, sykere pasienter, må vi kanskje som Martinsen sier – ta tiden tilbake. Kanskje må vi belyse at tiden er knapp, og at vi faktisk må prioritere pasienten foran oppdatering av planer, forbedringsforslag, bestilling av varer, eller delta på møter. Vi burde heller skrive avvik på det praktiske og målbare vi ikke får utført, og ha fokuset på det som er det viktigste – pasienten, herunder deres munnhelse.

6 Avsluttende refleksjon

Som svar på studiens problemstilling «hvilke utfordringer eksisterer i ivaretakelsen av munnhelse hos pasienten med demenssykdom på sykehjem», har jeg funnet at sykepleierne opplever mange samsvarende utfordringer i forhold til dette. Gjennom å dele sine erfaringer med meg, viste deltakerne at munnhelse ikke er et tema på sykehjemmene der sykepleierne i studien arbeider og pasientene med demens har sitt hjem.

Min forforståelse ligger til grunn for studien, og er preget av en forkunnskap på feltet, egne erfaringer, og en utålmodighet etter å sette fokus på temaet. Studiens funn om munnhelse som tema, mangel på ansvarsavklaring, kunnskapsnivå, motstand fra pleiere og pasienten med demens var forventede funn. Ansvar for pasientens munnhelse er dårlig forankret, og sykepleierne peker på ledelsesansvar, rutiner for internundervisning, så vel som fokus i utdanningen. Kunnskapen om munnhelse, og konsekvenser av å neglisjere dette bør heves. Mange funn var forventet ut fra forforståelsen, men tid som fenomen viste et mangfold av ansikter som jeg ikke forventet.

Sykepleierne åpnet øynene mine for at de har god kunnskap om pasienten med demens, og er bevisst de spesielle behov for denne særegne pasientgruppen. Sykepleieren er bevisst fenomenet tillit i sitt arbeide, bærer med seg det sykepleiefaglig skjønn, og har kunnskap om relasjonen med pasienten som verktøy for å få utført munnstell. Dog uttrykker sykepleieren en frustrasjon over at tiden er så knapp at de ikke har rom til å anvende det sykepleiefaglige skjønn i hverdagen, og det fremkommer i studien at sykepleieren ikke makter å ha den nødvendige tilstedeværelse i stellet med pasienten med demens, fordi travelheten og kløkketiden skaper en dårlig samvittighet hos sykepleieren. Sykepleierens fokus må rettes mange steder samtidig, og utfordrer sykepleieren i sin tilstedeværelse hos pasienten. Dette fører igjen til at pasienten med demens sanser at stellet er preget av travelhet, og kan motsette seg hjelpen.

Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene viser kommunens ansvar for å etablere prosedyrer som sikrer et helhetlig tjenestetilbud. Ivaretatt munnhygiene, og tilrettelegging for personer med demens som har vanskelig for å formulere sine behov er den del av kvalitetssikringen (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Min studie kan tyde på at ansvaret er nedfelt, men ikke en realitet. Prosedyrene er skrevet, men det kan virke

som det ikke er tid til etterlevelse. Man kan undres om det er tatt høyde for det særegne som omhandler pasienten med demens, som lever i en utrygg og uoversiktlig verden og har et økt behov for tid og trygghet. Pasienten med demens har spesielle behov og sykepleieren har behov for tid til å kunne utføre sin omsorg i tråd med egne idealer for å unngå dårlig samvittighet i sitt arbeide. Å fremme munnhelse som fokusområde på sykehjemsavdelingen har ut fra dette dårlige vilkår, og min studie bekrefter at munnhelse er et tema som behøver økt fokus. For meg tyder studiens funn på at større organisatoriske endringer innenfor helsesektoren er nødvendige for å gi både sykepleieren og lederen muligheten til å drive et omsorgsarbeid av god kvalitet, og at NPM tankegangen preger helsesektoren i stor grad.

Jeg velger også helt til slutt å trekke inn verdighetsgarantien, der forskriften pålegger kommunen å sikre at den gamle pasient opplever en verdig alderdom (Verdighetsgarantien, 2011). Slik jeg kjenner pasienten med demens har de behov for hjelp til å ivareta sin verdighet. De kan ha behov for hjelp til å regulere sin atferd, eller skjermes fra situasjoner der de ikke selv klarer å ivareta sin verdighet. For meg vil verdighet også bety at pasienten får hjelp til å holde seg ren, velstelt, og føle velvære. En neglisjert munnhelse kan bidra til mindre velvære for den gamle pasient, og dermed er ikke verdighetsgarantien oppfylt i sin helhet.

