

**Helsefagarbeideres erfaring med å screene
munnhelse ved hjelp av Oral Health Assessment
Tool (OHAT) hos eldre pasienter på sykehjem.
En kvalitativ studie.**



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Kristin Søllesvik Hidle

Veiledere: Adriana Rosenberg og Kristin Hjorthaug Urstad

Stavanger november 2016.

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Høst 2016.

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Kristin Sjøllesvik Hidle

VEILEDER: Adriana Rosenberg og Kristin Hjorthaug Urstad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Helsefagarbeideres erfaring med å screene munnhelse ved hjelp av Oral Health Assessment Tool (OHAT) hos eldre pasienter på sykehjem.

Engelsk tittel: Healthcare workers` experience with screening oral health by using Oral Health Assessment Tool (OHAT) on elderly patients in nursing home.

EMNEORD/STIKKORD: Oral Health Assessment Tool, munnhelse/oral health, screening, the environmental adaptation theory, Florence Nightingale, Virginia Henderson, implementeringssforskning/ implementation research.

ANTALL SIDER: 85

STAVANGER 14.11.2016.

Helsefagarbeideres erfaring med å screene munnhelse ved hjelp av Oral Health Assessment Tool (OHAT) hos eldre pasienter på sykehjem.

Sammendrag.

Bakgrunn: Eldre i sykehjem sliter med dårlig munnhelse. Forskning viser at pasientenes munnhelse ikke blir godt nok ivaretatt av helsepersonell på sykehjem. Samtidig er dårlig munnhelse en indikasjon på en generelt redusert allmentilstand. Dårlig munnhelse kan gi flere alvorlige sykdommer og tilstander, for eksempel hjerte- kar lidelser, revmatisme, og tidlig død. Det er økt fokus på screening i sykepleie, dette kan føre til at flere pasienter blir oppdaget til å være i risiko og at de da får målrettet behandling.

Hensikt: Hensikten med dette studiet er å få ny kunnskap om helsefagarbeideres erfaring med å screene eldre pasienter for munnhelse, ved å bruke screeningsverktøyet Oral Health Assessment Tool (OHAT).

Metode: Studien er en kvalitativ studie med en fenomenologisk-hermeneutisk innfallsvinkel. Seks helsefagarbeidere er intervjuet i et semistrukturert intervju.

Resultat: Studien viste at helsefagarbeiderne arbeidet alene med å utføre OHAT, og savnet interesse og samarbeid fra kolleger i dette arbeidet. Selv om informantene syntes OHAT var et enkelt verktøy, var det flere utfordringer med selve skjemaet. De ønsket bedre opplæring og hyppigere oppfølging. Smerte og hygiene var to kategorier som var utfordrende å gi skår. I tillegg var det lite variasjonsmuligheter da skalaen kun går fra 0 – 2. Videre viste studien at informantene var usikre med hvordan resultatene fra OHAT kunne brukes i sykepleieprosessen.

Konklusjon: Studien konkluderer med at helsefagarbeiderne erfarer screeningen med OHAT som nyttig, men savner ytterligere opplæring og oppfølging. Helsefagarbeideren ser ikke hvordan resultat fra OHAT kan brukes i sykepleieprosessen eller hvordan dette kan føre til bedre kvalitet på munnpleien. Samtidig mener de at kvaliteten på munnpleie har blitt bedre, ved å ha munnhelse som fokus i prosjektet.

Implikasjoner for praksis: OHAT er et nyttig verktøy for screening av munnhelse på sykehjem. For at det skal fungere optimalt må man ha god opplæring, både teoretisk og praktisk. Tverrfaglig samarbeid er viktig for at OHAT skal kunne implementeres ved avdelingen, og for at resultatene fra screeningen skal brukes målrettet for å optimalisere pasientens munnhelse.

Nøkkelord: Oral Health Assessment Tool, munnhelse, screening, the Environmental Theory, Florence Nightingale, Virginia Henderson, implementeringsforskning.

Healthcare workers` experience with screening oral health by using Oral Health Assessment Tool (OHAT) on elderly patients in nursing homes.

Abstract.

Background: Elderly patients in nursing homes suffer from poor oral health. Research shows that health professionals in nursing homes do not adequately address the patients` oral health. Poor oral health is an indication of a poor general condition and can cause several serious diseases and conditions, such as cardiovascular disorders, rheumatism and premature death. The focus on screening has increased, this may lead to the discovery of more patients at risk, and they may get better treatment.

Aim: The aim of this study is to get new knowledge about how healthcare workers experience screening oral health on older patients in nursing homes, by using Oral Health Assessment Tool (OHAT).

Design and methods: The study is a qualitative study with a phenomenological-hermeneutic design. To interview the participants in this study, I used a semi-structured interview.

Results: The study showed that the informants were doing the screening alone, and that they missed the interest and cooperation of their colleagues. Even though the informants found OHAT to be a simple screening tool, there were several challenges with the scheme itself. They wanted better training and more frequent monitoring. Pain and hygiene were two of the challenging categories. It was also challenging to give scores, since the scale of variations was 0 – 2. The study also showed that they were insecure of how they should use the results from OHAT.

Conclusion: The study concludes that healthcare workers experiencing screening with OHAT useful, but miss more training and guidance. They do not see how they can use results from OHAT in the nursing process, or how it can lead to better quality of oral care. At the same time, they believe that the quality of oral care has improved, by having oral health as the focus of the project.

Implications for praxis: OHAT is a useful screening tool at nursing homes. In order to get an optimal effect of OHAT, it is necessary with good teaching, both theoretical and practical. Interdisciplinary collaboration is essential to have the OHAT implemented in the nursing home, and for the results of the screening to be used purposefully to optimize the patient`s oral health.

Keywords: Oral Health Assessment Tool, oral health, screening, the Environmental Adaptation Theory, Florence Nightingale, Virginia Henderson, implementation research.

“Nightingale believed that every person who is drawn to ease the pain and suffering of another is an instrument of genuine healing, regardless of whether they are a healthcare professional or not. So Nightingale's vision is generic, applicable to everyone, regardless of his or her occupation or profession.”

*-Barbara Dossey
Nightingale Lecture, Washington National Cathedral*

Forord.

«Mamma? Når er du ferdig med oppgaven?» Nikoline 7 år sitter på fanget mitt. Hun er litt forkjølet, og trenger litt kos. Jeg har vært litt fraværende de siste ukene, men snart er den lange prosessen ferdig. To uker etterpå er jeg endelig klar til å levere oppgaven.

Prosesen har vart i to år. Fra jeg først bestemte meg for tema til dette ferdige eksemplaret. Jeg har alltid vært opptatt av sykepleieprosessen, fascinert av Florence Nightingale og flere ganger argumentert for at god helsehjelp avhenger av god dokumentasjon. Det var en tilfeldighet at tema også ble munnhelse. Da jeg begynte i ny jobb i 2014 var det ingen av kollegene mine som hadde munnhelse som sitt satsningsområde, det ble derfor mitt. Sammen med ernæring. Og disse to tema de går virkelig over i hverandre.

Høsten 2014 fikk jeg en forespørsel fra Tannhelse Rogaland om å delta i et prosjekt om munnhelse på sykehjem. Sammen med forskningsleder der, bestemte vi å prøve ut et screeningsverktøy for munnhelse. Det har vært en spennende prosess. Etter første møte måtte jeg google REK, NSD og mange andre uttrykk som jeg ikke kjente eller forstod.

Prosesen har gått fra fortvilelse, da jeg har sittet en hel kveld og stirret på et avsnitt, til skriveglede. Det er jo så mye spennende å skrive om! Veilederne mine har vært flinke til å si: veldig interessant, men dette har jo ingenting med problemstillingen din å gjøre!

Først vil jeg takke veilederne mine Adriana Rosenberg og Kristin Hjorthaug Urstad for veiledning. Det har vært utrolig inspirerende å bli kjent med dere.

Linda Næss i Tannhelse Rogaland; som jeg har samarbeidet med i dette prosjektet og vil fortsette å samarbeide med, en fantastisk kollega. Jeg gleder meg til møtene våre, og tusen takk for at jeg får anledning til å samarbeide med deg.

Kolleger i Helsehuset Stavanger og USHT Rogaland; takk for inspirasjon, diskusjon og for å lage et fantastisk arbeidsmiljø. Takk til sjefen min, Unni, som har latt meg styre arbeidstiden litt selv. Men som allikevel har stilt krav til meg.

Tusen takk til mine informanter. Dere har gitt meg innsyn i deres arbeid og tankene deres rundt OHAT og munnhelse. Dere gjør en fantastisk jobb! Og takk til sykehjemmet som har tatt imot oss med åpne armer.

Og til slutt vil jeg takke min familie. Mine foreldre som har stilt opp, og som leste korrektur på ferie i Australia, min mann og mine barn. Nå er tiden min kun for dere!

Og helt til slutt, nå skal jeg bare nyte å være ferdig!

Stavanger, november 2016.

Kristin Søllesvik Hidle

INNHALDSFORTEGNELSE.

1.0 INNLEDNING	11
1.1 Bakgrunn for valg av tema	11
1.2 Oppgavens oppbygging	12
1.3 Tidligere forskning på området	13
1.4 Studiens hensikt og presentasjon av problemstillingen	13
1.5 Begrepsavklaring	14
1.5.1 Sykepleie	14
1.5.2 Screening	15
2.0 TEORI	16
2.1 Munnhelse	16
2.1.1 Oral Health Assessment Tool	17
2.2 Sykepleieprosessen.	18
2.2.1 Dokumentasjon	20
2.2.2 Plikten i henhold til Norsk Lov	21
2.3 Florence Nightingale, Notes on Nursing.	22
2.3.1 Florence Nightingale – «the environmental adaptation theory».	23
2.4 Virginia Henderson – “the nursing need theory”.	25
3.0 METODE	28
3.1 Forskningsdesign	28
3.1.1 Kvalitativ metode	28
3.1.2 En fenomenologisk-hermeneutisk metodologi	29

3.1.3 Semistrukturert intervju.	29
3.2 Forforståelse	30
3.3 Utvalg og rekruttering	30
3.4 Informantene	31
3.5 Intervensjon	31
3.6 Datasamling	32
3.6.1 Kvalitativt intervju.	32
3.6.2 Utarbeidelse av intervjuguide.	33
3.6.3 Transkripsjon	33
3.6.4 Analyse	33
3.7 Måler vi det vi skal måle?	35
3.7.1 Validitet.	35
3.7.2 Reliabilitet.	36
3.8 Forskningsetikk	37
3.8.1 Forskerrollen	38
3.8.2 Etske retningslinjer	38
<u>4.0 FUNN</u>	39
4.1 Liten interesse for munnpleie blant kolleger	40
4.2 Usikkerhet med bruken av screeningsverktøyet OHAT	44
4.3 Skåring på smerte og hygiene kan være en utfordring	47
4.4 Liten skåringsskala	50
4.5 Samarbeidsutfordringer	51
4.6 Pasientene er positive og motiverte	52

4.7 Oppsummering av funn	53
5.0 DRØFTING	54
5.1 Manglende fokus på munnhelse	54
5.1.1 Samarbeidsutfordringer	57
5.1.2 Positive og motiverte pasienter	58
5.2 Screeningsverktøyet OHAT	59
5.2.1 Opplæring	59
5.2.2 Skår	62
5.2.3 Skåring på smerte og hygiene er en utfordring	63
5.3 Usikkerhet ved bruken av resultatene	66
5.3.1 Sykepleieprosessen	67
5.3.2 Systematisk observasjon	68
6.0 KONKLUSJON	72
6.1 Implikasjoner for praksis	72
6.2 Implikasjoner for videre forskning	73
REFERANSER	
VEDLEGG 1 Informasjonsskriv	
VEDLEGG 2 Samtykkeskriv	
VEDLEGG 3 Intervjuguide	
VEDLEGG 4 OHAT skjema	

1.0 INNLEDNING.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som helsepersonell er vi forpliktet av loven til å gi pasientene forsvarlig helsehjelp. Dette gjelder ikke bare medisinske tiltak rettet mot sykdommen, men også det å gi pasientene god omsorg og pleie (Larsen 2012, s.18). Helsepersonelloven § 4 sier:

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

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal hente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell» (Hlspl. §4 1-2 ledd).

Regjeringen har i sin plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, som mål å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt bruker eller pasient får ivaretatt sine grunnleggende behov, og får mulighet til å leve et godt og aktivt sosialt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, Omsorg 2020).

Florence Nightingale skrev i «Notes on Nursing - what it is, and what it is not», at grunnleggende sykepleie er å sette pasienten i en slik tilstand at naturens krefter kan gi ham helse (Nightingale 1860/1984, s. 18). Helsepersonell skal da hjelpe pasienten med det pasienten ikke har helse til å gjøre selv.

Eldre mennesker som har store hjelpebehov bor ofte på sykehjem. I Norge bor flere hjemme til de er ganske gamle, og derfor blir flere eldre og sykere når de kommer på sykehjem. Dette krever mye av helsetjenesten. Det krever god kunnskap om den eldres helse og aldring generelt. I følge forskning (se 1.2) og egen erfaring som sykepleier ved sykehjem, er munnhelse et nedprioritert område. Mangel på kunnskap og mangel på prioritering, tror jeg er faktorer som fører til dette.

Som sykepleier og privatperson verdsetter jeg god munnhygiene. Dårlig ånde og råtne tenner er ikke noe man vil lukte og se på andre og absolutt ikke noe jeg ønsker å ha selv. Jeg går utfra at slik er det for de fleste. Hvorfor er da dette så vanskelig å utføre på sykehjem?

Som sykepleier har jeg alltid verdsatt god dokumentasjon. For meg er dokumentasjon viktig for utøvelse av god kvalitet på sykepleien. Det er viktig for kontinuitet og for forsvarlighet i sykepleien. I tillegg er det lovpålagt slik at alle som arbeider nær pasienten har plikt til å dokumentere (Hlspl § 39). Imidlertid har erfaring vist meg at dette ikke alltid er tilfelle i praksis. I mitt yrke som sykepleier har jeg sett mye dårlig og mangelfull, og ikke minst manglende dokumentasjon. Dette mener jeg, kan sette liv og helse i fare.

Studier viser at sykepleieforskning gir ny kunnskap for å forbedre kvaliteten på helsehjelpen som gis pasientene (Willard 2010, s. 35). Evidens basert forskning brukes ofte ute i klinisk praksis. Helsepersonell viser med å ta i bruk kunnskap fra forskning, god kvalitet og høy kompetanse på helsehjelpen som gis pasienten. Det er viktig at forskningen er pålitelig og holder høy forskningsetisk standard (Ruland 2010, s.238-239). Evidens basert forskning blir ofte kritisert for at det ikke er praksisnært, at forskningen ikke klarer å forbedre praksis (Ibid, s.241). Å bidra til å bedre sykepleien til pasienten, er forskningens fremste oppgave. Målet blir derfor å lære hvordan sykepleien kan bli bedre. Det er behov for at ny kunnskap prøves i praksisfeltet, og at erfaring og ny kunnskap systematiseres, slik at det kan bli til nytte for pasienten (Granum og Solvoll 1997, s. 18-19).

I denne studien vil jeg ved å fokusere på munnhelse la helsefagarbeidere utprøve screeningsverktøyet Oral Health Assessment Tool, som videre refereres i teksten som OHAT.

1.2 Oppgavens oppbygging.

Oppgaven er delt i seks kapitler, hvor kapittel 1 er en introduksjon til emnet. Her tas opp hva som er bakgrunnen og hensikten for studien, og tidligere forskning på tema munnhelse og dokumentasjon. Her fremstilles også problemstillingen og forskningsspørsmålene, i tillegg utdyper jeg og definerer to begrep som brukes mye i oppgaven. Deretter i kapittel 2 presenteres den aktuelle teori som utgjør rammeverk for studien. I kapittel 3 redegjøres det for metoden og analyseprosessen. Videre i kapittel 4 presenteres funnene. Deretter drøftes

disse i kapittel 5. Avslutningsvis i kapittel 6 presenteres konklusjonen. Her presenteres også tanker om implikasjoner for praksis og videre forskning.

1.3 Tidligere forskning på området

Tidligere forskning viser at ernæring og munnhelse er en utfordring i sykehjem. Studier viser at underernæring er vanlig på sykehjem (Rugås 2003 og Mowe et al 1994). Det viser også at sykehjem ikke har fokus på munnhelse (Gimmestad 2006 og Xiaojing et al 2000). I tillegg viser studier at disse områdene er relatert til hverandre (Loesche og Popatin 2000 og Chalmers et al 2004). Det er også forsket på kvalitet i sykepleie, og hvordan sikre dette ved hjelp av sykepleieplaner (Hestetun og Mølsted 2004 og McWirther et al). Dette er også poengtert i forhold til hvor viktig betydningen av datainnsamling er for sykepleien som gis (Breivik og Trymi 2013). Naustdal og Netteland (2012) konkluderer i sitt studie om sykepleiedokumentasjon med at det er et behov for en sterkere styring nasjonalt både i forhold til struktur og prosess knyttet til dokumentasjon av sykepleie.

1.4 Studiens hensikt og presentasjon av problemstillingen.

Studiens hensikt er å få ny kunnskap om helsefagarbeideres erfaring med å screene eldre på sykehjem ved hjelp av screeningsverktøyet OHAT. Jeg ønsker å rette fokus mot dårlig munnhelse hos eldre i sykehjem. Da tidligere forskning og studier viser at sykepleien sjelden dekker dette området, ønsker jeg å undersøke hvorvidt screening kan ha en positiv effekt på behandling av dårlig munnhelse. Dette kan ikke utføres uten å ha undersøkt hvordan utførerne erfarer screeningsverktøyet.

På bakgrunn av studiens hensikt, presenteres problemstillingen slik:

Hva er helsefagarbeiders erfaring med å screene munnhelse ved hjelp av Oral Health

Assessment Tool (OHAT) hos eldre pasienter på sykehjem?

I tillegg til problemstillingen, søker studien også svar på tre forskningsspørsmål.

1. Hvordan erfarer helsefagarbeidere det er å screene eldre pasienter i sykehjem ved hjelp av OHAT?
2. Erfarer helsefagarbeidere at dokumentasjon som følge av screening med OHAT påvirker faser i sykepleieprosessen?
3. Erfarer helsefagarbeidere at systematisk observasjon kan føre til bedre kvalitet på munnpleien?

1.5 Begrepsavklaring.

1.5.1 Sykepleie.

Sykepleie blir i denne studien brukt om all pleie fra helsepersonell til pasient. Det er ikke noe bare sykepleiere gjør. Dette påpekes også hos Florence Nightingale og Virginia Henderson i deres definisjoner og tanker omkring sykepleie. Dette kommer jeg videre tilbake til i kapittel 2, teori.

Florence Nightingale:

«The goal of nursing is to place the patient in the best possible condition for nature to act» (Selanders 1998, s.257).

«Jeg bruker ordet sykepleie av mangel på noe bedre. For mange innebærer dette ikke stort annet enn å dele ut medisiner og legge grøtomslag. Det burde bety å sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av dietten – mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes av krefter»

(Nightingale 1860/1984, s.18).

Virginia Henderson:

«Kort sagt, jeg betrakter sykepleie først og fremst som det å komplettere pasienten ved å sørge for det han trenger av kunnskaper, vilje eller styrke til å utføre de daglige gjøremål, og utføre den behandlingen som legen har foreskrevet ham» (Henderson 1998, s.54).

Jeg vil legge til at i både Florence Nightingale og Virginia Hendersons beskrivelser av sykepleiere er det den grunnleggende sykepleien som er fremhevet. Heriblant sykepleiernes deltagelse og observasjoner i pleiesituasjoner, rundt måltider og med hygiene (Nightingale 1860/1984, s.8 og s.105 og Henderson 1998, s.31-32). Da sykepleiernes hverdag har blitt travlere med flere oppgaver, noe som også går på bekostning av tiden med pasientene, har helsefagarbeiderne fått flere av oppgavene sykepleierne tradisjonelt hadde. Norsk Sykepleier Forbund fastslo da profesjonsdebatten herjet i slutten av 1970-tallet, at «sykepleie er i sin natur en omsorgsdisiplin (Lund 2012, s. 226). Helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver er nettopp de som er beskrevet i Virginia Hendersons punkter for sykepleie (Henderson 1998, s. 46-47). I denne oppgaven bruker jeg relevant sykepleieteori som jeg mener er overførbart til å også gjelde helsefagarbeidere.

1.5.2 Screening.

Screening brukes på flere områder i helsetjenesten. Hensikten med screening er å være til hjelp for helsepersonell for å identifisere pasienter som er i faresonen. I ernæringscreening for eksempel bruker man flere screeningsverktøy tilpasset forskjellige pasientgrupper, som plasserer pasienter i risikogruppen for underernæring. Screening blir omtalt videre senere i oppgaven.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.

