



”Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av gode rutiner få ivaretatt tannhelsen hos pasienter med en demenssykdom, på sykehjem?”

SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Kull 07 H

Innleveringsdato 30.04.2010

Kandidatnummer: 64

Ord:9731

[Hansen, Iselin]

Tenk over det...

*Det er ikke sikkert at den gamle
damen som ligger med dyna over
ansiktet og ikke vil at den skal
fjerne, er engstelig eller lite samarbeidsvillig når
du kommer for og ta morgenstellet.*

*Det kan faktisk tenkes at hun føler seg ydmyket fordi hun ikke
har fått stelt tennene på flere dager!!*

(Steinvåg, 2004:64).

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Mitt møte med Fru Olsen	5
1.2 Tema og begrunnet problemstilling.....	6
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Foreløpige avgrensninger	8
2.0 METODE	9
2.1 Metodebeskrivelse	9
2.2 Ulike søkemåter og funn	10
2.2.1 "Oral health status in individuals with dementia living in special facilities"	11
2.2.2 "Geriatric oral health and pneumonia risk"	11
2.2.3 "Tenner for livet"	12
3.0 TEORI OM ALZHEIMERPASIENTEN OG MUNNHYGIENE	13
3.1 Munnhulens anatomiske oppbygging.....	13
3.2 Munnhulens normalflora	14
3.3 Den demensrammede pasient	14
3.4 Hvorfor er munnhygienen så viktig for Alzheimersyke?	16
3.5 Konsekvenser ved dårlig munnhelse	17
3.6 Hvordan å kommunisere og møte den Alzheimer rammede pasient?	19
3.7 Om sykehjem og dets funksjon og ansvar	20
4.0 SYKEPLEIETEORETIKER	22
4.1 Presentasjon av Virginia Henderson	22
4.1.2 Hendersons menneskesyn.....	22
4.1.3 Målets hensikt.....	22
4.1.4 Miljø og omgivelser	23
5.0 DRØFTING.....	24
5.1 Kommunikasjon og samhandling med den demente pasient	24
5.2 Kunnskaper om diagnose og personen bak diagnosen	26
5.3 Kunnskaper om tannhelse.....	28
5.4 Sykehjemmets utfordring	31
6.0 KONKLUSJON	32
7.0 LITTERATURLISTE	34

7.1 Pensumlitteratur.....	34
7.2 Selvvalgt litteratur	34
7.3 Artikler	35

1.0 INNLEDNING

Dette kapitelet inneholder en selverfart historie fra praksisfeltet, begrunnelse for valg av tema og presentasjon av min problemstilling.

1.1 Mitt møte med Fru Olsen

Da jeg begynte på sykepleien startet jeg samtidig og arbeide på et sykehjem, hvor jeg fikk fast stilling annenhver helg.

Det var søndagskveld og jeg og en sykepleier var på arbeid. Klokken var ca 18.00, så det var klart for kveldsmat til beboerne. Jeg hadde fått rapport om at fru Olsen, var blitt dårligere og spiste nesten ikke. Fru Olsen er i 70 årene og begynnende dement. De ansatte fikk henne ikke til å spise, og fikk kun i henne små skjeer med væske. Jobbhelgen min gangen før denne var fru Olsen i mye bedre form, hun både spiste og drakk godt. På sykehjem kan beboernes tilstand endre seg fort ettersom de fleste er gamle og mange har et omfattende sykdomsbilde, jeg ble derfor ikke overasket over at Fru. Olsen var blitt dårligere.

Da jeg skulle inn å tilby henne kveldsmat denne kvelden, lå hun i sengen og hun ønsket ingen mat. Jeg spurte om det var noe som plaget henne, om hun følte seg i dårlig form eller hadde smerter. Hun svarte ”*jeg har så vondt i munnen*”, jeg så at underleppen hennes var litt sprukken og hoven. Jeg gikk og hentet en arteriepinsett og festet en tuffere dyppet i glyserol for å fukte leppene hennes. Da jeg litt senere gikk inn til Fru Olsen for å se om hun ville spise litt, sa hun igjen at hun hadde så vondt i munnen. Jeg gikk da for å hente en lommelykt for å se inni munnen. Hun hadde tannproteser som var festet på stifter i underkjeven, og selve protesen var tatt ut, så det var kun stiftene som sto igjen. Da jeg lyste inn så jeg til min store skrekk at Fru Olsens underleppe var grodd fast i stiftene til tannprotesen, munnhulen var fylt med misfarget slim.

Jeg gikk straks og hentet sykepleieren jeg var på jobb sammen med. Hun så inn i munnen til beboeren og ble like sjokkert som meg. Denne sykepleieren var egentlig ikke ansatt i denne etasjen, men beboeren det gjaldt var nylig flyttet fra etasjen hvor hun arbeidet, til denne.

Sykepleieren forklarte at denne typen proteser ikke kunne tas ut av munnen i mer en 24 timer, men måtte kontinuerlig være i munnen. Jeg gikk inn på vårt dokumentasjonssystem for å se om det var dokumentert at denne pasienten hadde denne type proteser, og hvilken oppfølging som måtte til for at den skulle ivaretas på en korrekt måte. Dette var dokumentert fra etasjen hun var flyttet fra.

Jeg hentet utstyr til å utføre munnstell på Olsen. Tupfere, arteriepinsett og en sterilt pakket bolle som jeg fylte med sterilt vann, og rensset munnhulen hennes for puss. Dette gjorde jeg for at hun skulle føle seg litt bedre, og få en litt friskere følelse i munnen. Mer kunne ikke jeg gjøre, til min store fortvilelse. Etter dette dokumenterte jeg alt vi hadde observert, og gav rapport til nattevaktene. De skulle gi en grundig rapport til dagvaktene.

Jeg kom tilbake på arbeid min neste arbeidshelg. Det var da gått 14 dager siden sist jeg var der. Jeg gikk straks på avdelingslederens kontor for å høre om tilstanden til Fru. Olsen, hun forklarte at tannlegene i denne kommunen ikke kunne gjøre noe med den spesielle tilstanden til beboeren. Hun måtte sendes til en annen kommune hvor de kunne legge henne i narkose og operere, men dette hadde ikke blitt gjort på grunn av hennes dårlige allmentilstand.

Har ikke jeg fått børstet tennene på en dag, føler jeg meg ukomfortabel og ustelt så jeg kan bare tenke meg hvordan dette måtte føles for Fru Olsen. Hun ligger hjelpesløs i sengen, og makter ikke utrykke sitt ubehag, og ikke får hun hjelpen hun har krav på. Hun får ikke i seg mat, og svært lite væske. Det må føles svært uverdigg etter et langt liv, å ligge i sengen med tanker om hvordan livet skulle ta slutt, på denne måten.

Kort tid etter døde beboeren, med en fortsatt betent inngrodd tannprotese. Jeg var på dette tidspunktet ufaglært, og var ikke klar over at slikt skulle skrives på avvik og rapporteres, noe jeg absolutt ville gjort den dag i dag.

1.2 Tema og begrunnet problemstilling

Jeg skulle til hovedoppgaven i sykepleie skrive om noe som jeg interesserte meg sterkt for og som engasjerte meg. Jeg har arbeidet på ulike sykehjemsavdelinger og også vært i praksis på sykehjem under sykepleier utdanningen. Jeg har her erfart at tannhelsen til de pleietrengende

blir nedprioritert og har liten fokus i det daglige stellet av beboere på sykehjem. Det ble etter møte med fru Olsen klart at det var dette jeg ville skrive om. Jeg syntes det er helt uhørt at det kan gå så langt, så opplyste som vi er i dag. Jeg føler også at vi har hatt lite om munnhygiene under studiet. Vi har gått igjennom og utført munnstell på dukker og hatt en forelesning omkring temaet, men har hatt lite fagstoff relatert til tannhelse og konsekvensene av en dårlig tannhelse. Grunnen til at jeg har valgt å fokusere problemstillingen min til den demente beboer, er at jeg ser på det som en utfordring å gi en fullverdig god pleie til denne pasientgruppen. Da disse ikke alltid kan utrykke seg gjennom ord. I tillegg har en stor andel av sykehjemsbeboerne en demenslidelse.