Arbeidet med studien har gitt meg en dypere innsikt i det organisatoriske som preger helsevesenet. Tidens mange ansikter, og tiden som vitenskapsteoretisk fenomen var veldig interessant å utforske. For meg som forsker brakte det ny kunnskap om hvordan tiden påvirker sykepleieren og pasienten i kropp og sjel. Som uerfaren forsker ble det ved å utføre studien, åpenbart hvorfor forskning er viktig for å åpne for ny forståelse av et tema. Utførelsen av studien har vært en læring i hermeneutikkens tradisjon. Å utfordre sin forforståelse har ført til ny kunnskap, nye måter å forstå fenomener på, og berike min forståelseshorisont.

6.1 Metodekritikk

Valget for å belyse studiens forskningsspørsmål falt på dybdeintervju. Hadde studien vært utført ved å utføre et fokusgruppeintervju, kunne jeg ha fått en annen bredde i empirien ved at deltakerne kunne diskutert seg imellom. Tjora (2017, s.123-125) viser til Wibeck (2011) og Morgan (1988) og skriver at fokusgruppeintervju kan fange opp meninger i den interaksjonen

som foregår mellom deltakerne, og gir et ekstra spennende aspekt, og kan bidra til å generere mer spontane svar enn ved mange andre former for kvalitativ datagenerering. Tjora viser også til Peters (1993), at deltakerne kan få en større trygghet av å sitte i gruppe. Dette kunne kanskje ha bidratt til en større mangfoldighet i svarene, og empiri fra deltakernes interne diskusjon. Fokusgruppene kunne også vært en del av et strategisk utvalg, slik kriteriene for studien var. Om jeg skal vurdere fokusgruppeintervju fra en annen side, kan det være at deltakerne ikke er komfortable med å dele negative utsagn sammen med sine kollegaer.

6.2 Validitet og videre forskning

Ingen kunnskap er allmenngyldig skriver Malterud (2018), og viser til Kvale (1996). Forskeren må vurdere studiens validitet, overveie validiteten ut av hva studien forteller noe om, og hvilken overførbarhet disse funn har utover den sammenhengen studien er gjennomført. Feltet og konteksten der kunnskapen er innhentet, vil alltid være med å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom. Den interne validitet speiler hva studien er sant om, og om metoden for å løse forskningsspørsmålet er hensiktsmessig (Malterud, 2018).

Slik jeg tolker validitetsbegrepet vil det ikke bare gjelde valg av metode, men også utvalg av deltakere. Studien benyttet en kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, belyste slik de fenomener som viser seg i sykepleierens opplevelser av hva som er utfordringer, og hvordan man kan forstå dette. Et strategisk utvalg ble gjort, og studien kunne derfor svare på hvilke utfordringer sykepleieren erfarte i sin arbeidshverdag, i forhold til ivaretagelsen av munnhelsen til pasienten med demens.

Det andre spørsmålet om validitet dreier seg om ekstern validitet, i hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende utover den konteksten vi har kartlagt dem (Malterud, 2018, s.23-24). Studien har utgangspunkt i et snevert utvalg av sykepleiere på skjermede avdelinger, og fokus på munnhelse hos pasienten med demens. Dette vil ikke kunne overføres til et vidstrakt utvalg av andre kontekster, men studiens resultater vil fortsatt kunne opplyse en liknende problemstilling i en annen sammenheng da noen av studiens funn speiler sykepleierens tidsverden og muligheter, samt egenarten til pasienten med demenssykdom.

For meg som forsker tenker jeg at studiens funn er relevante for sykehjemsavdelingen som arena, og sykepleieren som arbeider med pasienter med demens. Elementer til ettertanke kan

tas fra studien i forhold til organisering, ledelsesstruktur, og tid som fenomen på sykehjem. Dette med bakgrunn i at noen av funnene kan betegnes som universelle og uavhengig av pasientgruppen.

Munnhelse er for meg et viktig tema å drive videre forskning på, og jeg anser dette som nødvendig for å belyse viktigheten av munnhelse hos den gamle pasient. Forskning av god kvalitet eksisterer allerede, spesielt innenfor gerodontologien, men det kan med fordel forskes mer på sykehjemsavdelingen som arena for utøvelse av munnhelse.