I dette kapittelet presenteres og belyses teorien som danner rammeverket for denne studien. Kapittelet er delt i fire hoveddeler. Først presenteres teori vedrørende munnhelse og screeningsverktøyet Oral Health Assessment Tool (OHAT). Deretter presenteres teori omkring sykepleieprosessen, dokumentasjon og dokumentasjonsplikten. Videre presenteres Florence Nightingale og hennes teori, the environmental adaptation theory. Avslutningsvis presenteres Virginia Henderson og hennes teori, the nursing need theory.

2.1 Munnhelse.

En frisk munnhule har blekrosa og fuktige slimhinner. Tungen er ru og tannkjøttet sitter tett på tennene og er stramt og ruglete (Samsonsens og Strand 2010, s. 268). For mennesker i dag er måletsettingen at man skal beholde alle tennene livet gjennom, i motsetning til i gamle dager da tennene ble trukket og man fikk tannprotese. Eldres tannhelse er i dag bedre enn den var før, mye på grunn av økt bruk av fluor. Flere vegrer seg for å gå til tannlegen av økonomiske grunner, men også fordi de føler de ikke har krefter til det (Laake 2006, s.261-263). I dagens samfunn lever man lengre og har bedre levevilkår enn i gamle dager. Det vil si at man lever lenger i hjemmet sitt og at når en kommer på sykehjem er man både eldre og sykere. Da er det gjerne pårørende som tar beslutningen om å søke om sykehjems plass fordi den eldre situasjon er blitt så alvorlig at de ikke ser det som mulig å bo hjemme lenger (Ibid, s.23). Slik vil da i mange tilfeller tilstanden til eldre pasienter være dårligere når de kommer på sykehjem.

Etter lov om tannhelsetjenesten skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for befolkningen. Fylkeskommunen skal også stå for å drive forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid (Meld.St.26 2015, s.146). Kommunen har ifølge Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten ansvar for å følge opp de som har behov for disse tjenestene, dette inkluderer daglig hygiene og munnstell (sosial og helsedepartementet, rundskriv 2003). Til tross for dette viser flere undersøkelser at eldre i institusjoner har dårlig tann- og munnhelse. I en rapport fra sosial- og helsedirektoratet ble det funnet at 40 % av sykehjemsbeboere hadde uakseptabel til dårlig tannhelse. Det er også påvist at dårlig tannhelse har sammenheng med periodontitt og diabetes, ischemisk hjertesykdom og KOLS

(Gimmestad 2006). Dersom sykepleiere ikke tar ansvar for pasienters munnhelse, kan dette bli forsømt. Forskning har pekt på at dette flere steder er tilfelle og at det er flere hindringer for at sykepleieren tar dette ansvaret. De vanligste hindringene er tid, manglete samarbeid fra pasientens side, fravær av utstyr, mangel på kunnskap eller evne. Noen opplever munnstell som frastøtende, pga. vond lukt eller råtne tenner. Sykepleiere innrømmer også at munnstell er den første pleieoppgaven som nedprioriteres ved ressursmangel (Samsonsen og Strand 2010, s.267-268). Hos eldre er orale problemer vanlig. Dette kan være i sammenheng med ernæring, stoffskifteproblemer og medisiner. Munnhelse kan også virke inn på ernæring (Drevon et al 2009, s.465-466). Selv om problemer i munnhulen er vanlig hos eldre pasienter, oppdages de sjelden. Dette fordi helsepersonell forsømmer å inspisere munnhulen. Dette også på grunn av at pasienten vegrer seg for å slippe noen til. Men ofte kan løsningen til pasientens helseproblem være relatert til munnhulen. Med alderen reduseres spyttsekresjonen, dette disponerer for munntørrhet som igjen forverres av dehydrering og bruk av legemidler. Dette kan igjen gi stor risiko for tannrøte som gir større risiko for pneumoni. Flere kroppslige sykdoms- og mangeltilstander gir tegn i munnhulen. Underernæring, B12 mangel og jernmangel er eksempel på slike tilstander som viser seg som sykdomstilstander i og rundt munnhulen (Wyller 2011, s.374-375). Flere eldre har et redusert immunforsvar, derfor kan dårlig munnhygiene være livstruende. Bakterier fra munnhulen kan spres nedover luftveien eller via blodbanen. Dette kan resultere i pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (Samsonsen og Strand 2010, s. 268-269).

2.1.1 Oral Health Assessment Tool.

Oral Health Assessment Tool (OHAT) er et screeningsverktøy som måler status på munnhelse / munnpleie. OHAT ble først tatt i bruk i Australia i 2009. De så at med den økende eldre befolkningen i Australia ble risikoen for å få dårlig munnhelsestatus økende. Studier viser at ved å bruke OHAT ble risikoen kartlagt, og det var mulig å gjøre noe med problemet (Chalmers et al 2009).

OHAT er et enkelt verktøy med åtte punkter som gjør det enkelt for helsepersonell å utføre en kontroll av munnhelse. Ideelt sett burde sykehjemsbeboere få en kontroll av en tannlege ved innkommst til sykehjemmet, og bli fulgt opp av både sykepleiere og tannpleier, men dette lar seg sjelden gjøre (Chalmers et al 2005).

Skjemaet ser på åtte kategorier som skåres 0 (frisk), 1 (forandring) og 2 (sykelig forandring). Under hvert skår står det en forklaring til hva man skal se etter. Kategoriene er Lepper, Tunge, Tannkjøtt og slimhinner, Spytt, Egne tenner, Protoser, Hygiene og Smerte. Ut i fra dette regner man skår, med maksimalt skår 16. Dersom det krysses av for 1 eller 2 i en eller flere av kategoriene skal tannlege eller tannpleier kontaktes (OHAT skjema, vedlegg 4).

2.2 Sykepleieprosessen.

Sykepleieprosessen ble innført i USA på 1960-tallet og ble beskrevet som en kombinasjon av kommunikativ ferdighet og problemløsningsmetode. Det ble ofte et paternalistisk utfall, da sykepleieren beskrev problemet og igangsatte tiltak for å nå det oppsatte målet (Karoliussen 2011, s.149). Sykepleieprosessen ble etablert i Norge på 1970-tallet. Hensikten med sykepleieprosessen var å identifisere pasientens individuelle behov, og i større grad gi sykepleie tilpasset den enkelte pasient. Sykepleie ble ofte sett på ut i fra medisinske diagnoser og ble dermed oppgavestyrte. Pasienten kunne da gjerne føle seg tilsidesatt. Sykepleieprosessen er en prosess som har to sider ved seg. Det er en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieperspektivet viser individuell tilpasset sykepleie, der pasient- og pårørendes behov er tilstede og uttrykt. Samtidig er det en problemløsningsmetode hvor man skal løse et problem, tilpasse tiltak som kan fikse problemet. Sammen blir dette en prosess hvor man løser problemene sammen med pasient og pårørende (Heggdal 2006, s. 65-66).

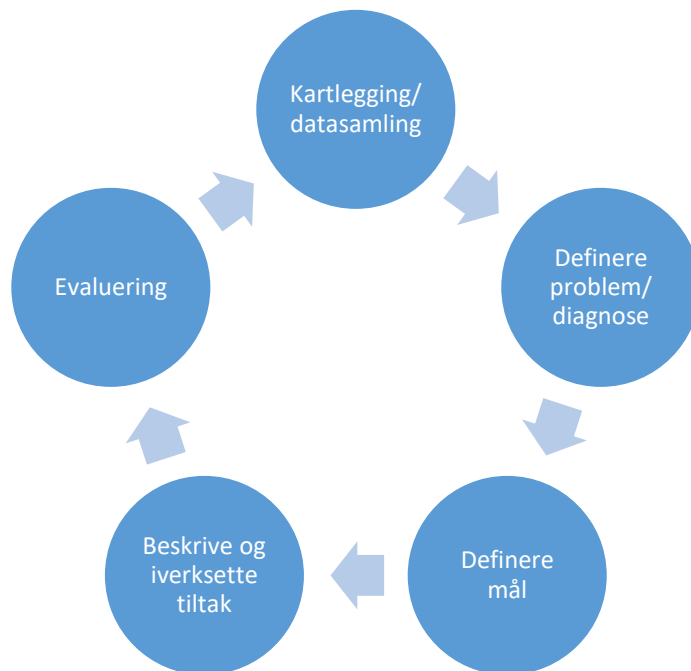
Sykepleieprosessen består av flere faser. Antallet varierer ut i fra hvilken bok som brukes, men inneholder det samme. Tabell 1 viser fire faser skjematisk oppstilt, mens tabell 2 viser de samme fasene som fem faser i en kontinuerlig prosess. Her har jeg valgt å vise kartlegging / datasamling som en egen fase, mens den i tabell 1 hører inn under fase 1.

Tabell 1. Faser i sykepleieprosessen.

Fase 1.	Fase 2.	Fase 3.	Fase 4.
Vurderingsfasen	Planleggingsfasen	Handlingsfasen	Evalueringsfasen
Vurdering av problemer og behov	Målsetting og valg av sykepleietiltak	Iverksetting og gjennomføring av sykepleietiltakene	Evaluering av prosessen og tiltakene

(Sandvand og Vabo 2007, s.100).

Tabell 2. Sykepleieprosessen.



Sykepleieprosessen starter med **vurderingsfasen**, vurdering av problemer og behov. Datasamling er her viktig, da det er i denne fasen at helsepersonell kartlegger pasientens behov og helsetilstand. Dette skal være i samsvar med hva pasient opplever som sine behov. Er pasienten uten mulighet til å uttrykke seg, vil pårørende eller andre nær pasienten være deltagende (Ibid, s.104-105). Det finnes flere kartleggingsverktøy. Blant disse er screeningsverktøy, og deriblant OHAT. Ut i fra resultater fra datasamlingen defineres det et problem / diagnose, hvor man skal igangsette sykepleiefaglige tiltak (Ibid, s.115).

Neste fase er **planleggingsfasen**. Her beskrives tiltak ut i fra definerte mål, slik at pasientens behandling / pleie blir optimal. Pasientperspektivet er også viktig her, pasientens behov for helsehjelp skal også inkludere hvilke ressurser pasienten har selv (Ibid, s. 116).

Handlingsfasen beskriver pleien pasienten får. Den består av pleie og omsorg, observasjoner, målinger og annen oppfølging i tråd med hvilke tiltak som er beskrevet. Alt skal dokumenteres, da det skal brukes som grunnlag for evaluering av tiltak (Ibid, s.100).

Den siste fasen er **evalueringfasen**. Men det er også den første i en ny omgang av prosessen. Her vurderes effekten av tiltakene og dersom ønsket mål ikke er nådd, vil man

redefinere dem. Gjerne ved å fortsette med det man gjør, eller ved å endre tiltak (Ibid, s. 125).

Sykepleieprosessen som problemløsende metode er systematisk og er dermed et godt hjelpemiddel i dokumentasjonsarbeidet.

2.2.1 Dokumentasjon.

I Norge var det Rikke Nissen som beskrev hvor viktig det var å dokumentere. I boken «Lærebog og handbog i Sygepleje» skriver hun:

«Hukommelse er en saare vigtig ting. Mange Mennesker mangler den, fordi de ikke oppøver den. At skrive alting ned hjælper en til at huske, men den oppøver ikke hukommelsen» (Fynding 1926, s.5).

Diakonissen Rikke Nissen (1834-1892) gav ut den første læreboken i sykepleie i 1877. Her skriver hun om dokumentasjon med ordet «sygeberetninger». Hun understreker at det er viktig for kvaliteten på sykepleie, med nøyaktig observasjon og konkret videreformidling av fakta (Sandvand og Vabo 2007, s. 16).

«Sykepleie forbliver likesom keiserens nye klæder usynlige – en illusion – hvis vi ikke bliver i stand til at dokumentere, at sygepleiersker dagligt medvirker til at fremme og bevare sundhed i befolkningen». (Nissen 1877).

I 1941 ble det større fokus på dokumentasjon, da både skriftlig og muntlig rapport ble omtalt i lærebøker om sykepleie. Dokumentasjonen ble mer strukturert og det kom klare føringer til hvordan sykepleiedokumentasjon skulle være.

Kristin Heggdal skriver i boken «Sykepleiedokumentasjon» at dokumentasjon er både nødvendig og viktig. Hun begrunner dette med at sykepleiedokumentasjon:

- ivaretar pasientens sikkerhet
- sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien
- er et juridisk dokument
- synliggjør faglig ansvar
- er et kommunikasjonsmiddel (Heggdal 2006, s. 16-23).

I begynnelsen av 2000-tallet kom elektronisk pasient journal (EPJ). Dette er en journal som er lagret elektronisk, en samling av registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Et EPJ system er et IT system som har som funksjon å registrere, kommunisere, rette og slette registreringer i den elektroniske journalen. Det forutsettes at informasjon ligger lett tilgjengelig slik at det blir hensiktsmessig for helsepersonell å finne frem (Sandvand og Vabo 2007, s. 28).

I kommunen her brukes et system i elektronisk pasientjournal som heter Cos Doc.

2.2.2 Plikten i henhold til Norsk Lov.

Selv om dokumentasjon av sykepleie er blitt praktisert lenge er det ikke lenge siden plikten til dokumentasjon blant helsepersonell ble lovfestet. Helsepersonelloven, Forskrift om pasientjournal og Pasientrettighetsloven regulerer helsepersonells plikt til dokumentasjon. De mest sentrale føringene for hva som skal dokumenteres i pasientens journal er relatert til pasientens rett til informasjon og medvirkning, og helsepersonells plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp (Mølsted et al 2007, s.8).

Helsedirektoratet kom i 2009 ut med Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Dette er en anbefaling som har forankring i regelverket, plikten til forsvarlighet i Helsepersonelloven §4. Dette innebærer at helsepersonell og virksomheter har et helhetlig ansvar for pasienten (Larsen 2009, s.8).

I følge Norsk Lov har alle som arbeider med pasienter plikt til å dokumentere jf. § 39 i Helsepersonelloven. Kravene til hva som skal dokumenteres er beskrevet i § 40 i samme lov.

Å dokumentere innebærer å registrere helsetilstand, prosedyrer, funn og iverksatte tiltak. I tillegg skal en evaluere disse. Dokumentasjonen skal være basert på fakta og vurderinger. Formålet med å dokumentere er å sikre at behandling og pleie preges av kontinuitet og faglighet, dette for å oppnå optimal behandling og pleie. I tillegg skal dokumentasjon brukes i internkontroll og virksomhetens kvalitetssikring (Molven 2012, s.291).

2.3 Florence Nightingale – Notes on Nursing.

Florence Nightingale (1820-1910) vokste opp i en rik familie i den øvre middelklassen i England. Hun bodde med sine foreldre og en eldre søster. Da hun var i tenårene opplevde hun flere hendelser som ledet henne til å tro at hun var kallet fra Gud til å arbeide som sykepleier. Hun fikk en stor trang til å vie livet sitt til å sørge for andre. Hun arbeidet hardt for å lære seg kunsten å bli sykepleier og i 1854 dro hun og et team av frivillige sykepleiere til Scutari for å pleie de sårede soldatene under Krim krigen. Under oppholdet her skjønnte hun at det var de dårlige forholdene som gjorde at soldatene døde, ikke nødvendigvis skadene de hadde fått i kamper. Det var dårlig med ernæring, dårlig med hygiene, luktene var uutholdelige og luften var dårlig. Dette var dårlige forhold for å bli frisk.

Florence Nightingale så nødvendigheten av kompetanse og utdanning i sykepleiefaget som en viktig variabel i det å gi den syke god og helsebringende pleie. Hun har bidratt til mye til sykepleiefaget, og i 1860 startet hun den aller første sykepleierskolen, Nightingale School for Nurses. Snart spredde det seg sykepleierskoler over nesten alle kontinent. Hun hadde gode evner for matematikk og var opptatt av statistikk, nedskrivninger og å lære av fakta nedtegnelser. Hun forstod nytten av å dokumentere (Karoliussen 2011, s.18-19 og Selanders 1998, s.249-250). I «Notater om sykepleie» beskriver hun tre forhold som er kjernen i enhver sykepleie. Hun beskriver hva sykepleieren skal vite, hva sykepleieren skal gjøre og hvordan sykepleieren skal observere pasienten. Hun var opptatt av å beskrive hva god og systematisk observasjon betyr for kvaliteten på sykepleien. Dette mente hun er en sykepleiers plikt. En skal ikke gjøre sin forgjengers feil på ny, men lære av dem (Nightingale 1869/1984, s. 122).

I det meste av verden er sykepleierutdannelsen tilrettelagt etter Nightingale-systemet. I danske Sygeplejersken står det å lese at Florence Nightingale var

«den første sygeplejerske som kunne fremvise epokegørende resultater af god sygepleje. Den første sygeplejerske, som førte bevis for betydningen af sygepleje, og som foranstaltede kvalitetsmålinger» (Dietz og Svensmark 2011).

Hun mente at bevis på at sykepleie var gjennomført var dokumentasjon. I 1859 startet begynte hun å samarbeide med Dr. William Farr (1807- 1883). Han var medisinstatistiker. De samarbeidet om å utvikle en datasamlingsguide som skulle brukes på sykehus. Den skulle brukes til å identifisere de beste behandlingsmetoder og sammenhengen med

innleggelsestid, mortalitet, komplikasjoner og lignende. Allerede i 1860 ble denne lagt frem på den internasjonale statistikk kongress i London, og det ble anbefalt alle å bruke den. Samtidig i 1860 ga hun ut boken *Notes on Nursing*. Denne boken beskriver hva sykepleie er og ikke er. Det viktigste kapittelet er kapittelet om observasjon. Florence Nightingale beskrev observasjon som bærebjelken i sykepleiefaget. Det å være oppmerksom på pasientens tilstand hele døgnet og notere endringer. Kontinuerlig observasjon ble et begrep siden den gang, organisert med overlappende vaktskifte og rapport, dette er grunnlaget for dagens sykepleiedokumentasjon (Dietz og Svensmark 2011).

2.3.1 Florence Nightingale – «the environmental adaptation theory».

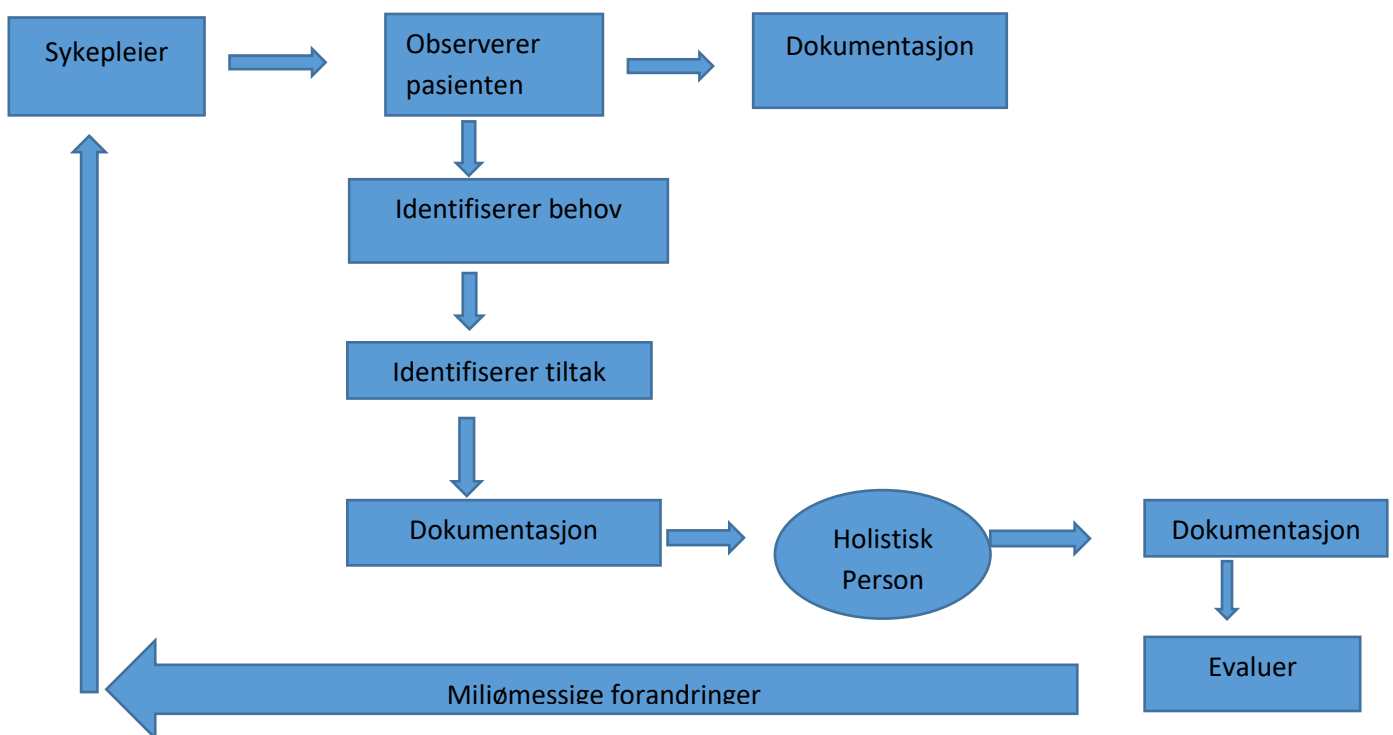
“Health is not only to be well, but to be able to use every power we have to use”, slik beskriver Florence Nightingale helse (Nightingale 1860/1984, s. 26). Hennes teori, the environmental adaptation theory, fremhever at for at pasienten skal oppnå god helse må det miljømessige forandringer til. Disse presenterer hun som tretten punkter sykepleieren må fokusere på i sykepleien:

1. ventilasjon og varme
2. lys
3. renslighet i hjemmet
4. helse i hjemmet
5. støy
6. seng og sengtøy
7. personlig hygiene
8. variasjon
9. samtale, håp og råd
10. matinntak
11. ernæring
12. ledelse
13. observasjon av pasienten

I modern sykepleie sammenfattes disse i fire kategorier. Nummer 1-7 sammenfattes i biologisk miljø, 8-9 i psykologisk miljø, 10-11 under ernæringsmessig status og 12-13 under sykepleieplanlegging og ledelse (Selanders 1998, s. 254).