Den demenssyke beboerne er ofte ikke i stand til å ivareta sin personlige hygiene, og mange kan heller ikke utrykke hvordan de vil ha dette utført. De er derfor avhengige av at helsepersonell utfører pleien på en forsvarlig måte. Jeg ønsker som fremtidig sykepleier å få et større fokus på tannhelsen til pasienter på sykehjem. Jeg ønsker å øke kunnskapen min på dette området, da jeg kommer til å møte disse pasientene i arbeidslivet.

I følge Binkley (2004) er opprettholdelse av god munnhygiene en åpenbar, men forsømt del av sykepleien. I en amerikansk undersøkelse foretatt ved 102 intensive avdelinger mente 92 % av respondentene at munnstell burde ha en høy prioritet. 63 % syntes det var en vanskelig oppgave, og 80 % ønsket å lære mer om den beste måten å utføre munnstell på. I tillegg svarte 40 % at de benyttet tannbørste og tannpasta en gang per dag eller mindre, og ca. 38 % svarte at de aldri benyttet tannbørste på pasientene, men foretrakk munnsvamp (PPS).

Dette til tross for at retningslinjene anbefaler rengjøring av tenner/proteser to ganger daglig, og at tannbørsten bedre fjerner plakk på tennene. Er ikke tannhelsen god fører dette videre til andre problemer/sykdommer hos pasienten som kunne vært unngått, blant annet underernæring, infeksjonssykdommer og hjerte/karinfeksjoner (Flovik, 2005).

1.3 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av gode rutiner få ivaretatt tannhelsen hos pasienter med en demenssykdom på sykehjem?”

Det jeg legger i begrepet gode rutiner, er at avdelingen har utarbeidet en rutine for munnstell som er skapt for å fremme helse. For at en rutine skal være god mener jeg man må kunne samhandle og ha en forståelse for pasienten. Kunnskaper om pasientens diagnose er også viktig for å oppnå denne forståelsen. Jeg har valgt demenssykdom som diagnose. Dette fordi det kan være en vanskelig oppgave og samhandle og forstå denne pasientgruppen, både fordi hukommelses evne og tankeevnen er nedsatt i slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenlignet med tidligere kognitivt funksjonsnivå (Rokstad, 2008).

1.4 Foreløpige avgrensninger

Grunnen til at jeg har valgt sykehjem som arena er at jeg har mest erfaring herifra og som tidligere nevnt har mange av beboerne på sykehjem en demenslidelse og jeg ser på det som en stor utfordring å ivareta dementes tannhelse.

Har også avgrenset problemstillingen til å ha størst fokus på gode rutiner for munnhelsen, da jeg mener dette er en svært viktig faktor for at den skal bedres. Dette sammen med en god kommunikasjon/samhandling med den demente pasient. Jeg har også vektlagt å få frem de alvorlige konsekvensene en dårlig ivaretatt munnhelse kan føre med seg, for å få frem viktigheten av et økt fokus på munnhulen. Det finnes mange ulike demenssykdommer, jeg har valgt å ta for meg den Alzheimer syke beboer. Dette fordi det er et begrenset ordomfang til oppgaven og at 60 % av demenssyke lider av Alzheimer sykdom.

2.0 METODE

2.1 Metodebeskrivelse

Ifølge Vilhelm Aubert (1985) er

metode en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007:81).

Cooper 1989, Hart 1998, Forsberg og Wengstrøm, 2003, forklarer at en litteraturstudie kan ha ulike gjøremål. Til dels å skape en oversikt over forskningsresultater innenfor et spesifikt kunnskapsområde, og dels å skape en oversikt av forskning innenfor en kommende empirisk studie (Åsa Axelsson, 2008).

Ved bruk av litteraturstudie som metode går man inn på det temaet man har valgt seg og ser på relevant forskning, knyttet til sin problemstilling. Man velger et antall artikler og annet fagstoff med relevans til oppgaven og setter seg inn i tidligere funn. Man må drøfte funnene på en genuin og ærlig måte, og alltid vurdere de ulike sidene. Det er ikke meningen og kun ha med funn som tilsvarer det du vil, man skal se på de ulike sidene for å få en god drøfting og få frem alle de ulike sider ved en sak. Ved bruk av litteraturstudie vil også jeg få økt kunnskap om det å søke ny forskning, dette vil være til stor hjelp for meg når jeg senere i arbeidslivet er pliktig til og selv holde meg oppdatert på ulike områder som omhandler mitt fag (Åsa Axelsson, 2008)

Hermeneutikken inngår og i prosessen med å bruke litteraturstudie som metode, det finnes likheter. I en litteraturstudie er man ute etter å få forståelse for og å finne mening med prosjektet man skriver

Gilje og Grimen uttaler:

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart eller gi mening til, det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende. Å fortolke på denne måten er altså å

forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet i noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007:54).

Jeg har også brukt egne erfaringer fra praksisfeltet i oppgaven min, for å få frem hvordan mitt bilde av dagens situasjon er og mine egne opplevelser. Jeg har brukt en del selverfarte erfaringer i teksten. Her har jeg brukt andre navn på pasientene og ikke navngitt avdelingen, dette for å ivareta taushetsplikten jeg er pålagt som helsepersonell. Jeg har også vært i kontakt med avdelingsleder på et sykehjem spesielt tilrettelagt for pasienter med en demenssykdom. Jeg tok kontakt med henne fordi jeg ønsket å høre hvordan de klarte å gjennomføre og ivareta tannhelsen hos pasientene sine.

Etter at jeg startet søkeprosessen for å finne relevante artikler, har jeg funnet både kvalitative og kvantitative artikler, jeg har valgt å bruke begge disse typene.

De kvantitative metodene har den fordel at de tar sikte på å fornye informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det og finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007:82).

Grunnen til at jeg har valgt å bruke begge disse metodene er for å se om artiklene som viser seg i tallfestede data også gjenspeiler seg i de ulike artiklene jeg har brukt i oppgaven. Det kan innen helseomsorgen være lurt å bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning i en litteraturstudie. Ikke bare på grunn av lite forskning på området, men også for å kunne studere problemets ulike perspektiver, og gi en bedre forståelse av virkeligheten (Åsa Axelsson, 2008).

2.2 Ulike søkemåter og funn

Jeg startet med å delta på et kurs som skolen bibliotekar holdt angående ulike e-ressurser for å finne forskningsbaserte artikler. Jeg har i hovedsak brukt Pubmed og google scholar som søkekilder. Pub med er et gratis medisinsk bibliotek på internett, mens google scholar er en

søkeside, hvor man blant annet kan søke etter forskningsbaserte artikler. Jeg brukte ulike søkeord for å finne artikler. "Oral AND Health", "Alzheimer AND Mouth AND health", "Dementia AND Mouth", "Tannhelse+Demens", "Alzheimer og Munnhelse", Alzheimer og sykehjem".

Det var ikke mange forskings artikler å finne med relevans til mitt tema, men noen var det. Jeg valgte ut 3 artikler som jeg i hovedtrekk har brukt i oppgaveteksten. Disse vil jeg legge kort frem for å vise hvilke hovedfunn disse tre har.

2.2.1"Oral health status in individuals with dementia living in special facilities"

Denne artikkelen er skrevet av I, Rejnfeldt, P, Andersson og S, Renvert. Artikkelen omhandler tannhelsen til pasienter med Alzheimer sykdom som bor på institusjon. Her kommer det frem at det finnes lite forskning på tannhelsen til Alzheimer pasienter, men i det som finnes vises det at svikt i tannhelsen hos denne sykdomsgruppen er større enn hos friske personer. Det vektlegges også at det er helsepersonell som har ansvaret for tannhelsen til pasienter på institusjon. Det kommer videre frem at det ofte blir et etisk dilemma da denne pasientgruppen ofte kan motsette seg hjelp og kan reagere med voldelig adferd, gråt og panikk. På grunn av vanskeligheten med å få gjennomført et godt munnstell har den Alzheimer syke større risiko for og utvikle karies og periodontale sykdommer.

2.2.2"Geriatric oral health and pneumonia risk"

Denne artikkelen er skrevet av Margaret Terpenning, som er professor i indremedisin ved the Division of Geriatric Medicine at the University of Michigan.

I denne artikkelen kommer det frem at det er en sammenheng mellom ulike sykdommer, og en dårlig ivaretatt tannhelse.

Devastating consequences of poor oral health can include a variety of local and systemic illnesses, including local abscess formation, rapid spread of infection through facial planes, and infective endocarditis (M, Terpenning, 2005:1).

