

# Postoperativ munnhygiene

*Sykepleieres kunnskaper om og ivaretagelse av den postoperative munnhygiene.*

*- En observasjon og intervju studie*

**Wenche Patrono**



Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

**UNIVERSITETET I OSLO**

30 mars 2007





UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

**Navn: Wenche Patrono**

**Dato: 30.mars 2007**

**Tittel og undertittel:**

Postoperativ munnhygiene.

Sykepleieres kunnskaper om og ivaretagelse av den postoperative munnhygieneen.

- En observasjon og intervju studie.

Formål: Studiens formål er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere i praksis utfører pasientenes munnhygiene, og hvilke basis kunnskaper de har om munnhygiene.

Problemstilling: Hvilke kunnskaper har sykepleiere om postoperativ munnhygiene og hvordan blir pasientens munnhygiene faktisk ivaretatt?

Teoretisk rammeverk: I studien betraktes ivaretagelsen av pasientens munnhygiene som en viktig sykepleie handling. Kunnskaper om munnhygiene er viktig for å kunne hjelpe pasienten. Kims (2000) praksis teori har vært sentral for å beskrive handlings valg i sykepleiepraksis.

Metode: Studien har en utforskende og beskrivende design. Det kvalitative intervjuet og feltobservasjoner er valgt som datainnsamlingsmetode. Fem sykepleiere ble observert og intervjuet. Analyse av data er basert på Erlandsson fortolkningsprinsipper (1993).

Resultater: Sykepleierne har noen kunnskaper om postoperativ munnhygiene. I intervjuet kommer det fram at sykepleierne har kunnskaper om noen medisiners innvirkning på munnhulen. Videre kommer det fram at sykepleierne har kunnskaper om enkelte utstyr til munnstell. Tannbørsten og klorhexidin er første håndvalget ved munnstell. Sykepleierne har kunnskaper om noen komplikasjoner som kan forekomme ved dårlig munnhygiene. Sykepleierne ivaretar pasientenes munnhygiene gjennom informasjon, støtte og dokumentasjon. Sykepleierne vurderer hvilke pasienter som trenger hjelp til å få ivaretatt sin munnhygiene. Hjelpen varierer fra å oppmuntre til å handle aktivt for pasienten.

Konklusjon: som også bygger på funn fra andre studier er at dokumentasjon av munnhygiene bør synliggjøres mer i den daglige sykepleie. Sykepleierne har en unik mulighet til å fange opp pasientenes behov for munnhygiene. Kunnskaper om infeksjoner og medisiners virkning på munnhulen bør styrkes blant sykepleierne. Munnhygiene er viktig for alle pasienter og er ikke bare basert på pasientens følelse av velvære. Dårlig munnhygiene kan føre til fysiske problemer som kan få større følger for pasienten.

**Nøkkelord:**

Munnhygiene, kunnskaper, pasientbehandling, sykepleiepraksis, postoperativ avdeling, sykepleie opplæring.



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name: Wenche Patrono</b>	<b>Date: March 30th 2007</b>
<b>Title and subtitle:</b> Postoperative oral hygiene. Nurses knowledge about oral hygiene and methods to looking after the postoperative oral care. - A study based on observation and interview.	
<u>Purpose:</u> The aim of the study is to gain knowledge about how nurses take care of the patients oral hygiene, and what kind of previous knowledge they have in practice about the oral care. <u>Approach:</u> What kind of knowledge have nurses about postoperative oral hygiene and how are they mantaining postoperative patients` oral care? <u>Theoretical framework:</u> This study is based on the idea that oral care is paramount nursing intervention. Knowledge about oral care is of essential to ensure to improve the patients` well beeing. Kim`s (2000) theoretical framework of the nursing practice was critical to this study of approach to the phenomen. <u>Methods:</u> This study has an explorative and a descriptive design. Fieldwork based on observations and qualitativ research interviews with nurses were to collect data. Five nurses were observed while providing morning care and later interviewed. The interpretation principles devised by Erlandsson (1993) have been used as tool of analysis of observations and the interviews. <u>Results:</u> Nurses have some general knowledge about oral hygiene. The interview demonstrated that nurses have knowledge about the most common used medications and how they influense on the oral cavity. Nurses have some knowledge about tools to use for mouth care and using toothbrush and chlorhexidine is mostly preferred. Nurses give advice on oral care problems to patients who are immunocompromized. Oral care dokumentation is only done when there is a problem. The nurses assist only ill patient with oral care. <u>Conclusions:</u> Nurses have to improve their documentation on daily oral care. Nurses have an exceptional possibility to understand the patient needs for oral care due to daily observation. Knowledge about the infection of oral cavity and the effect of medicine must be improved among nurses. Documentation must be a part of daily oral care. Oral health is important for all patients and can not only be based on the patient well being. An unsatisfied oral care can increase the patients risk for futher physically problem.	
<b>Key words:</b> Oral care, oral hygiene, oral health knowledge, patient care, postoperative care unit, oral health education for nursing personnel.	



## FORORD

Det har vært en lærerik tid ved institutt for sykepleievitenskap. I løpet av min tid som sykepleier har jeg hatt et ønske om å ta hovedfag i sykepleievitenskap. Jeg har vært opptatt av pasientens grunnleggende behov, og bestemte meg tidlig for at det ville jeg rette mitt søkelys på i praksis. Temaet om munnhygiene ble vekket etter Dent-o-sept saken i 2001.

Denne oppgaven har vært en lærerik prosess med mye glede, slit og frustrasjon. Jeg har fått stor innsikt i faget munnhygiene og forskningsprosessen.

Jeg vil takke avdelingssykepleieren som var i møtekommende og lot meg få gjøre et studie ved sin avdeling. Jeg vil først og fremst takke informantene for at de ville bli observert og intervjuet. Uten informantene ville studiet ikke ha kunne blitt gjennomført. Informantenes utsagt har vært inspirerende i stunder når veien mot målet føltes tungt.

Foruten informantene vil jeg takke arbeidsplassen som lot meg få permisjon til å fullføre studiet og veileder Eli Haugen Bunch for sitt innspill. Det var gledelig at instituttet valgte å arrangere to seminarer for de siste hovedfagsstudentene. En takk til Mona Pedersen som har gitt meg innspill til oppgaven. Det har også vært godt å ha en person som ville hjelpe meg med IT spørsmål.

Tilsutt vil jeg takke mine to barn og ektemann som har vært tålmodig i perioden hvor jeg var mer eller mindre gift med hovedfagsoppgaven. Nå skal jeg bli mer synlig.

Oslo, mars 2007

Wenche Patrono



## INNHALDSFORTEGNELSE

Kapittel 1	INNLEDNING .....	1
	Bakgrunn for valg av emne .....	1
	Hensikt og problemstilling .....	2
	Oppgavens design og metode .....	3
	Oppgavens begrensninger .....	4
	Oppgavens oppbygning og struktur .....	5
Kapittel 2	KUNNSKAP I SYKEPLEIEN .....	6
	Kunnskapsbegrepet .....	6
	Kort historikk om kunnskapssynet i sykepleiepraksis .....	7
	Ulike syn på kunnskap i sykepleie .....	8
	Carpers kunnskapsmønster .....	11
	Kims domener .....	13
	Kims beskrivelse av sykepleiepraksis .....	15
Kapittel 3	MUNNHYGIENE TIL POSTOPERATIVE PASIENTER .....	19
	Den postoperative pasient .....	19
	Sykepleiers ansvar og rolle .....	20
	Munnhulen og infeksjoner .....	23
	Munnstell og kjemisk framstilte produkter .....	24
	Mekaniske redskaper i varetakelsen av munnhygiene .....	28
	Medisiners virkning på munnhulen .....	30
Kapittel 4	BESKRIVELSER AV TIDLIGERE RELEVANTE STUDIE .....	32
	Litteratur søk .....	32
	Kunnskaper om munnhygiene .....	32
	Sykepleiernes ivaretagelse av pasientens munnhygiene .....	36
Kapittel 5	DESIGN OG METODE .....	39
	Design .....	39
	Metode .....	40
	Feltobservasjon .....	41
	Intervju .....	43
	Intervju og observasjons guiden .....	44
	Utvalg .....	45
	Tilgang til feltet .....	46
	Gjennomføringen av observasjonene og intervjuene .....	47
	Studiets validitet og reliabilitet .....	50
	Troverdighet .....	51
	Pålitelighet .....	52
	Overførbarhet .....	53
	Etikk .....	53
	Informert samtykke .....	54
	Konfidensialitet .....	55
	Konsekvens .....	55
	Klanderverdig .....	56
	Analyse .....	56
	Metodekritikk .....	59
Kapittel 6	PRESENTASJON AV FUNN .....	61



Kunnskaper om medisinske årsaker .....	62
Medisinenes påvirkning på munnhulen .....	62
Problemer ved dårlig munnhygiene .....	64
Kunnskaper om utstyr .....	66
Ulike typer skyllevæsker .....	66
Tannbørsten og annet utstyr .....	68
Frekvens og bruk av utstyr .....	69
Erfaring i bruken av redskaper .....	70
Ivaretagelse i form av dokumentasjon .....	72
Daglige observasjoner og notater .....	72
Prosedyrer ved avdelingen .....	75
Pleieplan til bruk .....	76
Ivaretagelse i form av informasjon og støtte .....	78
Oppmuntre pasienten til munnstell .....	79
Se og hjelpe pasienten .....	82
Kapittel 7 TOLKNING OG DRØFTING AV FUNN .....	84
Kunnskaper av medisinsk art .....	85
Kunnskaper om utstyr .....	88
Ivaretagelse i form av dokumentasjon .....	91
Ivaretagelse i form av informasjon og støtte .....	96
Kapittel 8 KONKLUSJON .....	99
Anbefalinger for videre studier .....	101
LITTERATURLISTE .....	102

#### VEDLEGG:

Vedlegg 1 Observasjonsguide.

Vedlegg 2 Intervjuguide.

## KAPITTEL 1 INNLEDNING

### Bakgrunn for valg av emne

Stell og pleie av pasienter er en viktig sykepleie funksjon i samhandling med pasienten. Å hjelpe pasienten med sin munnhygiene representerer alminnelige sider ved sykepleiernes yrkesutøvelse (Adams, 1996, Jones, 2004, Wårdh, 2005, ). Sykepleietjenesten har en lang tradisjon i å ivareta pasientens grunnleggende behov. Virginia Henderson (1960) mener at å ivareta pasientens munnhygiene er en av de viktigste grunnleggende sykepleie aktiviteter. Å opprettholde munnhygiene er nødvendig for blant annet å unngå infeksjoner, nedsatt mat appetitt og sosial isolasjon. Uheldigvis har munnhygiene mange ganger blitt ritualisert og gjort til en banal aktivitet blant sykepleiere (Adams, 1996, Kolben, 2000). Undersøkelser gjort både i Norge og internasjonalt viser at sykepleiere ikke prioriterer pasientens munnhygiene veldig høyt (Bakke, 1996, Miller, 1987).

Studien har sin bakgrunn i egne erfaringer som sykepleier fra kirurgiske avdelinger hvor munnhygiene ikke alltid var en viktig sykepleie oppgave. I tillegg har jeg erfaring fra sykehjem og hjemme sykepleien. I min yrkes erfaring har jeg vært opptatt av grunnleggende sykepleie. Pasientenes grunnleggende behov har stått side om side med den medisinske tekniske behandlingen av pasienten. Hvis sykepleieren ikke ivaretar de grunnleggende behov til pasienten vil den medisinske behandlingen kunne få større økonomiske utgifter enn planlagt. En munn som ikke blir stelt vil kunne utgjøre ekstra behandling i form av medisiner til infeksjoner som oppstår og forlenget liggetid.

I 1978 ble det gjort en undersøkelse ved regionsykehuset i Tromsø av tannhelsen til pasientene. Resultatet viste at pasientenes behov for munnhygiene var nedvurdert av personalet på sengepost avdelingene. Undersøkelsen viste også at 45 % av pasientene hadde problemer med egne tenner, tannkjøtt og proteser. Resultatet av undersøkelsen førte til at en egen tannhelsetjeneste ble opprettet ved sykehuset. Personalet fikk opplæring i tannstell (Berger, 1978). I 1997 ble det gjort en landsomfattende undersøkelse i Norge blant 2000 eldre over 67 år i sykehjem og hjemmesykepleien om munnhygiene. Undersøkelsen konkluderte med at fire av ti eldre har for dårlig munnhygiene (Bakke,

1997). Denne undersøkelsen førte til at tannpleier Krona gjennomførte et undervisning prosjekt for helsepersonell i sykehjem og hjemmesyke (Dyvi, 2002).

Disse to undersøkelsene viser at pasienter kan ha fått mangel full oppfølging fra helse personellets side vedrørende munnhygiene. Når pasienter legges inn på sykehus til operasjon blir fokuset lett innleggelses diagnose, og man glemmer at dårlig munnhygiene kan føre til tilleggs komplikasjoner. I sykepleiefaget vektlegges utviklingen av kunnskap. I praksis arbeider man med å bedre sykepleiernes kunnskaper gjennom klinisk stige og kurser på norske sykehus.

Dent-o-sept skandalen i 2001-2002 satte søkelyset på rutiner og prosedyrer om munnhygiene, spesielt i sykehus. Helsetilsynet fastslo gjennom en sakkyndig gruppe at kunnskapen om munnhelse var mangelfull hos helsepersonell (Helsetilsynet, 2002 ).

Det er gjort studier som har benyttet seg av spørreskjema og kvalitative intervjuer for å kartlegge sykepleiernes kunnskaper om munnhygiene. Det er ikke funnet noen studier i Norge som viser hvordan sykepleiere ivaretar munnhygiene på en kirurgisk avdeling. Derfor har jeg valgt temaet om munnhygiene til postoperative pasienter. Studiet benytter seg av felt observasjoner og kvalitative intervjuer. Observasjon som metode er lite brukt i forhold til å kartlegge hvordan sykepleiere ivaretar pasientens munnhygiene i praksis.

### Hensikt og problemstilling

Innenfor den praktiske sykepleie er forholdet til kroppen et sentralt område. Mye av det praktiske arbeidet er forbundet til pasientens private sfære. I mange situasjoner er sykepleieren i kontakt med pasienter som ikke klarer å ivareta sin personlige hygiene av flere årsaker. I den kliniske hverdag for sykepleiere representerer munnstell rutinepregede situasjoner, og om det ikke ivaretas kan det føre til komplikasjoner for pasienten.

Hensikten med undersøkelsen er å få kunnskap om hvordan sykepleiere ivaretar pasientenes munnhygiene i praksis og hvilke kunnskaper sykepleiere har. Målet er å få forståelse og kunnskap som kan føre til bedret omsorg for pasientene.

Innen sykepleieforskning er det lite fokusert på hvordan ivaretagelse av munnhygiene bør utføres. Sykepleierenes ivaretagelse av munnhygiene til pasienter er ikke gjenstand for systematiske studier i sykepleieforskningen. Det er viktig å kartlegge fenomenet postoperativ munnhygiene slik den arter seg i den kliniske hverdagen for å bidra til videre refleksjoner over eksisterende praksis. Det er ikke bare viktig å peke på feil, men også å se på sykepleiernes handlings valg. Å ha kunnskap om hvordan sykepleiere legger til rette for munnstell i praksis kan gi et bedre grunnlag for omsorg, informasjon og praktisk tilrettelegging slik at pasientens livs kvalitet kan bedres.

Problemstillingen er: Hvilke kunnskaper har sykepleiere om postoperativ munnhygiene og hvordan blir pasientens munnhygiene faktisk ivarettatt.

Oppgavens problemstilling fokuserer på to forhold som det ønskes å få svar på:

1. Sykepleieres kunnskaper om munnhygiene
2. Sykepleieres ivaretagelse av munnhygien til pasienten

For å kunne besvare disse to spørsmål blir valget av design og metode viktig.

### Oppgavens design og metode

Studien er en empirisk undersøkelse utført ved et universitetssykehus, og har et beskrivende og utforskende design. Metoden for datasamlingen består av felt observasjoner og kvalitative intervjuer med fem sykepleiere. Felt observasjonene er lagt til morgenstellet. Felt observasjonene bygger på en observasjonsguide. De kvalitative intervjuene er semistrukturert med tema hentet fra Carpers fire kunnskaps mønstre (1978) og egne erfaringer.

Intervjuene finner sted samme dagen som observasjonene blir utført. Dermed er det lettere å kunne samtale om det som nylig har foregått under morgenstellet.

Analyse av datamaterialet bygger på en tilnærming etter Erlandsson (1993) analyse prosess.

## Oppgavens begrensninger

Litteraturdelen er ikke ment å være utdypende på området om kunnskap. Kunnskapsbegrepet i sykepleiefaget er omfattende og utgjør i seg selv et større arbeid enn denne oppgaven har mulighet til. Det er blitt valgt å bruke Carpers kunnskapsmønster for å beskrive de komponentene som styrer sykepleierenes kunnskaper. Kims praksisteori er av nyere utgave og vil stå som en sentral del av teorien om hva som styrer sykepleierenes handlinger. En kort overblikk over forskjellige kunnskapstyper er viktig i forståelsen av sykepleiefaget.

Kapitlet om munnhygiene spenner over et vidt område. Det er blitt lagt vekt på emner som faller naturlig sammen med problemstillingen. Komplikasjoner ved ikke å ivareta munnhygiene og redskaper i utførelse av munnstell er fremhevet. Fysiologiske og mikrobielle forhold i munnhulen er ikke blitt utdypet. Etter mitt syn faller dette utenfor studiens hensikt.

Resultatet begrenser seg til en valgt avdeling og sykehus. Det er et ønske om at resultatet kan ha en relevans utover den aktuelle avdelingen. Sykepleierne som danner grunnlaget for datamaterialet har praksis erfaring fra 2-5 år. De inngår i sykehusets kliniske kompetanse program. De fleste av dem er i modul 2 eller 3. Pasientene inngår ikke direkte i studiet selv om de er med under observasjonene. Pasientene som er med under observasjonen er i forskjellige forløp av den postoperative fase og vil kunne påvirke sykepleiernes handlinger og svar under observasjonen og intervjuet.

Denne mangfoldighet vil inngå som en naturlig del av studien. Når det utføres et kvalitativt studium vil det være unaturlig og kanskje etisk ikke riktig å bare begrense sykepleierne til å uttale seg om hendelsene i morgenstellet. Siden det er gjort få kvalitative studier vil også erfaringer utover den aktuelle morgenstellet danne grunnlag for datasamlingen.

Det er gjort noen flere begrensninger i oppgaven. For det første er pasient observasjonene blitt lagt til pasienter som ikke er intuberte, respirator pasienter, terminale eller med spesielle munnsykdommer. Dette fordi jeg tror at disse pasientene krever sin egen

omfattende tilnærming. Informantene skal vurdere sine kunnskaper om munnhygiene i forhold til pasienter på sin egen senge post.

### Oppgavens oppbygning og struktur

Oppgaven er delt inn i 8 kapitler. Kapittel 2-3 utgjør studiens teori del og kapittel 5-6 den empiriske del. Teoridelen deles inn i et kapittel om kunnskap og et kapittel om postoperativ munnhygiene relatert til sykepleie. I kapittel 4 presenteres studier som anses som relevant for denne studien. Dermed blir studien sett i en større sammenheng i forhold til det som blant annet er gjort i tidligere studier. Kapittel 5 gir en beskrivelse for metoden og designet. Metoden blir beskrevet teoretisk gjennom de ulike forskningsprosessene i studien. Slik får leseren mulighet til å vurdere kvaliteten på resultatet. I kapittel 6 blir funnene presentert etter slik de er oppstått i kategorier ved hjelp av Erlandssons analyse prosess. Forskningsspørsmålet har en innflytelse på det som ønsket besvart. I kapittel 7 blir funnene diskutert opp mot deres relevans for praksis, tidligere forskning og teori. Kapittel 8 er en konklusjon av studien. Her blir det gjort en oppsummering av studien, følger for praksis og videre forslag til forskning.

## KAPITTEL 2 KUNNSKAP I SYKEPLEIEN

Dette kapittel konsentrerer seg om kunnskap i sykepleien gjennom de siste 50 årene. Kunnskap er et viktig begrep i oppgavens problemstilling. Den utgjør en av kjerneområdene for den sykepleieteoretiske referanserammen. Her gjøres det redegjøres for hva som ligger i begrepet kunnskap. Kunnskap kan tolkes i flere retninger. En kort historisk utvikling av hva man har vektlagt av kunnskap gjennom de siste 50 årene blir viktig for å kunne forstå sykepleiefaget. Carpers kunnskapsbegrep som ble utformet i 1978 blir belyst. Jeg synes den er viktig fordi den tar opp sider ved kunnskapsbegrepet som er bra i sykepleiefaget. Carper diskuterer både kunnskap som påvirket av teori, sykepleiernes personlige erfaringer, sykepleiernes egen personlighets evne til å utvikle kunnskap og etisk utfordringer i praksis. Kim har videreutviklet Carpers kunnskaps begrep til den nåværende praksis situasjon som mange sykepleiere kjenner til. Ulike typer kunnskap blir beskrevet. Beskrivelsen av de forskjellige typer kunnskap belyser at det er flere måter å se på kunnskap i sykepleien.