Dette harmonerer med hva hennes mål er for god sykepleie, å plassere pasienten i best mulig tilstand slik at miljøet kan virke inn med helsefremmende effekt. Dette vil si at både det indre og det ytre miljø skal fremme pasientens helse. På bakgrunn av disse tretten punktene oppstår en prosess hvor man tilstreber helse på alle punkter. Denne prosessen, la oss kalle den sykepleieprosessen, består av fire trinn. Dokumentasjon er viktig i hvert av dem. Det første trinnet er observasjon. Det neste er å identifisere hjelpebehovet. Det tredje trinnet er å sette i gang hjelpetiltak. Det siste er å identifisere den nåværende helsetilstanden. Dette vil si man kartlegger behovet, setter i gang tiltak og evaluerer tiltaket. Og dermed gjentar man prosessen helt til målet med forbedret helse er nådd (Dossey et al 2005, s. 103-105).

Tabell 3. The Environmental Adaptation Theory.



(Selanders 1998, 258).

Florence Nightingale definerer å være sykepleier i to kategorier. Den ene definisjonen er sykepleier som praktiker, som utøver helse etter hennes tretten punkter. Den praktiske sykepleieren trenger ikke være sykepleiefaglig utdannet. Den andre definisjonen er den profesjonelle sykepleier. Den profesjonelle sykepleier er utdannet og skal ved logisk tilnærming implementere en plan for at helse skal oppnås (Selanders 1998, s. 255 og 257).

2.4 Virginia Henderson – «the nursing need theory».

Virginia Henderson (1897-1996) var en amerikansk sykepleier og forfatter. Hun har gått i fotsporene til grunnleggeren av moderne sykepleie, Florence Nightingale, og videreutviklet faget. Hun vokste opp i Missouri og fikk interesse for sykepleieyrket da hun som ung under første verdenskrig ønsket å pleie syke og døende soldater. Med denne interessen utdannet hun seg til sykepleier ved hærens sykepleierskole i Washington DC. i 1921. Siden tok hun en master i sykepleiepedagogikk. Virginia Henderson har bidratt til å definere sykepleierens særegne funksjon (Kristoffersen 2011, s. 223-224). Hun bruker ordet sykepleier, men deler det i to kategorier, profesjonell sykepleier og praktisk sykepleier. Den profesjonelle sykepleier krever «omfattende, spesialisert dømmekraft». Den praktiske sykepleier skal «utøve pleie av syke, skadede eller uføre personer under ledelse av en godkjent profesjonell sykepleier» (Henderson 1998, s.31). I sin teori «The nursing need theory» (behovsteori) fra 1955, beskriver hun hvordan sykepleie kan bidra til å gjøre pasienten bedre stilt til å ivareta sine egne behov. En sykepleier skal «get inside the patient's skin and supplement his strength, will or knowledge according to his needs» (Nursing theory.org. <http://nursing-theory.org/theories-and-models/henderson-need-theory.php>. Lastet ned 30.12.15).

Hovedtrekkene i teorien er:

«Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig». (Henderson 1998, s.45).

Ut i fra teorien presenterer hun fjorten punkter hvor alle skal være med i en pleieplan som hun beskriver som grunnleggende sykepleie.

Sykepleieren skal hjelpe pasienten med, eller skape forhold som vil sette pasienten selv i stand til å utføre følgende gjøremål:

- å puste normalt
- å spise og drikke tilstrekkelig
- å få fjernet kroppens avfallsstoffer
- å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står og med å skifte stilling
- å sove og hvile
- å velge passende klær og sko, og kle av og på seg
- å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
- å opprettholde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
- å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre
- å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
- å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
- å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe (produktiv sysselsetting)
- å finne underholdning og fritidssysler
- å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

I fotnoten skriver hun at denne listen kan brukes når man evaluerer sykepleien.

Sykepleierens jobb er veldig viktig, og sørger for kontinuitet i pleie av syke. «Av alle medisinske tjenester er det bare sykepleien som virkelig kan kalles kontinuerlig» (Ibid, 46-47).

Hennes tilnærming til sykepleie kan beskrives som en trinnvis plan. Først foretas **datainnsamling** ved å kartlegge pasientens behov med utgangspunkt i de 14 punktene. Deretter **beskrives pasientens behov** for sykepleie, slik at det kan settes en **sykepleiediagnose**, slik at **tiltak** kan planlegges og iverksettes (Kristoffersen 2011, s.226). Hun skriver i boken «Sykepleiens natur» om betydningen av en god plan for pasientens pleie. I en fotnote skriver hun:

«Enkelte sykepleiere protesterer mot en skriftlig plan, fordi de mener den vil føre til manglende fleksibilitet og hindre dem i å oppfylle pasientens øyeblikkelige og foranderlige behov. Dersom planen ikke revideres kontinuerlig, kan den også få slike uønskede følger. Likevel hevder jeg at vi alle, med få unntak, har og trenger et mønster for måten vi lever på, både når vi er friske og syke. Selv om planen i første rekke skal sørge for personens behov, må den, for å være realistisk, tilpasses levemønsteret i det samfunnet som pasienten er en del av». (Henderson 1998, s.59).

3.0 METODOLOGI.

«Den som er begeistret for praktisk virksomhet uten noe vitenskapelig fundament, er som en los på et skip uten ror og kompass og vet aldri hvor det bærer hen. Praksis må alltid tuftes på grundig kunnskap om teorien» Leonardo da Vinci 1452-1519 (Olsson og Sorensen 2003, s.16).

3.1 Forskningsdesign.

Når man velger forskningsdesign velger man å følge en bestemt vei mot et mål (av det greske *methodos*). Dette dreier seg om hvordan man skal gå frem for å belyse virkeligheten man ønsker å undersøke, og samtidig hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den kan fortelle oss (Johannessen et al 2011, s.29). Hva som bestemmer valget av forskningsdesign er hva man ønsker å vite noe om (Olsson og Sorensen 2006, s.16). Da jeg ønsker å få kunnskap om helsefagarbeideres erfaring om OHAT, har forskningen utgangspunkt i informantenes livsverden. En livsverdentilnærming er forskning om den konkrete virkelighet som vi møter og forholder oss til (Bengtson 2012, s.31). Edmund Husserl (1859-1938), den moderne fenomenologiens grunnlegger, bruker livsverden som begrep. Det Husserl legger i begrepet livsverden kommer fra fenomenologisk tenkning. De ting som vi sikter til er ting som fenomen, det vil si slik som de viser seg for noen (Ibid, s.16).

Med dette som bakgrunn har jeg valgt å bruke kvalitativ metode med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

Først vil jeg redegjøre for hvorfor jeg har valgt denne tilnærmingen i mitt studie. Deretter vil jeg forklare min forforståelse, for så å gå inn på rekrutteringen og utvalget av mine informanter, intervensjonen og hvordan jeg har samlet data og utført analysen. Avslutningsvis vurderer jeg studiets validitet, reliabilitet og etiske overveielser.

3.1.1 Kvalitativ metode.

Kvalitativ forskning brukes når en vil undersøke og beskrive menneskers erfaring og opplevelse. Forskningsmetoden er spesielt hensiktsmessig når man skal undersøke noe som ikke er så godt kjent eller som det er forsket lite på (Johannessen et al 2011, s. 32). Når man bruker kvalitativ metode ønsker man å forstå menneskelige erfaringer som er subjektive og fortellende. Kunnskapen tilnærmes gjennom refleksjon og samtale mellom forsker og forskningsfeltet (Thaagard 2013, s. 17). Jeg ønsker å få kunnskap om hvordan OHAT fungerer

på sykehjem. Hvordan helsefagarbeiderne opplever det er å screene eldre pasienter på sykehjem, hvordan det kan påvirke sykepleieprosessen og hvordan dette kan føre til bedre kvalitet på pasientenes munnhelse. Jeg ønsker ny kunnskap om helsefagarbeidernes erfaring med OHAT.

3.1.2 En fenomenologisk-hermeneutisk metodologi.

I kvalitativ forskning er det flere ulike tilnæringsmåter, det kommer alt an på hva som skal forskes på (Johannessen et al 2011, s.82). Jeg har valgt en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Denne studien omhandler et område det er forsket lite på, og hvor jeg ønsker å få kunnskap om helsefagarbeideres erfaring med. Fenomenologisk tilnærming beskrives som en søken etter den enkeltes individuelle erfaring og opplevelse av fenomenet det forskes på. De fellestrekk informantene gir uttrykk for under intervjuet, vil gi forskeren grunnlag for en generell forståelse for fenomenet det forskes på (Thaagard 2013, s.40). I dette tilfelle helsefagarbeideres erfaring med OHAT. Hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, med at sannheten er åpen for tolkninger (Ibid, s.41). Innenfor fenomenologisk-hermeneutisk forskning er det jeg som forsker som fortolker hva informantene erfarer i sin livsverden.

I denne studien ville jeg ha helsefagarbeidernes egen erfaring med å utføre screening med OHAT. Hvordan det var for dem å fylle ut skjemaet, hva de gjorde og hva de tenkte. Allikevel vil deres erfaring og opplevelse bli preget av relasjonen mellom meg og informantene. Den vil også bli preget av min erfaring som kommer til uttrykk i min forforståelse.

3.1.3 Semistrukturert intervju.

«Et intervju som har til mål å innhente beskrivelser av den intervjuede livsverden med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene» (Kvale 2006, s.21).

Her legger en vekt på en fenomenologisk forståelse og hermeneutisk fortolkning, altså informantens individuelle erfaring. Utgangspunktet for det semistrukturerte intervju er en intervjuguide basert på konkrete tema og intervju spørsmål, men også med mulighet til å følge opp med konkrete spørsmål til generelle spørsmål underveis i intervjuet. Dette kalles «tunneling», og er en viktig faktor for å få flyt i intervjusamtalen (Krumsvik 2013, s.62-63).

3.2 Forforståelse.

Forforståelse er forskerens egen forståelse av hva som observeres og hvordan disse observasjonene vektlegges og forstås. Denne forforståelsen er noe alle mennesker møter verden på, og er nødvendig for å forstå virkeligheten. Da det er en hel del datamateriell som inngår i en forskningsprosess vil forskeren alltid bruke seleksjon i datamaterialet, og dette blir valgt ut fra det forskeren vektlegger mest (Johannessen et al 2011, s.38).

Som geriatrisk sykepleier har jeg flere års erfaring i eldreomsorgen, med skrøpelige eldre som ikke kunne ivareta sine egne behov. Jeg har også erfart mye dårlig munnhelse og har arbeidet aktivt for å bedre dette ved mitt arbeidssted. Allikevel har jeg aldri screenet pasienter for dårlig munnhelse. Med dette erfaringsgrunnlaget gikk jeg inn i studien med en antagelse om at ved å screene pasientene for dårlig munnhelse, ville en få god kontinuitet i munnpleien og en bedre kvalitet på pasientens munnpleie. Dette ville igjen føre til bedre munnhelse hos eldre pasienter på sykehjem. Min forforståelse var også at informantene hadde kjennskap til sykepleieprosessen og ville i sitt arbeide ta utgangspunkt i den.

For at ikke forskningsarbeidet skal være påvirket av min forforståelse, har jeg forsøkt å være bevisst på dette gjennom hele prosessen. Bracketing er en metode som er brukt innen fenomenologisk forskning for å legge til side forskerens egen forforståelse. Forskeren må være bevisst gjennom hele prosessen på at ikke dens egen forforståelse kommer tydelig frem. Den er særlig viktig innen dette designet da forskeren står så nær opp til forskningsobjektet (Tufford og Newman 2010).

3.3 Utvalg og rekruttering.

«Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen» (Malterud 2011, s.56).

Utvalget i denne studien er seks helsefagarbeidere som har erfaring med å fylle ut OHAT, alle har sin arbeidsplass ved sykehjemmet som har prøvd ut OHAT. Sykehjemmet ble informert ved oppstarten av prosjektet at jeg ville trenge informanter til en masteroppgave, og det har de vært veldig positive til. Inklusjonskriteriene var at de skulle ha fylt ut OHAT hele prosjektperioden og at de måtte ha helsefaglig bakgrunn. Informantene har ikke fått informasjon om hva den spesifikke problemstilling er, men at tema er dokumentasjon har de fått informasjon om.

Virksomhetslederen ved det aktuelle sykehjemmet rekrutterte informantene via avdelingssykepleierne, og det var kun de seks som hadde fylt ut OHAT på sykehjemmet. Det var derfor umulig å få data fra flere.

3.4 Informantene.

Informanter er personer med lokalkjennskap. Forskeren får informasjon om faktiske forhold, meninger og oppfatninger, følelser og erfaringer (Olsson og Sorensen, 2006, s.82).

Intensjonen var å intervju alle sykepleiere som jobber på sykehjemmet som ha deltatt i utfylling av OHAT. Det ble etter hvert ut fra sykehjemmets behov mest hensiktsmessig at det var helsefagarbeidere som fylte ut OHAT. Etter intervjuene så jeg at dette hadde både styrke og svakheter. Det var ingen av informantene mine som hadde norsk som morsmål, det var en svakhet i forhold til språket og forståelsen av mine spørsmål. Og selvsagt forståelsen min av deres svar. Flere av spørsmålene jeg stilte ble ikke forstått, kanskje fordi de ikke forstod uttrykket eller ordet.

De var alle sykepleiere fra sitt hjemland, men hadde ikke tatt sykepleierutdannelsen sin i Norge. Alle arbeidet som helsefagarbeidere. Det var også en svakhet i forhold til forståelsen av mine spørsmål, der i blant spørsmål knyttet til sykepleieprosessen som utdannelsen i Norge legger stor vekt på. Samtidig var det en styrke at noen av informantene hadde arbeidet med OHAT før, men da i lys av å være sykepleier. Dette viste seg i deres medisinske kunnskapsnivå og deres sykepleiefaglige kliniske blikk.

Jeg har kontaktet NSD for å få tillatelse til å bruke disse opplysningene. Svaret fra NSD var at det er greit å bruke opplysningene så lenge informantene ikke kan identifiseres. Det er flere sykepleiere som ikke har norsk som morsmål som jobber i kommunen som helsefagarbeidere, så ut fra dette antallet lar ikke disse seg identifiseres.

3.5 Intervensjon.

Intervensjon er et tiltak som skal gjennomføres for å skape ny kunnskap (Malterud 2011, s.119).

Intervensjonen er innføring av screeningsverktøyet OHAT. Sykehjemmet fikk forespørsel om deltakelse i prosjektet i januar 2015. OHAT ble så innført til utprøving fra juni 2015 tom januar 2016. Det ble lagt til en ekstra måned da juli målingene ikke ble fullstendige pga.

ferieavvikling. I forkant av utprøving ble ledelsen informert om fremgangsplanen, og alle ansatte fikk teoretisk undervisning om OHAT og munnhelse- og pleie. I tillegg fikk helsefagarbeidere praktisk opplæring i utfylling av OHAT av tannpleier. Tidvis har tannpleier vært inne og observert sammen med helsefagarbeidere. Intervensjonsmetoden har altså bestått av teoretisk og praktisk opplæring, seks måneder med utprøving og evaluering i etterkant.

3.6 Datainnsamling.

Innenfor kvalitativ forskning er det flere måter å oppnå ny kunnskap på. Forskeren må velge hvilken form for datainnsamling som gir data som er relevant for problemstillingen. For å få direkte innsyn i menneskers erfaring, får man ved å samtale. Da jeg vil ha tak i helsefagarbeidernes erfaring med OHAT, har jeg valgt kvalitativt intervju (Malterud 2011, s. 67).

3.6.1 Kvalitativt intervju.

«Intervjuet har som formål å tolke meningen med sentrale temaer i intervjupersonens livsverden. Intervjueren registrerer og tolker meningen med det som blir sagt og måten det blir sagt på» (Kvale 2006, s. 39).

Informantene var på jobb da jeg intervjuet dem, dette var avtalt med avdelingssykepleieren. Intervjuet fant sted på et grupperom. Hvert intervju varte ca. 30 minutter.

Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, noe informantene gav samtykke til. På denne måten kunne jeg ha full oppmerksomhet på intervjuobjektet og observere hvordan hun/han snakket, hvordan kroppsspråket artet seg, nyanser i stemmen og stemningen i rommet.

Hvordan stemningen var i rommet sa meg hvordan de likte å snakke om tema, om de vegret seg eller viste entusiasme. Jeg valgte å ikke notere underveis, det ble unaturlig å sitte rett over intervjuobjektet å notere.

Jeg er ikke erfaren i rollen som intervjuer. I de første intervjuene leste jeg fra intervjuguiden når jeg stilte spørsmålene, og kom sjelden med oppfølgingsspørsmål, men etter hvert ble jeg sikrere og kom med oppfølgingsspørsmål. Det kan være ganske irriterende å lese gjennom transkripsjonen i etterkant å lure på hvorfor jeg ikke spurte videre. Jeg tror jeg i etterkant har like mange spørsmål som svar. Dette er en utfordring med et semistrukturert intervju. Tema skal dekkes i en intervjuguide, men intervjuet skal ha form som en samtale. Den skal

ikke være så nøytral som et spørreskjema, men heller ikke så personlig som en terapeutisk samtale (Ibid, s.72-73). Forskeren må også være på vakt over å ikke gi et godt inntrykk. Får intervjuobjektet følelsen av at intervjuer ikke er interessert eller uenig, kan det bli vanskelig å få informasjon fra intervjuobjektet (Olsson og Sorenson 2006, s.83). Dette intervjuet er ikke av en slik art at jeg spør om personlige opplevelser som informanten vil føle seg ukomfortabel med å svare.

3.6.2 Utarbeidelse av intervjuguiden.

Intervjuguiden i et semistrukturert intervju gir en grov skisse over emner og forslag til spørsmål (Kvale 2006, s.76). Intervjuguiden bestod av tre hovedspørsmål som var åpent utformet, her kunne informanten reflektere og gi fyldige svar. I tilknytning til hvert hovedspørsmål var det flere punkter som ville hjelpe til med å holde samtalen flytende. (Se vedlegg 3).

3.6.3 Transskripsjon.

«Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele»

(Malterud 2011, s.76).

Jeg intervjuet alle seks helsefagarbeiderne i to bolker. De neste dagen transkriberte jeg intervjuene, da det fremdeles var ferskt i minne og jeg kunne huske det nonverbale språket og intervjusituasjonen. Dette var veldig greit og gjorde prosessen med transkribering interessant. Jeg har transkribert selv for da å få bedre kjennskap og følelse for det informantene forteller. Da informantene ikke har norsk som sitt morsmål, har jeg forandret på setningsoppbyggingen for å gi mer flyt og forståelse, dette gjorde jeg etter å ha transkribert med direkte sitater. Transkriberingen tok ca. 30 timer og ble på ca. 40 sider.

3.6.4 Analyse.

Kvalitativ analyse fører ikke nødvendigvis med seg ny kunnskap, men med analysen kan en oppnå ny forståelse og på den måten få ny kunnskap om det en forsker på (Olsson og Sørensen 2006, s. 128).

Jeg har valgt å bruke Malteruds innholdsanalyse til å analysere funnene. Analysemetoden kalles systematisk tekstkondensering og er inspirert av Gorgis fenomenologiske metode og

Grounded Theory. Formålet er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer innenfor et bestemt felt. (Malterud 2011, s.97).

I første trinn i systematisk tekstkondensering blir en kjent med materialet. Jeg leste gjennom transkripsjonen flere ganger og satt sammen sitater som gikk på samme tema. I andre trinn separerte jeg relevant materiale fra irrelevant materiale. Dette materiale skal ha betydning for å belyse problemstillingen. I analysens tredje trinn skal materiale fra andre trinn kodes. Dette skal sammenfattes i mindre grupper. Trinn fire er en sammenfatning av betydningen av gruppene i tredje trinn (Malterud 2011, s.98-108).

Tabell 4. Trinn i analyseprosessen.