Det viser seg i studien at aspirasjons pneumoni er en av de vanligste komplikasjonene til dårlig tannhelse. Det kom og frem i en studie av 358 personer at aspirasjons pneumoni var vanligst blant de eldre som trengte hjelp i matsituasjoner. Hjelp i matsituasjoner er noe mange Alzheimer pasienter er avhengige av. Det kommer frem at en dårlig tannhelse kan føre til alvorlige sykdommer og infeksjoner, blant annet hjerte-kar infeksjoner og aspirasjonspneumoni.

2.2.3 ”Tenner for livet”

”*Tenner for livet*” er en baselinerapport utarbeidet av sosial- og helsedirektoratet, den omhandler den orale helsen hos beboere på sykehjem. Rapporten inneholder både resultater og vurderinger for kartleggingen av tann- og munnhelse hos sykehjemsbeboere fra 2004. Den inneholder også en oversikt over institusjonenes rutiner om tann og munnstell i pleieplanene. Dette ble svart på ved at hvert sykehjem svarte på et spørreskjema som ble sendt ut av sosial- og helsedirektoratet. 84 % av sykehjemmene svarte at de hadde utarbeidet generelle prosedyrer for tann- og munnstell, mens 61 % svarte at de hadde utarbeidet individuelle rutiner. Det er i alt trukket ut 10 sykehjem fra hvert av de norske fylkene som er med i undersøkelsen, til sammen 3440 personer. Av disse ble det indikert munntørrehet hos 1/3, og hos disse var medisinerbruken stor. Over halvparten av beboerne hadde egne tenner, eller egne tenner og delproteser, kun 3 % var helt tannløse, det vil si uten proteser. Det ble også målt beleggindeks på tenner og proteser. Dette ble utført av tannpleier, denne indeks-skalaen går fra 2-8, og gjennomsnittet i utvalget var 4,2. De personene med egne tenner, eller med egne tenner og proteser lå i snitt 1 skala høyere enn de uten tenner. Slimhinne-indeks ble også utført, her hadde 80 % normalt eller ingen innflamasjon på munnslimhinnene, 20 % hadde moderat eller sterk inflammasjon og 3 % hadde sterk inflammasjon. De utvalgte personene som var med i undersøkelsen fikk svare på deres egen opplevelse av munnhelsen, her svarte 29 % at de hadde problemer med munntørrehet og 7,1 % svarte at de hadde plager eller smerter i tenner og slimhinner. Her ble pasientene spurt om sin egen tannhelse, ettersom demenspasienter ikke alltid er i stand til å svare på slike spørsmål, vil jeg tro at de fleste i undersøkelsen ikke har en demenssykdom. Men jeg har valgt å bruke den fordi det er en av de største undersøkelsene som er utført hos så mange sykehjemsbeboere i Norge, og den får frem at det nå er ny satsning på tannhelse.

3.0 TEORI OM ALZHEIMERPASIENTEN OG MUNNHYGIENE

3.1 Munnhulens anatomiske oppbygging

Jeg har valgt og ha med den anatomiske oppbygningen av munnhulen for å få frem dens funksjon og viktigheten av at den er velstelt for å oppnå en god oral helse.

Munnhulen består av lepper, kinn, tenner og deres feste til kjeveben, tannkjøtt, tunge, hard og bløt gane, munngulvets muskulatur og spyttkjertler (Bjåle m.f, 1998).

I munnhulen bearbeides maten mekanisk ved hjelp av tungen og munnhulens overflate. Maten blandes med spytt for og lettere gli ned svelget og spiserøret. Svelgrefleksen setter da inn og fører maten videre til magesekken (Flovik, 2005).

En tann består av emalje, dentin og rotkanal rundt tannen som er festet med fibrer og kjevebein, dette er dekket med tannkjøtt. Tennenes oppgave er å tygge og finfordele maten. Uten tenner vil man ikke lenger klare å spise normal fast føde. Overgangen mellom krone og rot kalles tannhals. Her kan det danne seg lommer som kan bli oppholdssted for patogene mikrober som kan føre til infeksjon i munnhulen, noe eldre er mer utsatt for enn yngre (Willumsen m.fl, 2008).

Tungen består av muskler, derav dens bevegelighet. Tungens oppgave er å elte maten og blande den med spytt. Sammen med kinnene får den maten mellom tennene slik at den finfordeles før svelging. Tungen er bygd opp av muskler noe som har avgjørende betydning for tungens bevegelse. På tungen finner vi uttallige tungepapiller hvor det sitter smaksløker og disse er avgjørende for hvordan vi kjenner smak.(Bjålie mfl. 1998). Vi skiller mellom 4 ulike smakssanser: surt, bitter, salt og søtt (Flovik, 2005).

Leppene har en ytre overflate dekket av hud, de røde frie rendene danner en overgang fra hud til slimhinne. Leppen består av muskulatur og bindevev. Tørre lepper er ofte det første kliniske symptomet på munntørrhet.

3.2 Munnhulens normalflora

Munnhulen er steril i fosterlivet, men etter dette får vi raskt tilført bakterier fra miljøet vi lever i, både fra familie og andre. Vi har ulike bakterier, bakterier vi trenger for å forebygge kolonisering av potensielt patogene bakterier. De mest vanlige bakteriene er grampositive kokker, spesielt streptokokker. Stafylokokker, enterokokker og gramnegative stavbakterier er også en del av normalfloraen. En tannkjøttlomme kan inneholde så mye som 30-100 ulike bakterier, men siden mange av disse er en del av vår normalflora, trengs de for å beskytte oss mot sykdom.

Ved sykdom eller nedsatt allmentilstand kan disse være farlige. Ved at munnbakterier går over i blodet ved tanntrekking, tannkjøttbehandling og rotbehandling når det foreligger infeksjon i eller rundt tannen (Agnes Haugan, 2005:79).

Det er derfor svært viktig å forebygge store skader, eller infeksjoner i munnhulen.

I følge Olsen, 2002 kan spesielt streptokokker vandre gjennom blodbanen og slå seg ned på skadde hjerteklaffer. Dette kan føre til en betennelse i hjertets indre hinne, endokarditt. For en person som er hjertesyk kan dette føre til alvorlig sykdom.

Vi finner også ulike sopptyper i munnen, den mest vanlige sopptypen er *Candida albicans* (Flovik, 2005). Munnens fuktige og varme miljø fører til et utmerket vekstvilkår for bakterier, dette sammen med næringen vi spiser. Det er ca 800 ulike bakterier i munnen og også ulike sopptyper, disse lever normalt sett i harmoni med oss. Ved en dårlig ivaretatt munnhygiene vil disse bakteriene kunne føre til sykdom. De ulike mikroorganismene er til for å hjelpe kroppen å unngå blant annet infeksjoner, men det kan også skje en kolonisering av disse ved at de fester seg til blant annet plakk på tennene (Willumsen, 2008).

3.3 Den demensrammede pasient

Demens er en hjerneorganisk sykdom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal, 2008: 217)

Demenssykdom har et bredt spekter av symptomer, og utvikler seg svært individuelt fra person til person, både pasientens personlighet og hvilken type demenssykdom avgjør symptomene (Rokstad, 2008). I samtale med avdelingsleder ved sykehjemmet jeg kontaktet, fortalte hun at i løpet av 9 år, hadde hun enda ikke møtt en pasient som var lik en annen. Et fellessymptom for alle demenssyker er hukommelsesproblemer, dette kan vises ved at de glemmer å spise eller glemmer daglige gjøremål som før har vært en enkel del av deres hverdag. Demens er i dag den største årsaken til at personer flytter på en sykehjemsavdeling, og den fjerde hyppigste dødsårsaken for personer over 65 år. Det finnes ulike sykdommer som fører til demens. Jeg har valgt å gå inn på Alzheimers sykdom, da dette er den mest vanlige demenssykdommen. Denne skyldes,

karakteristiske forandringer i hjernen, atrofiering i kortikale og til dels subkortikale områder i storhjernen, som resultat av celledød. I mikroskop kan man se nevrofibrillære floker, senile plakk og substansstap (Engedal, 2008:244).