Sykehjemsavdelingen som arena, og sykepleierens perspektiv, er viktig å ha med seg i videre forskning, da det er der munnhelse til pasienten med demens utøves i det daglige.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. I K. Martinsen (Red.), *Den omtensomme sykepleier* (s. 111-131). Otta: TANO AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. utg.Helse- og sosialfag : høgskole). Oslo: Gyldendal akademisk.
- de Visschere, L., van der Putten, G.-J., de Baat, C., Schols, J. M. G. A. & Vanobbergen, J. (2007). Possible enabling and disabling factors when implementing an oral hygiene protocol in nursing homes. *Archives of Public Health*, 65, 231 - 249. urn:nbn:nl:ui:12-339785
- Desvarieux, M., Demmer, R. T., Jacobs, D. R., Papapanou, P. N., Sacco, R. L. & Rundek, T. (2013). Changes in clinical and microbiological periodontal profiles relate to progression of carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology study. *Journal of the American Heart Association*, 2(6), e000254-e000254. 10.1161/JAHA.113.000254
- Dominy, S. S., Lynch, C., Ermini, F., Benedyk, M., Marczyk, A., Konradi, A., . . .Potempa, J. (2019). Porphyromonas gingivalis in Alzheimer's disease brains: Evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. *Science Advances*, 5(1), eaau3333. 10.1126/sciadv.aau3333
- Døving, M., Handal, T. & Galteland, P. (2020). Bakterielle odontogene infeksjoner. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 10.4045/tidsskr.19.0778
- Endringslov til helselovgivningen. (2017). *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelseansvaret, lovfesting av kompetanse m.m)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55>
- Engedal, K., og Haugen, Per K.,. (2018). *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Engevik, T. (2019). God tannhelse er livsviktig for eldre. *Geriatrisk sykepleie*, 3.
- Eriksson, K. & Randers-Pehrson, Ø. (2005). Lidelse i pleie. I *Det lidende menneske*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell, godt munnstell er nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe AS.
- Foltyn, P. (2015). Ageing, dementia and oral health. *Australian Dental Journal*, 60(S1), 86-94. 10.1111/adj.12287
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi - Utvalgte hermeneutiske skrifter* (H. Jordheim, Overs.): Cappelen Akademisk Forlag

- Gammack, J. & Pulisetty, S. (2009). Nursing Education and Improvement in Oral Care Delivery in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 658-661. 10.1016/j.jamda.2009.09.001
- Goodman, B. (2018). Cavernous sinus thrombosis. Hentet 8. April 2020 fra <https://www.webmd.com/brain/cavernous-sinus-thrombosis>
- Hede, B. C., J, E. Christensen, L, B. . (2014). Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet*, 12(118), 980-986.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017, 31. mars 2017). Bedre tannhelsetjenester til innbyggerne. Hentet 21. april 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/bedre-tannhelsetjenester-til-innbyggerne/id2547052/>
- Høyland, H. (2019). Tennene råtner på sykehjem. Hentet 12. Januar 2020 fra <https://www.nrk.no/rogaland/tar-grep-for-a-unnga-ratne-tenner-pa-sykehjem-1.14546009>
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14-17. 10.1177/010740831003000204
- Jablonski, R. A., Therrien, B., Mahoney, E. K., Kolanowski, A., Gabello, M. & Brock, A. (2011). An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Special Care in Dentistry*, 31(3), 77-87. 10.1111/j.1754-4505.2011.00190.x
- Jacobsen, D. (2009). *Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Jansson, L., Kalkali, H. & Mulk Niazi, F. (2018). Mortality rate and oral health – a cohort study over 44 years in the county of Stockholm. *Acta Odontologica Scandinavica*, 76(4), 299-304. 10.1080/00016357.2018.1423576
- Juritzen, T. & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt. Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. 36.
- Kirkevold, Ø. (2018a). Rettssikkerhet for personer med demens. I K. H. Engedal, Per K, (Red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk
- Kirkevold, Ø. (2018b). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. H. Engedal, Per K, (Red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.