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Skape helhetsinntrykk.	Meningsbærende enheter.	Kondensering/ Dekontekstualisere.	Sammenfatning/ Rekontekstualisere.
Intervjuene transkribert. Materialet ble lest flere ganger for å skape helhetsinntrykk. Foreløpige temaer.	Materialet ble organisert slik at det som belyste problemstillingen ble fremhevet. Disse ble kodet og organisert i grupper.	Irrelevant materiale ble lagt vekk. Relevant materiale organisert etter kodegrupper. (Subgrupper).	Sammenfatning av kategorier. Danner grunnlag for tema.

3.7 Måler vi det vi skal måle?

Som forsker er det viktig å gjennom hele forskningsprosessen reflektere over forskningens nøyaktighet (reliabilitet) og om forskningen gir informasjon som belyser problemstillingen (validitet) (Friis og Vaglum 1986, s.100). Validitet og reliabilitet er to viktige kriterier for å bedømme forskningens kvalitet. Har forskningen tilført noe nytt og var den nødvendig? (Ludvigsson 2002, s. 214).

3.7.1 Validitet.

«Et uttrykk for at man måler det man ønsker å måle» (Granum og Solvoll 1997, s. 174).

Validitetsbegrepet kan deles i indre og ytre validitet. Den indre validitet spør seg om forskningsfunnene samsvarer med virkeligheten, og den ytre validitet henspiller på hvor generaliserbare forskningsfunnene er (Krumsvik 2013, s.79). Hva er forskningen sann om, og hvem kan den gjelde for (Malterud 2011, s.22). Gjennom hele forskningsprosessen er det viktig å være bevisst på disse forhold, følge en vei som fører til relevant kunnskap som kan belyse problemstillingen (Ibid, s. 181).

Studiet er lite med begrenset forskningsmateriale fra få deltagere. Allikevel fikk jeg intervjuet alle de som har brukt OHAT på sykehjemmet. Det er deres erfaring jeg ville ha kunnskap om, og informantene bidro med godt materiale som belyser problemstillingen. Den indre validiteten er godt ivaretatt, da helsefagarbeidernes erfaring med OHAT stemmer godt med virkeligheten. Dette ifølge hva tidligere forskning viser. Imidlertid kan nedsatt språkforståelse mellom forsker og informanter ha svekket den interne validitet. Da analyseprosessen ble diskutert og gjennomgått med mine veiledere, kan dette igjen ha styrket den interne validitet.

Den ytre validitet er hvem resultatene kan gjelde for. Er forskningsresultatene overførbare? Vil disse resultatene være overførbare til å gjelde alle helsefagarbeidere? Da dette er et studie som forsker på et screeningsverktøy som ikke brukes systematisk i Norge, er det umulig å si noe om hva andre helsefagarbeidere vil mene. Allikevel er det andre funn som deres erfaring med sykepleieprosessen som kunne overføres, men da til helsefagarbeidere

med deres bakgrunn. Allikevel viser det seg gjennom tidligere forskning at det er flere likhetstrekk ved andre sykehjem, både internasjonalt og nasjonalt.

3.7.2 Reliabilitet.

Reliabilitetsbegrepet henspiller på forskningsresultatenes troverdighet (Krumsvik 2013, s.83). Dette bestemmes av nøyaktigheten i de ulike trinnene i forskningsprosessen, spesielt er dette viktig under kodingen av datamaterialet i analysen. Dette vil si at det kreves at forskeren er nøyaktig både i innsamling og bearbeiding av datamateriale (Granum og Solvoll 1997, s.146). Utgangspunktet for å beregne reliabilitet er om det er overførbart. Er det mulig for en annen forsker å få de samme resultatene? (Friis og Vaglum 1986, s.106). I et kvalitativt studie med semistrukturert intervju er det fare for at resultatene vil bli annerledes om en annen forsker hadde intervjuet. Et semistrukturert intervju består av en åpnere dialog. Dette vil si at hvert intervju blir en unik samtale. Her vil også forskerens forforståelse ha noe å si for hvilken retning intervjuet tar. Selv om forskeren skal være bevist på å legge til side sin forforståelse, er det viktig å styre samtalen inn på det som er viktig for å belyse problemstillingen (Malterud 2011, s. 130).

Dette studie er begrenset til seks helsefagarbeideres erfaring etter å ha prøvd ut OHAT skjema i seks måneder. Dette er allikevel alle som har utført OHAT ved sykehjemmet. Dermed har de godt grunnlag for å belyse forskningens problemstilling. Allikevel forutsetter dette at informantene forstod spørsmålene som ble stilt under intervjuene. Da samtlige ikke hadde norsk som sitt morsmål, var dette en utfordring. I tillegg var det en utfordring at jeg ikke alltid forstod svaret. Det ble en del forklaring og leting etter ord i noen av intervjuene. Dette ble en større utfordring under intervjuene enn det ble i arbeidet med analysen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og både lydbåndet og transkripsjonen ble gjennomgått flere ganger. Dette sikrer at alt relevant materiale ble tatt med i analysen og vil dermed øke reliabiliteten.

3.8 Forskningsetikk.

Studien gjennomføres i tråd med forskningsetiske retningslinjer. I følge prosjektplanen skulle vi søke om godkjenning ved Norsk Samfunnsfaglige Datatjeneste AS (NSD) i desember 2015. Jeg utførte meldetesten jeg fant på NSD sine nettsider og studiet ble vurdert til ikke å være meldepliktig. Jeg kontaktete NSD igjen da jeg vurderte om opplysninger om tidligere yrke og at informantene ikke var norske var opplysninger som ville føre til at studiet var meldepliktig. Dette gjorde jeg fordi det er viktig at informantenes anonymitet blir ivaretatt. I følge NSD var det ikke behov for det. Det fremkommer ikke i oppgaven hverken kjønn, alder eller hvor informantene jobber, det eneste som kommer frem er at informantene ikke er norske, har bakgrunn som sykepleiere, men jobber som helsefagarbeidere på sykehjem.

De ferdig utfylte OHAT skjema blir håndtert av tannpleiepersonell som har taushetsplikt og ikke er med i selve prosjektet, og sendes så til analysebearbeiding helt anonymisert.

Forskning på resultatene fra OHAT skjema er ikke med i denne studien.

Før studiens oppstart hadde vi informasjonsmøte for pasienter og pårørende. Alle har i tillegg fått brev med opplysninger om studien, hvorvidt en ville delta og at det uavhengig av årsak er mulig å trekke seg når som helst. Alle har skrevet under på samtykkeerklæring. Disse oppbevares i låsbart skap og vil makuleres ved avslutning av studien.

Helsefagarbeidere fra alle tre avdelinger vil bli forespurt om å delta i dybdeintervju. Det vil bli presisert at deltakelse er frivillig og at deltageren uten å oppgi noen grunn kan trekke seg, når som helst i studien. De innsamlede data vil oppbevares sikkert og konfidensielt.

Materialet lagres på en minnepinne hvor alt slettes etter resultatet av masteroppgaven foreligger. Minnepinnen vil sammen med lydbandmateriale oppbevares i et låsbart skap.

Opplysningene vil destrueres ved prosjektets avslutning (Olsson og Sørensen 2013, s 56-59 og Kvale og Brinkmann 2009, s.80-81).

3.8.1 Forskerrollen.

Som kvalitativ forsker får man innpass i et miljø der man er avhengig av at informantene gir tilgang både av tid og av sine tanker og meninger. Evnen til å skape tillit ved å etablere gode relasjoner er viktig for å skape en god atmosfære. Dette innebærer også å vise respekt for informantenes integritet. En god atmosfære vil være en forutsetning for at informantene gir forskeren fylldig informasjon (Nilssen 2012, s.28-30). Under intervjuene noterte jeg ikke, jeg så på informantene og responderte til deres svar med nikk eller ved å svare tilbake. På den måten ville jeg gi inntrykk av at vi hadde en samtale. Jeg ville også gi inntrykk til informantene at de hadde hele min oppmerksomhet og at jeg var interessert i å lære av deres erfaring.

3.8.2 Etske retningslinjer.

Ved et hvert forskingsprosjekt må man rette seg etter etiske retningslinjer. Utgangspunktet må være informantenes **informerte samtykke**. Her kan de uten å oppgi nærmere grunn trekke seg fra prosjektet på et hvilket om helst tidspunkt uten at det skal få negative konsekvenser for dem (Thaagard 2013, s.26). Informantene skal sikres sin **konfidensialitet**. Dette vil si at all informasjon informantene bidrar med skal sikres på forsvarlig vis slik at informantene anonymiseres og kan ikke kjennes igjen når forskningsresultatene legges frem (Ibid, s.28). Informantene skal alltid ha forståelsen av hvilke **konsekvenser å delta i forskningsprosjekt** vil ha for dem. Forskeren må vurdere om prosjektet kan ha uheldige virkninger for informantene (Ibid, s. 30-31).

4.0 FUNN.

I dette kapittelet presenteres funn fra intervjuene med de seks helsefagarbeiderne som i prosjektperioden har fylt ut OHAT. Dette vil si at alle som har fylt ut OHAT ved sykehjemmet er intervjuet. De har god erfaring og har sagt mye om hvordan de syntes dette har fungert i praksis. De har delt tanker om hva de syntes var utfordrende, de har kommet med forbedringsforslag, stilt seg undrende og gjort seg tanker om sykehjemmets fremtid med tanke på god munnpleie. Etter å ha lest nøye gjennom transkripsjonen av intervjuene, kom det frem seks funn jeg vil utdype videre i dette kapittelet. Jeg har valgt å dele kapittelet i syv underpunkter, ett for hvert funn og en oppsummering til sist. Dette for å presentere funnene på en ryddig måte, og også fordi temaene kan gå litt over i hverandre. Funnene representerer ansvarsområde, praktisk utfylling og skåring av OHAT, sykepleieprosessen og samarbeidsutfordringer.

Tabell 5. Eksempel fra analysen.

Meningsenhet.	Kondensert meningsenhet.	Kode.	Tema.
1) Det er ikke alle som er interessert. Så det er bare fire stykker som gjøre det hver måned. Hvis vi skal gi beskjed, eller hvis vi skal snakke om det på rapporten, så det er ikke interessant. Så da blir det travelt for oss. Det er ikke interessant. Det er ingen sykepleier som har utført OHAT. 2) Jeg trengte hjelp, men de andre vil ikke gjøre det (å utføre OHAT), så da er det litt vanskelig. 3).. alle ble spurt om de ville være med, så var det noen som ikke ville det, så var vi bare fire (i avd. X).	Vanskelig å nå frem til kollegaer og få dem interessert. Kun noen få som ville være med. Ingen sykepleiere ville være med.	Kollegaene ville ikke være med. Kollegene var lite interessert i prosjektet.	Liten interesse for munnpleie.

I studien min ville jeg finne svar på:

«Hva er helsefagarbeiders erfaring med å screene munnpleie ved hjelp av Oral Health Assessment Tool (OHAT) hos eldre pasienter på sykehjem?».

For å belyse denne problemstillingen har jeg med flere sitater. Dette for å få frem hva som ble sagt før jeg fortolker det inn til et funn. Sitatene fra intervjuene er forbedret språkmessig for å gi bedre flyt og forståelse for leseren.

4.1 Liten interesse for munnpleie blant kolleger.

Det kan se ut som om informantene har fått større kunnskap og interesse for munnhelsens betydning for helse generelt i løpet av prosjektperioden. De ønsker stort sett å fortsette med OHAT utover prosjektperioden. De syntes det var et viktig verktøy for å fremme kvalitet på munnpleien, det tok lite tid og var enkelt å bruke. Funnene viser at selv om informantene mener opplæringen var mangelfull og de hadde ønsket mer og tettere oppfølging, har arbeidet i løpet av prosjektperioden blitt en rutine, hvor de har lært skjemaet bedre å kjenne og føler seg sikrere på å fylle det ut.

«OHAT er veldig viktig. Før hadde vi det ganske travelt og glemte å pusse tennene. Det blir en motivasjon for oss. Rutine. Hver måned. Da er det viktig med munnstell».

«Ja, det er veldig viktig. Vi må fortsette. Men man må vite hvordan man skal utføre det. Se hva som er normalt og hva som ikke er normalt. Men det er viktig. Jeg tror det er veldig effektivt. Veldig effektivt».

«Vi har fått mer fokus på det, tenkt litt mer over det. Jeg føler i hvert fall det siden jeg har brukt det».

«Men ikke minst må vi ha tanke på munnen. Det er det samme for meg, munnen og underlivet. Vi må passe på der. Der kan det bli infeksjoner. Dette må vi passe veldig, veldig godt på. Så, dette skjemaet skal forhindre det. Vi skal passe på. Har pasienten et stort problem eller stor risiko for infeksjon, så må vi gjøre noe for å forhindre det. Har vi OHAT som rutine, vil det hjelpe oss å passe på».

Selv om det er stor interesse hos informantene kan det virke som om det er liten interesse for munnhelse på avdelingene. Informantene rapporterer at interessen hos kollegaer ikke er like stor som hos dem selv. De forteller videre at når de rapporterer om resultater fra månedlige undersøkelser ved rapporten eller formidler saker angående prosjektet, virker ikke kollegene interessert og deltar ikke aktivt i diskusjoner eller samtaler omkring temaet.

«Ja, det er ikke alle som er interessert. Det er bare fire stykker (i avdelingen) som utfører OHAT hver måned. Hvis vi skal gi beskjed, eller hvis vi skal snakke om det på rapporten, så oppfattes det som om det ikke er interessant. Så da blir det travelt for oss. Det er ikke interessant».

«Ja, det har vært litt problemer med kollegaer. I sommer var det bare jeg som utførte OHAT, og da måtte jeg be lederen min om å forklare for de andre at jeg trengte hjelp.. men de andre ville ikke gjøre det, så da er det litt vanskelig».

Det er bare disse seks helsefagarbeiderne som utført OHAT på hele sykehjemmet, og dermed de som i hovedsak har vært med i studiet. Ut ifra intervjuene med informantene kan det virke som om ledelsen har basert prosjektet på frivillighet. De som ikke ville trenge ikke å delta.

«Å få gjennomført det. Det er jo klart.. det skulle jo ikke bare være meg. Det skulle jo være fag.. .. Alle var ikke med på det, kun noen få».

« .. så hvis mine kollegaer ikke kan hjelpe meg, så må jeg jo gjøre det alene».

«Alle ble spurt om de ville bli med, så var det noen som ikke ville det, så var de ikke med».

Helsefagarbeidernes rolle har i dette studiet vært å utføre OHAT hver måned. Det kan virke som om sykepleierne er fraværende i prosjektet i og med at informantene rapporterer at interessen blant dem er liten. De forteller videre at de også er usikre på hvordan de skal få hjelp til pasientene som har problemer med munnhelsen.

«.....så jeg skal bare gi beskjed til sykepleier, så skal sykepleier gi beskjed til legen. Som da undersøker det videre (...) men skjemaene blir bare liggende».

«..hvis pasienten må til tannlege. Så kommer tannlegen på besøk til oss et par ganger i året, sjekker alle beboerne.. men hvem skal sende timebestilling hvis det er utenfor denne tiden? Pasienten trenger en del hjelp.... fordi det er vel tre måneder siden eller.... jeg vet ikke hva skal vi gjøre?»

Informantene uttrykker seg klart på hva som er deres oppgave og hva som ikke er deres oppgave. De har ansvar for screening med OHAT og sykepleierne har ansvar for pleieplanen. De presiserer at pleieplanen er en felles oppgave, men sykepleieren står ansvarlig for å godkjenne registreringene som inngår i pleieplanen og har ansvar for utarbeiding av problemområder.

«.. og de skal jo oppdateres en gang i året disse pleieplanene. Da går sykepleieren inn (i EPJ) og ser på ting som skal seponeres, eller noen ting som må lages nytt, og hvis alt er som før, da kopierer de og seponerer og setter rette årstall. Og vi helsefagarbeidere kan selvfølgelig være med de. Sykepleiere er primærkontakt og helsefagarbeidere er sekundærkontakt. Vi kan selvfølgelig bli med de og si at er dette relevant lenger, eller skal vi ta det vekk eller finne noe som passer....».

Ved oppstarten av prosjektet ble det presisert at det var sykepleiere som skulle fylle ut OHAT og at alle skulle få individuell tilpasset opplæring. Det kan se ut som om sykehjemmet ikke har forstått hvor viktig denne presiseringen var, eller har tatt det lite på alvor. Flere av informantene har savnet engasjement fra sine kolleger, de har savnet interesse og forståelse for arbeidet sitt. Da sykepleierne har vært fraværende kan det virke som om munnpleie har blitt en degradert oppgave. Områder innen grunnleggende sykepleie slik som ernæring, hygiene, søvn og hvile pleier å bli tatt på alvor med tiltak for å oppnå målet om bedre helse, men informantene forteller at resultater fra OHAT skjemaet ikke blir fulgt opp. I forbindelse med munnhelse i dette studiet, ser det ut til at tiltak ikke blir iverksatt hvis pasienten ikke viser vilje til å samarbeide. Samtidig er det slik at tiltak som å prøve å overbevise, skape tillit og gjøre situasjonen trygg for pasientene brukes i flere andre tiltak ved helsehjelpen, men ikke når det gjelder munnhelse.

«Men hvis de nekter så må vi bare dokumentere det på cos doc, at de har nektet. Og om det skulle komme noe tilbake på oss at tannhygieningen har gått nedover, så kan vi

dokumentere at de har nektet. Vi kan ikke åpne munnen deres ved tvang, når de ikke vil åpne munnen... eller hvis de åpner munnen og biter på tannkosten».

«..hvis de ikke vil, så må vi jo bare akseptere».

«Ja, vi kan ikke gjøre det hvis de nekter, men vi må forklare, men hvis hun eller han ikke vil pusse, så kan jeg ikke gjøre noe».

Funn viser at å fortsette med OHAT vil virke som en motivasjon for informantene, selv om de føler at de har vært nokså alene med OHAT studiet. De håper å fortsette og å skape interesse hos flere. Allikevel påpeker de at kollegene i løpet av prosjektperioden har blitt bedre til å følge opp tannpussen og blitt bedre på å dokumentere at den daglige tannhygiene er gjort.

«Jeg tror vi har mer fokus på tannpleie (...) jeg tror det har blitt bedre tannstell, ikke 100% bedre, men..».

«Noen har blitt flinkere, og noen.. ikke så mye»

«Ja, til munnpleie? Å nei.. Ja, de er veldig flinke til å ta munnstell (..) vi passer på hverandre».

Det var sjelden det var pasienter som ikke ville la helsefagarbeiderne sjekke munnen deres for å fylle ut OHAT, men hvis det var noen hadde informantene ulik tilnærming til dette. Funnene viser at informantene har den generelle kunnskapen om hvordan munnhelse virker på kroppen, men at de ikke helt klarer å bruke denne kunnskapen til beste for pasienten.

4.2 Usikkerhet med bruken av screeningsverktøyet OHAT.

Informantene mente OHAT var et enkelt skjema å fylle ut. Det var bare å «lese og fylle ut», som en av informantene sa. Samtlige syntes beskrivelsen som sto under hvert punkt var enkel å forstå, og det var enkelt å undersøke pasienten ved å følge beskrivelsene.

«Nei, det er ikke vanskelig. Spørsmålene er lette å forstå. Du skårer, det er også lett. Ikke vanskelig. Du ser på skjema og så skårer».

Informantene rapporterer få høye skår på OHAT, samtidig som det er allment kjent at det er dårlig stilt med munnhygiene på sykehjem i hele landet. Dette kan tyde på en usikkerhet selv om de opplever at skjemaet i seg selv er enkelt å forstå.

«Jo, de fleste var null.. null, null, null.. ikke så mange som hadde problemer, de fleste var fine. Det er få som har hatt en eller to, ja bare en faktisk som skårte to».

Flere informanter savnet allikevel bedre opplæring og tettere oppfølging. Målet med opplæringen var at hver og en skulle få individuell praktisk opplæring fra tannhelsepersonell. Dette var veldig viktig og står presisert i forskningsrapporten fra OHAT, dette kommer jeg tilbake til i drøftingsdelen. Det kan virke som om sykehjemmet ikke har forstått dette eller ikke har tatt det så alvorlig. Følgende utsagn kan tyde på dette:

«..jeg var med de første månedene og brukte skjema, og så tok jeg med andre fagpersoner og lærte de opp, så det ikke bare var jeg som skulle gjøre det fremover».

«Egentlig var jeg ikke her på jobb da de (tannpleier) kom, men jeg så på en gang. Jeg tror det gikk greit. Det var min kollega som var med».

Informantene som ikke hadde brukt OHAT før følte seg mindre sikre i utfylling av OHAT skjema.

«Vi fikk vist en gang hvordan vi skulle gjøre det, tannpleier gikk inn i stuen og tok med seg en pasient og viste hvordan vi skulle bruke det (OHAT), så det var veldig greit, men jeg synes jo at det burde være mer oppfølging, de var bare innom denne gangen, så måtte vi gjøre det hver måned. Så det hadde jo vært greit med en liten .. eh.. hun

hadde kanskje fulgt litt med på oss når vi gjør det første gangen, og se at vi gjør det rett.. vi er ikke utdannet innen tannhelse».