Alzheimer sykdom, er oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer, som i 1906 beskrev den for første gang. Man skiller mellom to typer Alzheimer sykdom, Alzheimer med tidlig debut, før fylte 65 år, og Alzheimer med sen debut etter fylte 65 år, ofte kalt aldersdemens. Ved tidlig debut av sykdommen vil symptomer vises mye tidligere en ved sen debut. Ved sen debut anslår man at enkelte kan ha hatt sykdommen i mange år før hjelp blir søkt, den kommer mer snikende (Engedal, 2008). Symptomene blir ofte delt i 3 deler, de kognitive, de adferdsmessige og de motoriske. Under disse 3 ligger det mange symptomer, blant annet, svikt i hukommelsen, depresjon i sykdomsstarten, ordletingsproblemer og desorientering for tid, sted og situasjon. Problemadferd kan sees etter flere år med sykdommen og vises i form av aggresjon. Nevrologiske utfall som epileptiske kramper kan forekomme, mens kontrakturer og svelgvansker sees kun i sykdomsavslutningen. Spesielt hos Alzheimer demens ser man språkvansker, ordletingsproblemer og manglende taleflyt. Dette kan i mange tilfeller gjøre det vanskelig for helsepersonell å forstå hva pasientene ønsker å uttrykke (Engedal, 2008).

Man skiller også diagnosen i tre ulike grader. Mild grad, moderat grad og alvorlig grad. Ved en mild grad vil pasienten ofte klare seg selv i vante trygge miljøer, som i hjemmet sitt og fungerer godt med faste rutiner. Ved moderat grad må pasienten ofte ha veiledning og hjelp fra andre pårørende eller helsepersonell for å fungere optimalt. Ved alvorlig grad er

handlingssvikten så betydelig at pasienten er avhengig av hjelp fra andre og må som oftest ha døgnkontinuerlig tilsyn (Rokstad, 2008). Ved at både hukommelsen og tankeevnene hos pasienter er redusert, kan det som sykepleier være svært vanskelig og utføre munnstell. Pasienten kan i noen tilfeller ikke skjønne hva sykepleieren skal gjøre eller hvorfor. Det er derfor utrolig viktig hvordan man går frem i møte med pasienter med en demens sykdom, blant annet ved tilrettelegging av miljø, god kommunikasjon og gjensidig respekt og ved å støtte personen til å utføre mest mulig selv til den grad dette er mulig. Det er lett og finne teori om temaet demens, men jeg ville også finne ut hvordan er det egentlig føles å leve med en demenssykdom.

Christine Bryden forklarer demenssykdommen sin som et bilde av en svane som svømmer rundt, på overflaten ser den grasiøs og rolig ut. Men under vannet går de små føttene febrilsk for at svanen skal holde seg flytende. Hvor mye krefter som kreves for å svømme raskere og raskere for hver dag, og hvor utmattende det er og holde seg flytende, vet bare den som har en demenssykdom. Det å være nær å synke fordi en ikke har kreftene som behøves, oppleves stadig som en trussel (Rokstad, 2008:63).

Med dette bilde viser hun hvordan en demensrammet tydelig ser "normal" ut på utsiden, man ser ikke at pasienten er syk, som ved en amputert fot eller arm. Hun mener det derfor kan være vanskelig for andre å se hvor mye man lider og hvor vanskelig det er å leve med demens på grunn av et normalt ytre.

3.4 Hvorfor er munnhygiene så viktig for Alzheimersyke?

Som nevnt at det kan være vanskelig og utføre munnstell hos en Alzheimer rammet, fordi pasienten i noen tilfeller ikke skjønner hva sykepleieren skal gjøre eller hvorfor. For friske personer er det å ivareta munnhygiene en naturlig del av stellet. For demente pasienter har dette også vært en naturlig del, men etter de ble syke kan slike ting glemmes, og de klarer ikke lengre og ivareta den selv.

Due to the difficulties in performing oral hygiene procedures in individuals with dementia, the risk of developing caries and periodontal diseases increase (Rejnfelt, Andersson, Renvert, 2005:67).

Det er da viktig at vi som helsepersonell kan hjelpe pasienten, enten ved tilrettelegging eller ved å utføre munnstell, og støtter personen til og utføre dette selv den grad dette er mulig (Engedal, 2008).

Hos pasienter med Alzheimer sees ofte språkvansker. De kan i mange tilfeller ikke utrykke ubehag eller smerter i forhold til en dårlig munnhelse. Det er da viktig at sykepleierne observerer munnhulen på samme måte som de observerer andre kroppsdelene etter tegn på ulike sykdommer, og i tillegg observerer andre non-verbale tegn på smerter eller ubehag. Virginia Henderson sier om sykepleieren sitt ansvar i møte med pasienter, at hun må være ytterst følsom for hvert kontaktforsøk fra den syke. På tross av at pasienten ikke kan kommunisere med ord, skal vi som sykepleiere tolke de nonverbale tegnene pasienten sender. Vi må hele tiden prøve å forstå, oppfatte og tolke både bevegelser, uttrykk og ord (Henderson, 1997).

Mange demenssyke kan bli misforstått og mistolket. Viser pasienten tegn til aggresjon kan noen mene at denne pasienten er vanskelig og andre kan bli skremte av pasienten. Det er her viktig og finne ut hva som gjør pasienten så redd eller engstelig, og om det er andre tiltak som kan iverksettes. Det er i dag kjent at demente føler seg tryggest på små arenaer, med kjente ting, lite stress og kaos. I Norge er det bygget en del skjermede enheter for demente pasienter, noe som har vist seg å fungere bra. Men, når over ca 80 % av pasientene på sykehjem har en demenslidelse vil dette si at de aller fleste bor på vanlige sykehjem uten en skjermet enhet, og da er det opp til helsepersonell å tilrettelegge for en god hverdag.

3.5 Konsekvenser ved dårlig munnhelse

Det er ikke alltid at munnstell blir den først prioriterte prosedyren og ender ofte som *"siste post på programmet"* (Flovik, 2005). Av egen erfaring vet jeg at jeg ikke alltid tenkte konsekvenser ved at munnstell ikke ble utført den morgenen eller den kvelden, og så ikke det store bildet av konsekvenser det kunne få hvis mange nok unnlot det de "få" kveldene de var på arbeid. Ved en dårlig ivaretatt munnhule vil matrester og belegg bli liggende inni munnen, dette vil gradvis føre til dårlig ånde. Dette kan høres ut som et lite problem, men kan føre til sosial tilbaketrekning. Mange vil unngå å prate på grunn av flauhet for den vonde lukten. Gamle matrester som blir liggende er også en grobunn for bakterier, som kan føre til ulike infeksjoner i munnen. Siden munnhulen er inngangsportalen til resten av kroppens organer

kan betennelse og infeksjoner i munnhulen føres via blodbanen til andre deler av kroppen. Derfor henger tannhelsen i stor grad sammen med den helhetlige helsen hos et individ (Flovik, 2005). Munnpleie er som nevnt et forsømt område. På grunn av dette får en del pasienter en forverret tannstatus etter langtidsopphold på institusjon (Stordalen, 2009).

Ved infeksjoner i munnen vil man også få smerter. Smerter i sammenheng med dårlig ånde og dårlig tilpassede tannproteser, kan føre til at man ikke klarer å spise, eller rett og slett mister matlysten. Dette går da utover hver enkelts ernæringsstatus, som igjen kan føre til avmagring. Det er kjent at aldersdemente er en av de gruppene som er mest utsatt for et dårlig kosthold. Dette er en stor konsekvens for eldre på sykehjem, da de fleste av de som bor på sykehjem i dag har store og komplekse sykdomsbilder, og er avhengig av en godt sammensatt ernæring. Underernæring kan få alvorlige konsekvenser for den syke, dårligere sårtilheling og større risiko for trykksår. Økt risiko for infeksjoner som igjen fører til overforbruk av antibiotika og dødeligheten øker (Sjøen og Thoresen, 2003).

Munnhulen er et av de viktigste verktøyene vi har. Vi bruker den både til å få i oss mat og drikke, samhandle med andre, og vi uttrykker hvordan vi har det, både ved smerter, gråt og glede. Det er derfor så uhyre viktig og huske konsekvensene av hva en dårlig munnhygiene kan bidra til, både fysisk og psykisk.

En dårlig munnhelse kan også føre til alvorlige somatiske sykdommer. Det viser seg en klar sammenheng mellom dårlig munnhelse og aspirasjonspneumoni.