### Kunnskapsbegrepet

Kunnskapsbegrepet kan forstås på mange måter. Det kan benyttes i både snever og vid betydning. I antikken hadde man forskjellige oppfatninger av ordet kunnskap. Platon mente at det måtte være noe bak det sanseerfarte, språket og tingene. Han kalte det en ideenes verden. Det var den eksakte viten hvor det fantes prinsipper som mennesket måtte forholde seg til (Føllesdal, 1990).

I ordbøkene finner man ord som kjennskap, viten, lærdom og innsikt (Escolas ordbok, 1994). Kunnskap blir i Wikiapedia betraktet som noe man skal forstå og bruke i en bestemt sammenheng. Kunnskap blir sett som noe som er felles mellom en gruppe mennesker. Kunnskapen får man i det miljøet man lever i. Kunnskap blir også karakterisert som informasjon kombinert med erfaring, kontekst, fortolkning og refleksjon.

Synonymer til kunnskap er blant annet ekspertise, fagkunnskap, kyndighet, erfaring og ferdighet (Bokmålsordboka, 2005). Det finnes ikke noe entydig svar eller syn på kunnskapsbegrepet.

### Kort historikk om kunnskapssynet i sykepleiepraksis

I en historisk sammenheng har kunnskapsutviklingen i sykepleien vært i forandring. Før 1950 tallet var man preget av en håndverkstradisjon i Norge. Den enkelte sykepleier utviklet sin kunnskap gjennom sin praksis erfaring. De humanistiske og kristne verdier var dominerende (Martinsen, 1993). Det var de moralske plikter som styrte blant annet utdanningen av sykepleiere. Det man fikk av teoretisk kunnskap var sykdomslære. Denne kunnskapen skulle være viktig for å utføre forskjellige prosedyrer og tekniske ferdigheter (Mathisen, 2006).

Fra 1950 til 1975 var de naturvitenskapelige fagene prioritert. Sykepleieteoretiker Virginia Henderson var en av de første som var opptatt av pasientens grunnleggende behov. Det ble viktig at sykepleiere hadde kunnskap om pasientenes grunnleggende behov. Hun definerte 14 grunnleggende behov som sykepleiere skulle befatte seg med. Den fikk stor anerkjennelse og preger fortsatt sykepleie tekningen i mange land. Henderson fikk en sterk innflytelse på sykepleietenkningen i Norge (Kirkevold, 1992). Blant annet har Hendersons preget Rikshospitalets utforming av sykepleietjenesten. Etter mitt syn kan dette muligens forklare at sykepleiere i dag benytter seg av flere kunnskaper i sin utøvelse av sykepleie.

I 1960 årene ble man opptatt av hvordan sykepleiere utfører sitt arbeid. Det ble sett på samspillet mellom sykepleier og pasient som en viktig forutsetning for tilfredsstillende sykepleie. Det ble dannet en tese om at kontakt forholdet mellom sykepleier og pasient er viktig for å øke sykepleie kvaliteten. Ved å sette seg inn i pasientens situasjon vil man finne ut av hvilke behov som skal ivaretas (Kirkevold, 1992, Kristoffersen, 1996, Meleis, 1997).

I 1970 årene bærer det preg av helhetstenkning. I USA ble det utviklet flere sykepleie modeller med et større mangfold. Noen modeller tok avstand fra den medisinsk dominerte vitenskaps tenkning (Kristoffersen, 1996, Kirkevold, 2001). Eksistensialismen ble viktig i sykepleien. Det ble skapt en forventning fra samfunnet og sykepleie profesjonen at sykepleiere skulle ha en medmenneskelig kunnskap (Mathisen, 2006).



I 1980-årene fikk man diskusjon om hva slags kunnskap man skal ha i sykepleien og hvordan de skulle framskaffes (Kirkevold, 2001). Ontologiske spørsmål som menneskets vesen og væren i verden ble viktige. Det ble debattert gjennom filosofiske tradisjoner fra fenomenologi, hermeneutikk, marxistisk teori og feministiske teorier. Debatten førte også til at man fant nye måter å se på kunnskap. Begreper som klinisk kunnskap ble utdypet av Martinsen (1991) og Kirkevold (1990). Hamran (1987) kom med begrepet pleiekultur og taus kunnskap. Martinsen (1991) var opptatt av å se sykepleie som en moralsk praksis etter påvirkning av filosofen Løgstrup.

I dag er fokuset for sykepleiefaget å konsentrere seg om hendelser og sykepleiesituasjoner knyttet til reaksjoner på sykdom og behandling (Meleis, 1997). I dag er det bred enighet om at erfaringsbasert og personlig kunnskap er viktig for utøvelse av sykepleien.

Kjennetegn ved sykepleiekunnskap er at den er knyttet til verdi og moral (Kristoffersen, 2005)

### Ulike syn på kunnskap i sykepleie

Det er flere teoretikere som har vært opptatt av å beskrive ulike kunnskapsformer i sykepleie som blant annet Carper (1978), Benner (1983), Kim (1987), Meleis (1991) og Kirkevold (2001). Carper og Kims kunnskapsformer blir utdypet i senere kapitler.

Det er blitt laget et skille mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap er blitt sett på som vitenskapelig kunnskap utviklet gjennom forskning. Den er kunnskap som man blir enige om etter bestemte vurderingskriterier. Den er person uavhengig, og ikke knyttet til en bestemt person.

Teoretisk kunnskap beskriver og forklarer forholdet mellom fenomener (Kirkevold, 2004). Den bygger på det å vite at, om, eller hvorfor (Burnard, 1987). Burnard hevder videre at man kan innhente teoretisk kunnskap om fakta, teorier om et subjekt, ting eller person uten erfaring (Ibid). Teoretisk kunnskap er blitt sett på som generell og allmenn. Den teoretiske kunnskap uttrykkes ved hjelp av begreper. Disse begreper er generelle og forklarer hva som er felles ved en gruppe fenomener (Kristoffersen, 1996). For eksempel vil begrepet

mennesket være løsrevet fra den enkelte person, men inneholde kjennetegn som er felles for alle mennesker. Det har vært en tro på at teoretisk kunnskapen skal bedre menneskers livs kår (Kim, 1993, Molander, 1993). Denne kunnskapsformen har høyest status i vårt samfunn (Kirkevold, 2004, Martinsen, 1989). Rolf (1995) omtaler denne teoretiske kunnskapsformen som påstandskunnskap. I følge Kirkevold (2004) gir denne skriftlige kunnskapsformen et snevert meningsinnhold til kunnskap i praksis. Det er av betydning at sykepleiere kjenner til medisinske og odontologiske sider ved munnhygien for å kunne få en forståelse for viktigheten av munnhygien.

Teoretisk kunnskap er viktig i sykepleie. Men denne kunnskapen er ikke tilstrekkelig for å kunne utøve sykepleie til pasienter. I tillegg til teori kunnskap trenger sykepleierne erfaringer fra flere praktiske situasjoner som gir kunnskap. Fagermoen (1995) hevder at det ikke er tilstrekkelig å ha teoretisk kunnskap hvis den ikke settes i sammenheng med den praktiske handlingen.

I dag er erfarings basert og personlig kunnskap viktige i sykepleiekompetansen sammen med det faglige skjønn. De erfaringer sykepleiere har i forbindelse med munnstell til pasienter vil kunne være med på å påvirke deres handlings valg. Har sykepleierne erfaringer om pasienter med krevende munnstell, vil de også ha en viss kunnskap om hva man kan gjøre i liknende situasjoner. Siden det er forskjellige pasienter med forskjellig grad av kompleksitet stilles det en viss grad til vurderingsevnen hos sykepleieren. Sykepleieren er 24 timer hos pasienten og skulle ha de beste forutsetninger for å kunne dokumentere pasientens munnhygiene. Dette gjør at kunnskaps begrepet i sykepleien vil måtte ha et noe mer innhold enn bare begrepet teoretisk kunnskap. Kirkevold (2004) hevder at hver sykepleier har sin kunnskap hentet fra teori, praksis erfaring og sine personlige etiske vurderinger.

Praktisk kunnskap er sett på som konkret, spesiell og subjektiv (Kirkevold, 2004, Molander, 1993, Schön, 1983). Det vil si at det vil være den sykepleieren som har opplevd og erfart situasjon som sitter igjen med en kunnskap. Praktisk kunnskap får man ved praktisk erfaring som tilegnes gjennom trening. Sykepleieren er aktivt involvert i og handler i det praktiske liv (Rolf, 1995). Burnard (1987) hevder at praktisk kunnskap dreier seg om; å vite hvordan og å kunne gjøre. Den henger nøye sammen med utøvelsen av

yrkesfunksjonen. I sin fremstilling av praktisk kunnskap deler Burnard den inn i tre forskjellige ferdigheter; Rasjonelle, samhandling og manuelle ferdigheter. Praktisk kunnskap er en handling Det er godt mulig å ha praktisk kunnskap uten å ha teoretisk kunnskap (ibid). Erfaringskunnskap er et begrep som er benyttet. Burnard har beskrevet denne formen for kunnskap som annerledes enn teoretisk og praktisk kunnskap. Den er opplevd på individuell basis. Denne kunnskapsformen får sykepleieren bare tilegnet gjennom personlig samhandling med pasienten. Erfaringskunnskap er den enkelte sykepleieres private eiendel (ibid).

Edwards (2001) hevder at sykepleie som en praktisk disiplin trenger praktisk kunnskap. Sykepleiere trenger praktisk kunnskap om hvordan for eksempel pusse tenner på en pasient. Hvilken teknikk skal man bruke ved tannpuss. Det er anerkjent at tannpuss forebygger infeksjoner, karies, blakk etc. Hvordan skal man bruke tannbørsten, tanntråden eller tannpirkeren ? Dette virker banalt men vil for en pasienten være av avgjørende betydning for ivaretagelsen av munnhygien. Praktisk kunnskap omfatter ulike ferdigheter som sykepleieren må ha i sin yrkesrolle.

Gjennom utdannelsen får sykepleiere både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap om munnstell. Utdannelsesinstitusjonen legger fram de lærebøkene som de mener kvalifiserer til økt kunnskap. På de fleste sykepleieutdanningene benytter man seg av øvelses poster. På disse øvelses poster får sykepleiestudentene mulighet til å få opplæring i munnstell. Hvorvidt de får en grundig oppfølging i munnstell avhenger av blant annet vektleggingen av faget munnhygiene og lærenes kompetanse. Den teoretiske og praktiske kunnskapen vil videreutvikles i praksis hos sykepleieren. Sykepleieren vil overtid foredle sin totale kunnskap i det som Kirkevold (2004) betegner som ”personlig kompetanse”. Kunnskap kan dermed ha en videre betydning med et mer meningsinnhold.

De teoretiske og praktiske kunnskaps tradisjoner har levd side om side i den vestlige verden. I dag er det allment godkjent i sykepleien at en hver praktisk situasjon er unik. Kunnskap basert på forskning har en begrenset verdi når det gjelder valg av den beste handling i hver situasjon. Valg av forskjellige utstyr, teknikker og frekvens i ivaretagelse av munnhygien vil avhenge av pasienten. Alle pasienter har forskjellige munnstatus, syn på munnstell og sykdomssymptomer. Sykepleieren må kartlegge hver pasients munnstatus, behov og rutiner for munnstell.

Evidence based nursing er et begrep som blir brukt og har fått gjennomslagskraft i sykepleiefaget internasjonalt (Boge, Martinsen, 2006). Evidensbasert sykepleie kommer fra begrepet evidensbasert medisin. I Norge har denne benevnelsen fått navnet evidensbasert praksis. ”Siktemålet med evidensbasert medisin og evidensbasert sykepleie er at den kunnskapen vi bygger våre tiltak og tjenester på skal være den beste og mest oppdaterte for å sikre våre pasienter den til enhver tid beste behandling, sykepleie og oppfølging” (Nordtvedt, 2001 s.42).

Kjernen i evidensbasert praksis er at alle tiltak i forhold til behandling, omsorg og pleie skal baseres på faktabasert forskning. Evidensbasert praksis er blitt kritisert for å nedvurdere erfaringsbasert kunnskap (Ekeli, 2002, Humphris, 2003, Lykkeslet, 2005, Bog, Martinsen, 2006).

#### Carpers kunnskapsmønster

Carper (1978) er en amerikansk sykepleieforsker som har utarbeidet et kunnskapsmønster i sykepleie. Hun var blant de første som beskrev ulike typer av kunnskap i sykepleie. Dette kunnskapsmønsteret består av fire typer; empirisk, estetisk, personlig innsikt og etikk. Det er valgt å bruke hennes kunnskaps mønster fordi den beskriver greit forskjellige kunnskaper sykepleiere bruker bevisst eller ubevisst i sine handlings valg. Carper vurderer dem som forskjellige men samtidig avhengig av hverandre. I det følgende vil jeg støtte med til Carpers artikkel, men utdyper denne mer i forhold i munnhygiene i praksis.

Empirisk kunnskap blir forklart som generelle lover og teorier med den hensikt å forklare, beskrive og forutsi fenomener i sykepleie disiplinen. Den er generaliserbar. Noe av denne kunnskapen omfatter fagområder som bla. medisin, psykologi, filosofi, sosiologi, og odontologi. Skal denne kunnskapen bli sykepleiekunnskap må den settes inn i en relevant sykepleiesammenheng (Fagermoen, 1981). Kunnskap fra støttefagene vil ikke hjelpe sykepleieren vis den ikke settes i riktig sammenheng i den gitte situasjonen. Empirisk kunnskap fra medisinen vil være riktig i stort sett alle situasjoner og kunne forutsi resultatet ved en sykepleie handling. Mens kunnskap fra for eksempel psykologien vil være annerledes. Å forstå hvordan en pasient reagerer i en gitt situasjon og gi den riktige

behandlingen ut fra faste regler blir mer problematisk. Den empiriske kunnskapen vil komme til nytte når sykepleieren reflekterer over dens nytte verdi i den enkelte praktiske situasjon. Hvis sykepleier har kunnskap om hvordan medisiner virker på munnhulen vil det kunne øke sykepleiernes forståelse for viktigheten av munnstell.

I estetisk kunnskap er man opptatt av hvordan sykepleiere handler i bestemte kliniske situasjoner. Denne kunnskapen har også blitt omtalt som “sykepleiens kunstaspekt” (Nåden, 1990). Den har blitt sett på som ikke empirisk kunnskap. Carper (1978) hevder at estetisk kunnskap ikke har blitt vektlagt like stor vekt som empirisk kunnskap. Den naturvitenskapelige tradisjon kan forklare dette synet på estetisk kunnskap. I medisinen og psykologien har man vært opptatt av målbare og objektive resultater er det riktige. Den estetiske kunnskapen er subjektiv, situasjonsbetinget og konkret. Det blir vanskelig å lære den gjennom teoretiske studier. Den fyller ikke kravene til naturvitenskapen. Den er en syntese av sykepleierens vurderingsevne, personlige egenskaper og praktiske ferdigheter synliggjort i konkrete handlinger (ibid). Det kan være hvordan sykepleieren har reflektert over sine egne erfaringer rundt forskjellige typer munnstell i praksis. Empati er et viktig begrep innenfor estetisk kunnskap. Empati forstås som evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon. Estetisk kunnskap er også avhengig av den enkelte sykepleieres menneskesyn og skapes i sykepleiesituasjonen i praksis. Benner (1984) hevder at en erfaren sykepleier har en høy grad av estetisk kunnskap. Samspillet mellom pasienten og sykepleierens refleksjoner i en gitt situasjon skaper ny kunnskap. Sykepleieren vil i samhandling med pasienten kunne reflektere over hvilket utstyr som ivaretar pasientens behov for optimal munnhygiene i den gitte situasjonen. Det kan være at pasienten trenger skyllemidler, tannpirkere, tanntråd eller en type tannbørste for å få ivaretatt munnhygien. Personlig kunnskap referer til sykepleierens følelser i situasjoner med pasienten, hvordan sykepleieren takler og reagerer på sine følelser. Den er den vanskeligste å undervise om og lære bort. Den handler om den enkelte sykepleiers personlige utvikling. Denne kunnskapen er subjektiv og blir til i samhandling med mennesker i ulike livssituasjoner. I sykepleiefaget har man en lang tradisjon som bygger på det kristne eventuelt det humanistiske menneske synet. Her blir blant annet egenverd, likeverd, respekt, og det unike ved pasient verdsatt. Kvaliteten på sykepleietjenesten styres av den personlige kunnskap. Sykepleieren bruker sin personlighet i det daglige arbeidet med pasienter. I dag bli empati, respekt og engasjement vektlagt i sykepleier utdanningen (Kristoffersen, 1996). Sykepleierens

reaksjoner på å pusse pasientene tenner eller å påminne pasientene, vil kunne være med på å påvirke pasientens videre munnstatus.

Etisk kunnskap viser til kunnskap om hva som er riktig og galt i handlinger knyttet til sykepleie disiplinen; etiske koder. Sykepleierenes handlinger får konsekvenser for blant annet pasientenes helse, velvære og trivsel. Det handler om å utvikle sin bevissthet om sine egne verdier og det som er verdigrunnlaget i sykepleiefaget. Med andre ord innebærer etisk kunnskap bevissthet om grunnlaget for egne handlinger og konsekvenser av disse.

Spørsmål som hva gjør jeg som sykepleier når pasienten ikke vil pusse tennene. Etiske teorier og prinsipper vil danne grunnlaget for utviklingen av den etiske kunnskap. Den etiske kunnskapen handler om sykepleierens ulike valgmuligheter i det enkelte møte med pasienten. Sykepleieren står ansvarlig for sin valg. I praksis står sykepleieren over for ulike etiske konflikter som de må ta stilling til. Hva gjør en sykepleier hvis det er dårlig bemanning på en sengepost og arbeidsoppgaver må prioriteres? Hvilket valg gjør sykepleieren? Hvorfor velger sykepleieren å handle på sin måte ?.

Kunnskapsbegrepet er i følge med Carper sammensatt av sykepleierens ervervete og personlige egenskaper, ferdigheter, evner og erfaringer. Jeg synes Carper har en vid forståelse av kunnskap i sykepleie. Både sykepleiere og sykepleiefaget bør ha en vid forståelse av kunnskapsbegrepet.

### Kims domener

Kim (2000) deler sykepleievitenskapen inn i fire domener, for å kunne klassifisere sentrale begreper. Kim har gjort en klar og grundig oversikt over hva sykepleievitenskapen befatter seg med. I følge Kim (1987, 2000) danner disse fire domener en typologi som sykepleie feltet spenner over som danner et rammeverk. Derfor blir kims struktur benyttet i hovedoppgaven.

”Med domenebegrepet menes overordnede temaområder eller kategorier som omfatter mer konkrete og avgrensede temaer og fenomener som faller innenfor sykepleiefagets ansvars og kunnskapsområde” (Kirkevold, 2001 s.27).

Praksis teorien er ment som et redskap til å lage en avgrensning til andre fagområder (Kim, 2000). Det er også ment at man kan forholde seg til et eller flere forskjellige perspektiv innenfor et og samme område. Domene sees som vide kategorier.

Det er fire domener i den empiriske verden som omfatter fenomener knyttet til sykepleiefaget. Disse fire domene deler Kim inn i: klientdomenet, klient- sykepleiedomenet, praksisdomenet og omgivelsesdomenet.

Klientdomenet omfatter menneskelige erkjennelses anliggender i et sykepleiefaglig perspektiv. Innenfor dette domenet er det fenomener knyttet til klienten. Kim deler dem inn i fire begreper: livs viktige begreper, utviklingsmessige begreper, problemorienterende begreper og begreper vedrørende erfaringer med helsevesenet. Begrepet helse inngår i klientdomenet. De fenomenene som er knyttet til klient domenet er smerte, kvalme, nedsatt evne til å ivareta sin egenomsorg og opplevelser av det å være syk.

Klient- sykepleie domenet omfatter fenomener knyttet til sykepleier-klient relasjonen. Det er fenomener som oppstår i interaksjonen mellom sykepleier og klient. Det er fenomener som oppstår i den direkte kontakten mellom klienten og sykepleieren. Fenomener som verbal og non verbal kommunikasjon går inn under dette domenet. Individuelle aktører, sosial kontekst, interaksjonsprosessen og pasientens velbefinnende er fire viktige variabler.

Praksis domenet omfatter fenomener hos sykepleieren som yter sykepleie til pasienten. Det henvises til hvordan sykepleieren tenker, gjør kliniske valg, tar beslutninger i arbeidet med klientens problemer. Det er en prosess som foregår på bakgrunn av sykepleierens kunnskaper. Fenomener i praksisdomenet er ikke godt nok utdypet i sykepleie teorien og sykepleieforskningen.