To av informantene hadde brukt OHAT før de kom til Norge og var godt kjent med skjemaet. De likte godt å jobbe med OHAT.

«..det hjelper oss som jobber på sykehjem å kartlegge hva pasienten trenger hjelp til i forhold til munnhelse.. bruker vi skjema skikkelig, så hjelper det oss».

Ut i fra beskrivelsen til disse informantene forstår jeg det slik at de i hjemlandet hadde vært mer selvstendige i arbeidet med OHAT. De hadde kartlagt ved hjelp av OHAT og utført sykepleie deretter, i tillegg var det de som hadde hatt direkte kontakt med legen. I Norge gjør en dette annerledes. Her rapporterer de til sykepleier som da tar saken videre til legen. I tillegg er det sykepleieren som godkjenner pleieplanen og som er ansvarlig for pasientens pleie.

«Jeg tror OHAT er veldig viktig. Det hjelper oss å vurdere munnen. Vi snakker med legen, og sjekker videre. Veldig viktig og veldig interessant».

«Vi som har vært sykepleiere i (hjemlandet), vi vet hvordan vi skal gjøre det. Vi vet hva som er normalt og hva som ikke er normalt. Så jeg vet ikke hva helsefagarbeidere kan, de er jo ikke sykepleiere. Vi vet hva vi skal gjøre»

Jeg spurte informantene: Hva skjer etter at dere har fylt ut OHAT? Tanken bak dette spørsmålet var at jeg ville vite hvordan de hadde brukt OHAT i sykepleieprosessen. Ved å bruke sykepleieprosessen burde screeningen resultere i tiltak for å bedre munnhelsen.

«Vi leverte det til tannpleier, og etter det har vi ikke hørt noe».

«Vi har ikke brukt det i pleieplanen, men det er viktig! Hvis du bruker skjema skikkelig så får du informasjon om den pasienten trenger hjelp til munnhelse. Det må vi gjøre».

«Nei, jeg tror ikke vi har brukt det i sykepleieprosessen. Vi er ikke sykepleiere».

«Vi leverer det (OHAT skjema) til lederne».

Samtlige svarte at sykepleieprosessen ikke er deres ansvar, da de ikke er sykepleiere. Det kan også virke som om sykepleieprosessen er et ukjent ord. Da jeg spesifiserte at dette handlet om hvorvidt de hadde brukt OHAT i utforming av pleieplanen, svarte flere av informantene at de selvfølgelig brukte pleieplanen, men at det ikke kunne se hvordan screening ved OHAT kunne brukes der. Informantene synes å mene at sykepleieprosessen kun er for sykepleiere, og dermed er de usikre på hvordan OHAT kan brukes i sykepleieprosessen.

«Jeg føler ikke det (å bruke OHAT i sykepleieprosessen), for det var ingen sykepleiere som var med og fylte ut OHAT skjema. Og jeg vet ikke hvordan vi skulle brukt OHAT skjema inn i pleieplanen».

Informantene påpekte at munnhelse er et eget punkt i pleieplanen, som alle pasienter skal ha. Denne skal være fylt ut med problemområde, mål og tiltak, og skal evalueres jevnlig. Gjennom intervjuene viste informantene at de hadde god kunnskap om munnhelse, men det virket ikke som om de visste hvordan de skulle omsette denne kunnskapen til praktiske tiltak.

Sykehjemmet har også satt i gang et felles tiltak for samtlige pasienter annenhver uke, for å hindre infeksjoner og oppvekst av bakterier. Pasientene skyller munnen morgen og kveld med Corsodyl.

«Sykehjemmet har bestilt inn masse Corsodyl. Denne uken er det Corsodyl tid! Så da passer vi på hverandre».

Sykehjemmet har også satt i gang andre tiltak for å fokusere på munnhelse.

«Vi har fått sånn spesiell tannbørste. Tannbørste på gebissene. Så den er veldig grei å bruke».

«Vi har fått tannkort som henger på alle bad. Så vi kan se hvordan vi steller alle... vi har bilde også (..) vi har også hatt faglunsj med tannpleier, ja hvordan vi gjør best tannstell og sånn, siden vi begynte med OHAT».

«Nå har vi jo fått tavlemøter tre ganger i uken, så da har vi forskjellige koder for hva som er oppdatert og hva som er ikke, og pleieplanen skal jo oppdateres».

4.3 Skåring på smerte og hygiene kan være en utfordring.

Under intervjuet ble informantene spurt om hvordan og hva de hadde undersøkt hos pasientene, og hva de hadde observert under hver av de åtte kategoriene. Dette var interessante funn da jeg ikke har erfaring i utførelse av OHAT. Hver kategori er beskrevet i forhold til hva en skal se etter og hvordan man skal gå frem for å gi poeng, 0, 1 eller 2. Hver av disse poengene er beskrevet ut fra bestemte kriterier.

Kategoriene er **lepper, tunge, tannkjøtt og slimhinner, spytt, egne tenner, proteser, hygiene og smerte**. Her forklarte informantene hvordan de undersøkte. Eksempel på hva informantene så etter:

«Angående lepper. Jeg ser etter sår på leppene, og på farge. Det skal være litt rosa. Så ser jeg om det er sprekker, om leppene er tørre. Ser på lepper og tunge samtidig. Jeg sjekker tunga for belegg, farge og om den er tørr».

«Hvis tannkjøtt har god status er det rosa, fuktig og fritt for belegg og sår».

Ifølge informantene var det lett å undersøke flere av disse kategoriene, da en kunne observere i henhold til det som sto på OHAT skjema. Her viste også informantene kunnskap for hva som kunne indikere sykdom, og beskrev hvordan sykdomstegn i munnhulen og leppene kunne være tegn på en alvorligere sykdom.

«Er tannkjøttet sårt og rødt og ikke ser friskt ut, så kan det skyldes en infeksjon i kroppen (..)og det er farlig, med lungene.. det er viktig, det er ikke bare tenner der. Det er komplekse ting..».

«Terminale pasienter kan lett bli veldig rød og få sopp bak på tungen (...), han kan ikke spise, får hoven hals, og det er også veldig vondt».

En av informantene fortalte at ved å observere tungen kunne tegn indikere at pasienten var dehydrert. Tørr tunge og tørr og hoven hals. Dette var en stor utfordring blant terminale pasienter.

Det virker som kategoriene **hygiene** og **smerte** bød på en utfordring. I observasjon av hygiene forteller informantene generelt om det de til daglig gjør for å opprettholde

pasientens munnhygiene. De forklarer ikke hva de spesifikt ser etter under den månedlige kartleggingen.

«Ja, det er veldig viktig å få rene tenner, det er ikke så lett for pasientene. Av og til samarbeider de ikke så godt ved munnstellet, de er veldig trette og klarer ikke mer, men vi prøver så godt vi kan».

«Hygiene.. ja det er veldig viktig for pasienten. Hvis munnen ikke er skikkelig ren, betyr det at det blir bakterier. Og det er farlig for de eldre».

«Vi gjør tannstell hver morgen og hver kveld. Vi gjør det om morgenen i løpet av morgenstellet, og før de legger seg».

Informanten forteller videre at det er lett å sjekke hygienens når man utfører OHAT, men ikke så lett å utføre ellers. Flere av pasientene lider av demens og andre sykdommer som innebærer kommunikasjonsutfordringer, og de er ikke alltid like samarbeidsvillige. I slike tilfeller kan det være vanskelig å utføre skikkelig og god munnhygiene. Informantene påpekte flere utfordringer ved den daglige munnpleien, men å undersøke munnen hver måned gikk uten store problemer.

Noen pasienter pusser tennene selv. Dette er ifølge informantene en utfordring. Personalet er usikker på hvor god denne tannpussen egentlig er og hvorvidt de pusser tennene i det hele tatt. Utfordringen her er at pasientene sier at de selv klarer å håndtere den daglige munnhygienens, men de kan likevel ha redusert evne til dette, noe de kanskje ikke helt selv forstår eller vet hvordan de skal håndtere. Informantene forteller at dette gjør det vanskeligere for personalet, da de ikke vil trække over pasientens autonomi, og dermed unnlater å hjelpe til. Likevel mener de fleste av informantene at de passer på at pasientene har god munnhygiene. De færreste pasientene har fullt sett med egne tenner, noen har proteser mens andre har delproteser. Også her opplever informantene utfordringer når det gjelder å hjelpe pasienter med å opprettholde god munnhygiene. De hygieniske prinsippene for hvordan rengjøre og oppbevare proteser er klar, men pasientene er ofte ikke komfortable med å la pleierne hjelpe dem med dette.

«Vi har en pasient (..) hvis hun tar protesene ut, så liker hun å få dem inn igjen og ha dem på om natten. Det er ikke bra å gjøre det sånn (...) jeg vet ikke hva som er

grunnen, kanskje de ikke liker følelsen av å ha ingen tenner (..) De syns kanskje det er veldig ubehagelig».

Informantene mener de har mer fokus på tannpuss nå enn det de hadde før.

«Tror vi har blitt flinkere til å ta tannstell.. og vi har vært litt sløve på det. Noen har gjerne glemt det ut.. og når du ser på tennene.. ojsann, her har vi visst glemt å pusse. Eller her tror jeg vi må pusse oftere. Tror vi har blitt bedre på selve munnstellet. Mere.. vi har fokus på det».

Da jeg spurte informantene hvordan de undersøkte hvorvidt pasientene hadde **smerte** i munnhulen, svarte flere at det ikke hadde vært et problem. De spurte pasientene om det var vondt i munnen, om de hadde vondt i tennene eller om de hadde andre plager i munnen. De hadde også sett om det var hovent noe sted og presset der og spurt om det var vondt. En av informantene fortalte om en pasient som nektet å spise, da de gjennomførte den månedlige undersøkelsen kom det frem at pasienten hadde veldig vondt i en tann. Pasienten var dement og personalet relaterte problemet til denne sykdommen, ikke til tannverk. Pasienten fikk behandling, og begynte å spise igjen.

De fleste av informantene syntes at det var lett å undersøke om pasientene hadde smerte, dette spurte de bare pasienten om. De aller fleste kunne svare på dette.

«Smerte.. nei, jeg tror ikke de har smerte..».

«Smerte i munnen har jeg ikke opplevd hos pasientene, ingen klager om vondt i munnen».

Men allikevel var det å skåre poeng for smerte et problem hos noen pasienter. Det var vanskelig å undersøke pasienter som hadde språkproblemer eller problemer med å uttrykke seg på andre måter. Dette gjelder særlig pasienter med demens eller som har hatt hjerneslag.

«Pasienter som kan si om de opplever smerte er ikke noe problem. Men for de som ikke kan snakke, da må man se om han eller hun reagerer sånn med ansiktet .. på smerte.. så det er veldig viktig å se om ansiktet viser noe unormalt i forhold til smerte».

«Hos pasienter som har hatt hjerneslag tar det mye tid. Av og til så forstår de ikke spørsmålet».

Her forteller informantene at man trenger tålmodighet for å observere pasienten, og gjerne også å samtale med pårørende.

I tillegg til de åtte kategoriene spurte jeg om det var noe annet de hadde observert når de undersøkte munnen. En av dem fortalte om en pasient med dårlig ånde. I dette tilfelle kunne ikke pasienten forstå, dermed måtte pårørende involveres. De hadde hatt et godt samarbeid og problemet ble løst. De andre informantene syntes skjemaet dekket alt.

I de fleste tilfellene viste informantene god forståelse for hva de skulle se etter og hvordan de skulle undersøke munnen. I tillegg var de fleste bevisst på hva som indikerte sykdom og dårlig munnhelse. Det kan allikevel virke som om de ikke var helt sikre på hva meningen med OHAT var. Er det kun et skjema som skal fylles ut eller er det en del av datasamlingen som skal resultere i relevante tiltak? Det kan virke som om hensikten med screeningen var noe uklar.

4.4 Liten skåringsskala.

Poengskårene i OHAT går fra 0 til 2 og det er 8 kategorier. Dette vil si at maksimalt skår på hele undersøkelsen vil bli 16. 0 er helt frisk, mens 1 er sykelige forandringer og tannhelsepersonell må kontaktes, og skåres 2 er pasienten så syk at kompetent personell må kontaktes snarlig. På OHAT skjema står det under hver kategori hva man skal se etter. Et eksempel er lepper på skår 1. Her står det om leppene er tørre, har sprekker, og med strek under står det rødt i munnvikene. Det som står med strek under er det som kreves umiddelbar reaksjon. De fleste av informantene synes det var lett å skåre, men utfordringen var å skåre på en liten skala med bare tre skåningsvariabler. En av informanten som var godt kjent med OHAT hadde diskutert OHAT med sin veileder, og mente det var bedre om skåningsvariablene hadde gått fra 0 – 10. Slik at man kunne gradere statusen over et lengre spenn.

«Jeg sa det til min lærer, det er ganske tett når du gir poeng, sant.. for det er null, en eller to sant.. ja, det er riktig.. null, en også to, det er ganske tett, fordi null betyr frisk.. en er litt problem, to stort problem, så kanskje at ..mmm... poengene kan være til ti? Null kan være frisk, en til tre kanskje litt problem, tre til seks litt mer problem, seks til åtte.. enda større problem, og det alvorligste problem ni til ti.. ja, fordi når du teller det så får du liksom tre, ja vel tre? Ja så har du tre, men det er ikke så veldig mye mener jeg, i forhold til poenget..».

4.5 Samarbeidsutfordringer.

Informantene beskrev samarbeidet med kollegaer som vanskelig. Dette gjaldt både med hensyn til å få tid til målingene i avdelingens daglige rutiner, få hjelp av kolleger og ledelse til å avse tid, praktisk hjelp og å sette målingsresultatene ut i praktiske tiltak. Det er bare disse seks helsefagarbeiderne som har utført OHAT, har flere av informantene gitt uttrykk for at kollegene ikke har vist særlig interesse for prosjektet og derfor valgte å ikke delta. En av informantene fortalte at han hadde spurt lederen om å forklare for de andre i personalgruppen at han trengte hjelp, men de andre ville ikke. Det ble litt vanskelig i en travel sommerferie. Dette ble også bekreftet av flere.

«Ja det var litt problematisk å begynne i sommerferien... å begynne i juli da akkurat ferien har begynt. Halvparten var på ferie. Derfor var vi ikke mange faglærte på jobb da vi fikk vite om dette prosjektet».

Utfordringene var særlig relatert til tidsbruk, dvs. ressursbruk av personale i avdelingen.

«Ja, det var noen ganger utfordrende. Jeg var vekke og kom tilbake og spurte om hjelp. Nei, det var ekstra jobb».

På spørsmål om hvor lang tid en måling tok var svaret ca. fem minutter. Det var bare de seks som var opplært i OHAT som kunne utføre screeningen. Ved ferier og sykefravær var det dermed få til stede som kunne gjøre dette arbeidet, som jo skulle utføres hver måned. Flere av informantene syntes det var feil å starte i juli, pga. ferieavvikling. Noen mente også at det var for få som hadde blitt opplært i OHAT, og at det derfor var sårbart både ved ferier og ved

sykefravær. Men alle bekreftet at målingene var gjort hver eneste måned. Det hadde vært utfordrende, men de hadde klart det.

« ..vi hadde den første OHAT registrering i juli, så det var sommerferie, og det var jeg som hadde tatt alle OHAT registreringer på hele avdelingen, så det var min avdeling, 27 pasienter. Nei, 25 pasienter. Det var ganske tøft. Men jeg klarte det.. til slutt».

Alle informantene er enig i at selv om det ikke har vært så mye hjelp å få med tanke på OHAT screeningen, har de ansatte fulgt godt opp i forhold til den daglige munnhygien.

4.6 Pasientene er positive og motiverte.

Informantene hadde ikke støtt på utfordringer med hensyn til samarbeid med pasientene. Tvert imot rapporterte de pasientene var positive og samarbeidsvillige ved den månedlige screeningen. De tok imot helsefagarbeiderne på rommet sitt og var motivert for undersøkelsen. Det var kun to pasienter som ikke ville delta. Flere av pasientene hadde reduserte muligheter til å kommunisere verbalt, men også der fikk også informantene innpass.

«.. hver gang vi går inn, hei, vi har med dette skjema hvor vi skal sjekke munnen din. Så å jo, jaja, kom inn. Jeg skal sitte her og så kan du sjekke inni. De er så fornøyd med det».

«Ja, men det er veldig stor samarbeidsvilje blant dem. (..) De er veldig fornøyd tror jeg, at vi passer på».

«Pasientene er helt okei når vi kommer inn og bruker OHAT, vi har to pasienter som ikke er med, men alle de andre er med».

«Ja, det er derfor jeg er så veldig glad i dette skjema. Vi går inn, setter oss ned og sjekker munnen. Også er de så fornøyd med det».

Det var likevel forskjell på pasientens evne til samarbeid fra pasienter når det gjaldt den daglige munnpleien og den månedlige målingen. Det var flere pasienter det var en utfordring å pleie daglig.

«Noen pasienter er det veldig vanskelig å pusse tennene på. De forstår ikke helt hvorfor (..) Personalet er veldig interessert i å hjelpe, men noen er veldig bestemt på at de ikke vil ha pussing av tennene».

Det kan virke som om tilnærmingen til pasientene når det gjaldt den daglige rengjøringen og den månedlige undersøkelsen var forskjellig. Informantene rapporterte at hvis det var vanskelig å utføre OHAT, prøvde de på andre måter å få det til.

«Ja, vi tar litt tid å forklare det, hvorfor hun eller han skal ha det... vi prøver igjen, eller går ut og kommer tilbake igjen og prøver.. en gang til.. Vi skal ikke bare si nei, selvfølgelig ikke. Må ha tålmodighet».

4.7 Oppsummering av funn.

Funn fra studien viser at informantene opplevde liten interesse for munnhelse og OHAT blant kolleger på sykehjemmet. Videre funn viser at informantene var usikre på hvordan resultatene fra OHAT skulle brukes. Dette i forhold til å bruke resultatene i sykepleieprosessen. Det kom frem at selv om informantene syntes OHAT var et enkelt verktøy, var det også utfordringer. Utfordringene viser seg i informantenes rapportering over at selve skåringsskalaen opplevdes som liten. Informantene savnet flere muligheter for å skåre, gjerne med en tipoengsskala. Videre viser funn at kategoriene smerte og hygiene også var en utfordring. Funn indikerer også at det var et samarbeidsproblem mellom de som var med i studien og utførte OHAT, og de andre kollegene. Informantene opplevde at de var mye alene med ansvaret og at det ble travelt. Funn viser også at informantene opplevde godt samarbeid med pasientene, som syntes å være motiverte og positive til de månedlige målingene.

I neste kapittel vil jeg drøfte funnene i denne studien med aktuell teori og forskning.

5.0 Drøfting.

I dette kapittelet drøftes funnene i lys av tidligere forskning og teori innen emnet. Det er delt i tre hovedkategorier som hver presenterer relevante funn fra kapittel 4. Alle funn fra dette kapittelet er med, men de er samlet innenfor større tema som representerer flere funn. Først diskuterer jeg kollegenes mangel på interesse og manglende fokus på munnhelse. Her inkluderer jeg også utfordringer ved samarbeid med kolleger, og hva som kunne motivere pasientene til å vise godt samarbeid ved OHAT målingene. Deretter diskuterer jeg screeningsverktøyet OHAT Og hvordan helsefagarbeiderne konkret brukte verktøyet. Under dette punktet er også utfordringer ved opplæring, at det var liten skårvariasjonsskala, og smerte og hygiene som utfordrende å skåre. Avslutningsvis diskuteres funn fra kapittelet om usikkerhet vedrørende bruken av OHAT og som blir gjort med resultatene. Dette inkluderer sykepleieprosessen og systematisk observasjon.

5.1 Manglende fokus på munnhelse.

Funn fra studien viser at informantene savner engasjement og interesse fra sine kolleger. Det er vanskelig for informantene å være engasjert, og samtidig oppleve at kollegene ikke er like engasjert.