- Klungeland, C. O. (2018). Eldre kan dø av dårlig tannhelse. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/10/eldre-kan-do-av-darlig-tannhelse>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg. InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Løkken, P., . Birkeland, Jan Magne. (2005). Medikamenter og munntørrehet. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 5. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/03/legemidler-i-praksis/medikamenter-og-munntorrhet>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg., bd. 2). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2019). *Pleien tar den tiden det tar*. Sykepleien.
- NSF. (2020). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 07. April 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Orentlicher, G. (2013). Cavernous sinus thrombosis as a result of a fungal infection: A case report. *Journal of Oral and Maxillofacial surgery*, 71. Hentet fra https://www.academia.edu/27832293/Cavernous_Sinus_Thrombosis_as_a_Result_of_a_Fungal_Infection_A_Case_Report?sm=b
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#§4a-5
- Rokstad, A., M., og Røsvik, J. (2018). Personorientert omsorg. I K. Engedal, og Haugen, Per K, (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Samson, H., Strand, G. H. (2008). Munnhelse. I M. Kirkevold, Bordtkorb, K., og Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. & Hoogstraate, J. (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(11), 2124-2130. 10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x
- St.meld. nr 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stamsø, M. A. (2009). *Velferdsstaten i endring* (1 utg., bd. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strand, G. V., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 127(2), 138-143.
- Tannhelsetjenesteloven. (1983). *Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verdighetsgarantien. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), e748-e755. 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x
- Wyller, T. (2011). *Geriatry* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., . . . Sasaki, H. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 50(3), 430-433. 10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x
- Zenthöfer, A., Cabrera, T., Rammelsberg, P. & Hassel, A. J. (2016). Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging & Mental Health*, 20(3), 303-308. 10.1080/13607863.2015.1008986
- Århus, M. E. & Olsen, Å. T. (2020). Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkeskvardagen *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2020/03/nyutdanna-sjukepleiarar-far-realitetssjokk-i-yrkeskvardagen>

Vedlegg nr.1 – Godkjenning fra NSD

NSD Personvern

02.07.2019 14:14

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 738495:

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Utvalget ditt taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse.

Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 09.06.2020.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg nr.2 – Rekrutteringsbrev sykepleiere

Forespørsel om rekruttering av deltakere til forskningsprosjekt om munnhelse hos pasienter med demenssykdom

Til.....

Mitt navn er og jeg studerer master i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg, ved UIT Norges arktiske universitet. Jeg skal skrive en masteroppgave om munnhelse hos pasienter med demenssykdom på sykehjem.

Målet med forskningsprosjektet er og skaffe til veie kunnskap om de utfordringer som er i feltet, for å kunne bidra til kompetanseutvikling, en bedre yrkesutøvelse, bedre organisering, samt å sette fokus på viktigheten av å ivareta munnhelsen til den gamle pasient.

Til dette prosjektet ønsker jeg å intervju 2 sykepleiere som har en stor stillingsprosent på skjermet sykehjemsavdeling for personer med demenssykdom, og søker med herved tillatelse til å gjøre min forskning i kommune, og ved sykehjem. Aktuelle sykepleiere må ha jobbet ved avdelingene i minimum 1 år, slik at de har god kjennskap til rutinene på avdelingen.

Verken kommune eller sykehjem vil være gjenkjennelig i studien, dette vil være anonymisert.

Deltakelsen er frivillig, og det gis god informasjon om forskningsprosjektet individuelt til hver deltaker. Deltakerne blir bedt om å skrive under på en samtykkeerklæring for å bekrefte sin frivillige deltakelse. Videre har deltakerne full rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet uten at det får negative konsekvenser. Alle etiske retningslinjer innen forskning følges.

Beste hilsen

.....

Vedlegg nr.3 – Rekrutteringsbrev tannhelsepersonell

Forespørsel om rekruttering av deltakere til forskningsprosjekt om munnhelse hos pasienter med demenssykdom

Til.....

Mitt navn er og jeg studerer master i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg, ved UIT Norges arktiske universitet. Jeg skal skrive en masteroppgave om utfordringene med å ivareta munnhelse hos pasienter med demenssykdom på sykehjem. Jeg er ute etter hva tannhelsepersonell ser på som utfordringer i forhold til samarbeidet med sykehjem, kvaliteten på munnhygien som utføres på institusjon, og de erfaringer de har rundt dette.

Målet med forskningsprosjektet er og skaffe til veie kunnskap om de utfordringer som er i feltet, for å kunne bidra til kompetanseutvikling, en bedre yrkesutøvelse, bedre organisering, samt å sette fokus på viktigheten av å ivareta munnhelsen til den gamle pasient.

Til dette prosjektet ønsker jeg å intervjuer en tannpleier eller tannlege som samarbeider med sykehjem, og søker med herved tillatelse til å gjøre min forskning i kommune, og i nevnt kommunes offentlige tannhelsetjeneste.