Praksisdomenet referer til ytre og indre faktorer som påvirker den sykepleie som blir gitt til klienten. Ytre faktorer forstås som organisatoriske faktorer i sykepleiens omgivelser, sykepleiepraksisens kultur, normer, etikk, sykepleiebehov, tid og sted faktorer i sykepleie praksis. Indre forhold forstås som sykepleierens personlige egenskaper, erfaringer, holdninger, engasjement og sosialisering (1987, s18). Fenomener som Kim (1987) trekker

frem er variasjoner i sykepleiehandlinger, utvikling av kvalifikasjoner, anvendelse og utvikling av ekspertise i sykepleiepraksis og de ulike måter sykepleieren løser etiske problemer. Det som er av interesse er å se på hvordan sykepleieren tenker, begrunner sine handlinger, og hvordan kunnskapen blir benyttet (universielle og personlige) i praksis. I forhold til oppgavens problemstilling vil det være se hva sykepleierene vet om munnhygiene, hvordan de ivaretar pasientens munnhygiene og begrunner sine handlinger.

Omgivelsesdomenet skal gi en videre forståelse av fenomenene innenfor de tre andre domene. Fenomener i dette domenet er viktig for sykepleien. Fokuset blir hvordan omgivelsene påvirker pasientens situasjon, klient-sykepleier interaksjonen og praksis situasjonen. Omgivelsesdomenet består av tre typer variasjoner; tid, sted og kvalitet. Omgivelses domene kan gi forklaringer på fenomener i de andre tre domene.

Hensikten med studiet er å se på hva sykepleiere mener og erfarer om postoperativ munnhygiene. Dermed kommer problemstillingen innenfor Kims praksisdomenet. Kim hevder at hovedfokuset for sykepleie er klienten (2000). Etter et kirurgisk inngrep kan pasientens krefter, kunnskaper og vilje til å ivareta munnhygien selv være redusert. Ut fra Kims syn vil det da kunne være en sykepleie ansvar at klienten får en tilfredsstillende oppfølging av sin munnhygiene. I forhold til studien vil det være av interesse å se nærmere på hvordan kunnskap i sykepleie praksis er strukturert.

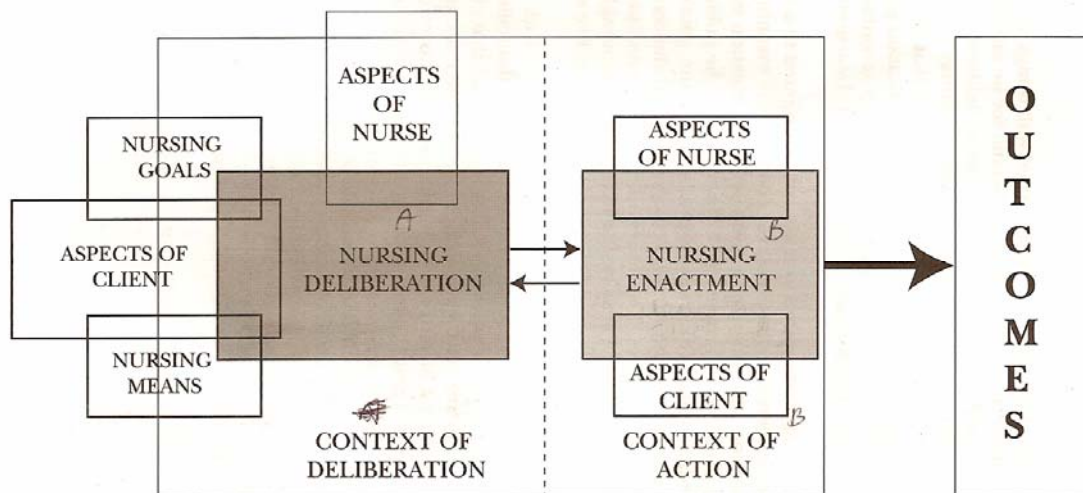
#### Kims beskrivelse av sykepleiepraksis

Sykepleien har et samfunnsmandat. Den vil være bestemt av samfunnets krav og endringer. De økonomiske strukturer og kulturelle verdier i samfunnet vil være med på å påvirke sykepleien til pasienten (Ramhøj, 2001). De norske sykehus har i dag stort sett fokuset på medisinsk utredning, behandling, utredning og pleie. Ligge tiden har blitt redusert som følge av effektivisering og medisinsk teknologisk utvikling. Den tiden sykepleieren bruker på pasienten skjer på den medisinske behandlingens premisser (Valset, 2005). Dagens sykepleie praksis på sykehus omfatter både delegerte medisinske oppgaver og selvstendige sykepleie faglige oppgaver.



Kim (2000) beskriver sykepleie praksis som en kompleks virkelighet. Gjennom sin modell beskriver hun praksisen slik hun oppfatter den. Praksis består av forhold ved klienten og sykepleier, målet for sykepleiemetoder og sykepleie strategier (midler) samt omgivelsen sykepleieren arbeider innenfor danner grunnlaget for de overveielser og handlinger som sykepleieren gjør. Kims praksis teori er fokusert på sykepleieren. Kim (2000) beskriver sykepleie praksis gjennom følgende modell:

Figur 1 Sykepleiepraksis



I følge Kim består praksis av to faser; 1) overveielser før handlingen (The Phase of Deliberation) og 2) selve handlingen (The Phase of Enactment). Overveielsene kan være manifeste eller latente. De overveielsene sykepleieren gjør skal føre fram til en beslutning og et valg for handlingen. Den aktuelle situasjonen avgjør graden av kompleksiteten. I overveielse fasen krever det at sykepleieren forholder seg til fem faktorer:

1. Kunnskaper om pasienten
2. Sykepleiens mål
3. Sykepleie strategier
4. Sykepleierens omgivelser
5. Sykepleiens utdanning, motivasjon, engasjement etc.

Det kan skje at sykepleierens handlinger blir annerledes enn det som ble bestemt i overveielses fasen. Derfor mener Kim at det ikke holder med bare overveielses fasen. Det kan skje forandringer som sykepleieren ikke så i starten. Både pasienten og situasjonen kan forandres underveis slik at det må nye overveielser til.

Handlingsfasen består av sykepleieren i en praksissituasjon i samhandling med en pasient. Handlingsfasen inneholder tre faktorer:

1. Pasienten
2. Konteksten/settingen
3. Sykepleieren

Kim (2000) nevner også to forhold som sykepleieren må forholde seg til når hun skal utøve sykepleie til pasientene. Først og fremst må sykepleieren ha kunnskap om problemet og kunnskap om pasienten. For å kunne ivareta postoperative pasienters munnhygiene bør sykepleieren ha generelle teoretiske kunnskaper om munnhygiene. Kunnskaper som kan være aktuelt er blant annet kjennskap til munnhulens anatomi, fysiologi, medikamenters innvirkning på munnhulen, sykdommer, infeksjoner i munnen, utstyr og pasientens egne rutiner. Sykepleierens egne holdninger til munnhygiene vil kanskje kunne være med på å forklare noe om hvordan munnhygiene still fungerer i praksis.

Kim hevder at sykepleiere i praksis har en terapeutisk funksjon (Philosophy of Therapy Orientation) og en omsorgsfunksjon (Philosophy of Care Orientation). Kim ser disse to funksjonene som filosofisk orientering for sykepleiere i planlegging av sykepleiepraksis. For postoperative pasienter vil begge disse to funksjonene være viktige. Den terapeutiske funksjonen er fokusert på pasientens spesielle problemer. I min studie vil det kunne være relatert til å være nyoperert. Den terapeutiske funksjonen er viktig når det gjelder å observere og forebygge. I min studie vil det kunne være observasjoner av munnhulen etter en operasjon, og hvordan sykepleieren ivaretar pasientens behov for munnhygiene. Omsorgsfunksjonen består av samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren samhandler med pasienten gjennom empati. Sykepleieren tar hensyn til pasientens historie og personlig egenskaper. Kim hevder at det i praksisdomenet er viktig å se hva, hvordan og hvorfor sykepleieren prioriterer noen pasient fenomener framfor andre. I min studie vil

dette være interessant fordi studier og litteratur viser til at munnhygiene ofte er nedprioritert i praksis (Adams, 1996, White, 2000, Coleman, 2006).

Sykepleie kunnskap som fag er sentral i oppgaven. Dette kapittelet har belyst ulike måter å se på kunnskap i sykepleie faget. Kunnskapsbegrepet kan beskrives generelt og spesielt. I praksis har det vært en kunnskapsutvikling de siste 50 årene. Carpers (1978) fire kunnskapsformer illustrer på en oversiktlig måte hva sykepleiere kan ha av kunnskaper. Kunnskapsgrunnlaget i klinisk sykepleie har vært hovedområde for Carpers forskning. Det er viktig at sykepleiere klarer å identifisere hvilke kunnskaper de anvender, og hva som ligger til grunn for overveielser og handlinger i praksis. Kims praksisteori kan være et redskap for sykepleiepraksis. En forklaring av konsekvenser/resultater av sykepleiepraksis avhenger av kunnskaper om hvordan sykepleier tenker, treffer beslutninger, benytter seg av kunnskap i praksis. Etter å ha beskrevet kunnskapsbegrepet vil det være viktig å se på hvilke kunnskaper om munnhygiene som sykepleiere trenger å ha i praksis.

### KAPITTEL 3 MUNNHYGIENE TIL POSTOPERATIVE PASIENTER

I dette kapitlet presenteres studiens del om munnhygiene. Her gjøres det rede for synet på den postoperative pasient, sykepleieres ansvar og rolle i forhold til å ivareta pasientens munnhygiene. Munnhulens anatomi blir kort beskrevet. Det vil være viktig for sykepleiere å ha kunnskaper om ulike problemer som kan oppstå i munnhulen ved nedsatt allmenntilstand og dårlig munnhygiene. Det blir beskrevet noen vanlige infeksjoner som kan forekomme. Ved ivaretagelsen av munnhygien er det av betydning hvilket utstyr som benyttes. Kunnskaper om ulike kjemiske midler og mekaniske redskaper blir beskrevet. Den postoperative pasient er ment å være en person som er innlagt på en kirurgisk avdeling. Det er perioden før og etter operasjonen som er fokuset. Den postoperative pasient blir brukt om pasienter som kommer fra overvåkingsavdelingen etter en operasjon. Den postoperative pasient kan være pasienter med ulike diagnoser. Munnhygiene er viktig for alle pasienter som er operert.

#### Den postoperative pasient

I dagens norske helsevesen blir pasienter lagt inn på sykehuset fordi de trenger medisinsk utredning, behandling, undersøkelse og pleie som primærhelsetjenesten ikke kan gi. Pasientene har i dag mulighet til å velge hvilket sykehus de ønsker å bli behandlet. Dette forutsetter blant annet sykehusets tilgjengelige medisinske kompetanse. Den medisinske teknologiske utvikling har ført til at flere pasienter kan behandles poliklinisk og av den grunn slipper innleggelse på en sengepost. Utviklingen har også ført til at flere alvorlige sykdommer kan behandles på kirurgiske avdelinger. Forskningen har ført til at man på et vel medisinsk grunnlag operere pasienter som man ikke gjorde tidligere.

Ved innleggelse på sykehus vil de normale rutiner i pasientens liv som arbeid, fritid og hjem bli opphevet. Pasienten kan oppfatte seg som underordnet i forhold til personalet på avdelingen på grunn av regler og rutiner. Personalet på avdelingen kan ha et felles underforstått grunnprinsipp om at man forventer at pasienten skal være lydig og samarbeidsvillig (Bjørk, 2000). Undersøkelser av innlagte pasienter i sykehus viser at

deres utilfredshet med oppholdet ofte er knyttet til opplevelser av manglende individuelle og medmenneskelig behandling og pleie (Mathisen, 2000).

Den post operative pasient er ikke en homogen gruppe. De legges inn på en kirurgisk sengepost av forskjellige grunner. Graden av størrelsen på operasjon og alvorlighetsgrad vil variere. Alderen kan spenne fra barn til eldre over 80 år. Noen legges inn som øyeblikkelig hjelp og andre legges inn til planlagte operasjoner eller haste operasjoner. Noen postoperative pasienter blir liggende på sengeposten i vente på overflytting til sykehjem, rehabilitering og andre sykehus av forskjellige årsaker. Noen postoperative pasienter kan bli i en så dårlig medisinsk tilstand etter en operasjon at de blir terminale. De forskjellige typer av postoperative pasienter krever forskjellige typer av pleie fra sykepleierne. Postoperative pasienter vil etter sin tilstand trenge hjelp til å ivareta grunnleggende behov som de ville ha gjort hvis de hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap eller vilje (Henderson, 1961).

### Sykepleiers ansvar og rolle

Munnen er en del av kroppen. Historisk sett har munnen blitt skilt fra den øvrige kroppen. Dette gjelder innen for helsearbeid, utdanning, lovgivning og forsikring (Klinge, 2001). Skoletannpleien ble innført ved lov i 1917. Loven sikret skolebarna rett til tannbehandling. Gjennom den obligatoriske tannhelse for barn mellom 3-16 år har det vært fremgang i ivaretagelse av tennene. Skoletanntjenesten har kunnet følge opp skolebarn og veiledet og behandlet dem. Tannhelsetjenesten for den øvrige norske befolkningen har vært avhengig av det som er lovregulert. I dag dekkes ikke vanlig tannbehandling av den norske folketrygd loven. Innenfor helsetjenesten er det en lang tradisjon for å skille munnhulen fra resten av kroppen. Innenfor utdannelse system i Norge deler man inn medisin/sykepleie og odontologi/munnhygiene som hver sine fag områder med sitt ansvar.

Munnhygiene er viktig både for friske og syke mennesker. God munnhygiene er viktig for å kunne tygge, svelge, fordøye maten og personens evne til å kommunisere (Fitzpatrick, 2000). Spesielt er en god munnhygiene etter et kirurgisk inngrep. Undersøkelser viser at munnstell kan redusere omfanget av bakterier i munnhulen (Furr, 2004). Pasienter som

legges inn i sykehus har muligens ingen fast tannlege og kan ha problemer med munnhygiene allerede før innleggelsen (Axell, 1997, Miller 1987).

De vanligste problemer ved dårlig munnhygiene kan være; munntørrhet (Xerostomi), soppinfeksjon (candidas), munnhule infeksjoner og munnslime sår. Munnhule infeksjoner og munnslime sår kan ha flere årsaker og uarte seg på forskjellige vis. Munnsår kan være innfallsporten til sepsis (Douglas, 1998). Det er også funnet i undersøkelser at bakterier fra munnhulen har forårsaket lungebetennelse, spesielt hos svake intensiv pasienter (Scannapieco, 1992, 2001).

Det tar ikke mer enn 24 timer før plager i munnhulen oppstår. Plager i munnhulen kan føre til blant annet nedsatt appetitt, sosial isolasjon, og nedsatt velvære for pasienten (Heals, 1993, Sortland, 1997). Dårlig ånde kan lett føre til at man ikke orker å snakke, og redusere evnen til å få uttrykke sine behov. Pasienter som ikke orker å spise mat kan få nedsatt ernæring status. Pasienter som for eksempel har fått et nytt organ, må ta immundempende medikamenter og kan være utsatt for de ovenfor nevnte problemene (Sheehy, 2000). Etter operasjonen gis det høye doser med immundempende medisiner, som reduseres etter hvert i forløpet. Ved dårlig munnhygiene kan det oppstå bakterielle og sopp infeksjoner og ved cyclosporin behandlingen kan det føre til gingival hyperplasi (Douglas, 1998).

Sykepleierens kunnskaper om hvordan de immundempende medisinene virker inn på munnhulen er viktig i forståelsen av viktigheten med å sette inn tiltak før og etter operasjonen. Målet for munnhygiene bør være å opprettholde god munn funksjon og redusere risken for infeksjoner etter transplantasjonen. Å innhente informasjon om pasientens munnstatus og rutiner er viktig for å kartlegge behovet for munnhygiene. I 1978 utgav Henderson og Nite boken "Principles and Practice of Nursing", hvor Henderson har skrevet 8 sider om kunnskaper og holdninger til munnhygiene. I denne boken tar hun opp sykepleierens ansvar og hvordan munnstell kan utføres og problemer som oppstår i munnhulen. Henderson sier om sykepleierens ansvar: "Det er viktig at sykepleieren kan greie å holde munn og tenner skikkelig rene hos dem som er skrøpelig og hjelpeløse. Under sykdom trenger tennene og gommen mer stell enn når en er frisk. Når pasienten ikke kan gjøre dette selv, må sykepleieren rense munn og tenner for ham." ( ICN s.33 ).

Henderson (1978) mener at det er viktig at sykepleieren blir kjent med pasienten for å kunne forstå hvilke behov pasienten har, og dermed kunne sette i gang tiltak.

Dokumentasjon før og etter operasjon om pasientens munnhygiene kan bidra til å bedre sykepleierens ansvars følelse. Sykepleieren må se og lytte til pasientens ønsker. Gjennom informasjon og undervisning kan sykepleieren lære pasienten til aktivt å ta del i munnstell og lære viktigheten av ivaretagelsen av munnhygiene.

I helsepersonelloven kommer det fram at den enkelte helsearbeider har et selvstendig ansvar for å yte helsehjelp på en faglig forsvarlig måte. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål som utføres av helsepersonell. Helsepersonelloven §4, 1. Og 2. ledd sier dette om forsvarlighet: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". Et krav til å gi omsorgsfull hjelp må være at pasienten får dekket blant annet sitt behov for munnhygiene. Det å unnlate å ivareta pasientens munnhygiene kan være uforsvarlig.

Helsepersonelloven krever også at sykepleiere dokumenterer den helsehjelpen de gir. Dette fører til at alle pasienter skal ha en skriftlig plan over individuelle behov for munnstell. Observasjoner av munnstatusen og tiltak skal dokumenteres. Observasjoner og tiltak må forstås i sammenheng med den behandlingen som blir gitt og pasientens tilstand.

Sykepleien har også et sosial mandat. Sykepleie er først og fremst et praktisk fag. I samfunnet er det klare forventninger til hva en sykepleier bør gjøre for pasienten. Kirkevold uttrykker det sosiale mandatet slik: "Det sosiale mandatet er nemlig å hjelpe mennesker som av helsemessige og/eller funksjonsrelaterte årsaker ikke er i stand til å ivareta sine daglige livs opprettholdende og livs fremmende aktiviteter på egen hånd" (Kirkevold, 2004 s.17).

## Munnhulen og infeksjoner

Munnen består både av lepper og en munnhule. Munnhulen består av kinn, tenner, kjeveben, tannkjøtt, ganen, tungen, muskulatur og spyttkjertler. Munnhulen er dekket med slimhinner som beskytter vev mot mekaniske og kjemiske skader og forhindrer at bakterier kommer inn i vev og blodbanen (Klinge, 2001). Munnslimhinnen er tynn og kan lett skades. Frisk munnslimehinne er fuktig, rosa og hel. Under slimhinnene finnes det små spyttkjertler og store spyttkjertler.

Spyttkjertlene produserer salvien. Salvien kan ha ulik konsistens fra seig tykt flytende til tynt flytende. Salvien smører slimhinnene og transporterer bort bakterier. Den inneholder enzymer som bryter ned maten. Salvien inneholder også antistoffer som kan forhindre infeksjoner i munnslimhinnen (Widheim, 2003). Når salvie produksjoner synker kan munnhulen bli tørr (Xerostomi). Tørre lepper er et symptom på at munnhulen begynner å bli tørr. Uten behandling kan blant annet plakk og karies oppstå (Cooley, 2002).

Infeksjoner og ubehag i munnhulen kan oppstå i munnhulen ved dårlig munnhygiene. Munnhulen består av forskjellige grampositive kokker, stafylokokker, enterokokker og gram negative stavbakterier (Flovik, 2006). Ved en forstyrrelse i normalfloraen vil det kunne føre til infeksjoner som for svake pasienter kan føre til alvorlige infeksjoner i kroppen. De infeksjonene som kan oppstå er blant annet stomatitt, gingivitt, periodontitt, candidas og karies.

Stomatitt er en betennelse i munnslimhinnen. Det kan forårsakes av ulike bakterier. De pasienter som bruker antibiotika kan få en oppblomstring av candida albicans.

Karies er tannråte av tennene. Karies prosessen starter i tannemaljen etter et angrep av bakterie plakk. Ved mat inntak synker pH verdien og syren angriper emaljen. Det oppstår hvite flekker på tennene. Den utvikler seg ofte langsomt. Kosten har en stor betydning for karies utviklingen. Hvor ofte man spiser er mer av betydning enn hva man spiser (Widheim, 2003). Risiko pasienter er de som spiser ofte. Pasienter på sykehus kan trøst spise ved at de har søtsaker lett tilgjengelig. Sykepleieren bør passe på at pasienter får friskt vann i stedet for saft og leske drikker mange ganger i løpet av dagen. Et godt



sammensatt kosthold kan være med på å forebygge tannsykdommer. Det anbefales at man spiser mer grovt brød, frukt og grønnsaker (Statens helsetilsyns veiledningsserie 1:1999).