Både nasjonal og internasjonal forskning viser at dårlig munnhelse er et økende problem i den eldre befolkningen (Gimmestad 2006, Xiaojing et al 2000 og Guggenheimer og Moore 2003). Samtidig som befolkningen generelt blir eldre og lever lenger, blir pasientene på sykehjem eldre og sykere. Når pasientene flytter inn på sykehjem langtid har de dermed redusert almenntilstand, noe som igjen fører til dårligere status på munnhelsen. Dette vil si at helsepersonells krav til kompetanse på dette området må økes (Hjemås og Vold, 2011). Forskning viser også at det er samsvar med flere kroniske sykdommer og tilstander, og dårlig munnhelse (Gimmestad 2006). Selv om dette da burde generere stor faglig interesse blant helsepersonell, opplever informantene liten interesse for munnhelse på avdelingen. Forskning viser også at munnhelse er noe av det første helsepersonell velger å prioritere bort i en travel hverdag (Wårdh et al 2000 og Forsell et al 2011). En studie i Stockholm om sykepleieres holdninger til munnpleie, viste at den største hindringen for at munnstell ble gjennomført var motstanden fra pasientene. Det viste seg at i flere tilfeller var denne

motstanden feilaktig oppfattet av sykepleierne, og ved økt kompetanse, ved hjelp av undervisning og praktisk veiledning, ble denne hindringen eliminert (Forsell et al. 2011). Sykepleiere innrømmer også at munnstell er den første pleieoppgaven som nedprioriteres ved ressursmangel (Kirkevold et al. 2010, s.267-268). Hvorfor er munnhelse det første helsepersonell prioriterer vekk? Anser ikke helsepersonell det for en viktig jobb?

Informantene forteller at det kan være vanskelig å utføre munnpålegg på noen pasienter. Det er en nokså intim måte å være nær pasienter. Min erfaring fra min tid som sykepleierstudent, hvor vi pusset tennene på hverandre i øvelsesavdelingen, var at det ikke føles behagelig å få tennene pusset av andre. Er pasienten dement eller har en annen sykdom med kommunikasjonsutfordringer, kan det være vanskelig å få gitt beskjed om dette, eller vanskelig for pasienten å forstå hva som skjer. I slike tilfeller er det viktig for helsepersonell å gi pasienten tid, en må forklare og være tålmodig, slik at pasienten kan forstå at det som skjer ikke er farlig, men er helt tryggt. Kanskje det er denne tiden helsepersonell ikke har, og dermed prioriterer andre mer synlige oppgaver.

Har ikke helsepersonell på sykehjem tilstrekkelig kompetanse til å ivareta munnhelsen hos sykehjemspasienter? Det er gjort en studie ved Universitetet i Tromsø på mastergradsnivå i odontologi. Dette er en studie som ser på helsearbeideres kunnskap om munnhelse. De fant at halvparten av de spurte ikke hadde fått noen form for undervisning om munnhelse og følte seg ikke kompetente til å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Videre ble det undersøkt hva de hadde av mer konkret kompetanse innen munnhelse, og resultatene var nedslående. Årsakssammenhenger vedrørende munnhelse og alvorlige sykdommer og infeksjoner viste de ikke mye om (Faizi og Kringli, 2015).

For å yte god pleie trenger man kunnskap. Har ikke helsepersonell nødvendig kunnskap og kompetanse innen munnhelse, anser man det kanskje ikke for å være så viktig. Og av alle oppgavene i en hektisk hverdag er det den oppgaven som blir nedprioritert vekk. Når eldre blir tildelt plass på sykehjem er det ofte med svært nedsatt allmenntilstand, som har vart over lang tid. De har varig behov for døgntilrettelagt pleie- og omsorgstjenester, og da er det pleiepersonalets kompetanse som avgjør hvorvidt pasienten får god pleie og livskvalitet. Statusrapporten om helsetjenester for eldre henviser til undersøkelser som viser at sykepleiere og pleiepersonell preges av mangel på ressurser som tid, kompetanse og

ansatte. 62% sier at de sjeldent eller aldri har nok tid til hver pasient (Den Norske Legeforening, 2001).

Tannhelsetjenesten blir ofte glemt når man snakker om helsetjenesten i Norge, men frem til midten av 1800-tallet var sykdommer i munn og tenner forbeholdt leger. De fleste var motstandere av å kalle tannleger en egen yrkesgruppe, som frem til da hadde vært betegnet som et håndverk underlagt kvakksalverloven. Lov om offentlig tannhelsetjeneste ble i 1950 innført og ansvaret ble lagt på fylkeskommunen (tannhl. §1-1). Det kan i samfunnet generelt virke som om munnhelse og kroppslig helse er helt adskilt. Helsepersonell på institusjoner er opptatt av helse, men det kan virke som om de tror at munnhelse er noe tannpleiere tar seg av. Leger og tannleger i primærhelsetjenesten samarbeider også lite. Allikevel er det for tannlegen viktig å ha kunnskap om pasientens generelle helse. Dette fordi sykdom og tilstand hos pasienten kan ha betydning for behandlingen, det samme kan bruk av enkelte medisiner. Legen må også ha kunnskap om pasientens munnhelse, da forverrelse av denne kan være tegn på alvorlige sykdommer (Laake 2006, s.262-263).

I 2011 vedtok FNs hovedforsamling en resolusjon som sa at sykdommer i munnhulen har flere av de samme risikofaktorene som andre ikke-smittsomme sykdommer, slik som diabetes, hjerte- kar sykdommer, kreft og flere. Dette vil si at man med det anerkjenner at munnen henger sammen med kroppen (Steinum 2012).

En studie i Sverige undersøkte holdninger til munnhelse blant fastleger. Det viste seg at ingen av fastlegene i studie viste noe om pasientene sin munnhelse (Andersson et al 2007). Dette må helsepersonell i kommunehelsetjenesten også anerkjenne. Dette er også viktig fordi en vet at det er ikke alle som bruker retten til gratis tannlege når man er på sykehjem. En av grunnene for dette kan være at en ikke har fått informasjon om denne retten (Ibid). En annen grunn kan være at de vegrer seg, føler at de ikke har krefter til det eller fordi de har tannlegeskrek (Laake 2006, s.263).

Informantene forteller at før de var med i prosjektet var det var det lett å overse den daglige munnpleie, men etter å ha fått ny kunnskap anser de dette som et veldig viktig område. Da er det også mulig for andre faggrupper på sykehjemmet å bli engasjert og sette fokus på munnhelse, i avdelingen.

5.1.1 Samarbeidsutfordringer.

Studien viser at informantene opplever samarbeidet med kolleger som vanskelig. De opplever at kolleger ikke viser interesse eller vil bidra med praktisk hjelp i forbindelse med OHAT.

I kommunehelsetjenesten er det stor mangel på sykepleiere, ifølge NAV sin bedriftsundersøkelse (2016) er dette en økning på 40 % på et år. Det er behov for mer kunnskap, da pasientene som kommer på sykehus er sykere enn tidligere. De sykepleierne som jobber så sykehjem får flere og mer utfordrende arbeidsoppgaver, såpass mye at dette går utover pasientsikkerheten (<https://www.nrk.no/trondelag/-vi-mangler-flere-sykepleiere-enn-noen-gang-1.13063160>). Denne studien viste at informantene opplevde at sykepleierne hadde det travelt med andre oppgaver, og derfor ikke hadde tid eller viste interesse for prosjektet med munnhelse.

Implementering handler om å bruke kunnskap fra forskning i klinisk praksis. Dette er et felt hvor det er store utfordringer. Forskning på implementering viser at avstanden mellom forskning og praksis er stor (Fixen og Ogden 2014). Formålet med å forske på implementering er å utvikle tiltak som kan sikre at pasientene får pleie og behandling av god kvalitet, og å sikre at denne er kunnskapsbasert. Medisinsk forskning gir kunnskap i forhold til raskere og mer korrekt diagnostikk, bedre behandling og rehabilitering. Beklageligvis er det en langsom prosess fra forskning til at det tas i bruk. En strategi for implementering er å tilby en tiltakspakke. Denne skal «skreddersys» til den bestemte avdeling, hvor en avdekker hvilke determinanter som kan virke positivt og hvilke som kan virke negativt på implementeringsprosessen (Flottorp og Aakhus 2013). En studie ved to intensivposter i Norge viste at selv om sykepleierne fant screeningsverktøyet svært nyttig, ble det ikke brukt så ofte som det ble anbefalt. Screeningsverktøyet ble utprøvd for å forbedre rutineene ved måling av smerte og administrering av sedativa (Wøien et al 2012).

Litteraturen viser at for at noe skal endres eller når noe skal implementeres, må deltagerne få eierskap til endringen (Winter og Nielsen 2008, s.75). Informantene i denne studien har fått teoretisk og praktisk kunnskap, opplæring, og er gitt en oppgave som skal utføres hver måned. De har fått eierskap til studien. De har lært å kjenne skjemaet og kan bruke det i praksis. Kollegene opplever det nok ikke på samme måte. De har også hørt om prosjektet,

vært på faglunsj og vet om tiltakene som er satt i gang for å bedre den daglige munnpleien. Samtidig er de opptatt av sine oppgaver og anser dem for å være viktigere og nedprioriterer dette. Men hva med å samarbeide om oppgavene? De ulike yrkesgruppene har kompetanse på ulike områder, dermed kan tverrfaglig samarbeid være viktig for å oppnå god helse for pasientene.

Tverrfaglig samarbeid er noe de anerkjente teoretikerne legger vekt på. Og de er like aktuelle i dag. Virginia Henderson gjør ingen stor forskjell på helseprofesjoner i helsehjelpen. Hun fremhever det tverrfaglige teamets arbeid og felles oppgaver, det er dette som er best for at pasienten skal oppnå god helse (Kirkevold 2005, s.112). Heller ikke Florence Nightingale fokuserer på profesjonstilhørighet i sykepleien. Allikevel skiller hun mellom den sykepleie som utføres og de organisatoriske oppgaver som skal sikre at pasientens behov blir tilfredsstilt. Dette skal ivaretas av den profesjonelle sykepleier. Dette er oppgaver som skal sikre kontinuitet i sykepleien, samt sørge for rutiner for sykepleie (Ibid, s89-90).

Prosjektet med OHAT ved dette sykehjemmet mangler tverrfaglig samarbeid. Ved å samarbeide tverrfaglig faller ikke så mye av arbeidet på hver profesjon. Ved å samarbeide vil trolig alle på sykehjemmet føle eierskap til prosjektet, og slik kan det bli mindre tidskrevende for hver enkelt.

5.1.2 Positive og motiverte pasienter.

Informantene forteller at pasientene som var med i prosjektet var positive og motiverte, det var kjekt for helsefagarbeiderne å komme inn til dem. Pasientene var mer motivert for det månedlige besøket enn for de daglige rutinene som involverte stell. Hva kan ha bidratt til å ha gjort dem motiverte og positive til målingene?

Virginia Henderson understreker at det å ta vare på pasientens grunnleggende behov, krever kjennskap til hvordan pasienten selv ville ivaretatt dem (Henderson 1998, s. 46). I forbindelse med hygiene vil man som pleier forsøke å bevare pasientens integritet og verdighet ved å bistå dem med ivaretagelse av dette området. De aller fleste pasientene vil synes dette er bra. Pasienten har i tillegg andre behov, som hvile, mat og drikke, og sosiale behov som også skal ivaretas. Å være pasient er å være avhengig av andre for å ivareta funksjoner som en før klarte selv. Dette kan påvirke selvfølelsen og ta fra dem verdigheten. Det kan også føre til mer hjelpeløshet enn det som det i utgangspunktet var, dette kan igjen

gi en følelse av ensomhet og tristhet. Helsepersonell må ha kompetanse i å se personen bak pasienten, ha kunnskap til å kartlegge pasientens behov og samtidig ikke ta over for noe pasienten selv klarer å utføre (Foss og Wahl 2002). I denne studien ble alle pasientene spurt om de ville delta i et prosjekt om munnhelse. Det var ingen andre enn dem selv som skulle bestemme dette. Dette er ivaretagelse av autonomiprinsippet, pasientens rett til selvbestemmelse (Kristoffersen et al 2011, s.101-102). Å kunne være med å ta beslutninger selv om en er gammel og syk, er en menneskerett. For pasienten er det viktig at de resterende ressursene blir anerkjent og verdsatt (Foss og Wahl, 2002). I denne studien kan det virke som om pasientene var motiverte og positive fordi de hadde takket ja til å være med på prosjektet, og ville følge det opp.

5.2 Screeningsverktøyet OHAT.

Funn fra studien viser at informantene var fornøyd med OHAT, da det var enkelt i bruk, tok lite tid å utføre og var kvalitetsfremmende. Samtidig var det også utfordringer. De ønsket bedre opplæring, tettere oppfølging og et tettere samarbeid i avdelingen.

Forskning omkring screening i klinisk praksis viser at screeningsverktøy bør være enkelt, lett å bruke og akseptabelt for pasientene. Det skal også være pålitelig og gyldig (reliabelt og valid). I tillegg skal det være gunstig for den aktuelle pasientgruppen (Søderhamn 2010).

OHAT er evaluert til å være et valid og reliabelt screeningsverktøy for eldre i sykehjem, også for pasienter med reduserte kognitive evner som demens og hjerneslag (Chalmers et al 2005).

5.2.1 Opplæring.

Informantene var ikke fornøyd med opplæringen og oppfølgingen av tannhelsepersonell under gjennomføringen av OHAT. Informantene presiserte at de ikke var tannhelsepersonell. De savnet å få prøve OHAT selv mens en tannpleier eller tannlege var med og observerte dem.

Kunnskapsbasert praksis er å basere sykepleien på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. I denne studien har helsefagarbeiderne kunnskap om brukerne, pasientene. De kjenner dem og vet noe om hva de ønsker og hva

deres behov er. De kjenner også til dem som er gruppe og kjenner dynamikken mellom dem. De har altså kunnskap om brukerne. Helsefagarbeiderne i denne studien var erfarne, de har jobbet både som sykepleiere i hjemlandet sitt, og helsefagarbeidere i Norge. De har erfaringskunnskap. Denne kunnskapen blir beskrevet som praksisnær og noe man erverver seg gjennom yrkeslivet. Det er dette vi kaller for taus kunnskap, det kliniske blikk og skjønn. Forskningsbasert kunnskap er vitenskapelig tilnærmet kunnskap. Den blir ikke til i situasjoner eller oppstår i møte med personer. Dette er en type kunnskap som man tilegner seg om man leser et tidsskrift eller en bok. For at sykepleien skal utvikle seg, og kvaliteten bli bedre, må disse tre komponentene bidra sammen slik at man får en praksis som er kunnskapsbasert (Kristoffersen 2011, s.166-167).

Helsefagarbeiderne har både erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. For å innføre kunnskap basert på forskning, må man undervise i det som skal innføres. Det må gis grundig opplæring i OHAT, både teoretisk og praktisk. For å ta i bruk screeningsverktøy er det viktig med god opplæring, på denne måten vil man måle det som screeningsverktøyets intensjon er å måle (Søderhamn 2010). I dette tilfelle status på munnhelse. I Australia er OHAT et godt kjent screeningsverktøy. En kvantitativ studie fra Australia der 21 sykehjem ble fulgt gjennom seks måneder, fant OHAT til å være troverdig og kunne brukes til eldre pasienter, også pasienter med kognitive utfordringer slik som demens. Det er kåret til det beste screeningsverktøyet i munnhelse for eldre pasienter, Best Practice Oral Health Model for Australian Residential Care. OHAT er et enkelt verktøy med åtte punkter som gjør det enkelt for helsepersonell å utføre en kontroll av tannstatus. Ideelt sett burde sykehjemsbeboere få en kontroll av en tannlege ved innkommst til sykehjemmet, og bli fulgt opp av både sykepleiere og tannpleier, men dette lar seg sjelden gjøre. Derfor er OHAT utviklet slik at alle som er helsepersonell skal kunne utføre denne oppgaven, men det kreves god kompetanse (Chalmers et al 2005).

Ved oppstart av studiet var tanken bak opplæring av sykepleiere at opplæringen var individuell. Dette besto av en teoretisk del hvor alle ansatte var til stede og en praktisk del hvor tannhelsepersonell tok med seg hver og en inn til pasienten som skulle screenes. På denne måten kunne tannhelsepersonell kvalitetssjekke at alle hadde fått samme opplæring og også lik individuell opplæring. Funn viste at dette ikke ble gjort. Alle fikk lik teoriundervisning, men med unntak av noen få som fikk individuell praktisk opplæring, fikk

de aller fleste opplæring av andre kollegaer som har hatt individuell opplæring. I tillegg var det spesifisert at sykepleiere skulle utføre oppgaven med å screene, men i realiteten var det helsefagarbeidere som utførte screeningen. Flere studier på screening viser at for å bruke et screeningsverktøy må en ha god opplæring, dette fordi et screeningsverktøy skal varierer minst mulig i skåret selv om det er en annen som skårer det gang nummer to eller tre (Tangvik 2014 og Chalmers et al. 2005).

Virginia Henderson skriver om sykepleiestudenter at de må først være en deltakende observatør før en utfører oppgaven og da med en erfaren veileder. Hun fremhever at det må være «en øvet praktiker, aller helst en lærer» (Henderson 1998, s.98). Hun sier videre at ved

«å rekonstruere opplevelsen sammen med en kritisk analytiker stimulerer til en vurderende holdning hos studenten av samspillet pasient – sykepleier» (Ibid, s.98).

Opplæring kan foregå på flere måter. Simulering har i de senere år blitt sett på som et viktig virkemiddel for å trene helsepersonell. Simulering innen helsefag er:

«Aktiviteter som etterligner et klinisk miljø og som er konstruert for å kunne trene prosedyrer, beslutningstaking, og kritisk tenkning ved hjelp av teknikker som rollespill og bruk av interaktiv video eller manikiner. En simulering kan i stor grad gjenskape virkeligheten, eller den kan representere flere deler i kombinasjon for å etterligne virkeligheten (Jeffries 2005, s.97, i: Husebø og Rystedt 2010, s. 155).

Fordelen ved simulering er å trene på forbedring i trygge omgivelser. Her er det ingen risiko for å skade pasienter, og det er mulighet for å stoppe opp og diskutere mens man utfører oppgaven (Ibid, s. 158).

På youtube ligger en serie filmer, som filmer OHAT i praksis. Dette fikk vi dessverre ikke brukt, da vi ikke visste det fantes i prosjektperioden. Dette viser hvordan helsepersonell sjekker munnen i forhold til kategoriene, og skårer. Det er også tatt med flere bilder på hvordan munnen ser ut under alle kategoriene, og også i forhold til å skåre. Helsepersonell viser også hvordan de utfører undersøkelsene på pasienter. Fortelleren forklarer hva som skjer og hvorfor det utføres slik. I tillegg var det mye nyttig informasjon om munnhelse (<https://www.youtube.com/watch?v=MHdVralbWYQ>). Dette burde alle på sykehjemmet ha gått gjennom på forhånd. Selv om en ikke skal utføre OHAT, er det viktig å vite hva man ser etter og hvordan en frisk munnhule skal se ut.

Informantene savnet også tettere oppfølging. Tannpleieren har ved tre anledninger vært på sykehjemmet for å utføre sine målinger. Tannpleier og forskningsleder burde vært mer tilstede for å påse at OHAT ble riktig brukt, og ikke minst hva som ble gjort med resultatene.

5.2.2 Skår.

Det kom frem at informantene synes det var vanskelig å skåre da det var liten variasjon i skåringsskalaen. Poengene går fra 0-2, dette er ikke dette mye variasjon. Hva skiller null fra en, og en fra to? En av informantene foreslo et poengsystem som gikk fra 0-10. Der en kunne skalere kategoriene i fra god til verst gjennom en tipoengsskala. Tiltakene kunne vært forslag til hver del av skalaen.

Screeningsverktøy brukes på flere områder i helsetjenesten. Ved å søke på nettet dukker det opp screening i fht. demens, kreft, nyfødtscreening, fall, sår, smerter og psykologiske screeningsverktøy. Dette er bare noen av de områdene som benytter screening. I ernæringscreening er det flere screeningsverktøy, avhengig av hvilken gruppe som skal screenes. MNA (Mini Nutritionel Assessment) er anbefalt for eldre. Den er delt i to deler, hvorav den første delen er spørsmål vedrørende endringer i ernæringen de siste månedene. Her har også hver kategori en variasjonsskala på 0-2 eller 3. Den andre delen bygger på den første, og tas kun om skåret på del en utpeker en til å være i risikogruppen. Del to er grundigere, og har en annerledes variasjonsskala, med ja/nei eller små variasjoner som i del en. MUST (Mini Underernæring Screeningsverktøy) er et annet screeningsverktøy i ernæring. Her går en gjennom fem trinn og resultatet kommer ut som 0 = lav risiko, 1 = middels risiko og 2 eller mer = høy risiko. I tillegg til skår er det i femte trinn tiltak (Kosthåndboken 2012, s.262-263). ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et selvrapporteringskjema på smerte, et screeningsverktøy for pasientens egen opplevelse av smerteintensiteten. Her krysser pasienten av selv. Skjema består av 8 kategorier som ofte kjennetegner smerte. Hver av kategoriene består av en skala fra 0-10, her skal pasienten selv sette inn tall som beskriver intensiteten på kategorien, f.eks. kvalme (Watanabe et al 2012). En fordel med screeningsverktøy som har liten skårvariasjonsskala er at man er enten i risiko eller så er man ikke. Blir det for mange skåringsalternativer kan det lett bli slik at alle ligger «midt på treet». Skår på OHAT vil bli mer presist om en har enten eller. Med for stort sprang

i variasjonsskalaen, må det presiseres tiltak til hvert enkelt skåralternativ, slik en av informantene foreslo.