Aspirasjonspneumoni er en type lungebetennelse og forekommer oftest hos eldre og skyldes at mat, mageinnhold eller annet fremmedlegeme kommer ned i lungene. Det viser seg at aspirasjonspneumoni kan være en etterfølge av en dårlig ivaretatt tannhelse, og at sykehjemspasienter er en utsatt gruppe. Særlig forekommer aspirasjonspneumoni hos pasienter som etter måltidene blir lagt i flat ryggleie og hos pasienter med nedsatt svelgrefleks, noe som er et av symptomene ved Alzheimer sykdom. Aspirasjonspneumoni utvikler seg på samme måte som bronkopneumoni, og kan hos syke eldre i verste tilfelle føre til døden (Karoliussen, 1997, Terpenning, 2005).

Man har også en økt risiko for andre sykdommer som for eldre mennesker er svært risikofylte, blant annet influensa, hjerte-kar infeksjon og hjertesykdom (Willumsen, 2008).

Mange eldre sliter også med munntørrehet, ofte i sammenheng med at de bruker mye medisiner. Munntørrehet er en av de vanligste bivirkningene til medikamentbruk og mange sykehjemspasienter har et stort antall medisiner. Eldre er også mer utsatt for munntørrehet enn et yngre menneske (Wilumsen m.fl, 2008). Munntørrehet kan føre til økt karies og mange får problemer med spising og svelging og det er også økt fare for infeksjoner. Ved at slimhinnen blir tørre og såre, kan det være smertefullt og vanskelig å ha på helproteser eller delproteser i munnen (Karoliussen, 1997).

3.6 Hvordan å kommunisere og møte den Alzheimer rammede pasient?

Det kan være en utfordring å kommunisere med pasienter med Alzheimer. Hvordan kan vi imøtekomme deres egne ønsker og behov når de ikke kan uttrykke disse, eller kanskje ikke husker hvorfor eller hva de ønsker? Kommunikasjon er utveksling av mening eller betydningsfullt innhold mellom personer. Dette kan gjøres både ved verbal kommunikasjon, altså ved bruk av språk, eller det kan brukes nonverbal kommunikasjon, ved ansiktsuttrykk som et smil, eller bevegelser. 2/3 av kommunikasjonen vi bruker er nonverbal (Berentsen og Solheim, 2008). Jeg mener at nonverbal kommunikasjon er en viktig faktor i samhandling med en dement pasient. En dement pasient oppfatter ikke alltid det vi sier med språk, men dette betyr ikke at pasienten ikke kan kommunisere. Man kan formulere seg på måter som ikke skaper usikkerhet og som ikke krever hukommelse for å besvares. "Hvorfor spørsmål" krever hukommelse, "hvorfor har du stått opp så tidlig"? Da kan man heller si, "så flott at du allerede har stått opp". Det første spørsmålet krever et svar fra pasienten. Hvis pasienten ikke klarer å svare kan dette bli en dårlig opplevelse, og mange kan føle seg dumme på grunn av dette (Berentsen og Solheim, 2008).

Hos pasienter som ikke klarer å forstå eller forholde seg til den verbale kommunikasjonen, er nonverbal kommunikasjon nøkkelen til en god kommunikasjon. Som nevnt tidligere kan Alzheimer pasienter ha glemt viktigheten av for eksempel tannpuss, og skjønner ikke lengre hvorfor dette skal utføres. Man kan da ved å vise dem tannbørsten skape en gjenkjennbar følelse, og pasienten kan da pusse tennene selv.

At en person har demens, innebærer ikke at denne sykdommen er det eneste ved personen. Personligheten har fremdeles friske sider, og evnen til å vise og gjenkjenne

følelser og til å henvende seg til andre mennesker er bevart, selv ved alvorlig demens (Smedbye, 2008:21).

3.7 Om sykehjem og dets funksjon og ansvar

”Sykehjemspasienten kjennetegnes først og fremst av funksjonstap og behov for behandling, pleie og omsorg og har gjerne mange sykdommer, dels alvorlige og uhelbredelige” (Ranhoff, Schmidt, Ånstad, 2007). 70-80 % av alle sykehjemspasienter lider av en demenssykdom, ¼ har en lett til moderat grad av sykdommen, mens halvparten har en alvorlig grad av demens. Gjennomsnittlig alder for sykehjemspasienter i dag er 80 år. Den høye alderen skyldes at personer i dag bor hjemme så lenge det er mulig (Ranhoff, Schmidt, Ånstad, 2007).

Hvem har ansvaret når de pleietrengende trenger hjelp til å ivareta munnhygien?

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten § 3, står det skrevet at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfalte prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredstilt grunnleggende behov. Under dette står det på et av punktene at det skal tilrettelegges for pasienter med en demenslidelse, og andre som har vanskelig for å formulere sine behov. Det står som et punkt at munnhygiene og tannbehandling er et av de behovene som skal ivaretas (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Dette vil si at det er vi som helsepersonell som er ansvarlig for å tilrettelegge og eventuelt utføre munnstell på de pasientene som ikke lenger klarer dette selv.

Det står videre i lovverket at de som bor på institusjon i Norge over 3 måneder har krav på gratis tannlegebehandling. I følge lov om tannhelsetjenesten § 1-3 står det at

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006)

Fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i, eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Alzheimer pasienter mister ofte sin samtykkekompetanse, dette på grunn av sykdommens forløp, som utvikler seg slik at de ikke lenger er i stand til å ta avgjørelser om sin egen helse.

Lov om pasientrettigheter 4 A- Helsehjelp til pasienter uten samtykke kompetanse som motsetter seg helsehjelp, er utviklet for og sikre at pasienter uten samtykke kompetanse skal få sikret den nødvendige helsehjelp, dette fordi de kan motsette seg hjelp uten å se rekkevidden av dette. Den er også utviklet for å minske bruken av tvang, og det er strenge vilkår før tvang skal benyttes. Det står at tiltak skal være utprøvd før tvang iverksettes (Helsedirektoratet, 2008). Disse tiltakene vil jeg presentere i drøftingsdelen av oppgaven.

4.0 SYKEPLEIETEORETIKER

4.1 Presentasjon av Virginia Henderson

Jeg har valgt å bruke Virginia Henderson som teoretiker. Henderson ble født i Kansas City (30 november 1897 - 19. mars 1996), og hun var en av de første som forsøkte å beskrive sykepleierens fagområde, etter Florence Nightingale. Henderson var selv sykepleier, forsker og teoretiker og ble uteksaminert fra Army School of Nursing, Washington, D.C. i 1921. Hun ble også uteksaminert fra Teachers College, Columbia University med master grad i sykepleierutdanning, hun begynte også senere å undervise.

4.1.2 Hendersons menneskesyn

Henderson er kjent for å ha utarbeidet 14 gjøremål tilknyttet de grunnleggende behov. Hun mener disse er særskilt viktig for helse, helbredelse og en fredfull død. Men hun vektlegger også at hos de pasientene hvor helbredelse ikke er et realistisk mål, skal sykepleieren hjelpe pasienten å ivareta disse gjøremål slik at helsen blir ivaretatt på best mulig måte. Hun sier videre at disse gjøremålene må utføres på en personlig måte (Kristoffersen, 2001).

4.1.3 Målets hensikt

Henderson er spesielt kjent for sin definisjon av sykepleie

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997:9)

Grunnen til at jeg har valgt Virginia Henderson som teoretiker til min oppgave er at hun vektlegger at de grunnleggende behov i sykepleie er viktig for å bli en god sykepleier, og at disse må ivaretas på en god måte for å fremme helse. Dette er også det jeg vektlegger i min problemstilling.

4.1.4 Miljø og omgivelser

Henderson sier lite om miljøet, men nevner at sosialt og kulturelt miljø er viktig for måten gjøremålene blir utført, og at gjøremålene blir påvirket av dette. Hun sier også at sykepleieren har ansvar for å opprettholde et helsefremmende og sikkert miljø, og at miljøet innvirker både på pasientens fysiske og psykiske helse (Kirkevold, 2001).

Henderson ønsker ikke at alle sykepleiere nødvendigvis skal si seg enig i hennes teorier omkring sykepleie, men at hver enkelt av oss skal finne sine egne tanker, definisjoner og meninger rundt utøvelsen av sykepleie.

5.0 DRØFTING

I både forskning, pensum og annet fagstoff brukt i oppgaveteksten kommer det frem at munnhygiene hos Alzheimer rammede ofte er i verre tilstand enn hos friske personer, og at munnhygiene er en nedprioritert oppgave på sykehjem. Det kommer også frem at god kommunikasjon er en viktig del for å oppnå en god rutine i samhandling med demenssyke.