Gingivitt er en betennelse i tannkjøttet. Den er forårsaket av plakk som ligger langs tannkjøtt kanten. Siden tennene har fem kanter og tannbørsten bare pusser 3 kanter vil det med mengden av plakk oppstå en kolonisering av blandingsflora. Ubehandlet kan det føre til periodontitt (Deery, 2004, Widenheim, 2003).

Periodontitt er en betennelse i tennenes støtte vev. Blir periodontitten ikke behandlet kan det føre til tannløsning. Ved daglige blødninger, mørkere rød farge på tann kjøttet, dårlig ånde kan det være et symptom på periodontitt (Tezal, 2005, Widenheim, 2003).

Candidas er en infeksjon forårsaket av sopp. Den er den mest vanlige. Hos pasienten med bredspektret antibiotika behandling eller immundempende midler er candida albicans meget utbredt. Infeksjoner forårsaket av sopp kan føre til sepsis hos pasienter med redusert allmenntilstand. Hos transplanterte kan soppen spre seg videre i luftveien og til lungene (Flovik, 2006).

### Munnstell og kjemisk framstilte produkter

Tannkrem har en lang tradisjon ved siden av tannbørsten. Siden slutten av 1800-tallet har man hatt tilgang til tannkrem. Opprinnelig var tannkremen ment som et middel til å gi frisk pust. Ved å tilsette smakstoffer i tannkrem kan man få en frisk smak i munnen. Dette har produsentene brukt flittig i sin markedsføring. Produksjonen av tannkrem har blitt en business og underlagt forskning. I dag har man tillagt tannkremen en viktig funksjon. Den skal tilføre munnhulen fluor. Allerede på 1930 tallet ble det konstantert at fluor er med på å forebygge karies i tennene (Forss, 1999). De fleste tannkremer som blir solgt inneholder fluor. Konsentrasjonen varierer fra 0,05 og 0,15 %. De tannkremer som har lavest konsentrasjon av fluor er beregnet på barn. Både produsenter og forskere forsøker i fellesskap å lage tannkremer i forebyggende hensikt (Widenheim, Renvert og Birkhed, 2003). I dag inneholder de fleste tannkremer og munnskyll midler fluor. Fluor er med på å forsterke emaljen på tennene. Tannkremen inneholder blant annet detergenter (ikke såpebaserte syntetiske vaskemidler), fuktighetsbindere, smaksstoffer, antibakterielle

stoffer, fargestoffer (Hensten og Jacobsen, 2006). Antibakterielle stoffer kan også dempe betennelser. Et detergent som brukes er natriumlaurylsulfat som blant annet skummer ved tannpuss. Dette stoffet er kjent for å være irriterende og har forårsaket allergi (Agar og Freeman, 2005). For å unngå irritasjon tilsetter man antibakterielle stoffet triklosan, med sin inflammasjonsdempende virkning. Triklosan i kombinasjon med copolymer har vist seg å ha en hvis effekt mot plakk, tannstein og gingivitt. Mattilsyn mener at de har bevis for at triklosan kan utvikle resistente bakterier mot antibakterielle stoffer. Foreløpig er stoffet ikke forbudt i tannkrem. Det pågår ifølge med Widenheim, Renvert og Birkhed (2003) forskning for å finne mildere alternativ til natriumlaurylsulfat. For de pasienter som har følsomme munnslimhinner finnes det forskjellige tannkremer. Disse tannkremene inneholder bla ikke såpe, fargestoffer og sterke konserveringsmidler (Zendium, Salutem, Siko eller Denivit tannpussevann). Fluor er i dag anbefalt i det daglige tannstellet. På det norske markedet finnes det flere tannkremer å velge mellom.

Tannkremene inneholder ofte svake slipemidler som kan fjerne misfarging. Tannkremens slipeevne avhenger av flere forhold (type slipemiddel, hardheten av slipe partiklene, størrelse og form). Slipe effekten måles i RDA (Radioactive Dentine Abrasitivity). Verdien 100 representerer en høy effekt. De fleste tannkremer holder seg mellom 30 og 80 RDA (ibid). De vanligste slipemidler i tannkrem er kiseldioxid (silica) og kalsiumkarbonat. Fuktighetsbevarende middel i tannkremen forhindrer uttørking av den. De vanligste er glyserol og sorbitol. Noen tannkremer har fått xylitol i stedet for sorbitol. Xylitol har visst seg å kunne redusere bakterien streptococcus mutans i saliva (ibid). Streptococcus mutans fester seg på tannoverflaten og benytter karbohydrater til å danne syre. Ved en pH på 5,5 kan emaljen bli løst opp. Synker pH verdien mer vil kalsium, fosfat og hydroksylioner forlate tann vevet og tannsubstansen demineraliseres. Hos munntørre vil ofte pH verdien være lavere og øke risikoen for kariesskader.

Smakstilsetningsstoffer i tannkrem består ofte av for eksempel pepperminte, mentol og eukalyptusolje. For mange er smaken viktig og kan lett fører til påvirkning av tannkrem valget. For personer med munntørret kan en del tannkremer føles sterke.

Fluor er det viktigste middel i forebyggende arbeid mot karies. Det er ingen uenighet blant ekspertene om at det er fluorens fortjeneste at karies forekomsten har gått ned i vest

Europa. I 1938 ble det publisert en artikkel om fluor i drikkevannet og dens betydning på karies (ibid). Den har blitt en klassiker. Det ble gjort en undersøkelse i 21 byer i USA blant 12-14 åringer. Tannlegen Trendley Dean fant ut at det var en sammenheng mellom drikkevannets fluorhalt og karies i tennene. Der det var 1 mg fluor per liter var det den største gjennomsnittlige kariesreduksjon uten at det var noen skader på tann emaljen. Barn som hadde vokst opp med et slikt drikkevann hadde omtrent halvparten så mange karies i tennene som barn vokst opp ved fluor fattige steder. Det er gjort flere studier senere som viser at karies i barns tenner avhenger av flere forhold enn fluor innholdet i drikke vannet. Angelillo, Torre, Nobilie og Villari (1999) gjorde et studie fra to områder i Italia hvor fluor innholdet var forskjellige. Undersøkelses gruppen var 12- åringer. Det viste seg at sosiale, økonomiske forhold og inntak av sukker var viktigere enn fluor innholdet i drikke vannet når det gjaldt karies statusen av barna. Forss (1999) påstår at faktorer som sosiale, økonomiske forhold i et samfunn, bruk av fluor tilsatte midler (tannkrem) blant befolkningen vil påvirke forekomsten av karies. Der det er et lavt karies status blant befolkningen må en innføring av fluor program være godt dokumentert både dets forebyggende effekt og kostnaden ved å innføre det. De siste 50 årene har det vært skrevet flere forskningsrapporter om fluors påvirkning på karies og fluor i drikke vannet. Diskusjonen om fluor har vært om dens systematiske effekt (fluor tilførsel under tann utvikling) og lokale effekt (fluor påvirkning av ferdige tenner). Fluor har den funksjonen at den hemmer demineraliseringen. En annen viktig funksjon er at fluor kan hele små kariesskader (remineralisering). Fluor finnes også som munnskyllevæske og i tablettform. Det er forskrevet i bruksanvisningen hvor ofte man skal bruke de forskjellige preparatene.

Det finnes forskjellige munnskylle midler på markedet. I litteraturen anbefales det skylle midler med benzydamin hydroklorid ved behandling av mucositis (slimhinne betennelse) (Epstein og Schubert, 2003). Benzydamin virker lokalt og stopper smerter og betennelse og har vist seg å være effektiv og sikker i forebygging av munnsår (Epstein, 2002).

Klorhexidin har vært anbefalt som førstehånds produkt av munnskylle middel ( Hansen 1996, Wood, 2004). Feretti (1990) anbefaler dette produktet. De hevder at klorhexidin har en signifikant reduksjon i forekomst av slimhinne betennelse. Rawlins (2001) bekrefter også dette. Bakterief flora i plakk og salvia har blitt redusert opptil 80 % etter skylling med 0,2 % klorhexidin (Rawlins, 2001, Widenheim, 2003). 0,2 % klorhexidin kan forebygge

plakk dannelse men kan misfarge tenner og tunge (Evans, 2001). Misfarging av tenner kan lett fjernes hos tannlegen eller vil forsvinne etter en tid ved mekanisk rengjøring. Smaksforandringer kan forekomme ved bruk av 0,2 % klorhexidin men vil forsvinne etter avsluttet behandling (Widenheim, 2003). Foot (1994) og Widenheim (2003) hevder at klorhexidin har en lindrende effekt på smerter og irritasjon i munnslimehinnen. Miller (2000) hevder at virkningen av klorhexidin varer inntil 12 timer. Klorhexidin behandling kan benyttes forebyggende for pasienter med munntørighet, smerter ved rengjøring, gingivitt, nedsatt mental og fysisk allmenntilstand (Ciancio, 2004, DeVore, 2002, Southern, 2006, Widenheim, 2003). Klorhexidin finnes også i form av dental gel 1 %. 0,2 % klorhexidin kan gi en brennende svie i munnslimhinnen (Flovik, 2006, Widenheim, 2003). Ved å fortynne 0,2% klorhexidin med vann til 0,1% vil det lindre svien (Widenheim, 2003).

Hydrogenperoksid 3% kan fortynnes med vann til 1,5 % og brukes som skyllemiddel og virketiden er kort (Flovik, 2006). Hydrogenperoksid har en bedre effekt på gramnegative enn grampositive bakterier. Det har visst at hydrogenperoksid kan ha en skadende effekt på munnhulen (Wood, 2004). Madeya (1996) har funnet ut ved observasjoner at hydrogenperoksyd kan føre til økt sopp. Tombes (1993) gjorde et kvalitativ studie av friske personer som brukte hydrogenperoksyd. Det ble observert redusert mikroflora, smerter og munntørighet i munnhulen.

Glyserol og sitron som kombinasjoner har vært anbefalt siden 1979 som skylle middel. Det er en praksis som er blitt ritualisert og brukes fortsatt i dag (Wood, 2004). Nyere litteratur review viser at de er skadelig for munnhulen (ibid). Glyserol som inneholder alkohol kan føre til uttørkning av munnslimehinnen og sitron kan forårsake smerter i betent slimhinne (Evans, 2001, Flovik, 2006, Miller, 2001, Wood, 2004). Sodium bikarbonat har en negativ effekt på munnslimehinnen som kan forårsake dårlig smak og brennende munnslimhinner (Miller, 2001, Wood, 2004). Munnskyllevæsker er lett tilgjengelige for alle som trenger det. Mange munnskyllevæsker inneholder mellom 6-27 % alkohol og kan forårsake svie og uttørkning av munnslimehinnen (Wood, 2004). NaCl 0,9 % anbefales som munnskylle middel,. Det skal forebygge oppvekst av sopp og sette i gang tilhelings prosess. Ulempen med NaCl 0,9 % er at det tørrer ut slimhinnene (Flovik, 2006).

### Mekaniske redskaper i varetakelsen av munnhygien

En god mekanisk rengjøring av tennene forbygger både karies og periodontitt. Hvilke redskaper man skal benytte seg av er individuelt. Den mest brukte og anerkjente redskapet ved munnstell er tannbørsten. Den fjerner blakk, bakterier og øker spyttsekresjonen ved sin mekaniske metode (Evans, 2000, Flovik, 1997, Damon, 1983). Pearson (2002) hevder at tannbørsten egner seg bedre til å fjerne plakk enn tannsvamper.

Det finnes mange forskjellige typer av tannbørster på markedet. Noen tannbørster har et skaft som er konstruert for å bøyes. Det viktigste er at tannbørstskafte gir et riktig grep når man skal pusse tennene. Med en lang børsteskaft kan det være lettere å komme til rundt tannflatene. Børstehodets utforming kan variere fra ulike produsenter. Børstestråene er ofte av nylon og runde på toppen. Strå stiv heten på tannbørsten inndeles i ekstramyk, myk, medium og hard. Det er anbefalt å bruke en liten myk tannbørste. En hard tannbørste kan være med på å skade tannkjøttet (Widenheim, 2003). Et lite børstehode gjør det enklere å komme til langs tannflatene. Hvor ofte man skal børste tennene vil være individuell. Med hensyn til hvor fort blakk dannes skulle en gang per døgn teoretisk holde. De færreste klarer å fjerne alt blakk med et tannstell om dagen. Derfor anbefales tannstell to ganger daglig (Evans, 2001, Flovik, 2006). Frekvensen må avgjøres etter munnhulens tilstand (Adam, 2002, Rawlins, 2001). Tannbørsting bør utføres på morgen etter frokost og på kvelden ved sengelegging. En tannbørste med et lite børstehode som barn bruker, er ofte et godt hjelpemiddel også for voksne. Det finnes en interbrush med en liten bust. Den brukes til rensing langs tannkjøttet, tannmellomrommene og ved bruk av tannregulering. Mellomromtannbørste anbefalles der det er store mellomrom mellom tennene (Grap, 2003, McNeil, 2000, Pearson, 2002, Rawlins, 2001). Tannbørsten bør byttes ut når busten begynner å sprike og minimum fire ganger i året.

Det finnes tannbørster som går på batteri eller elektrisitet på markedet. Elektriske tannbørster har et mindre hode som roterer rundt. Ved gjennomgang av litteratur som sammenligner elektriske og manuelle tannbørster kan gingivitt reduseres ved elektriske tannbørster (Widenheim, Renvert, Birkhed 2003, Deery, 2004). Elektriske tannbørster rengjør ikke bedre enn en vanlig tannbørste. Den kan være til god hjelp ved nedsatt muskelfunksjon og til utålmodige barn (Widenheim, 2003). Utformingen gjør dem

gunstigere ved tilfeller der det er vanskelig å komme til. Det finnes tannbørster med bust på tre sider.

Tungens fissurer inneholder store mengder med bakterier som framskynder plakk dannelsen på tennene og som bidrar til produksjon av illeluktende emner som dårlig ånde. Noen tannbørster har også en innebygd tunge renser. Danser, Gomez og Van der Weijden (2003) hevder at det ikke finnes evidence for at tungen trenger å pusses regelmessig. Når det gjelder å få bort vondt lukt er tunge rensning regelmessig effektiv.

Både hos egen tannlege og på apoteket kan man få hjelp til å velge den tannbørsten som passer best. Tannen har fem flater. Tannbørsten ren gjør tre av disse flatene. Det er viktig at alle flater på tennene blir ren gjort. Mellom tennene kan det lett samle seg bakterier og belegg som tannbørsten ikke kan fjerne. Informasjonsskriv fra apotek 1 (utarbeidet i samarbeid med Jordan og Alpharm AS) anbefaler å pusse oppe og nede systematisk. Teknikken er ikke så viktig.

For å oppnå god munnhygiene er tanntråd og tannpirkere nødvendige hjelpemidler ved siden av tannpuss (Statens helsetilsyn, 1999). Tanntråd anbefales ved siden av tannbørsten. Der tannbørsten ikke kommer til vil tanntråd gjøre det. Det finnes forskjellige typer av tanntråd. Det viktigste er at hver person finner en tann tråd ut fra om man har smale tannmellomrom eller brede tannmellomrom. Det anbefales en flat tanntråd som ikke fliser til de med smale tannmellomrom. De som har bredere mellomrom anbefales en bredere, rund tanntråd. Noen tanntråder utvider seg når de kommer i kontakt med fuktighet i munnen og kan gi en mer effektiv rengjøring. Det er ikke lett å bruke tanntråd. Tanntråden kan festes rundt to fingre. Det enkleste er å benytte seg av en tanntrådholder (ibid). En tanntrådholder hjelper til med å kunne komme lettere til bakover i munnen og gjør det enklere når man skal hjelpe andre i munnstell. Tanntråden føres på pass mellom tennene med en forsiktig bevegelse til den glir ned mellom tennene. Tanntråden føres opp og ned mellom tannmellomrommet. Rester mellom tennene skylles bort med vann. Hvor ofte man skal bruke tanntråd vil variere fra person til person. Tanntråd vil være med på å forebygge karies og tannkjøtt sykdommer ved siden av tannbørsten. Det er gjort undersøkelse på effekten av tanntråd ved siden av tannpuss som viser at det vil føre til redusert blødning, gingivitt og plakk (Barnes, Russell og Reinhardt, 2005).

Tannstikkere kan fint brukes av voksne. For de som har litt større mellomrom vil en tannstikker kunne benyttes i munnstell. Det finnes forskjellige typer tannstikkere. Noen tannstikkere er av plast og andre av tre og uten fluor eller med og uten smak. Benytter man seg av en tannstikker i tre bør den fuktes litt i munnen før bruk. De små fibrene i treverket vil reise seg og gi ekstra rengjørings effekt. Yankell (2002) har utført et studie som sammenligner bruken av tanntråd og tannpirker. Studiet viser at tannpirker var bedre enn tanntråd i å redusere gingivitt og blødning i tannkjøttet.

### Medisiners virkning på munnhulen

Medisiner kan påvirke munnhulens status (Evans, 2001). Munnhulen består normalt av en koloni av bakterier. Hos friske personer vil bakteriene ikke skape problemer (Griffiths og Boyle, 1993). Antibiotika vil kunne forandre på mikroflora og forårsake infeksjoner i munnhulen (Holmes, 1996).

Munntørrhet (Xerostomi) er en tilstand der salvia produksjonen minker (Evans, 2001). Medikamentgruppene antikolinergika, antidepressiva, antihypertensiva, analgetika, barbiturater, antihistaminer, diuretika og oksygen terapi kan gi munntørrhet (Trelor, 1995). Munntørrheten øker risikoen for karies, periodentale sykdommer, munn infeksjoner (Xavier, 2000).

Immunsuppressive medisiner kan forårsake infeksjoner som candida, herpes simplex, munnsår og blødninger i tannkjøttet (Evans, 2001, Douglas, 1998). Lokal eller systemisk behandling med steroider disponerer for oral candida ved å undertrykke det cellulære immunforsvaret. Både steroider og immunsuppressive medisinene kan forverre eksisterende candida infeksjoner (Olsen, 1996). Gingival hyperplasi er en bivirkning både av cyclosporin og nifedipin. Tacrolimus er et nytt alternativ til cyclosporin som det ikke er dokumentert gingival hyperplasi (Sheehy, 2000). Lever transplanterte har en høyere risiko for å få sopp infeksjoner enn andre transplanterte (Douglas, 1998).

Munnhygien er av individuell karakter og må derfor vurderes individuelt. Den postoperative pasienten kan få forandret munnhulens status etter en operasjon.

Sykepleieren har en viktig funksjon i å ivareta pasientens munnhygiene. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om munnhulens anatomi og problemer som kan oppstå ved å ikke få ivaretatt munnhygiene. Sykepleieren bør også sette seg inn i hva slag skyllemidler og munnutstyr som finnes. Det er viktig å ha kjennskap til medisiners bivirkning på munnhulen for å kunne forebygge infeksjoner.



## KAPITTEL 4 BESKRIVELSER AV TIDLIGERE RELEVANTE STUDIE

I dette kapitlet presenteres studier som er relevant for oppgavens problemstilling. Oppgaven har som hovedfokus sykepleieres kunnskaper og håndtering av munnhygiene til postoperative pasienter. Det er hentet relevante studier fra Norge og andre land. Mange tidligere studier om munnhygiene til pasienter er i forhold til eldre omsorg og intensiv behandling.

Kapitlet deles inn i to hoveddeler. Den første delen omfatter hva sykepleierne har av kunnskaper om munnhygiene. Den andre delen omhandler hvordan sykepleierne ivaretar pasientenes behov for munnhygiene.

### Litteratur søk

Det er søkt i databasene Medline og Cinahl (1986-2006). Søkord som er brukt: Oral care, oral health knowledge, pasient care and postoperativ care unit og oral health education for nursing personnel. I tillegg er noe hentet fra litteratur henvisninger i tidsskriftartikler og bøker.

### Kunnskaper om munnhygiene

Effekten av behandlingen og et kirurgisk inngrep kan føre til påkjenninger og stress hos pasienter. Dette kan igjen påvirke pasientens munnstatus. Det er av avgjørende betydning at sykepleierne har kunnskaper om problemer som kan oppstå ved ikke å få stelt tennene og munnhulen (Preston, Punekar, Gosney, 2000).