Det er svært få høye skår. En del av disse vurderer jeg til å være feilaktige skår som ikke representerer pasientenes munnhelse. Ved å utføre den praktiske opplæringen ved å øve med en veileder, antar jeg at vi hadde unngått dette. Jeg er ikke i tvil om at hvis en hadde hatt tilstrekkelig opplæring og oppfølging med praktiske øvelser ville skårene vært høyere og munnhelsen sett på som dårligere. Dette fordi, som tidligere nevnt, forskning viser at munnhelse er dårlig på sykehjem og at det ofte nedprioriteres. Har helsepersonell behov for å fremstå som flinkest i klassen? Eller er det mulig at høye poengskår ville kreve tiltak som ble for anstrengende? Velger de letteste vei? Jeg vil tro at det er en sammenheng mellom opplæringen og skårene. Helsefagarbeiderne har for lite kompetanse til å fylle ut OHAT på en utførlig måte. Det var dette informantene ville ha mer av, øvelse til å bli trygg på hvordan kategoriene skulle riktig poengsettes. OHAT burde da kommet med forslag til tiltak. På den annen side er OHAT ment å brukes av helsepersonell med kompetanse og god opplæring i selve skjema. Det er også et poeng at hvis en vil at flere skal bruke OHAT bør det også være et enkelt verktøy å fylle ut. Men vil det da gå utover kvaliteten? Bør vi ikke bruke mer ressurser på å øke kvaliteten og kompetansen i kommunehelsetjenesten? Det er viktig med god kommunikasjon over at dette arbeidet er viktig og ikke la tilfeldighetene avgjøre hvilket skår pasienten får, eller at skåret er avhengig av personen som utfører OHAT denne gangen.

5.2.3 Skåring på smerte og hygiene en utfordring.

Funn fra studien indikerer at informantene syns kategoriene i OHAT skjemaet var lett å forstå. Det kom klart frem hva som skulle observeres og hvordan det skulle se ut. Allikevel var det noen av kategoriene som var utfordrende å skåre.

Smerte er en kategori det var utfordrende å skåre. Informantene svarer at de sjelden har opplevd at pasientene har smerter, men sa også at å krysse av for smerte på OHAT skjemaet kunne være en utfordring. Forskning viser at pasienter med demens ofte ikke klarer å uttrykke smerte (Husebø 2009). Flere pasienter på sykehjemmet har demens og denne pasientgruppen har utfordringer med å uttrykke at de har smerte eller hvor det gjør vondt. Forskning viser at pasienter med demens bruker langt mindre smertestillende enn pasienter uten demens diagnose. Forskning viser også at pasienter med demens ikke har mindre

smerter, snarere tvert imot. Dr. Bettina Husebø har i sitt studie sett at pasienter med demens ofte ikke er i stand til å fortelle om sine smerter på grunn av nedsatt språklig evne, nedsatt forståelse og i tillegg til å forstå hvor smerten kommer fra. Dette fører til at pasienter med demens ofte viser uro, agitasjon og avverging som tegn på smerte. Dette er annerledes tegn enn pasienter uten demens (Ibid).

Smerter hos eldre er ofte knyttet til kroniske lidelser og til kreft (Ibid). Smerter i munnhulen er også et problem hos eldre. Det kan forårsakes av infeksjoner, hull i tennene, sår, sopp, feiltilpassing av proteser og det kan også være tegn på alvorlig sykdom (Guldvaåg 2015). Smerter i munn kan føre til vansker med prating, svelging, spising, gå utover søvn og daglige og sosiale aktiviteter (<http://helsenet.info/4/2010/01/arsaker-til-ganen-smerte.html>).

Undersøkelser viser at 45-80 % av sykehjemspasienter er plaget av smerter (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc 2002; 50: S205–24). Pasienter med andre kommunikasjonsutfordringer enn demens, er ofte heller ikke i stand til å uttrykke sin smerte. Disse pasientene er avhengig av helsepersonell eller pårørende for å få hjelp. Forskning viser at pasienter med kommunikasjonsvansker ofte er underbehandlet for smerte. En av tre med alvorlig kognitiv svikt har mulighet til å formidle sine smerteproblemer. En studie i Bergen fant at sykepleiere rapporterte smerte hyppigere hos pasienter som hadde evne til å kommunisere enn hos de som ikke kunne kommunisere. Sykepleiers smerteobservasjon var også ofte i samsvar med om det var journalført smerteproblematikk i pasientens journal (Nygaard og Jarland 2005). Dette forteller også informantene i denne studien. Da pasientene ble undersøkt for smerter, sa helsefagarbeiderne at de bare spurte om pasientene hadde smerter. Hos noen var det vanskelig å forstå responsen. Allikevel ble det rapportert at pasientene sjelden hadde smerter. Informantene fortalte at det var særlig hos pasienter med demens og hjerneslag en hadde utfordringer i å kommunisere. Kategorier det gikk an å sjekke med at pasienten åpnet opp munnen, var lettere å observere enn om pasienten hadde smerter. Det ble da enklere å spørre: har du smerter? Smerter er en subjektiv opplevelse og dette gjør det vanskelig for helsepersonell å vurdere (Ibid).

Det finnes egne kartleggingsverktøy for å stadfeste smerte hos pasienter med demens. MOBID 2 går ut på å tolke ansiktsuttrykk og nonverbalt kroppsspråk. Dette skjemaet hjelper helsepersonell til å vurdere lokalisasjonen og intensiteten av smerter (Husebø 2009). Da helsepersonell i studiet informerer at det kun tar 5-6 minutter å fylle ut OHAT, går jeg ut fra

at en ikke har brukt tid på en grundig vurdering. På den annen side er det viktig at screeningen av munnhelse ikke tar lang tid hvis den i det hele tatt skal bli gjort, men dette vil da kreve en god opplæring både i screeningsverktøyet og kompetanse på munnhelse, og de relaterte områdene som dekkes av OHAT. Da smerter ofte henger sammen med kroniske lidelser og kreft, er det mulig at ikke informantene har kunnskap om smerter i munnhulen. I sykehjem er det sykepleier som sammen med legen setter i gang medisinske tiltak og noe helsefagarbeideren vanligvis ikke deltar i. Screening for munnhelse med OHAT har ingen nytteverdi hvis ikke kategoriene blir vurdert av kompetente helsepersonell.

Hygiene er en annen kategori det kan virke som om informantene hadde utfordring med. Dette kom frem når de beskrev hvordan og hva de observerte ved hygiene. De hadde problemer med å beskrive hva de observerte. De sa ingenting om observasjon av matrester i munnen eller på proteser, plakk eller tannstein eller om pasienten hadde dårlig ånde. Dette er det som er beskrevet under kategorien hygiene i OHAT (se vedlegg 4). I stedet berettet de om pasientenes manglende evne til å pusse selv, personalets usikkerhet angående pasienter som ville pusse selv og manglende vilje til å pusse både med assistanse og selv. Informantene fortalte om den daglige munnpleien i stedet for å beskrive hva de observerte ved den månedlige screeningen.

5.3 Usikkerhet ved bruk av resultatene.

Funnene indikerer at helsefagarbeiderne ikke forstod hvordan resultatene av OHAT skulle brukes. De forteller at etter de hadde utført den månedlige screeningen så leverte de dem ned på kontoret, og hørte ikke noe mer etter det. Hensikten med screeningsverktøy er å kartlegge pasientens behov for helsehjelp, slik at tiltak kan iverksettes tidlig. På den måten kan man hindre at pasientens problem blir unødig store (Tangvik 2014). I denne studien kan det virke som om helsefagarbeiderne ikke fullt ut har forstått den prosessen som ligger bak helsehjelpen. Observasjon av pasienten skal føre til behandlingsopplegg med konkrete mål.

Elektronisk pasientjournal (EPJ) ble i begynnelsen av 2000-tallet innført i kommunehelsetjenesten. Dette skulle bidra til at kvaliteten på dokumentasjon ble bedre, og samtidig at kvaliteten på pleie og behandling ble til det beste for pasientene.

Sykepleieprosessen er en sentral del i EPJ, og skal være et rammeverk for vurdering og utførelse av sykepleie (Mølsted et al 2007, s.5 og 7).

Stavanger Universitetssykehus (SUS) og Universitetet i Stavanger (UiS) samarbeidet i 2009 om et prosjekt innen dokumentasjon. De hadde på det tidspunktet akkurat innført det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, og så dette som en anledning til å forbedre dokumentasjonspraksis, og til å oppnå varig endring. Prosjektet ble gjennomført på en sengepost i Kirurgisk Divisjon, som er en veiledningspost for studenter. Utfordringen med papirdokumentasjon var at det stort sett var preget av sjekklister og standardiserte pleieplaner, ofte uoversiktlige. Dette var ikke forankret i sykepleieprosessen, der pleieplanene er individuelt tilpasset. I løpet av prosjektperioden så de en forbedring av dokumentasjonen, sykepleiediagnosene ble mer pasientrettet og tiltakene mer konkrete. Konklusjonen ble at dokumentasjon gir bedre pleie (Bjerga et al 2013).

Dokumentasjon skal hjelpe helsepersonell til å gi kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen. Har helsepersonell vært inne hos pasienten og utført sårstell, eller utført screening for ernæring, er det viktig at de som kommer etter vet hva som er blitt gjort. Da kan de bruke ressursene sine på noe andre oppgaver, eller videreføre det som allerede er blitt gjort (Heggdal 2006, s.17-20).

5.3.1 Sykepleieprosessen.

«Sykepleieprosessen er den mest generelt beskrevne arbeidsmetoden i sykepleien. Den bidrar til systematikk og struktur for planlegging av sykepleie og gir retning for hva som skal nedtegnes i sykepleiedokumentasjon» (Moen et.al 2002, s.68).

Studien viser at informantene var usikre på hvordan de skulle bruke resultatene fra OHAT. Det kan være flere grunner til dette. Som helsefagarbeidere er det ikke de som har hovedansvar for pleien til pasientene og pleieplanen. De har fått i oppdrag å utføre OHAT en gang per måned, og det har de gjort. Informantene mente at OHAT var et godt verktøy, men var usikre på hvordan OHAT skulle kunne brukes i sykepleieprosessen. Informantene var

altså ukjent med sykepleieprosessen. Under intervjuet forklarte jeg at sykepleieprosessen var det samme som en pleieplan. De var også ukjent med hvordan screening kunne brukes til å utarbeide en pleieplan. Florence Nightingale skrev i Notes on Nursing at den viktigste kunnskapen helsepersonell må ha er å vite hva som skal observeres (Nightingale 1860/1994, s.105). Hun sier også:

«Det kan virke som enkelte oppfatter observasjonen som et mål i seg selv – som om etterforskning, ikke helbredelse, var deres profesjon» (Ibid, s.122-123).

Informantene ble intervjuet om deres erfaring med OHAT. Forskning viser at screening er et viktig verktøy til å samle opplysninger om pasientens helsetilstand og behov for å oppnå god helse (Tangvik 2014). Forskning viser at pasienter på sykehjem skårer dårlig på munnhelse (Gimmestad 2004, Samson 2009, Gluhak et al 2010). Et studie i Østerrike viser at det er viktig å innføre enkle verktøy for helsepersonell slik at de lett kan identifisere problemer innen munnhelse (Gluhak et al 2010). Munnhelse er viktig. Vi lærer fra vi er små at vi pusser tennene to ganger daglig, vi bruker fluor og går til tannlegen minst en gang pr år. Det er flere ganger enn de fleste går til legen. Hvorfor er det da at det sviktes i institusjonene? Forskning viser at sjekklister og screeningsverktøy er effektive tiltak for å få gitt helhetlig sykepleie (Miegel og Wachtel, 2009).

Informantene sa de ikke visste hvordan de skulle bruke resultatene fra OHAT i sykepleieprosessen, fordi de ikke var sykepleiere. Sykepleieprosessen er for alt helsepersonell. Alt helsepersonell plikter å dokumentere (hlspl. § 39). Sykepleieprosessen består av fire trinn hvor screening hører til under trinn en. Her inngår datasamling hvor man kartlegger pasientens problem, behov og ressurser. Det kan virke som om helsefagarbeiderne bare har fått ansvar, eller tatt ansvar, for denne delen av prosessen. Da bør noen andre i det tverrfaglige teamet fortsette prosessen, med å sette opp mål, igangsette tiltak og evaluere tiltakene.

Det som mangler i sykepleieprosessen, vedrørende munnhelse, på sykehjemmet, er sykepleien. Hva gjør man når man har kartlagt behovet for sykepleie?

5.3.2 Systematisk observasjon.

«Når vi vurderer hvor avgjørende viktig det er med korrekt observasjon, må vi aldri glemme hva observasjonen skal være godt for. Hensikten er ikke å samle ulike opplysninger eller merkverdigheter, men å redde liv og gi bedre helse og større velvære» (Nightingale 1860/1994, s.8).

Forskning viser at systematisk observasjon er viktig i sykepleien. Jevnlig screening er systematisk observasjon. Helsefagarbeiderne jeg har intervjuet svarer alle at de mener at screening med OHAT kan føre til bedre kvalitet på munnpleien. Dette mener de fordi det har ført til at munnpleie har blitt et fokusområde og fordi månedlige målinger har ført til ekstra motivasjon og påminnelse. Men har resultatene ført til at personalet har gitt munnpleie ekstra oppmerksomhet? Er det systematisk observasjon hvis det ikke føre til noe mer? Systematisk observasjon er første del i datasamlingen. Man oppdager et problem, ser hvilke behov pasienten har og lager tiltak for å nå målet om helse. Vil man nå målet om god helse, i dette tilfellet god munnhelse, om man kun observerte? Da ville man kun hatt et problem. Hva skal man med et problem hvis man ikke vil forsøke å løse det?

Et screeningsverktøy brukes for å kartlegge om pasienter er i risiko for å utvikle sykdommer eller mangeltilstander. En studie på ernæringscreening viste at ved å screene pasientene jevnlig, fikk en kartlagt hvem som var i ernæringsmessig risiko. Denne observasjonen ble ikke gjort hvis en ikke screenet pasientene jevnlig. Videre må pasientene etter screening som viser at de er i risiko, få optimal målrettet behandling (Tangvik et al 2014).

Systematisk observasjon er første trinn i Florence Nightingale sin teori, environmental adaptation theory (Dossey et al 2005, s. 103). For at pasienten skal kunne oppnå best mulig helse, må helsepersonell observere pasienten for å beskrive pasientens behov, sette et mål for helseoppnåelse, iverksette tiltak for å nå målet, og evaluere pasienten underveis i prosessen (Selanders 1998, s.258-259). Hun fremhever observasjon.

«Og ingenting annet enn observasjon og erfaring kan lære oss hvordan vi skal opprettholde og få tilbake sunnhetstilstanden» (Nightingale 1860/1994, s.129).

«Når vi drøfter hvor avgjørende viktig korrekte observasjoner er, må vi aldri tape av syne hva observasjonen skal tjene til. Den skal ikke være et hjelpemiddel til å hope opp forskjellige opplysninger eller særegenheter, men hensikten med den er å redde liv og sikre bedre helse og livsglede» (Ibid, s.122).

Hun mente at den viktigste praktiske kunnskap, er å lære hjelperen hva som skal observeres.

«(..) hvordan man observerer, hvilke symptomer som inkluderer bedring og hvilke det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie» (Ibid, s.105).

Observasjon er en viktig faktor for helsepersonells plikt til å gi forsvarlig helsehjelp, som også innebærer at pasientens behov skal kartlegges (Vabo 2014, s.3).

Det er viktig med observasjon. Men hva skal man observere? I følge Henderson skal man observere pasienten i hennes fjorten punkter som representerer grunnleggende sykepleie (Henderson 1998, s. 46-47). Der pasienten har et problem skal sykepleie iverksettes. Når det gjelder munnhelse er det flere områder hvor pasienten kan trenge hjelp. Pasienten kan ha problemer med å pusse tennene selv, i tillegg er han dement og skjønner ikke hva det er pleieren skal hjelpe ham med. Dette var også tilfelle i denne studien. Informantene fortalte at hos noen pasienter var det utfordrende å utføre daglig renhold i munnen. Selv om de prøvde å forklare for pasientene at dette var viktig at de fikk hjelp til, var det ofte nytteløst. Tvang er en utfordring i eldreomsorgen. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven kan helsehjelp kun gis til pasienten med dens samtykke (§ 4-1). For å utøve tvang er det særlige lovbestemmelser som gjelder (jmf. Psykisk Helsevernloven). Når det gjelder pasienter som ikke lenger har samtykkekompetanse gjelder kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven. Denne sier «før det ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt» (§ 4A-3). Informantene i dette studiet har ikke brukt tvang, tvert imot. De har unnlatt å gi forsvarlig helsehjelp på bakgrunn av at det er ulovlig med tvang. Tiltak for å oppnå god munnhelse er nødvendig helsehjelp, som nevnt tidligere viser forskning at pasienters dårlige munnhelse disponerer for flere typer sykdommer og infeksjoner. Et par av informantene fortalte de brukte miljøtiltak for å for eksempel få pasienten til å pusse tennene. Men ellers gav de opp. Kompetanse på miljøtiltak er viktig. Også her kan det virke som om ikke munnhelse blir prioritert. Min erfaring tilsier at miljøtiltak blir mye brukt i

oppretholdelse av blant annet god hygiene og god ernæringsstatus. Tillitsskapende tiltak som gir trygghet er viktig i forhold til alle former for helsehjelp. Min erfaring er at tannpuss kan føles veldig intimt og at pasienter sier at det kan de klare selv, uten at de nødvendigvis gjør det. Det å ikke pusse tennene, eller sørge for god tannhygiene er til skade for pasienten. Dette viser tidligere nevnt forskning.

Observasjonsevnen kommer ved å bruke sansene. En ser at pasienten ikke pusser tennene, en lukter det samme, en hører at pasienten sier nei og en føler at pasienten ikke forstår. For å utvikle denne evnen trenger helsepersonell erfaring (Kristoffersen 2011, s.176-179).

Nightingale syn på sykdom kan man si er fenomenologisk. Det vil si at hun ser på sykdom først og fremst som en erfaring i livet. Den oppleves av den syke og de pårørende. Derfor kan man hevde at Nightingales menneskesyn er holistisk, dette viser seg i hva hun mener skal observeres. Hun kaller observasjonsevnen «klinisk blikk» og «klinisk hørsel».

«Patologien forteller oss om hvilke skader sykdommer kan anrette. Men (..) ingenting annet enn observasjon og erfaring kan lære oss hvordan vi skal opprettholde og få tilbake sunnhetstilstanden» (Nightingale 1860/1994, s. 14-16).

Nightingale syn på sykepleie er som forebygging. Hun fremhever hygiene som helsefremmende, noe som det også i dette studie vil være. Forskning viser at dårlig munnhygiene er farlig for helsen. Det fører heller ikke til opplevelse av velvære og kan også føre til ensomhet, en følelse av å bli stengt ute av det sosiale liv. Med sterk lukt avstenger det kanskje fra å ville ha besøk til det å få besøk. Dårlig munnhygiene viser også at pasienten har redusert almenntilstand (Laake 2006, s.261)

I forordet til Florence Nightingales Håndbok i sykepleie står det:

«Jeg tror tvert imot at det som danner grunntrekkene i god sykepleie, er praktisk talt ukjent – både når det gjelder friske og syke mennesker. Reglene for god sykepleie, noe som i realiteten går ut på ett, gjelder både for friske og syke» (Nightingale 1860/1994, s. 6-7).

Kompetanse på alle kategorier OHAT skjema dekker bør tilstrebes. Både i forhold til utføring av selve observasjonene, til å skåre poeng som har overførbarehet og til å skape trygge forhold mellom helsepersonell og pasient.

6.0 Konklusjon.

Helsefagarbeiderne erfarte at å screene pasienter på sykehjem ved hjelp av OHAT var nyttig. Det var gjennomførbart og kunne anvendes på alle pasienter, også dem med utfordringer i forhold til kommunikasjon, slik som pasienter med demens og hjerneslag.

Screeningsverktøyet var enkelt å forstå og dekket alle områder, slik at resultatene indikerte status på munnhelse og pekte ut problemområder. For å kunne anvende OHAT optimalt, savnet helsefagarbeiderne samarbeid med kolleger, ytterligere opplæring og tettere oppfølging.

Utfordringer med selve OHAT skjemaet gikk på å forstå skåren for hver kategori, særlig smerte og hygiene. Her var det vanskelig å tolke svarene, både i forhold til kommunikasjon mellom pasient og pleier, og variasjonsskalaen som generelt gav lite variasjon i skårene.

Imidlertid kunne ikke helsefagarbeiderne forstå hvordan resultatene fra OHAT kunne brukes i sykepleieprosessen. De hadde ikke kjennskap til at deres arbeid også inkluderte sykepleieprosessen. Deres arbeid i dette prosjektet bestod av å utføre OHAT, ikke å gjøre noe med resultatene. På dette sykehjemmet var det sykepleierne som hadde ansvaret for sykepleieprosessen.