Jeg skal nå drøfte min problemstilling, ”Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av gode rutiner få en god tannhelse hos pasienter med en demenssykdom på sykehjem?”. Jeg vil gjøre dette ved å bruke den kunnskap jeg har fått ved å se på ulik teori, og ved egenerfaring fra praksis og arbeid på sykehjem.

5.1 Kommunikasjon og samhandling med den demente pasient

Som nevnt i Kap 3.3, kommer det frem at demenssykdom sjeldent er lik fra et menneske til et annet, og at både personlighet og sykdomsutvikling spiller en stor rolle for hvilke symptomer pasienten viser. Dette viser at en tilnærming kan fungere for en person, men ikke nødvendigvis hos den neste, selv om disse har samme diagnose (Rokstad, 2008). Det er derfor viktig å kunne kjenne og forstå den enkeltes behov. Jeg vil vise til et eksempel fra en sykehjemsavdeling, som viser hvordan min kommunikasjon og min gjensidige respekt til pasienten kan gjenspeile seg i pasientens væremåte.

Dette var en ganske stor sykehjemsavdeling, uten skjermet enhet for demensrammede, men mange av pasientene hadde diagnosen demens. De fleste pasientene hadde enerom, med egne tilhørende bad. Rommene var innredet personlig, og nesten alle hadde med seg egne møbler og private gjenstander. Jeg hadde aldri jobbet på sykehjem eller i pleieyrket før jeg startet her.

Jeg møtte opp på mandag morgen for å få opplæring på avdelingen. Jeg fikk opplæring i de mest grunnleggende behovene, og munnstell var noe de var svært grundige med på denne avdelingen. Alle pasientene hadde individuelle munnstellkort hengende på badet sitt, både de pasientene med egne tenner og de pasientene med tannproteser. Disse var utarbeidet i samarbeid med tannlege og tannpleier. Disse var svært oversiktlige og veldig lett å skjønne. Da jeg hadde jobbet på avdelingen en stund skulle jeg inn til ”*verstingen*” som han ble kalt,

for å hjelpe han med tannstell. Grunnen til dette kallenavnet, var at han var den sinte gamle mannen, som ikke ville ha hjelp fra noen. Han kunne også være truende i sin adferd, og kunne både slå og klipe de ansatte. Han var begynnende dement, uten klarlagt demenstype. Han tilbrakte mesteparten av dagen i sengen.

Jeg gikk inn og ønsket han en god morgen, men jeg fikk bare til svar at jeg måtte reise å ryke. Jeg prøvde å prate med han å spurte om jeg kunne få pusse tennene hans, men han så bare bort når jeg spurte. Jeg tok på meg hansker og gjorde klar tannbørsten. Jeg skulle ta ut protesene hans. Han prøvde da å bite meg, lukket munnen og ba meg reise å ryke igjen. Jeg prøvde å forklare at han måtte jo pusse tennene, fordi de var fulle av gamle matrester. Han ble bare sintere.

Det var sjeldent vi fikk pusset tennene hans, men enkelte av de ansatte hadde ingen problemer med dette. Denne dagen gav jeg opp og tenkte, jaja, da får det bare være. Jeg kjente jeg ble litt irritert og frustrert over pasienten. Hvorfor måtte han være så sur og sint? Denne arbeidsplassen hadde jo utarbeidet rutiner for munnstell, så hvorfor fungerte det ikke optimalt?

Det var nå gått en stund siden jeg startet å arbeide på sykehjemmet, og jeg og "verstingen" hadde blitt bedre kjent med hverandre. Jeg fant ut at han alltid hadde bodd alene, og hadde et svært lite sosialt nettverk. Han trivdes best slik. Jeg hadde og funnet ut at han var glad i natur og uteaktiviteter via å lese hans pleieplan. Jeg hadde og sett at han var svært glad i å se på tv, og sport var favoritten. Jeg skulle i dag ha ansvar for stell inne hos han, han lå som vanlig i sengen da jeg kom inn.

"God Morgen, ligger du enda og drar deg" sa jeg og smilte bredt, han smilte tilbake. Jeg åpnet gardinene så han fikk se det flotte været som var ute. Sykehjemmet lå plassert slik at han hadde utsikt rett over fjorden til hjemplassen sin, så vi begynte å snakke om tiden han bodde der. Han elsket plassen han kom fra. "Verstingen" var i godt humør i dag. Jeg fortalte han at det var frokost snart, og om litt begynte det fotballkamp på TV. Jeg spurte så om han ville ha tennene pusset. Så fort jeg hadde spurt tok han dem ut og rakk dem mot meg.

Sykehjemmet hadde jo som sagt gode rutiner i forhold til munnstell, det fungerte veldig godt hos de pasientene som ikke hadde en demenslidelse, men hos de demente pasientene krevdes det mer enn bare rutiner.

Den tekniske delen i en prosedyre er kun halve handlingen, og den blir kun verdifull gjennom respekt og omtanke for pasienten. Hvis varme og omsorg ikke preger hjelperens adferd, kan den demente pasient oppfatte seg selv som en gjenstand, ikke som et medmenneske. I tillegg må sykepleieren ha kunnskaper om de individuelle behovene. (Flovik, 2005, Berentsen og Solheim, 2008). De aller fleste kan pusse tenner, men kvaliteten avhenger av måten vi kommuniserer på under gjennomføringen (Henderson, 1997).

I eksemplet møte med "Verstingen", ønsker jeg å vise hvordan kommunikasjon og gjensidig respekt med den demente, kan bidra til at man får utført ulike prosedyrer som er nødvendig for den enkeltes helsestatus. I det første møte med pasienten pratet jeg ikke med han, men om han. Jeg spurte ikke om hans ønsker og behov, eller om hans dagsform. Jeg hadde ikke kunnskaper om demens, og reagerte derfor med å bli oppgitt over pasientens væremåte. Jeg ville og blitt sint og lei meg hvis jeg ble møtt på den måten, så jeg forstår reaksjonen hans.

Henderson sier at den sykepleier som ser det som sin oppgave å kompensere for pasientenes mangel på krefter, vilje eller viljestyrke, vil ønske å lære han å kjenne og forstå han. Dette innebærer å leve seg inn i hans situasjon. Dette krever mye av sykepleieren, både ved stadig å observere og tolke den nonverbale adferd (Henderson, 1997).

5.2 Kunnskaper om diagnose og personen bak diagnosen

Som det kommer frem i teoridelen er Alzheimer en sykdom med mange symptomer, disse påvirker pasienten både kognitivt, motorisk og psykologisk. Langt ute i sykdomsforløpet kan pasienten ha alle disse symptomene. Hos andre er det kun enkelte av symptomene som preger pasienten, og disse trenger ikke å vises på utsiden. Det er derfor viktig å sette seg inn i hva Alzheimer er, og hvordan sykdommen kan prege pasientens oppførsel (Rokstad, 2008). Dette mener jeg er viktig for å få et godt møte med den demente. Som jeg sa tidligere i oppgaven, har jeg vært i kontakt med avdelingsleder ved et sykehjem tilrettelagt for demente, hun sa som følger.

De ansatte som ikke ser sykdommen til pasienten, og kommer med utsagn som, "jeg tror han er trollat", har ikke skjønt det. Og de har ikke et utgangspunkt som tilsier at de klarer å hjelpe den demente pasient. Det er uhyre viktig å skjønne at dette er en sykdom

Jeg fant under oppgaveskrivingen ut at ordet demens kan oversettes til uten sjel, eller avsjelet det kan gi grobunn for at personer med demens oppfattes som hjernedøde, uten menneskelige følelser (Rokstad, 2008). Uten å vite dette ser jeg at jeg behandlet "Verstingen" som en person uten noen egen mening eller ønske. Er man ikke lengre seg selv fordi man lider av en demenssykdom? Jeg spurte aldri om hans behov eller om hva han følte, men jeg forklarte at dette måtte han gjøre. Det er da vanskelig for pasienten å få en positiv erfaring med slike gjøremål. Man hører ofte at personer sier "bare jeg får være klår i toppen den dagen jeg blir gammel". Hvilke signal gir vi hverandre da? Er vi mindre verdt og mangler vi personlighet den dagen vi får en demenssykdom?