Preston et al har (2000) gjort en undersøkelse på et sykehus i England om sykepleiernes kunnskaper om problemer som oppstår på grunn av dårlig munnhygiene. Datasamlingen bestod av et spørreskjema som ble utdelt til 115 sykepleiere. Pasient kategorien var eldre mennesker innlagt på tre forskjellige medisinske avdelinger i Liverpool. Det var tre områder som ble utforsket; erfaring og holdninger til egen munnhygiene, kunnskaper generelt om komplikasjoner i munnhulen, og råd som sykepleierne gir til pasientene i forbindelse med ivaretagelse av munnhygien. 100 sykepleiere fylte ut hvert sitt

spørreskjema. 58 av informantene var sykepleiere, 29 var assistenter og 13 var sykepleie studenter. Gruppen av disse 100 informantene ble behandlet likt uavhengig av sine ulike kvalifikasjoner. Resultatet viste at sykepleiernes kunnskaper kan være med på å påvirke deres informasjon til pasienten om munnhygiene. Sykepleiernes kunnskaper om munnhygiene var av og til ukorrekt og rådene kunne være direkte feil som ble gitt pasientene. 11 % av informantene trodde at det var nok at tennene ble pusset en gang om dagen, mens 62 % av informantene svarte at tenne skulle pusses 2 ganger om dagen. I forhold til hvilke problemer som påvirket munnhulen, nevnte 47 % av informantene trøske og 20 % munntørrhet. Det ble av noen få nevnt karies og tannkjøtt sykdommer. Alle informantene var enige om at munnhygiene er viktig for pasienten. Informanter som hadde tannlege redsel ga ofte dårligere informasjon til pasienten.

Miller og Rubinstein (1987) gjorde en studie om munnhygiene og formulerte en hypotese om at sykepleiestudenter har en utilfredsstillende kunnskap om munnhygiene til sykehus pasienter. Fire forskjellige grupper med sykepleiestudenter utgjorde utvalget. Resultatet viste at det var en mangel i kunnskaper om rasjonelle prosedyrer i ivaretagelsen av pasientens munnhygiene. Det var en høy interesse for å øke kunnskapene for å bedre pasientenes tilbud i munnhygiene.

Et annet studie om sykepleiernes kunnskaper om munnhygiene er utført av Rachel Adams (1996) i England. Det refereres til hennes studium av flere (Evans 2001, Longhurst, 1998). Adams formulerte en hypotese om at sykepleiere ikke har de nødvendige kunnskaper om ivaretagelsen av munnhygiene til pasienter. Munnhygiene i praksis er inadekvat. Metoden Adams brukte var en survey med både åpne og lukkede spørsmål. 34 erfarne sykepleiere utgjorde utvalget fra fire forskjellige medisinske avdelinger på et lokal sykehus i England. Pasient gruppen var eldre pasienter. Et område dekket spørsmål om graden av kunnskap i praksis. Sykepleierne hadde forskjellige syn på hva som gjenspeilet en frisk munn. En frisk munn vises ved slimhinnene (22 sykepleiere), rosa munnslimhinner (20 sykepleiere), rene tenner (17 sykepleiere). Halvparten av sykepleierene nevnte en rosa tunge som et sunnhets tegn, ikke munn sår (10 sykepleiere) og 8,8 % nevnte en fuktig tunge. Mindre enn 5 sykepleiere nevnte stemmen, svelge evnen, spytt, fuktige rosa lepper, blakk og sopp. Når det gjaldt valget av tannbørste og tannkrem viste studien at 35 % av sykepleierne valgte tannbørsten og tannkrem som første håndvalg. Mens 5,9 % benyttet seg ikke av

tannbørste i munnstell. Det store flertallet av sykepleierne mente at de trengte å oppdatere seg i munnhygiene prosedyrer (85 %). Hvor ofte oppdateringen skulle gjøres var det forskjellige svar på. 50 % av sykepleierne mente at oppdateringen skulle skje hvert halve år. En sykepleier mente at ved å reflektere og stille spørsmål over praksis var mer enn nok. Ingen av sykepleierne på de medisinske avdelingene nevnte oksygen som en viktig faktor i å utvikle munn problemer.

Sykepleierne i Adams studie manglet kunnskaper om hvor ofte munnstell skulle gjøres, hvilke medisiner som påvirker munnhulen, effekten av munnredskaper, forskjellige løsninger når munn problemer oppstår og hvem som skal få hjelp med munnstell.

En kvalitativ studie i Sverige ble det gjort et intervjuer av 22 personer som var i det daglige stell av eldre mennesker på forskjellige avdelinger på sykehjem (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson og Sørensen, 2000). Studien viser at personalet manglet kunnskap om munnhygiene. Sykepleierne følte at deres utdanning i munnhygiene hadde gitt lite tilfredsstillende kunnskaper. De mente at de kanskje ikke hadde vært nok mottakelig for informasjon når de ikke ble konfrontert med det. Veldig få av informantene hadde hatt undervisning under sin yrkespraksis. De få som hadde hatt muligheten til å få undervisning mente de var mer oppmerksom på behov av munnstell. Sykepleierne mente også at de trengte kunnskaper om spesielle sykdomstilstander i munnhulen. Miller (2001) kommenterer dette også i sin studie. Rutiner blir fulgt men de bygger ikke på noen systematisk kunnskap. Sykepleierne vet at de skal pusse tennene to ganger daglig men kunnskap om den praktiske handlingen er mer usikker. Kunnskaper om hva andre kolleger gjorde i forhold til munnstell til pasienter var dårlig. Sykepleierne hadde kunnskaper om tørr munn, infeksjoner i munnhulen og miste av tenner.

Miller (2001) hevder at det er lav kunnskap blant sykepleierne om ulike medisiners påvirkning på munnhulen. I Adams studie er resultatet noe annerledes (1997). 74 % av sykepleierne var klar over medisinenes virkning på munnhygiene. Fire medisiner ble nevnt som kunne påvirke munnhulen. Antibiotika var det medikamentet som var mest kjent.

Wood (2004) gjorde en review av tidligere litteratur om det er blitt noen forbedringer i sykepleiernes kunnskaper om munnhygiene. Hun konkluderer med at det har kommet mer kunnskap i sykepleie litteratur og forskningen om munnhygiene. Spesielt er det fagfeltene onkologi og hematologi som har fått en øket forståelse for problemer relatert til munnhygiene. Heals (1993) hevder at kunnskaper om identifiseringen av problemer i munnhulen har blitt bedre. Jones (1998) hevder at kunnskaper om passende intervensjoner for pasientene ikke har forbedret seg. Dette blir forsterket av Evans (2001). Hun påpeker at sykepleierne bestemmer hvilke pasienter som skal ha hjelp i munnstell, hvor ofte det skal skje og hva slags utstyr som skal brukes uten å ha den nødvendige kunnskapen for å gjøre et slikt valg. En studie utført av Lee (2001) konkluderer med at sykepleierne manglet kunnskaper om munnhygiene. Gjennom opplæring øket evnen til å evaluere pasientens munnhule, dokumentasjon og gjennomføringen av munnstell på avdelingen.

I Norge er det gjort noen studier som kommenterer helsepersonells kunnskaper om munnhygiene.(Krona, 2004, Rykkje, Gjellestad og Wolden, 2003).

Eva Rydgren Krona er kjent for sitt 4-årige prosjekt i regi av tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune. Målgruppen var beboere på sykehjem og brukere av hjemmesykepleien, pleie og omsorgspersonell under utdanning og i arbeid. Det ble kartlagt kunnskaper hos pleie og omsorgspersonalet. Kartleggingen viste at pleie og omsorgspersonale hadde lite kunnskaper om tann og munnstell. Det ble satt i gang tiltak for å bedre kunnskapen om munnhygiene. Pleie og omsorgspersonalet fikk opplæring i munnhygiene. Opplæringen ble gitt til pleie og omsorgspersonalet som var i arbeid. Det ble også gitt undervisning på den videregående skole og sykepleierhøgskolen i Buskerud fylke. Våren 2001 ble det gjort en ny kartlegging av pleie og omsorgspersonalet. Den nye kartleggingen viste at pleie personalet hadde fått bedre kunnskap om tann og munnstell (2004).

Rykkje et al (2003) gjorde i 1999 en spørreundersøkelse om det var behov for å øke kunnskapen om munnhygiene blant personalet på Fyllingsdalen sykehjem i Bergen. Undersøkelsen fremhevet behovet for å bedre kunnskapen om munnhygiene. Det var et økt behov av å bedre kunnskapen om tannstell, ulike hjelpemidler i munnstell, munnstellprosedyrer og bruken av hjelpemidler.

En intervju undersøkelse fra New Zealand viser at sykepleiere hadde basis kunnskaper om karies. Alle forstod at munnstatusen var viktig for den generelle helsetilstanden. Det de manglet kunnskaper om var fordelene med fluor og medisiners bivirkninger på munnhulen (McKelvey, 2003).

### Sykepleiernes ivaretagelse av pasientens munnhygiene

Munnhygiene er en viktig daglig rutine for pasienter innlagt på sykehus og andre helseinstitusjoner. Sykepleierne har en viktig rolle i å hjelpe pasienter med å opprettholde en tilfredsstillende munnhygiene som ikke skaper komplikasjoner (Xavier, 2000, Evans 2001, Woods, 2004, Jones, 2004). Mange ganger har munnhygiene blant sykepleierne blitt ritualisert og banalisert (Miller, 2001, Moor, 1995). Det er en dårlig oppfølging av munnhygiene til pasienter i ulike spesialiteter som generell medisin, eldre omsorg, intensiv omsorg, kreftsykepleie og palliativ omsorg (Sweeney, 1995, Fitch, 1999).

Det er gjort studier som beskriver hvordan munnhygiene blir prioritert i praksis. I 1999 gjennomførte Fyllingsdal undervisningssykehjem i Bergen en spørreundersøkelse av pleie og omsorgspersonalet. Undersøkelsen kommer til at munnstell ofte er en glemt prosedyre i en travelt hverdag. Det var opptil den enkelte pleier om og hvordan det daglige munnstellet ble utført (Strand, Wolden, Rykkje, Gjellestad og Stensrud, 2005)

En studie fra USA viser at sykepleierne delegerer bort sitt ansvar for pasientenes munnhygiene til sykepleiestudenter, ufaglærte og andre yrkes grupper (Cohn, 2006). En studie i Sverige bekrefter det samme at munnhygiene ofte er delegert til hjelpepleiere eller ufaglærte (Wårdh, Andersson og Sørensen, 1997). Det samme kom Adams fram til i sin studie (1996). Wårdh et al påstår at pasienten for det meste har ansvar for sin egen munnhygiene (1997).

Hvor ofte blir munnstell utført i praksis? Hyppigheten av munnstell varierer (ibid). Cohns studie viser at det ikke er en felles rutine blant sykepleiere hvor ofte munnstell skal utføres. Wårdh et al (2000) kommer fram til at sykepleierne visste at munnstell skulle utføres to ganger daglig men det ble ikke alltid gjort. Ansvar for hvor ofte munnstell skulle gjøres avhenger av den enkelte sykepleier.

Jones (2004) gjorde et studie i England om hvor ofte intensiv sykepleiere kontrollerer pasientens behov for munnhygiene. En survey undersøkelse ble gjort blant 103 sykepleiere i en intensiv avdeling. Resultatet viste at 98 % sykepleierne kartla pasientens behov for munnhygiene. 26 % av sykepleierne brukte en skriftlig protokoll over hvordan deler av munnen skulle observeres. 8,5 % brukte avdelingens egen protokoll. Alle sykepleierne observerte pasientens munnstatus. Det var forskjeller i hvor ofte de observerte munnstatusen til pasienten. 75 % av sykepleierne observerte 1 gang per vakt. Observasjonen skjedde i starten av vekten. 65 % av sykepleierne observerte 2 ganger per vakt.

Gil-Montoya, Ferreira de Mello og Lopez (2006) gjorde en studie som påpekte problemer i ivaretagelsen av pasienters munnhygiene. Et spørreskjema ble delt ut til 45 sykepleiere ved et sykehus i Spania. 81.5 % av sykepleierne bekreftet at ivaretagelsen av pasientens munnhygiene ble påvirket av tidspress, samhandling med pasienten og egen erfaring. Adams (1997) kommer fram til at sykepleierne også begrunnet tidspress for å påvirke ivaretagelsen av pasientens munnhygiene.

Gil-Montoyas et al (2006) funn bekrefter at munnstell ble utført etter frokost. Munnstell ble utført på badet eller i sengen avhengig av pasientens tilstand. Det ble brukt 2 minutter til munnstell for de pasientene som trengte hjelp. Colman og Watson (2006) kom fram til samme resultat om tiden brukt ved munnstell.

Det er forskjellige utstyr som brukes i praksis. Wårdlh (2000) bekrefter i sin studie at hansker blir ikke alltid benyttet i munnstell på pasientene. Colman og Watson (2006) kommer også fram til samme resultat. Gil-Montoya (2006) kommer fram til at sykepleierne bruker elektrisk tannbørste, klorhexidin løsninger, tannkrem med fluor, tunge skraper, leppomada og hansker. Jones (2004) bekrefter at tannbørste var valgt som første hånds redskap. 8.5 % av sykepleierne brukte ikke tannbørsten i stell av pasientens munn. Munnsvamp var brukt 2 ganger per dag av 88.5 % av sykepleierne. Tannpasta og leppomade var brukt av 93 % av sykepleierne. 50 % av sykepleierne brukte klorhexidin i stell av pasientens munnhule. Hydrogenperoksid og sodium bicarbonat var mindre brukt blant intensiv sykepleierne. Adams (1997) studie bekrefter at det ikke er noen favoritt

redskaper blant sykepleierene. Det ble brukt munnsvamp, tannbørste, tannkrem, sitron løsninger og tabletter til munnvask.

Noen av informantene fant det enklere å pusse gebiss framfor å pusse de naturlige tennene (Wårdh, Andersson og Sørensen, 1997). Personlige erfaringer med tenner ser ut til å påvirke evnen til å administrere munnhygiene til pasienter (Wårdh, 2000). Mange av de samme resultatene kommer Weeks (1994) og Eadie (1992) fram til.

Munnhygiene kan være vanskelig å gjennomføre konsekvent i sykepleiepraksis av flere årsaker. Gil-Montoya (2006) hevder at årsaker til dette kan være sykepleieres tidspress, dårlig samarbeid med pasienten, kunnskapsmangel og erfaring. Wårdh (2000) hevder at andre arbeidsoppgaver blir prioritert før munnhygiene når det er et tidspress.

Dokumentasjon av pasientens munnhygiene i praksis er ofte nedprioritert (Adams, 1996, Wårdh, 2000). Ut fra Adams erfaringer blir pasientens munn ofte sår og tørr før det blir registrert som et problem for pasienten. Det ser også ut som det ikke er noen standard prosedyrer for pasienter som er i risiko for å utvikle munn problemer (1996).

Studiene det refereres til er hentet fra ulike land med forskjellig helsevesen og utdanningssystem. Sykepleiernes kunnskaper om munnhygiene varierer fra de ulike studiene. Studiene viser at det er et behov å oppgradere kunnskaper om ulike sykdomstilstander i munnhulen for å få en økt forståelse for munnhygiene. Sykepleieres kunnskap om medisinenes skader på munnhulen er et tema som må oppdateres. Sykepleiernes ivaretagelse av pasientens munnhygiene varierer fra studie til studie. Munnhygiene til eldre pasienter er et forsømt tema viser studier utført i Norge. Pasienter innlagt på sykehus får en bedre oppfølging når det finnes prosedyrer og instruksjoner om munnhygiene. Studiene benytter spørreskjemaer og intervjuer som metode. Det vil være av interesse å ha studier som bygger på observasjoner av munnhygiene i praksis. Vil observasjoner som metode kunne gi andre resultater? ·

## KAPITTEL 5 DESIGN OG METODE

I dette kapitlet redegjøres det for metodiske overveielser og beslutninger gjort underveis i forskningsprosessen. Det vil bli gjort rede for valg av design og metode for innsamling av data. Videre beskrives gjennomføring av undersøkelsen og analyse. Tilslutt blir etiske sider ved studien, reliabilitet og validitet gjort rede for.

### Design

Et design er en plan for hvordan studien skal gjennomføres. Designet består av et teoretisk rammeverk av teorier eller begreper (Nord, 1998). Designet beskriver retningslinjer for hvem som skal være informanter, hvor undersøkelsen skal foregå, tilgang til informanter i forskningsfeltet, hva undersøkelsen skal fokusere på, hvordan den skal utføres og økonomi etc ( Nord, 1998, Thagaard, 2003). Nord (1998) deler design inn i tre typer; Utforskende, beskrivende og eksperimentelle. Hvilke type design som skal velges avhenger av hvor mye kunnskap det finnes rundt problemstillingen og hva som er gjort rundt tema (Hellevik, 1994, Nord,1998, Polit og Beck, 2004).

Utforskende design brukes til å oppdage et problem eller å definere et problem. Designet kan også brukes når problemet er identifisert. Det preges av fleksibilitet (Nord, 1998). Fleksibilitet betyr at forskeren kan forandre framgangs måte på grunnlag av den informasjon som dataene gir. Problemstillingen kan forandre seg hvis det er data som gjør det nødvendig (Thagaard, 2003). Beskrivende design er mer strukturerte enn i utforskende design. Forskeren holder seg til sine forhånds definerte temaområder, og man er opptatt av å beskrive forekomster og frekvenser i utvalget (Nord, 1998). Formålet med en beskrivende og utforskende design er ifølge med Polit og Beck (2004) blant annet å beskrive sider ved en hendelse slik den naturlig opptrer. Det beskrivende design har til hensikt å oppdage det som er karakteristisk ved et fenomen. Eksperimentell design består av en eller flere intervensjonsvariabler og stor grad av forsker kontroll (Nord, 1998).

Gjennom litteratursøk ble det funnet lite tilgjengelig kunnskap relatert til oppgavens problemstilling. Litteratur søket viste at sykepleieres kunnskaper om munnhygiene var beskrevet tidligere, men det var begrenset kunnskap om hvordan sykepleiere ivaretar



munncygiene i praksis på sykehus. Derfor ble det valgt å gjøre en utforskende og beskrivende studie av fem sykepleieres erfaringer av munncygiene til postoperative pasienter. Det er av interesse å vite noe om hva som er utgangspunktet for dagens praksis i sykehus vedrørende munncygiene til postoperative pasienter, og om det er behov for endringer og forbedringer av den eksisterende praksis.

### Metode

Forskeren må velge den metoden som er best egnet til å belyse studiets problemstilling. Den kvalitative tilnærmingen er benyttet for å nærme seg studiets problemstilling. Hensikten er ikke å kartlegge omfanget men få en dypere innsikt i sykepleieres kunnskaper om munncygiene til postoperative pasienter. Et viktig moment ved kvalitative studier er å oppnå en forståelse av fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner. Kvalitative studier er velegnet til å gå i dybden av det som blir undersøkt. Informantene vil gjennom en slik metode ha mulighet til å beskrive sine erfaringer og kunnskaper, samt klargjøre og utdype sine egne perspektiver på fenomenet (Kvale, 1997, 2000).

Den kvalitative metode blir ofte satt opp mot den kvantitative metode (Repstad, 1998). Den kvantitative metode ønsker å fange opp antall og utbredelse. Det har ikke vært hensikten med studiet å fange opp et stort antall sykepleieres syn på munncygiene og hvor vidt dette er utbredt. Ved den kvalitative metode blir data til tekst mens den kvantitative metode blir data til tall. I følge Ryen (2002) er det en grov feil å sette kvalitativ metode opp mot kvantitativ metode. Det kan fort bli at man overser viktige sider ved kvalitative studier. Kvalitative studier kan basere seg på forskjellige datasamlinger, som intervju, observasjoner, analyser av dokumenter, bruk av visuelle medier m.m. (Kvale, 2004, Polit og Beck, 2004, Repstad, 1993, Thagaard, 1998).

Ved den kvalitative metode er det ønskelig at man har et nært og direkte forhold til det som studeres. Det ble valgt å bruke feltobservasjoner og kvalitative intervjuer. Hensikten i denne studien var å få kjennskap til sykepleierenes kunnskaper om munncygiene og hvordan de ivaretar munncygiene i praksis. For å finne ut hva sykepleiere har av kunnskaper kan man utforme et spørreskjema eller intervju. Spørreskjema passer når det er faste kategorier og mange lukkede spørsmål. Spørreskjemaet gir liten fleksibilitet i forhold

til de svarene en får. Ved å bruke intervjuer kan forskeren få informasjon om hvordan informantene opplever og forstår ivaretakelsen av munnhygiene til postoperative pasienter. Gjennom observasjoner kan forskeren få innsikt i hvordan sykepleierne vektlegger munnhygiene under morgenstellet. Å kombinere intervju med observasjon kan gi et større data grunnlag og sikrere data. Dermed ivaretas sykepleierenes perspektiv på munnhygiene i datainnsamlingen. I denne studien ble det derfor valgt intervjuer og observasjoner som metode.