Helsefagarbeiderne erfarte at kvaliteten på munnpleien ble bedre, men dette mente de var på grunn av at munnhelse hadde vært fokus i prosjektet. OHAT hjalp dem med å fokusere på munnhelse, med et særlig fokus på tannpleie.

6.1 Implikasjoner for praksis.

Dårlig munnhelse er et alvorlig problem i sykehjem. Å avdekke hvilke pasienter som er i faresonen er viktig, slik at en kan starte tiltak og behandling så tidlig som mulig. På denne måten vil problemet ramme færre. For å snu trenden med dårlig munnhelse på sykehjem, bør man jobbe systematisk og evidensbasert. OHAT er et nyttig verktøy for screening av munnhelse på sykehjem. Det er både pålitelig og overførbart. For at det skal fungere optimalt må man ha god opplæring, både teoretisk og praktisk. Her finnes også flere muligheter, både innenfor undervisning og praktisk trening. Tverrfaglig samarbeid er viktig for at OHAT skal kunne implementeres ved avdelingen, og for at resultatene fra screeningen skal brukes målrettet for å optimalisere pasientens munnhelse. Det er da nødvendig å

inkludere OHAT i sykepleieprosessen. Resultater fra OHAT har kun nytteverdi når det brukes målrettet i pasientbehandling.

6.2 Implikasjoner for videre forskning.

Studien er liten, det er kun seks helsefagarbeidere som har utført OHAT, allikevel er studien nyttig. Den prøver ut et screeningsverktøy som kan være viktig ved å avdekke og behandle dårlig munnhygiene i sykehjem. Prosjektet er et forprosjekt, det vil si at vi håper å trekke lærdom av de erfaringer vi har gjort for å gå i gang med et større prosjekt. Med erfaringene gjort i forprosjektet planlegges det et hovedprosjekt hvor en skal teste ut OHAT i større utstrekning på sykehjem. I hovedprosjektet planlegges det intervensjonsavdeling og kontrollavdeling.

Det er også stort behov for å forske på hvordan man bruker resultatene fra OHAT, da det er det som betyr noe for pasientens behandling. OHAT har ingen verdi, mer enn arket det er skrevet på, hvis det ikke brukes målrettet i sykepleieprosessen.

Et siste sitat til slutt, fra en dedikert helsefagarbeider.

«Jeg tenker og håper, at alle kollegene mine skal tenke sånn. Ikke bare tenke stell, men også munnstell. At vi fortsetter å utføre munnstell til de gamle, morgen og kveld. Dette er det viktig å gjøre, uansett om vi har skjema eller ei. Men vi trenger de tiltak som skal til! Kjemp viktig! Jeg tror de gamle er veldig, veldig heldige. I Norge får de godt stell».

Referanser.

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205–24.

Andersson, K., Furhoff, A.K., Nordenram, G., Wårdh, I. (2007). *Oral health is not my department. Perceptions of elderly patients' oral health by general practitioners in primary health care centre: a qualitative interview study.* Nordic College of Caring Science, s. 126-133.

Bengtson, J. (2012). En livsverdertilnærming for helsevitenskapelig forskning. I J. Bengtsson (red.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag.* Høyskoleforlaget. Norwegian Academic Press.

Bjerga, G.H., Gausel, M.K., Heggland, M.G., Rossavik, B. (2013). *Dokumentasjon ga bedre pleie.* *Sykepleien* 9. 2013.

Breivik, S., Trymi, A. (2013). *Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?* *Forskning nr 4, 2013; 8:324-332* doi: 10.4220/sykepleief.2013.0132

Chalmers, J. J., V. Tang, J.H., Titler, M.G. (2004). *Evidence-based protocol: Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults.* *J Gerontol nurse.* 2004. Nov;30 (11):5-12.

Chalmers, J., King, P.L., Spencer, A.J., Wright, F.A.C., Carter, K.D. (2005). *The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability.* *Australian Dental Journal* 2005;50(3):191-199.

Chalmers, J., Spencer, A.J., Carter, K.D., King, P.L., Wright, F.A.C. (2009). *Caring for oral health in Australian residential care.* Dental statistics and research series, number 48. Australian institute of Health and Welfare. Canberra.

Den norske legeforening. (2001). *Når du blir gammel - og ingen vil ha deg.* <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/>

Dietz, S.M. Svensmark, G. (2011). *Florence Nightingale.*

Dossey, B., Selanders, L.C., Beck, D.M., Attewell, A. (2005). *Florence Nightingale today: Healing, leadership, global action.* Silver Spring, MC: American Nurses Association.

Drevon, C.A. Blomhoff, R. Bjørneboe, G.A (red.) *Mat og medisin. Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. 5. utgave. 2009. Høyskoleforlaget.

Faizi, A.A., Kringli, A (2015) *En studie om helsearbeidere sin kunnskap om munnhelse i eldreomsorgen og problemer de møter*. Masteroppgave i odontologi Juni 2015. Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for klinisk odontologi (IKO).

Fixen, D.L., Ogden, T. (2014). *Hvordan å lykkes med implementering*. Atferdssenteret.no <http://www.atferssenteret.no/aktuelt/hvordan-a-lykkes-med-implementering-article2004-119.html>

Flottorp, S., Aakhus, E. (2013). *Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis*. Norwegian Journal of Epidemiology 201 3; 23 (2): 187-196.

Foss, B., Wahl, A.K. (2002). *Pasienters behov viktigere enn rutiner*. Sykepleien 2002 90 (18): 35-39. DOI:10.4220/sykepleiens.2002.0050.

Forsell, M., Sjøgren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. og Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hygiene* 9, 2011; 199-203 DOI: 10.1111/j.1601-5037.2010.004477.

Friis, S., Vaglum, P. (1986). *Fra ide til prosjekt. En innføring i klinisk forskning*. Tano A/S.

Fynding, R. (Red.) 1926. *Lærebog og handbog i Sygepleje*. Danmark: Nyt Nordisk Forlag.

Gimmestad, A.L. (2004). *Tenner for livet*. Baselineundersøkelse nr. 2. Oral helse hos sykehjemsbeboere i 2004. Sosial- og helsedirektoratet. Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo.

Gimmestad, A.L. (2006). *Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge*. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 268—73.

Gluhak, C., Arnetzl, G.V., Kirmeier, R., Jakse, N., Arnetzl, G. (2010). *Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria, Austria*. The Gerodontology Association. Volume 27, issue 1. March 2010. pp 47-52.

Granum, V., Solvoll, B. (1997). *Sykepleieren – den forskende praktiker*. Tano Aschehoug.

- Guggenheimer, J., Moore, P.A., (2003). *Xerostomia: etiologi, recognition and treatment*. Journal of American Dental Association 2003;134:61-9
- Guldvåg, B. (Helsedirektør) (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld.St. 26. 2014-2015*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Henderson, V.A. (1998). *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget Oslo.
- Hestetun M. og Mølstad K. (2004) *Veiledende sykepleieplaner: Et verktøy for å kvalitetssikre dokumentasjonen av sykepleie i sykehjem*. Rapport nr 1/04. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, Bergen: 2004.
- Hjemås, G og Vold, B. (2011). *På randen av samhandling*. Publisert i Samfunnspeilet 5.12.2011. Statistisk Sentralbyrå.
- Husebø, B.S. (2009). *Smerteevaluering ved demens*. Tidsskrift Norsk Legeforening nr. 19, 2009; 129: 1996–8.
- Husebø, S.E. og Rystedt, H. (2010). *Simulering innen helsefag*. I: Aase, K. (red.) (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.
- Johannessen, A. Tufte, P.A. Cristoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.

Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse. Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie 1*. Gyldendal akademisk.

Krumsvik, R.J. (2013). *Innføring i forskningsdesign og kvalitativ metode. Kompendium*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Laake, K. (2006). *Geriatriske praksis*. Gyldendal akademisk.

Larsen, B.I. (dir.) (2009). Helse- og omsorgsdepartementet: *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*.

Larsen, B.I. (dir.) (2012). Helse- og omsorgsdepartementet: *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.

Loesche, W.J. og Popatin, D.E. (2000). *Interactions between periodontal disease, medical diseases and immunity in the older individual*. *Periodontology* 2000: 80-105

Lund, E.C., (2012). *Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Bind 2. Akribe.

Lov om tannhelsetjenesten L03.06.1983 nr. 54 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. L24.06.2011 nr. 30.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Universitetsforlaget.

- Miegel, K. og Wachtel, T. (2009). *Improving the oral health of older people in long-term residential care: a review of the literature*. International Journal of Older People Nursing 2009DOI:10.1111/j.1748-3743.2008.00150.x
- Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M., Berge, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Akribe.
- Mowè, M., Kindt, E., Bøhmer, T. (1994) *Reduced nutritional status in an elderly population (>70y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease*. American Journal of Clinical Nutrition 1994;59:317-24.
- Molven.O. (2012). *Helse og jus*. Gyldendal Akademisk.
- Mølstad, K., Mauritzen, A.M., Angermo, L.M. (red.) (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*.
- Naustdal, A.G og Netteland, G. (2012). *Sjukepleiedokumentasjon I eit elektronisk samhandlingsperspektiv*. Forskning nr 3, 2012; 7: 270-277 doi: 10.4220/sykepleinf.2012.0133
- Nightingale, F. (1860/1994). *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Ad Notam Gyldendal.
- Nursing theory.org. <http://nursing-theory.org/theories-and-models/henderson-need-theory.php>. Lastet ned 30.12.15
- Nilssen, V. (2013). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- Nissen, R. (1877). *Lærebog i sykepleie for diakonisser*. Gyldendal akademisk.
- Nygaard, H. og Jarland, M. (2005). *Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering*. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 10, 2005; 125: 1349–51.
- Olsson, H. og Sorensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal akademisk.
- Rugås L. (2003). *Underernæring er vanlig på sykehjem*.
www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118524/underernaering-er-vanlig-pa-sykehjem.

- Ruland, C., (2010). *Translating research into practice*. I: Holzemer, W.L. (red). (2010). *Improving Health through Nursing Research*. Wiley – Blackwell.
- Samson, H. (2009). *Oral health and institutionalized elderly*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD). At the University of Bergen. Norway.
- Samsensen, H. og Strand, G.V. (2010). Munnhelse. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s.267-273). Gyldendal Akademisk.
- Sandvand, E. og Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Høyskoleforlaget - Norwegian Academic Press.
- Selanders, L.C. (1998). *The power of environmental adaptation. Florence Nightingale`s original theory for nursing practice*. I: Rew, L. (red.) *Journal of holistic nursing*. Vol.16 No.2 June 1998.
- Steinum, C.H. (2012). *Munnen endelig en del av kroppen*. Norsk Tannlegeforening Tidene 2012; 122: 669.
- Syse, A. (red.) (2014). *Norges Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014-2015*. Gyldendal akademisk.
- Søderhamn, U. (2010). *Screening – en hjelp til å identifisere eldre i fare for underernæring*. Demens og alderspsykiatri vol.14. Nr. 1. 2010.
- Tangvik, R.J. (2014). *Screening for ernæringssvikt*. Nasjonalt kompetansesenter for sykdomsrelatert underernæring. Senter for klinisk ernæring, Oslo Universitetssykehus.
- Tangvik, R.J, Tell, G.S., Guttormsen, A.B., Eisman, , Henriksen, J.A., Nilsen, A., Ranhoff, R.A. (2014). *Nutritional risk profile in a university hospital population*. Clinical Nutrition 34 (2015)705-711.
- Thaagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Tufford, L. Newman, P. (2010). *Bracketing in qualitative research*. Sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav, Vol. 11(1):80-96.

Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. Cappelen Damm Akademiske.

Watanabe, S.M., Nikolaichuk, C.L., Beaumont, C. (2012). *The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement*. *Psychooncology*. 2012;21:977–985.

Winter, S.C. Nielsen, V.L. (2008). *Implementering af politikk*. Hans Reitzels Forlag I: Holzemer, Willard, S. (2010) *Improving patient care*. I: W.L. (red). (2010). *Improving Health through Nursing Research*. Wiley – Blackwell.

Wyller, T.B. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Gyldendal Akademisk.

Wøien, H., Verøy, H., Aamodt, G., Bjørk, I.T. (2012). *Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools*. *Journal of clinical nursing*, 23, 1552-1561, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x

Wårdh, I., Hallberg, L.R.M., Berggren, U., Andersson, L. og Sorenson, S. (2000). *Oral Health Care – A Low Priority in Nursing. In-depth Interviews with Nursing Staff*. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 137-142.

Xiaoqing, L., Kolltveit, K.M., Tronstad, L., Olsen, I., (2000). *Systemic Diseases Caused by Oral Infection*. doi: 10.1128/CMR.13.4.547-558.2000 *Clin. Microbiol. Rev.* October 2000 vol. 13 no. 4 547-558

Nettadresser:

<https://www.nrk.no/trondelag/-vi-mangler-flere-sykepleiere-enn-noen-gang-1.13063160>

YouTube-video, OHAT. <https://www.youtube.com/watch?v=MHdVralbWYQ>

<http://helsenet.info/4/2010/01/arsaker-til-ganen-smerte.html>

Vedlegg 1.

Forespørsel om deltakelse i studien «Helsefagarbeideres erfaring med Oral Health Assessment Tool (OHAT)».

Bakgrunn og hensikt.

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et individuelt intervju om din erfaring etter et halvt års bruk av OHAT. Dine erfaringer vil være viktig for å øke kunnskapen om hvorvidt dette kan brukes på sykehjem.

Mitt navn er Kristin Søllesvik Hidle. Jeg er geriatrisk sykepleier og jobber ved USHT Rogaland på Helsehuset. For tiden er jeg masterstudent ved institutt for helsefag på UIS, Master i Helsevitenskap. I forbindelse med studiet ønsker jeg å undersøke hvordan helsefagarbeidere erfarer å bruke OHAT. Mine veiledere heter Adriana Rosenberg og Kristin Hjort Urstad ved UIS.

Hva innebærer deltakelsen?

For å få kunnskap om hvordan det har vært å bruke skjemaet ønsker jeg å intervju helsefagarbeidere. Selve intervjuet vil ta form som en samtale med bakgrunn i en intervjuguide. Intervjuet vil vare cirka 1/2 time og vil bli tatt opp på lydbånd. Dette vil bli slettet når studiet er over. Du velger selv tidspunkt for intervjuet.

Informasjon om selve deltakelsen.

Deltagelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi en grunn. Alle opplysning vedrørende deg som person er taushetsbelagt og vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene som kommer frem under intervjuet vil brukes i min masteroppgave. Etter jeg har levert og senest våren 2017 vil alle opplysninger bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i det ferdige resultatet.

Har du noen spørsmål er du selvsagt velkommen til å kontakte meg på telefon: **97537019** eller på mail: krhidle@hotmail.com

Med vennlig hilsen

Kristin Søllesvik Hidle – Masterstudent.

Vedlegg 2.

Samtykkeskjema til deltakelse i intervju.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og er villig til å delta i intervjuet.

Jeg er villig til å delta i intervjuet.

Signert av prosjektdeltaker / dato

Vedlegg 3.

INTERVJUGUIDE.

Hovedspørsmål 1:

Hva er din erfaring med bruk av screeningsverktøyet OHAT ?

- a. Hva har vært din rolle som helsefagarbeider i arbeid med OHAT?
- b. Fortell hvordan det var å bruke OHAT når du utfører observasjoner?
- c. Fortelle meg hvordan du gikk frem ifht. observasjoner og vurderinger ved de ulike underpunktene:
Hva observerte du? Hva vurderte du?
 - Lepper
 - Tunge
 - Tannkjøtt og slimhinner
 - Spytt
 - Egne tenner
 - Proteser
 - Hygiene
 - Smerte
 - Annet
- d. Hvordan opplevde du det var å gi poeng / skåre?
Var det vanskelig? Var det lett?
- e. Har du opplevd praktiske problemer med bruk av OHAT?
 - Har det vært utfordringer ifht samarbeid med pasient/pårørende?
 - Har det vært utfordringer ifht samarbeid med kollegaer?
 - Har det vært utfordringer ifht kompetanse blant kollegaer?
 - Har det vært utfordringer ifht ressurser? Eks. ansatte på jobb / ved sykdom.
 - Har det vært utfordringer ifht tidsbruk, var det vanskelig å møte kravet om måling hver måned?
 - Har du opplevd andre utfordringer?
- f. Hvordan har utfordringene blitt løst?
- g. Hvordan opplevde du samarbeidet med tannhelsetjenesten?

h. **Hovedspørsmål 2:**

Hvordan brukes resultatene av OHAT?

- a. Kan du fortelle hvordan prosessen har vært etter at du har fylt ut OHAT?
 - Hva skjer etter at skjemaet er utfylt?
- b. Hvordan har dere brukt OHAT i fht sykepleieprosessen / pleieplanen?
 - Hvem har utformet pleieplan i elektronisk pasientjournal?
 - Hvordan har ansatte fulgt opp dette?

Hovedspørsmål 3:

Opplever du at bruken av OHAT har påvirket behandling og pleie i fht. munnpleie?

- a. Opplever du at bruken av OHAT påvirker ulike faser i sykepleieprosessen?
 - På hvilken måte har det / har det ikke ført til endringer?
- b. Opplever du at bruken av OHAT har bedret kontinuiteten i munnpleien?
 - På hvilken måte har det / har det ikke ført til dette?
- c. Syns du OHAT har vært et viktig verktøy for å øke kvaliteten på munnpleien?
 - På hvilken måte har det/har det ikke vært det?
 - Kunne du tenke deg å fortsette med OHAT utover prosjektperioden? Hvorfor? / Hvorfor ikke?
- d. Noe du ville jeg skulle spurt deg om?

Vedlegg 4.

Score: Sluttsummen er summen av score fra åtte kategorier som rangeres fra 0 (helt friske forhold) til 16 (sykelige forhold). Sluttsummen er viktig for å få et mål på generell tannhelse, men allikevel må det legges vekt på summen i den enkelte kategori. Symptomer som er understreket krever umiddelbart tilsyn..

* Kontakt tannlege eller tannpleier dersom det krysses av for tall 1 eller 2.

Kategori	0 = frisk	1 = forandring*	2 = sykelig forandring*	Kategori score
Lepper	Myke, rosa, fuktige	Tørre, sprekker, eller <u>røde i munnvikene</u>	Hevelse eller klump, <u>hvitt/rødt/sårt område</u> ; blødning/sår i munnviker	
Tunge	Normal, fuktig, ruhet, rosa	Usammenhengende, dype fissurer, rød, belegg	Områder som er <u>røde og/eller hvite, sår, hovent</u>	
Tannkjøtt og slimhinner	Rosa, fuktig, glatt, ingen blødning	Tørt, skinnende, ru, rødt hovent, <u>et sår/gnag under protese</u>	<u>Hovent, blødende tannkjøtt, sår, hvite/røde områder, generalisert rødhet eller sår under protese</u>	
Spytt	Fuktige slimhinner, tyntflytende spytt	Tørt og seigt spytt, visuelt lite spytt	<u>Slimhinner uttørket og røde, veldig lite/ikke spytt til stede, tyktflytende spytt</u>	
Egne tenner Ja/Nei	Ingen tenner med hull eller knekte tenner eller røtter	<u>1-3 tenner med hull eller knekte tenner/røtter</u> , eller veldig nedslitte tenner	<u>4 eller flere tenner med hull</u> , eller færre enn 4 tenner, eller veldig nedslitte tenner	
Proteser Ja/Nei	Protesen er hel, og brukes jevnlig	1 knekket område eller tann eller at protese bare brukes 1-2 timer daglig, eller løse proteser	<u>Mer enn et knekket område/tann, protese mistet eller blir ikke brukt, protese trenger lim</u>	
Hygiene	Rent, ingen matrester eller tannstein i munnen eller på proteser	Mat/plakk/tannstein i 1-2 områder i munnen eller i et lite område i protese eller dårlig ånde	Mat/plakk/tannstein i de fleste områder i munnen eller på det meste av protesen eller svært dårlig ånde	
Smerte	Ingen tegn i atferd, verbalt eller fysisk, på smerte	Gir uttrykk verbalt og/eller i atferd for smerte. F.eks: <u>drar i ansiktet, biter seg i leppe, spiser ikke, aggresjon</u>	Fysiske tegn som hevelse i ansikt, bihuler eller i tannkjøtt, knekte tenner, store sår. Gir uttrykk for smerte både verbalt og i atferd som f.eks drar i ansiktet, biter leppe, spiser ikke og aggresjon.	
<p>Pasienten henvises tannlege eller tannpleier: Ja/Nei Pasienten eller pårørende/verge motsetter seg behandling: Ja/Nei Neste kontroll: (dato) _____</p> <p>Oral Health Assessment Tool (OHAT) for Dental Screening. Modified from Kayser-Jones et al. (1995) by Chalmers (2004). Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. J Gerontol Nurs. 2004 Nov; 30 (11):5</p>				<p>TOTAL SCORE:</p> <p>/16</p>