Tannpleier eller tannlege bør ha noen års yrkeserfaring, slik at de har erfaring innenfor samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Verken kommune eller tannhelseinstitusjon vil være gjenkjennelig i studien, dette vil være anonymisert.

Deltakelsen er frivillig, og det gis god informasjon om forskningsprosjektet individuelt til hver deltaker. Deltakerne blir bedt om å skrive under på en samtykkeerklæring for å bekrefte sin frivillige deltakelse. Videre har deltakerne full rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet uten at det får negative konsekvenser. Alle etiske retningslinjer innen forskning følges.

Beste hilsen

.....

Vedlegg nr.4 – Samtykkeerklæring sykepleiere

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”*En evig tannpine? – munnhelse hos pasienter med demenssykdom i institusjon*”

Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er å se nærmere på utfordringene med å ivareta munnhelse hos pasienter med demenssykdom. Hva oppleves som utfordrende for sykepleieren?

Målet med forskningsprosjektet er og skaffe til veie kunnskap om de utfordringer som er i feltet, for å kunne bidra til kompetanseutvikling, en bedre yrkesutøvelse, bedre organisering, samt å sette fokus på viktigheten av å ivareta munnhelsen til den gamle pasient.

Forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave ved Universitetet i Tromsø i studieretningen helsefag – aldring og eldreomsorg.

Siden intervjumateriale fra sykepleiere som arbeider på skjermede enheter for personer med demens er vesentlig i forskningsprosjektet, forespørres du til deltakelse i dette.

Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

For å samle inn data til analyse, går forskningsprosjektet ut på å intervju sykepleiere som arbeider på skjermede avdelinger. Intervjuene vil vare i ca 60 minutter. Det vil bli brukt båndopptaker, slik at fokuset kan være på samtalen. Opptakene vil bli brukt til å skrive intervjuet om til tekst, og vil bli slettet etter at dette er gjort.

Hva skjer med opplysningene fra deg?

Personlige opplysninger som alder og kjønn vil ikke fremkomme i publikasjonen. Du som blir intervjuet vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen, da alle opplysninger vil anonymiseres.

Din arbeidsplass eller bostedskommune vil ikke fremkomme i studien. Det er kun jeg som forsker som har tilgang til materialet som fremkommer under intervjuet. Intervjuet og senere tekstmateriale vil bli lagret på en personlig, og passordbeskyttet PC, som brukes i forskningsarbeidet. Opptak og personopplysninger blir permanent slettet når studien er ferdigstilt, anonymisert skriftlig materiale vil bli lagret i en skjult mappe for videre arbeid. Prosjektet avsluttes våren 2020.

Frivillig deltakelse

Å delta i forskningsprosjektet er frivillig, og du kan når som helst kan trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du velger å trekke deg vil intervjuet du har avgitt bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om forskningsprosjektet, ta kontakt med
..... på tlf eller veileder

Forskningsprosjektet er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS,
Personvernombudet for forskning.

Samtykke til å delta i forskningsprosjektet

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg nr.5 – Samtykkeerklæring tannhelsepersonell

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *”En evig tannpine? – munnhelse hos pasienter med demenssykdom i institusjon”*

Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er å se nærmere på utfordringene med å ivareta munnhelse hos pasienter med demenssykdom i institusjon.

Jeg er ute etter hva tannhelsepersonell ser på som utfordringer i forhold til samarbeidet med sykehjem, kvaliteten på munnhygien som utføres på institusjon, og de erfaringer de har rundt dette.

Målet med forskningsprosjektet er og skaffe til veie kunnskap om de utfordringer som er i feltet, for å kunne bidra til kompetanseutvikling, en bedre yrkesutøvelse, bedre organisering, samt å sette fokus på viktigheten av å ivareta munnhelsen til den gamle pasient.

Forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave ved Universitetet i Tromsø i studieretningen helsefag – aldring og eldreomsorg.

Siden intervjumateriale fra tannhelsepersonell som samarbeider med kommunehelsetjenesten og sykehjem er vesentlig i forskningsprosjektet, forespørres du til deltakelse i dette.

Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

For å samle inn data til analyse, går forskningsprosjektet ut på å intervju tannhelsepersonell som er i relasjon med kommunehelsetjenesten og sykehjem. Intervjuene vil vare i ca 60 minutter. Det vil bli brukt båndopptaker, slik at fokuset kan være på samtalen. Opptakene vil bli brukt til å skrive intervjuet om til tekst, og vil bli slettet etter at dette er gjort.