### Feltobservasjon

Observasjon betyr at forskeren er tilstede i de situasjoner hvor informanten oppholder seg og iakttar hvordan informanten handler. Metoden egner seg godt til å se hvordan enkelt personer forholder seg til hverandre (Dalen, 2005, Jacobsen, 2005, Thagaard, 2003, Postholm, 2005). Observasjon er et av flere redskaper som forskeren kan benytte seg av i innsamling av kvalitative data. Observasjon skiller seg fra intervjuer. Metoden passer når man skal registrere hva personer gjør og deres adferd i en kontekst (Jacobsen, 2005, Polit og Beck, 2004). I denne studien blir det å registrere sykepleieres atferd. Det blir sett på hva sykepleieren gjør i forhold til munnhygiene. Konteksten vil være morgenstellet i avdelingen. Metoden har begrensninger. Det blir observert hva personer gjør og ikke deres subjektive opplevelser. Det vil være vanskelig å si noe om hva som er motivene for personers handlinger. Observasjon bør kobles med intervju (Jacobsen, 2005).

I felt forskning skiller man mellom feltundersøkelse og laboratorieundersøkelse. I en felt undersøkelse undersøker forskeren fenomener i deres naturlige sosiale sammenhenger. Laboratorieundersøkelser er lagt til arrangerte omgivelser og ikke naturlige situasjoner (Hellevik, 1980 ).

I følge med Thagaard (2003) og Dalen (2005) er det flere former for observasjon; passiv eller aktiv deltaker, og om observasjonen skal være skjult eller åpen.

Aktiv deltaker betyr at den som observerer deltar på lik linje med de som blir observert. Passiv deltagelse innebærer at observatøren holder mer avstand til de han eller hun observerer (Polit og Beck, 2004). Det er undersøkelses situasjon som bestemmer om

forskeren skal delta i miljøet. Postholm (2005) hevder at det er viktig at forskeren bestemmer seg for hvilken rolle han eller hun velger. De etiske sider ved åpen eller skjult observasjon er diskutert i faglitteraturen (Thagaard, 2003, Postholm, 2005). Den skjulte observasjonsrollen går ut på å ikke tilkjenne seg at man er forsker. Den åpne observatørrollen har forskeren gått ut i feltet å forklart sin forskerrolle. Mye av diskusjonen rundt skjult versus åpen observasjonsrolle går på om fremgangsmåten er etisk forsvarlig. Studien legger vekt på en åpen observasjonsrolle. Skjult observasjonsrolle ville ikke ha gått fordi forskeren ikke inngikk i sykepleiestabelen på avdelingen. Det ville fort blitt oppdaget hva jeg holder på med.

Observatørens før forståelse. Observasjon er en krevende oppgave. Observatøren skal både se og høre. Det krever full konsentrasjon og innlevelse i det som skal observeres. Tidligere erfaringer, teoretisk kunnskap rundt tema, evne til oppmerksomhet, hvordan vi er innstilt, vår personlige bakgrunn, vil påvirke vår oppfatning av det vi ser. Postholm (2003) hevder at feltnotatene ikke kan beskrives som objektive beskrivelser av det som skjer foran observatøren men subjektive nedtegninger. Feltnotatene er et resultat av de utvelgelsene forskeren gjør i løpet av observasjonen. Forskerens erfaring, opplevelser, subjektive, individuelle teorier, har innvirkning på hvilke spørsmål som brukes i forskningsfeltet. Gjennom litteraturstudie om munnhygiene kan forskeren få en antakelse av om munnhygiene til pasienter er eller ikke er forsømt. Dermed går forskeren ut i forskningsfeltet med en viss holdning om hvordan munnhygiene er i praksis.

Det var Gadamer som introduserte begrepet før forståelse eller fordommer (Thomassen, 2006). Før forståelse omfatter meninger og oppfatninger forskeren har i forhold til det fenomenet som studeres. Fordommer er ikke negative i følge med Gadamer men en del av vår historie som gjør det mulig å forstå. Da jeg valgte å gå ut å studere munnhygiene blant sykepleiere var det på bakgrunn av visse forestillinger om hva sykepleier gjør i praksis, prioriteringer, hva sykepleieren bør gjøre i forhold til munnhygiene, og så videre. Hvis jeg ikke hadde hatt noen forforståelse ville jeg ha stilt meg helt uforstående til munnhygiene i sykepleiepraksis. Forståelse begynner aldri fra et null punkt men historien er der fra før (ibid). Forskeren må fortolke den informasjonen som innhentes både gjennom observasjon og intervjuet. Det viktigste blir å bruke sin før forståelse slik at det åpner for størst mulig forståelse av det informantene opplever og uttaler.

### Forskers presentasjon i miljøet.

Klær kan gi signaler om tilhørighet eller livs stil (Ryen, 2003, Thagaard, 2005). Klærne forskeren har på seg under intervjuet og observasjonen vil kunne påvirke datainnsamlingen. Det ble valgt både under observasjonen og intervjuet å kle seg i hvit frakk, som informantene. Dette valget ble gjort bevisst. For det første vil den hvite frakken symbolisere at forskeren trer inn i miljøets premisser. Det er hygienisk å skifte til hvit frakk når man går inn til pasienter, som en uvedkommende person. Dessuten ved å kle seg i samme uniform kan man vise at man sympatiserer med informantene. Jeg er selv sykepleier og benyttet meg av et kjent arbeidsantrekk. Det følte lettere å kommunisere og komme i kontakt med informantene. Privat tøy kan nok bidra til å skape en mer distanse til informantene. Både informantene og forskeren hadde samme hvite uniform, bortsett fra at identitetsskiltet var forskjellige. Informantene hadde sykehusets id-kort og forskeren hadde universitets id-kort. Dette gjør at det allikevel er en viss forskjell mellom forskeren og informantene. De vet at forskeren er sykepleier og samtidig student.

### Intervju

Formålet med kvalitative intervjuer er å belyse et menneskes livs verden, både den aktuelle, slik som personen handler, tenker og føler i den, også den historiske bakgrunnen som personen har utviklet seg fra (Fog, 1994). Repstad sier; "samtaler i miljøet, som en integrert del av feltarbeidet er ofte å foretrekke framfor intervjuet, som kan få noe kunstig over seg. Ren observasjon av handlinger kan være utilstrekkelig, (1993, s.57 ).

Postholm (2005) deler inn intervjuer i tre former: Det planlagte formelle intervjuet, det halvplanlagte formelle intervjuet og det uplanlagte halvformell intervjuet. Ved det planlagte formelle intervjuet blir alle informanter stilt de samme spørsmålene utformet før selve intervjuet. Det er liten fleksibilitet i måten spørsmålene stilles og svarene gis. Målet er å innhente presise data som kan forklare atferd innenfor kjente kategorier. Intervjuene kan være utformet skriftlige. Faren ved slike intervju kan være at man ikke fanger opp det sanne svaret fra informanten. Informanten kan gi svar de tror forskeren ønsker. Det halvplanlagte formelle intervjuet bygger på spørsmål som er utformet både før intervjuet og spørsmål som blir til under intervjuet eller blitt til under en observasjon. Nye temaer

kan komme på banen. Det uplanlagte halvformelle intervjuet har som intensjon å forklare atferden som studeres uten noe innblanding av forhåndskategorier. Hensikten er å forstå og ikke forklare det som blir forsket på.

Det ble valgt å bruke semistrukturert intervju. I et semistrukturert intervju blir temaene fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene kan bli bestemt underveis (Polit og Beck, 2004). Det er ønskelig å ha en viss grad av struktur i intervjuet, for å kunne sammenligne svarene fra de ulike informantene for å se på hvilke måter de ligner hverandre og på hvilke måter de skiller seg fra hverandre. På samme tid blir det også lagt opp til en åpen tilnærming, hvor informantene til en viss grad er styrende for samtalen og utdyper temaer de vill ta opp.

### Intervju og observasjons guide

Studier som anvender intervju og observasjon som metode har behov for en guide. Dette er særlig viktig når man benytter seg av semistrukturert intervjuer (Dalen, 2004). Et kvalitativt intervju kan bygges opp på ulike måter avhengig av studiets formål. Ryen (2002) hevder at de fleste forskere er enige i at man bør bruke en eller annen form for intervjuguide. Diskusjonen dreier seg som graden av formalisering og strukturering før intervjuet. Hvor mye man skal forhåndsstrukturere vil avhenge av studiets fokus, forskningsspørsmål og utvalgsriterier. Problemstillingen og den teoretiske tilnærmingen danner grunnlaget for en intervjuguide og observasjonsguide (se vedlegg). Intervjuguiden inneholdt en skisse over emner jeg ønsket å ta opp samt forslag til spørsmål. Denne skisse tok utgangspunkt i Carpers (1978) fire kunnskapsområder som tema, og kims faktorer som påvirker sykepleierenes handlinger i praksis.

Det er problemstillingen som styrer hvilke temaer som blir fokus for observasjonen (Postholm, 2005). Observasjonsguiden ble utformet med fokus på hvordan sykepleierene ivaretar munnhygiene i praksis. Fokusene i observasjonsguiden bygger på mine egne erfaringer fra praksis. Observasjons guide har hentet sin inspirasjon fra både egne erfaringer og opplevelser samt fra oppgavens teoretiske rammeverk.

Forståelsen jeg utviklet i løpet av feltarbeidet styrte hvilke situasjoner som det ble rettet blikket mot. Faktorer relatert til observasjonen var samhandlingen mellom sykepleier og pasient, sted og tid for munnstell og tilgjengelige hjelpe midler i utførelsen.

### Utvalg

Valg av informanter må foretas på bakgrunn av problemstillingen (Dalen, 2004). Det finnes flere utvelges metode (Thagaard, 1998). Spørsmål de reiser er hvem som skal intervjues, hvor mange og etter hvilke kriterier skal de velges ut. Det ble bestemt at antall informanter ikke skulle være så stort fordi gjennomføringen av datasamling og data analyse er en tidkrevende prosess. Det var ønskelig å få et datamaterial som ville gi et tilstrekkelig grunnlag for tolkning å analyse. Det ble bestemt å innhente data fra fem sykepleiere på en kirurgisk avdeling. Sykepleiere på en kirurgiskavdeling vil kunne gi data om hvordan munnhygien til postoperative pasienter blir ivaretatt. Disse fem sykepleierene skulle velges ut fra tre kriterier.

Det første kriteriet var at sykepleierene skulle delta frivillig. Dette var viktig fordi det ville kreve en del av sykepleierene under både observasjonen og intervjuet. En sykepleier som halvt er med vil kanskje ikke være like positiv til å gi sakelig informasjon. Forholdet mellom forsker og informant kan bli preget av usikkerhet.

Det andre kriteriet var at sykepleierene skulle ha vært ansatt i avdelingen i minst to år. Begrunnelsen for dette var at de skulle ha en viss erfaring og trygghet som sykepleier. En nyansatt vil kanskje bruke mye tid på sin opplærings rolle ved avdeling.

Det tredje kravet var at sykepleierene skulle være i full stilling ved avdelingen. Dette ville ekskludere sykepleiere som jobber natt og aftenvakter. Dette er hensiktsmessig fordi det var morgenstellet som skulle observeres.

Blant sykepleierene som deltok i undersøkelsen var det fire kvinner og en mann. Det var tilfeldighetene at det ble en mannlig informant med. Når det ene intervjuet og observasjonen skulle gjøres var den utvalgte kvinnelige sykepleier syk. En mannlig sykepleiere med erfaring ble spurt av avdelings sykepleier å delta i studiet. Han deltok

frivillig med i studiet. Sykepleierene i utvalget hadde vært ansatt ved sykehuset i 2 til 5 år. Alle informantene var ansatt i turnus og i full stilling.

Forskeren ble introdusert i feltet av en kontaktperson i avdelingen. Denne kontakt person presenterte forskeren for informanten.

### Tilgang til feltet

Hvordan få tilgang til feltet? Det ble regnet med at det ville ta en del tid å få tilgang til feltet. Det ble søkt etter en kirurgisk avdeling som kunne egne seg til studien. Jeg informert om en kirurgisk avdeling som hadde munnhygiene som en del av opplærings program til ny opererte pasienter. Avdelingssykepleier på denne kirurgiske avdelingen ble kontaktet i begynnelsen av januar. Først ble avdelingssykepleieren kontaktet for å høre om det var mulig å gjennom føre et studie ved avdelingen. Avdelingssykepleier var positiv til et studie om munnhygiene. Tillatelsen til gjennomføringen ble gitt av avdelingssykepleieren skriftlig på e-mail.

Det ble bestemt at avdelingssykepleier skulle informere om studiet på et avdelingsmøte i februar. Det ble sendt et informasjonsskriv, samtykke erklæring, prosjektbeskrivelse og en søknad til avdelingssykepleier. Det ble avklart med avdelingssykepleier på forhånd at det ikke var behov for godkjenning fra andre personer enn avdelingssykepleiere og informanter. Pasientene ble spurt muntlig om det var greit at en ukjent person var med under morgen stellet. Avdelingssykepleieren møtte meg med positivitet og hjelpsomhet. Det ble lagt til rette for at jeg kunne få tid til å observere og intervju sykepleierene uten å føle meg selv som en belastning.

Problemstillingen kan oppfattes som nærgående av sykepleiere. Jeg var redd for at det ville bli vanskelig å finne personer som ville være villige til å stille opp som informanter. Det er et følsomt tema å snakke om hvilke kunnskaper man har og hvordan man ivaretar pasientens munnhygiene.

Det var avdelingssykepleier som valgt ut sykepleierene. Det var to sykepleiere som ikke ville være med. Resten av sykepleierene som ble spurt ville delta i studien.

Informasjonsskrivet ble lest opp på avdelingsmøtet. En del sykepleiere var skeptiske til å være med. Det er full forståelse for at enkelte sykepleiere kan være skeptiske.

Informantene hadde en yrkes erfaring fra to til syv år. Informantene var i modul en til tre ved sykehusets kompetanse program. Dette var ikke noe krav som ble stilt for å delta i studien. Avdelingssykepleieren mente dette ville være positivt for studien. Informantene ville ha en mer forståelse og interesse for å delta i undersøkelsen. Informantene var på en måte en student ved sykehusets kompetanse program.

Jeg ble introdusert i feltet av en kontaktperson i avdelingen. Denne kontakt person presenterte meg for informanten. Det følte trygt å ha en kontakt person som jeg kunne møte før observasjonene og intervjuene startet.

#### Gjennomføringen av observasjonene og intervjuene

Observasjonen ble gjort før intervjuet. Det er både fordeler og ulemper med det valgte alternativet. Ved å gjøre intervjuene først ville kanskje informantene føle at de måtte følge sine uttalelser og leve opp til sine påstander. Ved å følge opp observasjonene med et intervju hadde jeg mulighet til å spørre om det som ble observert. Det gjorde det mulig å ta opp spesifikke situasjoner som konkretiserte og spesifiserte temaet på en fin måte. Av etiske årsaker er et intervju etter en observasjon viktig fordi det ga informantene en mulighet til å kommentere og forholde seg både til det bildet jeg har fått og til det informantene tror er blitt gitt.

Observasjonen foregikk ute i avdelingen og inne på pasient rommet. Det ble valgt å følge en sykepleier under morgenstellet. Observasjonen startet med engang morgen rapporten var ferdig. Avdelingen hadde stille rapporter. Observasjonene begynte Kl 0800. Det ble tatt notater fra observasjonen, både fordi det var viktig å registrere det som ble observert og å ha et samlet bilde av hendelser. Dermed ble det ikke bare å se men også å få skrevet ned det som ble observert. Det er viktig å gjøre feltnotater til observasjonene fordi dette vil være en hjelp i det videre arbeid med analysen av data (Thagaard, 2003, Poltit og Beck, 2004).



Det ble valgt i studien å skrive fyldige beskrivelser av tid, sted, hendelser og personer rundt morgenstellet. Skrivningen foregikk samtidige med observasjonen. For meg var skrivningen av notatene muligens en demper på informantenes følelse av å bli iaktatt. Feltnotatene ble skrevet ned i en bok. Jeg delte hver enkelt side i to på langs. På venstre side ble det nedtegnet det som skjedde under observasjonen og beskrivelser av settingen. På høyre side ble det umiddelbare analyser og tolkninger av det som ble observert. Dato og tid ble notert på hver enkelt side. Feltnotatene ble lest fort igjennom før intervjuet. Under observasjonen ble det også små samtaler med sykepleieren om hva som finnes av redskaper til munnstell. Jeg fikk et innblikk i hva avdelingen hadde av utstyr til munnstell ved å fulgte informanten inn på bandasje rommet.

Det ble valgt å være inne på pasient rommet og holde seg passiv i bakgrunnen for å ikke påvirke undersøkelsen. Siden morgenstell er kjent situasjon ble det valgt en passiv observatør rolle. Forskeren var ikke deltaker i handlingsprosessene. Det ble gjort klart for sykepleieren hvilken rolle forskeren skulle innta før observasjonen startet. På den måten ville det ikke oppstå noen overraskelser som kunne påvirke arbeidsprosessen under observasjonen.

Under observasjonen i morgenstellet kom det i stand uformelle samtaler mellom meg og informantene. Informantene begynte å reflektere over sitt syn på munnhygiene. Disse uformelle samtalene ble notert ned fort løpende for hånd. Det ble valgt å ta med samtalene som et supplement til de mer planlagte intervjuene. Etter observasjonen ble det en liten pause før intervjuet startet

Jeg intervjuet hver informant etter hver observasjonsøkt. Det ble valgt å gjøre intervjuet samme dag og ikke så lang tid etter observasjonen for at alt skulle være i friskt minne både for forsker og informant Informanten fikk mulighet til en lite pause før intervjuet. Intervjuet ble gjort på et samtale rom på avdelingen. Under intervjuet var jeg og informant helt alene. Det var ingen forstyrrelser under selve intervjuet. Det ble på forhånd bestemt når intervjuet skulle skje, slik at informanten kunne få en annen til å passe sine pasienter. Dermed kunne man sitte uforstyrret på samtale rommet. Informanten kunne slappe av i den forvissning om at noen tok hånd om hennes/hans pasienter.

Intervjuene ble innledet med informasjon om studien, om frivillighet og konfidensialitet. Det ble spesifisert for informantene at jeg var hovedfagsstudent og representerte Institutt for sykepleie vitenskap, og ikke ledelsen ved sykehuset. Dermed ble kanskje sykepleierene mer avslappet under observasjonen.

Noen av spørsmålene hadde sitt utgangspunkt fra forhold jeg hadde observert under morgenstellet, som det var ønskelig å utdype. Det oppstod en slags interaksjon mellom observasjonene og intervjuene. Det ble valgt å være åpen for at informantene kunne ha ulike forhold som hun/han ville ta opp. Dersom intervjuet gikk i en annen retning enn planlagt, ble det akseptert informantens refleksjon i stedet for å holde seg til spørsmålsrekken. De spørsmålene som eventuelt dukket opp etter transkripsjonen av intervjuet fikk vente til neste informantintervju. Jeg fikk også en del informasjon gratis fordi det ble lagt til rette for at informantene fikk være med på å styre retningen på intervjuet. Under intervjusituasjonen var oppfølgningsspørsmål med. Dermed ble intervju situasjonen mer som samtaler. Informantene fikk mulighet til å si noe mer om munnhygiene avslutning vis. Intervjuet varte fra 30-40 minutter. Det var ikke satt av noen tid til å bli kjent med informantene før observasjonene og intervjuene. Dette begrunnes ut fra min kjennskap til feltet. Miljøet var ikke ukjent for meg fra tidligere arbeid på kirurgisk avdeling. Dette gjorde at jeg på et kort opphold i avdelingen kunne få et bilde av kulturen.

Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd. På denne måten sikret man alt som ble sagt i intervjuet. Hver informant ga sitt samtykke til lydbånd opptaket under forutsetningen av forskerens taushetsplikt. Lydbåndet ble testet før intervjuet. Det var ikke ønskelig å komme i en situasjon der opptaket ble mislykket på grunn av teknisk svikt. Det var tross alt et lite utvalg av informanter som man hadde fått tilgang til. Det ble skrevet ned noen notater om hvordan observasjonen og intervjuet hadde gått. Hvert intervju ble transkribert og skrevet før neste intervju fant sted, slik at det åpnet for nye spørsmål til neste informant.

I kvalitative studier er forskeren selve instrumentet i undersøkelsen (Silverman 2001). Det er viktig at forskeren reflekterer over sin rolle for å sikre et intervju og en observasjon som gir et berikende datamateriale. Ved å være lydhør overfor informantenes meninger og tanker i intervju situasjon vil forsker legge til rette for et mer gjensidig avslappet forhold. Jeg la vekt på å ikke legge ordene i munnen på informantene. Min før forståelse av

fenomenet skulle ikke være med på å påvirke informantenes svar. Det var ønskelig at informantene svarte ut fra det de viste om fenomenet. Hammersley og Atkinson (1992) hevder at forskeren må kunne forholde seg til den verden som studiet er lagt til. Jeg oppdaget at det krevde stor fleksibilitet og åpenhet i det feltet som ble studert. Et eksempel kan være min reaksjon på å komme til avdelingen for å observere og intervju og oppdage at sykepleieren ikke var på jobb på grunn av sykdom. I stedet fikk jeg beskjed om å følge en sykepleier som skulle gi et frivillig svar der og da til å delta. I stedet for å bli skuffet prøvde jeg å raskt bearbeide et positivt forhold til den nye informanten med uformelle samtaler. I starten gikk det litt tregt fordi informanten kanskje ikke hadde fått tid til å reflektere over sin nye rolle. Ved at jeg forklarte hva jeg skulle gjøre ble det noe enklere i vår samværs form. Ved å observere og kjenne på informantenes hverdag fikk jeg data som bidro til å forstå sykepleierenes virkelighet.