Her vil jeg vise til et møte med M, en kvinne i 60 årene med diagnosen Alzheimer, med tidlig debut. Hun var ikke i stand til verken å prate eller uttrykke hva hun ønsket gjennom ord, og hennes nonverbale kommunikasjon besto for det meste i tristhet og gråt. Jeg tenkte ofte, "Forstår du noe som helst, og er det noe du er trist for". Jeg trodde ikke M forsto noenting lengre. En dag etter frokost skulle jeg gå litt i korridoren med M. Jeg hadde hørt hos de ansatte at hun danset mye før hun ble syk, og hun var visst veldig god til dette. Så jeg tenkte det var verdt et forsøk.

Jeg tok M i armene og vaiet litt fra side til side. M smilte til meg og begynte å danse, hvilken dans vet jeg ikke, men det kunne se ut som vals. Og som hun danset. Etter denne stunden har vi hatt flere danseøkter jeg og M. Jeg så at her var det noe som reagerte i kroppen hennes, hun ble en ny person. Hun smilte og så glad ut, og de triste øynene var borte.

Her kom personligheten til M frem, hun var ikke bare damen med Alzheimer. Hun var fortsatt den damen hun alltid hadde vært, damen som elsket å danse. Episoden med M har ingenting med munnhygiene å gjøre. Men, jeg tror at en i en slik situasjon kan man få den demente til å føle en trygghet til deg som person. Kanskje ville det nå blitt annerledes for henne å følge med meg inn på badet, enn det var om jeg kun kom for å hente henne for å pusse tenner.

Mead (1974) sier at den enkeltes selvforståelse påvirkes av signaler fra omgivelsene, det vil si at andre kan sende positive signaler som bygger opp selvfølelsen, eller de kan gjøre det motsatte og dermed ha en nedbrytende virkning (Smedbye, 2008:21).

Alzheimer pasienter kan som nevnt ofte ikke skjønne hvorfor, eller hva vi som helsepersonell skal når vi kommer for å hjelpe dem med ulike gjøremål som tannpuss. For at vi i det hele tatt som sykepleiere skal kunne hjelpe denne pasientgruppen, mener jeg at vi må ha kunnskaper. ”Verstingen” og ”M” hadde begge en demenslidelse, men det kreves to helt forskjellige tilnærminger hos dem. I tillegg til diagnose, må man kjenne personen bak diagnosen for å oppnå en god samhandling, og en god rutine. Ved en holistisk tilnærming til pasientene, som innebærer at de betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problem skal løses, tror jeg vi er et skritt nærmere målet (Odland, 2009).

5.3 Kunnskaper om tannhelse

Jeg vil igjen vise til et møte med M

Jeg var på arbeid å skulle inn og hjelpe M med morgenstell. Det var svært vanskelig å få utført det daglige stellet hos M. Hun likte det ikke og gråt og vred på seg når man skulle hjelpe henne. Men vi hadde fått til en måte og få dette utført på som M godtok. M hadde sine egne tenner, og når hun pustet mot meg luktet munnen hennes svært dårlig. Pleierne på sykehjemmet gav henne en fluor tablett, morgen og kveld, men de pusset aldri tennene hennes. Dette unnskyldte de seg med at hun var ”så vanskelig å hjelpe med dette”. M pratet ikke i det hele tatt lengre, og kunne ikke selv uttrykke seg på annen måte enn ved kroppsspråk, men oftest gråt hun bare. Personalet hadde jo klart å få et fungerende kroppstell, men en ren munnhule var ikke like viktig. Vi hadde fått opplyst fra familien til M at hun var en dame som likte å se velstelt ut og var glad i å pynte seg, og det gjenspeilet seg i klærne hun hadde med seg til sykehjemmet. Jeg tror ikke hun selv ville valgt å ha en munnhule som luktet. Hvorfor må dette være utfallet?

Jeg har etter start på oppgaven min fått høre av sykepleiere og medstudenter ”det var nå også noe å skrive om”. Hvorfor er det slik at munnhygiene er et tema vi ikke snakker om, og ikke tar på like stort alvor som andre deler av kroppen? I teoridelen av oppgaven min har jeg

forsøkt å få frem de alvorlige konsekvensene dårlig tannhelse kan føre til, dette for å vise viktigheten av fokus på munnstell. Henderson sier at de aller fleste kan pusse tenner, riktignok er det få som vet nok om munnhygiene (1997).

Innledningsvis forteller jeg om mitt møte med Fru Olsen. Det var etter dette jeg virkelig skjønnte hvor alvorlig konsekvenser en ustelt munnhule kunne få. Ved en enkel observasjon, og med en innarbeidet rutine i forhold til munnstell ville ikke Fru Olsen måtte lide på denne måten. De ansatte reagerte sterkt på at de ikke fikk henne til å spise, og fikk i henne lite drikke, men ingen tenkte på at dette kunne skyldes et oralt problem. Jeg ville jo se på hvordan gode rutiner kan hjelpe oss som sykepleiere. I møte med Fru Olsen ser vi at munnstell ikke var noe som de tenkte på i det daglige stell. Hadde de gjort det mener jeg situasjonen til Olsen ville blitt en annen. Det hadde i allefall blitt oppdaget før det gikk så langt som det gjorde.

Igjen kommer jeg tilbake til ordet kunnskap. Kunnskap mener jeg er viktig. Jeg hadde ikke anelse om hvor mange alvorlige konsekvenser en ustelt munn kunne føre til da jeg startet oppgaveskrivingen, og ble stadig overasket over ulike teorier jeg leste. Jeg merket selv at dess mer jeg leste, jo mer så jeg viktigheten i mitt tema. Dette tror jeg også vil vise seg i en jobbsammenheng. Er det noe man vet mye om og kan bli man mer obs på det. Man leter etter svar og ser etter tegn.

Da jeg var i sykehjemspraksis på sykehjem, skulle vi velge oss ut en pasient og skrive en pleieplan til pasienten. Dette var etter møte med Fru Olsen, munnstell ble derfor et naturlig valg som et av sykepleierproblemene jeg ville belyse i pleieplanen. Jeg valgte en eldre dame med demenssykdom. Jeg fikk på forhånd opplyst at L, som jeg vil kalle henne, var veldig stille og pratet lite. Hun spiste vanlig brødmatt, uten skorper til frokost, og fikk moset middag. Jeg fikk beskjed om at hun ikke klarte å spise vanlig middag. L hadde tannproteser både oppe og nede. Jeg merket at hun nesten aldri hadde på seg tannprotesene sine, og skjønnte etter hvert hvorfor. Tannprotesene passet ikke lengre i munnen hennes, og hun syntes de var svært smertefulle. Jeg spurte avdelingen om jeg kunne kontakte tannpleier og få henne til å komme å se på dem, dette fikk jeg. Da tannpleier kom til sykehjemmet og fikk se tannprotesene til L, spurte hun meg om jeg var helt sikker på at det var hennes tannproteser. Jeg hadde allerede avklart dette med avdelingen, de var hennes. Tannpleieren hadde med seg alt av utstyr til sykehjemmet, og tok nye avstøp og tilpasset protesen mens hun var der. Det hele tok ikke mer enn 15 minutter. Tannpleieren så også at L hadde sopp i munnhulen, hun fikk medisin for

dette. Jeg innførte derfor også munnstell to ganger daglig. Jeg fikk mange gode tilbakemeldinger hos de ansatte og de alle utførte daglige munnstell, og ikke minst fikk jeg bli kjent med L på en ny måte. L og jeg ble etter dette svært godt kjent med hverandre, det viste seg at hun var glad i å prate og fortelle om ”gamle dager”. Hun var mye oftere ute på fellestuen under måltidene, og kommuniserte med de andre pasientene. De ansatte sa de ikke kjente henne igjen.

Her ser man hvordan et engasjement hos et enkeltindivid ”smitter” over til de andre ansatte på en avdeling, og hvordan vi lett kan henvende oss til andre yrkesgrupper for veiledning og hjelp. I møtet med L ser vi hvor lite som skal til for å oppnå et tilfredsstillende resultat.

Henderson er som nevnt kjent for å ha utarbeidet 14 gjøremål som har til hensikt og fremme helse. Hun sier videre at disse gjøremålene er enkle, men blir straks vanskelig når man må ta spesielle hensyn. Jeg vil vise til tre av disse gjøremålene

- 1) *å hjelpe pasienten å spise og drikke,*
- 2) *å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre og*
- 3) *å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og beskytte huden.*

Grunnen til at jeg har valgt ut disse er, ved og ikke å utføre munnstell vil det etter hvert gå ut over disse tre punktene. Dette kommer tydelig frem i teoridelen. Ved at en pasient som har noe så ”lite skadelig” som vond smak i munnen, vil dette på sikt føre til at han/hun kanskje mister matlysten. Dette kan igjen føre til skade for pasienten, og ved at ikke munnhulen blir ivaretatt har vi ikke hjulpet pasienten til å holde seg ren og vellselt.