Hva skjer med opplysningene fra deg?

Personlige opplysninger som alder og kjønn vil ikke fremkomme i publikasjonen. Du som blir intervjuet vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen, da alle opplysninger vil anonymiseres.

Din arbeidsplass eller bostedskommune vil ikke fremkomme i studien. Det er kun jeg som forsker som har tilgang til materialet som fremkommer under intervjuet. Intervjuet og senere tekstmateriale vil bli lagret på en personlig, og passordbeskyttet PC, som brukes i forskningsarbeidet. Opptak og personopplysninger blir permanent slettet når studien er ferdigstilt, anonymisert skriftlig materiale vil bli lagret i en skjult mappe for videre arbeid. Prosjektet avsluttes våren 2020.

Frivillig deltakelse

Å delta i forskningsprosjektet er frivillig, og du kan når som helst kan trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du velger å trekke deg vil intervjuet du har avgitt bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om forskningsprosjektet, ta kontakt med
..... på tlf eller veileder

Forskningsprosjektet er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS,
Personvernombudet for forskning.

Samtykke til å delta i forskningsprosjektet

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg nr.6 – Intervjuguide sykepleiere

Intervjuguide sykepleiere - «Munnhelse hos pasienter med demenssykdom på sykehjem»

Presentasjon av meg selv og studien, ønsker å begynne med at vi satser på et uformelt intervju som kan minne mest om en erfaringsutveksling.

Oppvarmingsspørsmål

Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

Hvor lenge har du jobber på avdelingen du jobber nå?

Rullerer dere på hvilken avdeling dere jobber på, eller er det på fast avdeling? Er dette en ulempe eller en fordel?

Hvor mange ansatte er dere på vakt, og hvor mange pasienter?

Opplever dere utfordrende atferd i hverdagen?

Husker du om dere hadde undervisning eller praktisk undervisning om munnstell på grunnutdanningen, i så fall hvor mye?

Hovedspørsmål

Det begynner å bli fokus på at eldre som kommer på sykehjem i større grad har egne tenner, merker dere noe til dette?

Hvilke utfordringer gir i så fall dette dere?

Er det munnstellkort til alle pasienter?

Utføres det munnstell minst en gang daglig på alle pasienter?

Hvorfor/hvorfor ikke?

Har dere fått undervisning om munnstell fra tannhelsetjenesten, kurs, etc?

Merker dere noe forskjell på grad av demenssykdom hos pasienten i forhold til ivaretagelsen av munnstell?

Driver dere med kompetanseheving i form av ABC, Vips, refleksjonsgrupper eller liknende?

Har dere tid i arbeidshverdagen til faglig refleksjon og diskusjon i ansattgruppen på avdelingen?

Har du som sykepleier noen tanker rundt hva som kunne gjort det lettere å komme i posisjon for å hjelpe pasienten med å utføre munnstell?

Har du som sykepleier noen tanker rundt hva som organisatorisk kunne vært gjort for å forbedre pasientens munnhelse?

Vedlegg nr.7 – Intervjuguide tannhelsepersonell

Intervjuguide tannhelsepersonell - «Munnhelse hos pasienter med demenssykdom på sykehjem»

Presentasjon av meg selv og studien, ønsker å begynne med at vi satser på et uformelt intervju som kan minne mest om en erfaringsutveksling.

Oppvarmingsspørsmål

Hvor lenge har du jobbet som tannpleier/tannlege?

Hvor lenge har du jobber på arbeidsstedet?

Hvilke pasientgrupper har du ansvar for?

Har du ansvar for screening, og samhandling med sykehjem?

Hvordan blir dere mottatt? Er de forberedt? Ekstra personale for å følge dere?

Hovedspørsmål

Det begynner å bli fokus på at eldre som kommer på sykehjem i større grad har egne tenner, merker dere noe til dette?

Hvilke utfordringer gir i så fall dette dere?

Blir dere noen gang etterspurt av ledere på sykehjem for undervisning?

Hva er deres inntrykk av status på munnhelse hos pasienter med demens på sykehjem?

Hva vil du si rundt holdningene til munnstell på sykehjem?

Har dere oppfatning av at ivaretagelse av munnhelse er personavhengig?

Har du som tannhelsepersonell noen tanker rundt hva som organisatorisk kunne vært gjort for å forbedre pasientens munnhelse?