#### Studiets validitet og reliabilitet

Begrepene validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) er to av de tre kvalitetskriterier som står sterkt i kvantitativ forskning. Generaliserbarhet (overførbarhet) er det tredje kriteriet for kvaliteten på data i kvantitativ forskning. Innenfor den positivistiske tradisjon er disse begrepene blitt et uttrykk for sannhet og vitenskapelig framgang. Innenfor den kvalitative forskningen er disse begrepene blitt diskutert og kritisert (Postholm, 2005). Debatten har gjenspeilet at det finnes forskjellige syn på å nærme seg begrepene validitet og reliabilitet. Det har vært en tendens at man i kvalitativforskning avviser disse to begrepene som kriterier for kvalitative data. Det er ikke nødvendigvis slik at skillet går mellom en kvalitativ og kvantitativ gruppering. Silverman (2001) og Seale (1999) hevder at man kan lære av å studere hvordan kvantitativ forskning har diskutert kvalitet og ulike måter å teste kvaliteten på data.

Feltforskningens hovedmål er å få fram den verden som informantene lever i, tanker og meninger. I følge med Polit og Beck (2004) er det sentrale i validitet og reliabilitet om data reflekterer sannheten. Innenfor den kvalitative forskningen har det blitt utformet nye begreper for validitet og reliabilitet (Lincoln og Cuba, 1985, Patton, 1987, Erlandsson, 1993, Kvale, 2004, Polit og Beck, 2004). De setter opp tre felles kriterier; troverdighet, pålitelighet, overførbarhet. I kvalitative studier med subjektivitet som grunnlaget kan ikke

kriteriene validitet og reliabilitet være fastlagte som i positivistiske studier (Thagaard, 2003). I min studie er det ikke riktig å tro at jeg kan være uavhengig i forhold til informantene. Når man intervjuer og observerer mennesker i bestemte situasjoner kommer man inn i et relasjonsforhold til informanten, som kan påvirke resultatet av undersøkelsen.

### Troverdighet

Denne studiens troverdighet går ut på om det går å stole på datamaterialet som kommer fram. Troverdigheten går på fremgangsmåter for utvikling av data (Thagaard, 2003). Det går ut på om de data som kommer fram gjennom intervjuer og observasjoner gir svar på problemstillingen. Har jeg som forsker klart å få fram informantenes meninger og tanker på en riktig måte?

Selve datainnsamlingen foregikk på avdelingen over tre måneder. Hver informant ble intervjuet og observert en gang over noen timer til sammen. Noen vil kanskje påpeke at dette er for kort tid og reduserer troverdigheten til studie. Det ble valgt et felt som jeg kjente på forhånd. På denne måtte kunne jeg forkorte tiden i feltet. Morgenstellet var det tidspunktet som var enklere å observere munnhygiene. Av egen erfaring foregår ikke alltid kveldstell til faste tider som morgenstellet. Morgenstellet regnes ofte som hovedstellet i løpet av dagen. Morgenstellet kunne gi meg rikelig data over en begrenset tidsramme. Derved øket sjansen for å få tak i de riktige data.

I min studie benyttes det av observasjoner med etterfølgende intervjuer. Dette kan være med på å styrke oppgavens troverdighet. På denne måten kan man få se hva informantene gjør i forhold til munnhygiene og deres begrunnelser for sine valg. Det er også mulig å få en bedre forståelse av den virkelighet informantene befinner seg i. Ved å velge intervjuer som eneste metode kan man få fram informantenes kunnskaper om munnhygiene uten at det forteller om hva som virkelig kan skje i den praktiske virkeligheten. Formålet med å benytte seg av både intervjuer og observasjoner har vært å få et mer nyansert bilde av den kompleksitet og mangfoldighet som den sosiale realiteten byr på.

Ved å sammenligne intervjuer og observasjoner under datasamlingen oppdaget jeg at det ikke kom noe nytt fram. Utvalgets størrelse mener jeg var tilstrekkelig tatt i betraktning at det ble gjort både intervjuer og observasjoner.

Medlemsvalidering er en form for å kontrollere troverdigheten på studien (Ryen, 2003, Polit, Beck, 2004). Det går ut på at man tar forskerens resultater tilbake til informantene for å kontrollere at det stemmer med deres versjon. Jeg lot ikke informantene lese igjennom resultatene. Under selve intervjuet og de uformelle samtalene ba jeg om tilbake melding på om data var riktige. Det ble gjort ved at det ble stilt kontrollspørsmål som for eksempel: "Hva var vanskelig?, Hva gjør du da?". Etter hvert intervju ble det spurt om informanten ville utdype noe eller hadde noe de ville endre på av det som var sagt. På denne måten kunne jeg kontrollere om informantene hadde forstått spørsmålene. Under datasamlingen ble det skrevet ned notater rundt mine refleksjoner av intervjuene, observasjonene, utvalget og min forskerrolle. Notatene ble brukt i arbeidet med datamaterialet og beskrivelser av min rolle som intervjuer og observatør.

Ved å bruke lydbånd under intervjuene hadde jeg mulighet til å få nøyaktige utskrifter av det informantene sa. Lydbåndopptak er med på å styrke troverdigheten til studien. Dersom dataene bare bestod av håndskrevne notater ville de være preget av det man rekke å notere ned. Forskeren kan rekonstruere setninger av de stikkordene som kommer ned på papiret og være mindre tro mot informantene. Det må påpekes at fra lydbåndopptaket til det transkriberte materialet vil det skje en språklig forandring. Det er stor forskjell på det muntlige og skriftlige språket. Dialektord er gjort om til skriftspråk og korte ord som for eksempel uff, tja er fjernet.

### Pålitelighet

Pålitelighet går ut på om det går å følge forskeren i foretatte valg. Det som blir viktig er at man får fram forskjellige sider ved datamaterialet. Informantenes virkelighet må komme fram i den konteksten den er i. Under intervjuene fikk alle informantene de samme spørsmål i ulike rekke følge. Alle informantene ble observert på pasientrommet og ute i avdelingen i tilknyttingen til morgenstellet. Det ble prøvd å observere hva som ble gjort i forhold til munnhygiene under morgenstellet og hvordan prioriteringer av arbeidsoppgaver i morgenstellet ble gjort. Påliteligheten til studien vil avhenge av evnen til å intervjuer og observere. Det kom til ny innsikt under observasjonene og intervjuene som førte til oppfølgingsspørsmål og variert fokus i observasjonene. Det første intervjuet var starten på en prosess der teknikken ble videreutviklet.

Studien styrkes ved at det er prøvd å gjøre en grundig forklaring i analyseprosessen. Det må påpekes at det var jeg er som bestemmer hvordan analysen skal utføres. Det kan føre til en fare for at data kan bli et resultat av mine behov og ønsker. Det er viktig å få strukturert datamaterialet på en ryddig måte som fremhever informantenes virkelighet. Analysefasen styrker studiens pålitelighet ved sin ryddige framstilling av data.

### Overførbarhet

Overførbarhet går ut på om studien kan overføres til andre settinger eller grupper. I kvalitative studier er målet at resultatene skal representere det bestemte utvalget og ikke overføres til populasjonen. I følge med Granheim (2003) er det leseren som kan bestemme om resultatet kan benyttes i andre settinger.

For å få overført studien til andre settinger er det viktig å beskrive konteksten som data har sitt opphav fra (sted, informanter, utvalgs kriterier), metoden og analyseprosessen. En rik presentasjon av funn vil kunne være med å styrke overførbarheten. For å få en fullstendig helhetlig bilde av situasjonen prøver man å finne både typiske og avvikende data. Studiens overførbarhet vil kunne styrkes ved å ha et nedskrevet datamateriale som er bredt.

### Etikk

Det er viktig å være bevisst hvilke etiske utfordringer man står overfor når man gjør blant annet samtale pregede intervjuer og observasjoner. Det er også nødvendig at man er seg bevisst sitt ansvar når en nærmer seg mennesker i et forskningsøyemed. Studiet som oppgaven referer til benytter ikke pasienter i forskningsøyemed og trenger ikke tillatelse fra Regional etisk komite (REK). Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) ble kontaktet angående studien. Siden min studie ikke kan vise tilbake hvem som er informanter ved navn og sted faller den utenfor søknads krav om godkjenning.

Den tette kontakten som kan oppstå mellom forsker og informant krever etiske overveielser. Innenfor lærebøker i kvalitativ forskning legges det vekt på etiske prinsipper (Dalen, 2005, Kvale, 2004, Thagaard, 2003, Polit, Beck, 2004). Ruyter (2004) hevder at

det er viktig å beskytte personer mot forskningen. Innenfor forskningen gjelder prinsippet om informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvens.

#### Informert samtykke

Informert samtykke er en standard i medisinsk forskning. Informert samtykke går ut på at aktive deltakere i et studie skal gi sitt skriftlige samtykke. Informert samtykke ble innført for å bote på misbruk av forsøks personer. Det setter hensynet til enkelt menneske først. Informert samtykke er nedfelt i Helsinki deklarasjonen (Ruyter, 2004).

Dette prinsippet har som hensikt å respektere informantens råderett over den informasjon som blir gitt og delt med andre. Før observasjonen ble det innhentet muntlig godkjennelse. I kvalitative studier kan et skriftlig samtykke innhentes passivt hvis informanten ikke aktivt motsetter seg deltakelse i studien (ibid). Sykepleierene ble på forhånd informert om hensikten med studiet gjennom avdelingssykepleier og hadde godkjent muntlig å delta. Før observasjonen var det ingen av informantene som satte seg i mot å delta i studiet. Hver informant fikk en informasjonsskriv om formålet med studien og metoden og en samtykkeseerklæring før intervjuet fant sted.

Frivillighet er viktig i det informerte samtykket (ibid). Informantene fikk beskjed om at de kunne trekke seg når de ville. Frivillighet kan øke sannsynligheten for at sykepleierene er motivert for å fortelle mest mulig. Ved hver observasjon og intervju fikk informanten beskjed om muligheten til å trekke seg frivillig fra studien. Det var også viktig at informantene kunne føle seg trygge og ikke føle seg presset til å svare på spørsmål de ikke hadde lyst til å svare på.

Det er begrensninger i hvor mye informasjon som jeg kan gi informantene. Det ble valgt å ikke gi ut spørsmål på forhånd eller hva som skulle observeres. Dette begrunnes ut fra at informanten kan handle annerledes enn de ville ha gjort hvis de sitter inne med for mye informasjon om studien. For mye informasjon kan påvirke informantenes adferd.

### Konfidensialitet

Konfidensialiteten har den hensikt å forebygge skadevirkninger for forsøkpå personer ved offentliggjøring (Kvale, 2004, Ruyter, 2004).

Konfidensialiteten har blitt ivaretatt ved at informantene ikke er blitt offentlig gjort. Informantens navn er ikke tatt med. Dersom informantene tror at det som sies kan videreføres og misbrukes, kan det medføre tilbakeholdelse av informasjon, for eksempel hvordan munnhygiene blir ivaretatt. Det er derfor viktig å forsikre informantene at alt som sies og observeres er konfidensielt, og at det ikke kan føres tilbake til dem.

Før intervjuene var jeg bevisst å informere informantene om at det de sa ikke ville bli sporet tilbake til dem. Det ble poengtert at jeg ikke representerte sykehuset og ikke hadde noen kontrollerende funksjon. Konfidensialitet innebærer også at andre ikke skal få innsyn i materialet. Andre forskeres tilgang til materialet kan ikke tillates uten informantens samtykke. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og lagret på diskett. Lydbåndene ble låst inn i en skuff mens analysen pågikk. I ettertid er de blitt makulert. Det transkriberte materialet ble lagret på en diskett og anonymisert.

### Konsekvens

Et tredje etisk aspekt er de konsekvensene forskningen kan ha for deltakerne. Det betyr at forskeren skal utvise respekt for informantene. Informantene skal ikke ta skade av verken fysisk eller psykisk belastning av studien. Konsekvens dreier seg om risiko i forhold til nytten av å være med i studien. Risikoen kan være at informantene kan føle seg krenket eller stigmatisert (Ruyter, 2004).

Studien har søkt å unngå negative konsekvenser for dem som har deltatt. Det er lite relevant å tenke på fysisk skade. Det som kan være er psykiske følelser på at informantene har sagt noe galt. Ved hvert intervju fikk informantene mulighet til å oppklare noe de hadde sagt. De fleste syntes studiet virket interessant og nyttig. Et slutt spørsmål fra forsker var hvordan informantene syntes det var å være med i studien. Ingen av informantene hadde noen negativ følelse av å bli observert eller intervjuet.



### Klanderverdig

En annen etisk problemstilling som kan oppstå er når forsker oppdager mangel full oppfølging av pasientens munnhygiene. Skal det da gripes inn eller la være å gripe inn? Det er et vanskelig dilemma og være i en situasjon der det begås feil og samtidig å ivareta konfidensialiteten. Ved å bruke samtale pregede intervjuer ble det åpnet for at informanten fikk mulighet til å reflektere over hva de gjorde i praksis.

### Analyse

Etter at observasjonene og intervjuene var nedskrevet gjenstod det videre arbeidet med å sortere data. Hvordan skulle jeg gå til verks for å analysere datamaterialet? Det er en stor enighet blant kvalitative forskere om at det ikke finnes en ferdig oppskrift på hvordan data materialet skal analyseres (Kvale, 2004, Postholm, 2005, Ryen, 2002, Thagaard, 2005). Analysearbeidet avhenger av det datamaterialet man har. Datamaterialet er samtidig et resultat av de valg man har gjort underveis i forskningsprosessen. Det er blitt gjort en rekke valg før og under datasamlingen (for eksempel valg av informanter, hva som skal observeres og utformingen av intervjuguiden og undersøkelsens tidsintervall).

Materialet bestod av 50 sider med nedskrevet tekst. Dette kan virke lite i et forskningssammenheng. For en nybegynner er det mer en nok å sortere data. Det er viktig å velge fokus for analysen. Den analysetypen man velger bestemmes av forskerens interesser, hva datamaterialet innbyr til og presentasjon av resultater. Flere forfattere gir gode råd angående analyse arbeidet (Dalen, 2005, Kvale, 2004, Silverman, 2001).

Silverman (2001) påpeker at det er viktig og skille sosiologen fra journalisten. Man må unngå å bare finne data som støtter forskerens forventninger til tendenser. Det var et ønske om å gjengi informantenes virkelighet så riktig som mulig. Datamaterialet skulle møtes med et åpent sinn. Det er ikke lett å legge til side sine ervervede holdninger. Jeg bruker meg selv som analyseredskap. Man kommer ikke bort fra at mye av analysearbeidet er preget av mine egne erfaringer og opplevelser. Feltet som ble undersøkt var ikke ukjent for meg. Av egen erfaring visste jeg en god del om hvordan enkelte sykepleiere forholder seg til munnstell av pasienter. Det viktigste med analyse arbeidet er å redusere og gjøre

datamaterialet mer oversiktlig og håndterbart (Dalen, 2004, Polit, Beck, 2004, Ryen, 2005).

Etter en del søk og lesning av ulike analysemetoder ble det valgt å benytte seg av Erlandssons (1993) analysemodell. Analysemodellen viser på en oversiktlig måte hvordan man kommer til hovedkategorier fra rådata. Det må samtidig påpekes at analysemodellen ikke er enkel. Det å sortere rådata til oversiktlige hovedkategorier er krevende. Virkeligheten der situasjonene er hentet fra er mer komplekse enn det som kommer fram i analyse arbeidet. Det følte mange ganger som å legge sammen et puslespill på 1000 brikker. Å finne hovedkategorier krever en god analyse innsikt av datamaterialet.

Erlandsson bygger sin analysemodell på Lincoln og Cuba (1985). Erlandsson deler analysen inn i tre hovedfaser: å slå sammen data, å peke ut hvilke kategorier som fremtrer, og å analysere negative eksempler. Å slå sammen data betyr å dele dataene inn i de minste enhetene som kan stå alene. De skal kunne være selvstendige uten at de trenger tilleggs informasjon. En enhet kan bestå av noen få ord, setninger til et helt avsnitt. Enhetene må samtidig kunne forklare en side ved konteksten eller noe forskeren må gjøre. Disse to kriteriene må oppfylles for å utgjøre en enhet.

Den neste fasen er å gå fra en enhet til en kategori. Forskeren har nå brutt ned i enheter som ikke gir noen mening for andre. Dermed må enhetene man har funnet sorteres i kategorier. Her prøver man å få data opp på et høyere analysenivå. På første nivået blir dataene strukturert etter hva som blir sagt og gjort av informantene. På det andre nivået ble forskeren mer aktiv. Nå skal enhetene sorteres i større kategorier. Flere enheter ordnes under felles kategori.

Jeg begynte først med rådataene. Rådataene var utskriften av mine intervjuer og observasjoner uten at de var bearbeidet. Rådata var ren skrevet for dialekt ord. Det første som ble gjort var å lese igjennom hvert intervju/observasjon. Hvert intervju og observasjon var delt inn i bokstavene A til E. Feltnotater og intervjuer som hørte sammen fikk samme bokstav. Dette gjorde det enklere å kunne sammenligne intervjuene med observasjonen for de enkelte informanter. Samtidig ble det prøvd å fjerne seg fra informantene og la teksten tale for seg selv. På denne måten håpet jeg at jeg kunne bli mer tro mot datamaterialet.

Rådata ble plassert inn i enheter. Data ble strukturert ut fra hva informantene sa og gjorde. Enheten skulle være den minste informasjons bit som kunne stå alene, som en uavhengig tanke. Hver enhet fikk ulike tall og benevnelser. Her er et lite utdrag fra noen enheter: 1. se og kartlegge pasienten, 3. Medikamenters skader på tannkjøtt og munnhulen, 17. registrering av tannpuss på skjemaer, 19. utdanning og munnstell, 30. erfaringer når pasienten ikke vil pusse tenner.

Det andre som ble gjort i analyse av datamaterialet var å dele enhetene inn i kategorier. I denne fasen ble det prøvd å heve data opp på et høyere nivå. På dette nivået prøvde jeg å være mer kreativ i min analyse. Enhetene ble sortert inn i kategorier. Antall enheter ble redusert og plassert under samme kategori. Det må påpekes at det finnes ikke noe fasitsvar for inndeling i kategorier. Hver kategori bygger på mine analytiske refleksjoner og representerer en av flere mulige. Det var et ønske på dette nivået å finne kategorier som kunne gi data en mer selvstendig mening.

I den prosessen der man går fra enhet til kategori, deler Erlandsson (1993) inn i ulike trinn: 1. Les en dataenhet. 2. Les den neste dataenheten. 3. Forsett slik til alle enheter er sortert i kategorier. 4. Lag titler eller beskrivelser som skiller kategoriene fra hverandre. 5. Begynn på nytt igjen.

Den første enheten jeg leste, ble den første enheten i første kategori. Deretter gikk jeg til neste enhet og så om den reflekterte det samme som den første enheten og bestemte om den skulle inngå i samme kategori eller være den første i en ny kategori. Hvis enheten ikke passet inn i noen kategori plasserte jeg den i en diverse kategori og ventet til slutt for å se om den kunne plasseres i en eksisterende kategori eller en ny kategori. Det går også å beholde diverse kategorien og bruke den slik i presentasjonen. Deretter skrev jeg titler eller beskrivelser for hver kategori. Kategoriene ble betraktet som endelige og representerte kriterier for om enhetene kunne plasseres i kategorier. Når jeg var ferdig med en enhet begynte jeg på nytt. Denne prosessen hjalp meg til å fokusere på innholdet i kategoriene. Forskeren må vær fleksibel (ibid). Det betyr at en kategori ikke er endelig men den kan endres. Enheter kan flyttes fra en kategori til en annen kategori. Denne prosessen holdt på helt til jeg følte at dataene ikke åpnet for flere endringer.

Analysearbeidet ble avsluttet ved at kategoriene fikk titler og ble til hovedkategorier. Alle data ble sortert i kategorier som beskrev datas innhold. På denne måten fikk jeg organisert datamaterialet. Tilslutt hadde jeg 4 hovedkategorier med underkategorier og sitater som var ordnet inn under underkategoriene. Jeg begynte nederste med sitater som ble fordelt i underkategorier og deretter redusert til hovedkategorier. På denne måten ble det noe enklere å få en oversikt over data og hvordan funnene kunne presenteres. Dette kan illustreres slik:

1. Rådata - sitater fra intervjuet og observasjon til enheter
2. Underkategorier – enheter som får korte beskrivelser/titler
3. Hovedkategorier – redusere underkategorier på et høyere nivå.