Henderson (1997) sier videre at mange av disse gjøremålene er enkle, men blir straks vanskelige når man skal ta spesielle hensyn som den enkelte pasient trenger og pasientens tilstand krever.

I artikkelen skrevet av Terpenning (2005) kommer det frem at aspirasjonspneumoni er en av de vanligste komplikasjonene ved en dårlig ivaretatt tannhelse hos eldre, og hos dem som trenger hjelp i matsituasjoner. Som nevnt tidligere har aspirasjonspneumoni samme symptomer som en bronkopneumoni. Ved å ha kunnskaper om at aspirasjonspneumoni kan være en konsekvens av dårlig tannhelse, kan sykepleiere tilrettelegge bedre for at pasienten

skal unngå fremtidige pneumonier. Kunnskaper om tannhelse og dets konsekvenser er derfor veldig viktig for å få øke fokuset rundt temaet.

5.4 Sykehjemmets utfordring

På sykehjem i dag har de aller fleste pasientene store somatiske plager i tillegg til demenssykdom, dette krever en høy kunnskap hos personalet. Ofte er det faglige miljøet preget av at mange av de ansatte er ufaglærte eller har lite formell kompetanse. Leger og sykepleiere har derfor et stort ansvar for å videreformidle kunnskap, slik at både pasienter, pårørende og personalet selv føler seg trygge. Det er ofte travelt på sykehjem, mange pasienter har sykdommer som krever mye, lite personal på jobb og travle dager. Som nevnt har opptil 80 % av sykehjemspasienter en demenslidelse, det kan derfor oppstå en del uro og problemadferd. Denne uroen kommer oftest på ettermiddag og kveld når det er lite ansatte på arbeid, og denne uroen øker når det brukes ufaglærte eller uerfarne (Ranhoff, Schmidt og Hysten, 2007).

Jeg har selv arbeidet som ufaglært på sykehjem og hørte ofte sykepleiere være oppgitt over å kun være på arbeid sammen med oss ufaglærte. Jeg syntes det var litt ekkelt å måtte høre dette, jeg kunne da vel ivareta pasientene jeg. Eller kunne jeg det? Jeg hadde jo aldri vært i denne type jobb før jeg begynte her. Jeg hørte jo stadig sykepleierne snakke om hjertesvikt, demens, nyresvikt og pneumoni, men visste jo veldig lite eller ingenting om disse diagnosene, eller hvordan man skulle observere, eller utføre prosedyrer. Jeg lærte masse ved å arbeide her, men det tok tid, og mye hjelp fra de fast ansatte. I dag skjønner jeg veldig godt oppgittheten til sykepleierne, det var jo tross alt svært syke mennesker de arbeidet med, og som de var ansvarlige for.

6.0 KONKLUSJON

Det kommer frem at det å møte den Alzheimer rammede pasient og å ivareta hans/hennes tannhelse er en stor utfordring for sykepleiere på sykehjem. Både det å få kontakt med den demente pasient, få utført prosedyren på en god måte og måtte videreformidle din kunnskap til andre faggrupper. Det kommer videre frem at og ikke ha fokus på munnhelse kan få fatale konsekvenser for pasienten.

Jeg nevnte i kapittel 3.2 at i følge § 4A skal tillitskapende tiltak være utprøvd før man kan bruke tvang. Disse tiltakene skal bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, og kan brukes på litt lengre sikt for å oppnå tillitt for å få dem utført. Disse tiltakene er:

Helhetlig tenking, kjennskap til pasienten, veiledning av helsepersonell, kartlegging av årsak, informasjon, kommunikasjonsform, samarbeid med pårørende, litt om gangen og tilvenning (Helsedirektoratet, 2008).

Grunnen til at jeg vil nevne disse er at de sier mye om hva som skal til for å oppnå en god rutine som for eksempel munnstell hos denne pasientgruppen. Jeg mener at denne loven virkelig drar frem viktigheten av at man trenger gode kunnskaper om pasienten før man kan få en god rutine. Ved ikke å kjenne en pasient, eller ikke å forstå pasienten, vil vi ikke kunne utføre noen av disse tiltakene. Og ved gjennomføring av disse tiltakene, både for å unngå tvang og i det daglige møtet med pasienter, tror jeg man kommer langt.

Jeg mener at rutiner omkring den orale helsen vil føre til et økt fokus på dette. Ved kroppstell, som ofte foregår 2 ganger for dag har vi hele tiden mulighet til å observere tegn på sykdom eller andre forandringer. Hadde munnstell blitt en rutine ville vi også her ha hatt muligheten til dette. Da jeg var i kontakt med avdelingslederen på sykehjemmet jeg kontaktet, var det første hun nevnte Lov om pasientrettigheter § 4A. Hun fortalte at hun aldri i løpet av 9 år hadde måtte fattet et tvangsvedtak på deres pasienter, men at hun, de ansatte og deres lege som er spesialisert i demenssykdom brukte mye tid på disse tiltakene.

Å få gjennomført ulike prosedyrer hos den Alzheimer syke pasient er ingen enkel oppgave, og den krever mye av oss som helsepersonell. Men ved å få et fokus på at tannhelse er viktig, og

å ha nok kunnskap om pasienten, diagnose og munnstell, tror jeg man kommer et skritt nærmere målet.

7.0 LITTERATURLISTE

7.1 Pensumlitteratur

Bjålie JG m.fl. *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

Blix, ES, Breivik, S. *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, E og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Odland, L.H. (2009). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Red, Brinchmann, BS.

Sjøen, RJ og Thoresen, L. (2005) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.

7.2 Selvvalgt litteratur

Axelsson, Å. (2008). *Tilampad kvalitativ forskning innom halso og sjukvård. Studentlitteratur AB. Kap 11, S: 173-188*

Berentsen, V. (2008). *Demensboka, lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Kap: 1, 3, 4,8, 11. S:11-22. 43-97, 115-116, 139-160.

Engedal, K. (2008) *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. Kap: 3, 6, 14, 15. S: 35-50, 87-95, 217-275

Flovik, A, M (2005) *Munnstell- godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Gjøvik: Akribe A/S. S: 9-119

Henderson, V. (1995). *The nature of nursing*. København: National league for nursing ink.

Henderson, V (1997) *ICN, sykepleiens grunnprinsipper*. Connecticut: International council of nurses.

Haugan, A. (2005) *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. Red Tuntland: H. DAMN & SØN AS. Kap: 4, 5. S: 60-96

Karoliussen, M, Smedbye, KL. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: universitetsforlaget AS. S: 125-130

Kristoffersen, NJ. (2000). *Generell sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap:2, 5, 6. S: 301-355, 382-383.

Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Gjøvik: Gyldendal akademisk. Kap: 2, 5. S: 38-65, 100-112

Rokstad, AM. Red, Smedbye, KL. (2008) *Personer med demens- møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.
Kap: 1, 2, 4, 7, 15. S: 13-45, 152-177, 340- 348.

Ranhoff, A, Schmidt, G, Åndstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap: 1, 2, 3, 8, 11, 14. S: 9-63, 121-131, 149-155, 182- 204.

Stordalen, J. (2009) *Praktiske sykepleieferdigheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Kap: 2, 11, S: 27-32, 139-148.

Willumsen, T, Wenaasen, M, Armingohar, Z, Ferreira, J. (2008) *Sykepleie og oral helse – guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Selvvalgt litteratur, til sammen 854 sider.

7.3 Artikler

Rejnfelt, I, Andersson, P, Renvert, S. (2005). *Oral health in individuals with dementia living in special facilities*. Kristiansand: department of health science.

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118625662/PDFSTART>. sist sjekket link, 19.apr, 2010, Kl 21:05.

Terpening, M. (2004). *Geriatric oral health and pneumonia risk*. Michigan:

<http://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/430603> Sist sjekket link, 19.apr, 2010. Kl 21:00

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. <http://lovdata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#3>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Lov om tannhelsetjenesten*.

<http://lovdata.no/all/tl-19830603-054-001.html#1-1>

Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. (2004). *Survey of oral care practices in US intensive care units*.

<http://www.ppsnett.no/visInnhold.aspx?cn=1391>.