#### Metodekritikk

I denne studien har jeg prøvd å studere hva sykepleiere vet om postoperativ munnhygiene og hvordan den blir ivaretatt. Intervju og observasjon som metode passer godt til å fange opp sykepleierenes syn og håndtering av munnhygiene til pasienter.

Utvalget består av 5 sykepleiere som er plukket ut av en tredje person. Det er et lite utvalg. Det som er en ulempe er at disse sykepleierene virker ganske samkjørte i forhold til erfaringer som sykepleier. Det var avdelingssykepleieren som hadde tatt ut de fire frivillige sykepleierene fordi hun mente at de ville ha et bedre grunnlag for å forstå det å være student. Fire av de fem sykepleierene var selv med i den kliniske kompetanse program ved sykehuset. De ville dermed kunne være mer positive i sin deltakelse som informant.

Det lå også en etisk vurdering bak det ved at informantene ikke var nyansatte men med noe års erfaring fra avdelingen. Det kunne ha vært interessant å se om det er noen forskjeller på en nybegynner og en mer erfaren sykepleiere. Den femte informanten deltok frivillig under kort varsel. Det var fire kvinnelige sykepleiere og en mannlig sykepleiere med i studien. Det hadde kanskje styrket oppgaven hvis det var flere mannlige informanter med, slik at man kunne gjort en kjønns vurdering. Jeg mener det er en styrke ved studien at jeg var ute i feltet og samlet inn data over tre måneder. Jeg så en gradvis fremgang i min intervju og

observasjonsteknikk i løpe av datasamlingen. Både ved å reflektere og lytte til lydbåndene fikk jeg reflektert over datamaterialet.

## KAPITTEL 6 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenteres analyse av funn fra intervjuer og observasjoner etter en tilnærmet form av Erlandssons (1993). Fem forskjellige sykepleiere ble observert før og under morgenstellet, og deretter intervjuet. Pasientene er deltakere under morgenstellet og danner sammen med sykepleierne bakgrunnen for hva som skjer i forhold til fokuset rundt munnhygiene. Fokuset er ikke pasienten med hva sykepleierne gjør for å ivareta munnhygiene til pasienten. Det må påpekes at pasientene hadde forskjellige diagnoser og hadde fått utført forskjellige operasjoner. Pasientene var transplantert eller donor. Pasientene var på forskjellige stadier i den postoperative fasen og graden av selvhjelpenhet var forskjellig. Intervjuene var preget av sykepleiernes egne erfaringer og sin forståelse av den verden de fungerte i. Muligheten til å se hva sykepleierne har av praktiske ferdigheter i forhold til munnstell vil variere etter pasientenes tilstand.

Intervjuguiden ble benyttet for å sikre at ønskede tema ble tatt opp, og oppfølgings-spørsmål med forklaring på det som ble observert. Det er mye interessant som kommer fram under observasjonene og intervjuene. Sykepleierne som deltok under observasjonen og intervjuet markeres med en bokstav fra A til E. Bokstaven settes i parentes etter sitatet. Funnene kan deles inn i fire kategorier. Kategoriene har til hensikt å gi svar på studiens problemstilling: Hvilke kunnskaper har sykepleiere om den postoperativ munnhygiene og hvordan blir pasientens munnhygiene faktisk ivaretatt?

Disse fire hovedkategoriene presenteres med deres underkategorier:

1. Kunnskaper om medisinske årsaker
2. Kunnskaper om utstyr
3. Ivaretagelse i form av dokumentasjon
4. Ivaretagelse i form av informasjon og støtte

### Kunnskaper om medisinske årsaker

I intervjuet med sykepleierne kommer det fram forskjellige årsaker til at munnhulen kan bli forstyrret når munnhygienen ikke blir en naturlig del av den daglige hygien.

Observasjonene gir noen få eksempler på hva sykepleierne har av kunnskaper.

Sykepleierne i studien var alle klare over at det er forskjellige årsaker til forstyrrelser på munnhulen. De årsakene som kommer fram både under intervjuet og observasjonen kan deles inn i medisinenes påvirkning av munnhulen, og komplikasjoner som kan oppstå ved å undervurdere munnhygienens betydning.

Intervjuet viste at det var forskjell fra sykepleier til sykepleier om hvor mye de hadde av medisinske kunnskaper. De fleste av kunnskapene var teoretiske kunnskaper, og noen få var basert på egen erfaring fra praksis.

#### Medisinenes påvirkning på munnhulen

Mange medisiner kan virke inn på munnhulen og føre til problemer for pasienten. Under observasjonen fikk jeg en liten oversikt over noen av medisinene som ble brukt ved avdelingen. Mange av pasientene ved avdelingen der undersøkelsen fant sted brukte immundempende medisiner. De medisinene som ble registrert under observasjonen var cellcept, prograf, Rapamune, Sandimmun Neoral og Prednisolon. Medisinene og dosene var tilpasset den enkelte pasient.

Under intervjuet ble sykepleierne spurt om hva de visste om medisinenes påvirkning av munnhulen. Det som kommer fram gjennom intervjuene er varierende. Alle sykepleierne fokuserte på de medisinene som ble mest brukt ved avdelingen, og til gruppen av pasienter som var transplantert.

Alle fem sykepleiere som ble intervjuet var klar over at ved å bruke immundempende midler kunne pasienten få sopp i munnhulen. Det ble også nevnt flere medisiner som prograf, cellcept, kortison, antibiotika som kan påføre pasienten sopp. Det er valgt å sitere alle fem sykepleiere. Dette kan illustres gjennom utvalgte utsagn:

*”Pasientene kan få sopp av sandimmun, cellcept og kortison. Det er helt forferdelig”(A).*

*”Han er en utsatt person som står på antibiotika. Han kan få sopp”(B).*

*”Generelt så gjør de immunsuppressive medisiner at du kan få sopp og andre problemer...”(C).*

*”De immunsuppressive pasienter er utsatt for sopp”(D)*

*”Medisinene setter ned immunforsvaret, så du blir veldig mottakelig for sopp i munnhulen”(E).*

To sykepleiere hadde kunnskaper om at pasienten kunne få forandringer i tannkjøttet. En av sykepleierne var usikker på om et medikament kunne påføre forandringer i tann kjøttet;

*”Det jeg vet er at sandium-oral som blir veldig mye brukt hos nyretransplanterte gjør at tannkjøttet kan begynne å trekke seg nedover tennene. De får tynnere og skjørere hud av prednisolon. Det ser man ganske fort ved at det øverste hudlaget beveger seg uavhengig av det under, det synes ganske godt. Det har også noe å si for slimhinnene i munnen. Noen blir veldig tørre både i munnen og kjeden” (E).*

*”Ja, de får vel problemer med Prograf, nå er jeg usikker på om det også gir tannkjøtt skader, det gjør vel det” (C).*

*”I forhold til de transplanterte er vi mest opptatt av bivirkninger av medisiner. Det er immunsuppressive medisiner som påvirker tannkjøttet så det kan vokse. Ja det er vel hovedsakelig det”(D.)*

En sykepleier mente at medisinerene er med på å bryte ned kalken i kroppen. Det ble ikke nevnt noen spesielle medisiner. Sykepleieren sier dette;

*”Det jeg vet er at medisinerene stjeler kalk fra skjelettet og tennene trenger også kalk for å være sterk.”(E).*



Materialet sier en del om hvilke kunnskaper sykepleierene faktisk hadde om medisinenes påvirkning av munnhulen. Det kom ikke fram i intervjuene om det var andre medisiner sykepleierene hadde kunnskaper om i forbindelse med bivirkninger. Observasjonene viser at noen av sykepleierne hadde ansvar for pasienter som brukte andre medisiner på grunn av diabetes, høyt blodtrykk, astma og nedstemthet.

#### Problemer ved dårlig munnhygiene

Intervjuene med sykepleierne fokuserte på hva slag problemer pasientene kan få når munnstell blir utsatt eller ikke utført. Problemene sykepleierne fortalte om er knyttet både til den pasienten de hadde under morgenstelet og tidligere erfaringer med andre pasienter. Det er forskjellige problemer som sykepleierne har kunnskaper om.

Det kommer fram i et intervju med en sykepleier at oksygen tilførsel kan føre til problemer i munnhulen som munntørrehet og infeksjon;

*”Han har kanskje ligget med oksygen lenge. Det tørker ut slimhinnene. Da blir man jo mer utsatt for ulike typer infeksjoner” (B).*

I et intervjuet kommer fortalte en sykepleier at pasienter kan få infeksjon i tannkjøttet ved dårlig tannstell;

*”Et par ganger så opplevde jeg at det stod skrevet at pasientene har periodontitt. Pasientene hadde sikkert ikke vært flink med tannpuss. Da vet du hva du har å gå ut fra” (E).*

Under intervjuet var det en informant som var opptatt av syrens påvirkning på tennene:

*”Det som ofte skjer med for eksempel donorene er at de blir kvalme og kaster opp. Syren fra mage innholdet som kommer opp kan ligge å virke på tennene i lang tid”(E).*

I intervjuet med en sykepleier kommer det fram kunnskaper om problemer som kan oppstå når pasientene er innlagt over en lang periode;

*”Nå ser vi ikke så veldig mye av komplikasjonene egentlig i og med at pasientene bare er her stort sett en uke. Men på de som er her i mange måneder så vil det da kunne være hyppige hull, belegg på tennene, brune tenner og dårlig ånde” (E).*

*”Det er ofte de eldre pasientene som har del proteser. Det som er viktig er at protesene skal fjernes før operasjonen. Gummene kan hovne opp på samme måte som resten av kroppen hvis de får veldig mye væske. Det kan bli sårt og ømt hvis det gnisser eller er mat rester der” (B).*

I et intervju relaterer en sykepleier problemer til sin pasient hvis han ikke får pusset tennene sine;

*”Han er jo generelt en utsatt pasient. Han spiser ingen ting. Inntil nå har han ikke klart å ivareta sine primære behov. Han kan få sopp i munnen. Jeg har også sett pasienter som har fått virus, og det kommer ofte hvis de er lengre her” (B).*

Under observasjonen forteller en annen informant til sin sykepleierstudent om komplikasjoner ved å ikke få gjort tannpuss;

*” Noen ganger får pasientene herpes og munnsopp hvis de ikke får pusset tennene” (A).*

Noen av informantene har selv erfart hvilke problemer pasientene kan få hvis de ikke har prioritert munnhygien. Problemer som kan oppstå er spredning av viruset fra munnen til andre organer, smerter, sopp og dårlig smak;

*”Det er jo de som dessverre ender opp med de fæle munnene, de har virus langt ned i mage sekken og jeg skjønner godt at de synes det er vondt. Så kan de få ubehag, vondt og problem med å spise. Virus kan også gå ned i luftveiene” (D).*

*”Jeg har sett mange som har hatt sopp i munnen her og spesielt på tunga. Virus kommer ofte hvis de er her lenger tid”(B).*

*”Som oftest får de bare dårlig smak og belegg på tungen. Så går det over. Men det er noen ganger de har fått viruset innvendig også. Det er skummelt. Men det er stort sett de som har ligget et halvt år” (A).*

*”De som ligger her over veldig lang tid spiser som regel ikke selv og får en del sonde ernæring via mikki eller intravenøst. Man tenker på at det blir mindre spytt hvis munnen ikke blir stimulert”(E).*

Under intervjuet nevnte to informanter at dårlig munnhygiene kan virke inn på velværen og appetitten. En av sykepleierene sier det slik om viktigheten av god munnhygiene;

*” Vi vet jo at mange får stort velvære av å pusse tennene. Det virker jo inn på hvordan man føler seg, og jeg vil jo tro at det vil virke inn på appetitten ” (B).*

#### Kunnskaper om utstyr

##### Ulike typer skyllevæsker

Under observasjonen ble det kartlagt hva som fantes av skyllemidler på avdelingen. Det ble registrert at det fantes et skylle middel som heter Corsodyl. I bruks anvisning står det at det brukes for å forebygge bakteriebelegg på tennene, tannkjøttbetennelse og andre infeksjoner i munnhulen når mulighetene for å opprettholde god munnhygiene er nedsatt eller når spyttsekresjonen er nedsatt. Det ble ikke observert fluorskyllemiddel eller andre varianter av skyllemidler som var tilgjengelig for pasienten på avdelingen.

Under intervjuet med sykepleierne ble det spurt om de visste hva slag skyllemidler som var tilgjengelig på avdelingen. Tre av sykepleierne visste med sikkerhet at de hadde Corsodyl på avdelingen, men det var en usikkerhet om det fantes andre skyllemidler;

*”Vi bruker å ha den skyllevæsken som heter Corsodyl, og den som heter, den vanlige flasken, hva heter den som alle bruker som blandes ut i vann?” (C).*

*”Jeg vet vi har corsedyl, nå står det stille, jeg vet vi har noe annet. Ja det er vel i hovedsakelig corsedyl vi har som skyllemiddel” (D).*

*”Det jeg vet er at vi har Corsedyl på avdelingen” (E).*

Det kommer ikke fram i intervjuet med alle sykepleierne om de kjenner til andre varianter av skyllemidler. To av sykepleierne fikk et oppfølging spørsmål: Kjenner du noen andre typer av skyllemidler enn Corsedyl? Sykepleierne svarte på spørsmålet;

*”Ja, da må det være sånn fluor skyllemidler og mer butikk varianter” (D).*

*”Hextril er det en som heter tror jeg, med en ganske markant blå farge. Og så er det nå står det selvfølgelig stille, sånn fluor skyl” (E).*

I vanskelige situasjoner hvor det er oppstått problemer i munnhulen hos pasientene blir det brukt både vanlig vann og skyllemiddel til å skylle med. En av sykepleierne hadde erfaring med å bruke vann der det ikke nyttet å bruke tannbørsten. En annen sykepleier fortalte fra egen erfaring at det ble brukt munnskylling i situasjoner der det var vanskelig å pusse tenner på grunn av problemer i munnhulen. Det kom ikke fram i intervjuet hvilket skyllemiddel som ble brukt. Skylling av munnhulen gjøres også når det blir problematisk å bruke tannbørsten;

*”Det er de som ikke klarer å pusse tennene. Vi hadde en som ikke kunne pusse tennene for ikke så lenge siden, og han kunne ikke heller snakke norsk. Og da brukte vi skylling, fordi det ikke var noen poeng å forsøke og forklare ham å pusse tennene med tannbørsten fordi han ikke hadde noen tenner ” (A).*

Det kommer ikke helt tydelig fram under intervjuet hva alle sykepleierne har av kunnskaper om skyllemidlenes bruksområde eller virkemåte. Under intervjuet var det bare en sykepleier som fortalte at corsedyl og glyserol blir brukt ved problemer som herpes i munnhulen ;

*”Det er ofte i situasjoner der pasientene har disse helt blemmete håpløse munnene. Det er ofte da vi har brukt glyserol og Corsedyl” (B).*

Tannbørsten og annet utstyr

Avdelingen har laget et informasjonsskriv til de som er transplantert. I informasjonsskrivet til de transplanterte anbefales det å bruke tannbørsten til munnstell. Tannbørsten bør være myk. Elektrisk tannbørste blir anbefalt. Det anbefales også å bruke tanntråd, tannpirkere. Tannpirkene bør være trekantformet. Tanntrådene finnes i forskjellige tykkelser.

Hva slag utstyr er tilgjengelig ved avdelingen? Under observasjonen ble det registrert at alle pasientene hadde sin egen tannbørste og tannkrem under morgenstellet. Det ble observert at avdelingen hadde engangstannbørster, colgate tannkrem og tannpirkere. Avdelingen hadde ikke tanntråd.

Alle sykepleierene hadde kunnskap om at avdelingen hadde engangstannbørste og tannpirkere. En sykepleier fortalte at avdelingen hadde vanlige tannbørster. Det ble ikke observert vanlige tannbørster under den perioden feltarbeidet foregikk. Med vanlige tannbørster menes tannbørste som skal brukes flere ganger.

Hva vet sykepleierne om bruken tannbørsten og annet utstyr? Tannbørsten var det redskapet som ble første valg for alle sykepleierne. En sykepleier forteller at i enkelte situasjoner kan munnpensel bli benyttet. Jeg vil sitere to sitater som er representativ for flertallet av sykepleierne på hvordan de prioriterer tannbørsten;

*”På de fleste pasientene ville jeg bruke tannbørste for å pusse tennene” (A).*

*”Det er veldig individuelt. Det er tannbørsten som vi bruker og anbefaler på avdelingen”(C).*

Det ble stilt et oppfølging spørsmål til en sykepleier om det finnes tyggegummi ved avdelingen. Under intervjuet fortalte sykepleieren at det blir tilbudt tyggegummi eller pastiller til pasienter som er plaget med munntørrhet;

*”Tyggegummi brukes ikke ofte. Men tilbudet er der, hvis pasienten er plaget med munntørrhet. Det er mest på donorene som blir kvalme og kaster opp. Det kan være godt å*

*få tygge for å få mer spytt eller frisk pust. De kan også få noen pastiller å suge på ved munntørrhet” (D).*

Sitatet forteller at en sykepleier begrunner bruken av tyggegummi som et hjelpemiddel for å stimulere til økt spyttsekresjon. Det ble ikke observert at pasientene hadde tyggegummi på nattbordet ved munntørrhet. Det som stod på nattbordet til mange av pasientene var et glass eller en mugge med vann. Flertallet av pasientene får lov til å begynne og drikke vann når de kommer til sengeposten fra overvåkings avdelingen. Noen pasienter har drikke restriksjon på grunn av dialyse eller at de er for kvalme til å drikke.

Under intervjuet er det to av sykepleierne som etterlyser mer informasjon om andre varianter av redskaper til munnstell;

*”Jeg savner litt mer informasjon om annet utstyr enn tannbørsten. For eksempel om tungebørste og andre skyllemidler” (D).*

*”Det kunne vært fint å vite hvilken tanntråd og tannpirkere de anbefaler til unge og gamle. Hatt litt andre tannbørster enn det vi har her nå. De er i hvert fall ikke spesielt myke. De er ganske harde og du blir ganske sår i tannkjøttet og begynner å blø, og sammen med sandimmun så har du det gående med betennelse i tannkjøttet” (E).*

#### Frekvens og bruk av utstyr

I et informasjonsskriv til de transplanterte på avdelingen anbefales det at de pusser tennene 3-4 ganger per dag så lenge de er på sykehuset. Under intervjuet ble sykepleierne spurt om hvor ofte pasientene burde pusse tennene sine. Det var litt forskjellige svar på hyppigheten av tannpuss. Sykepleierne vurderte ofte tilstanden til pasienten. Det ble argumentert at en transplantert var mer utsatt for infeksjoner og derfor trengte å pusse tennene flere ganger om dagen. Tannpuss ble anbefalt to ganger om dagen for de som ikke er transplantert og effektiviseres etter pasientens behov. Disse to sitatene er representative for sykepleierne som deltok i studien:

*”Nå er ikke denne pasienten transplantert, så det viktigste for ham er å få fikset litt. Det blir vel ikke mer enn to ganger for ham å pusse tennene om dagen. Så klarere de to ganger om dagen blir vi fornøyd. Når de er transplantert anbefaler vi tannpuss flere ganger ” (A).*

*” Det de sier er at pasientene skal pusse tennene når de har spist og når de har tatt medisinen. Det er for å dempe effekten av medisinenes påvirkning på tennene. Hvis de skal ta tannpuss etter medisinen, så blir det morgen og kvelden når de får disse immundempende medisinen to ganger om dagen. Men også gjerne når de har spist. Så tre ganger om dagen” (E).*

Det var av interesse å se hva de forskjellige sykepleierne hadde av kunnskaper om bruken av tannbørsten. Intervjuene viser at det ikke bare er tennene som blir pusset. Tannbørsten blir også brukt til å pusse tungen på pasientene som trenger hjelp. Pasienter som ikke trenger hjelp blir påminnet om det. Under et morgenstell blir det observert at en sykepleier sier til pasienten at det er viktig å pusse tungen.

To andre sykepleiere forteller under intervjuet at de prøver å være bevisst på at pasienten skal få pusset både tenner og tunge;

*”Jeg tenker hovedsakelig om de får pusset tennene og pusset litt på tungen. Det er det viktigste at de får gjort” (B)*

*”Gommene og tungen er også viktige å pusse” (E).*

Det kommer ikke fram i de andre intervjuene med sykepleierne om de vektlegger at pasientene pusser tungen.

I informasjonsskrivet til transplanterte blir det anbefalt å gjøre tannpuss etter at medisinen er tatt. Under intervjuet fortalte sykepleierne at medisinen kunne virke irriterende på slimhinnene og derfor burde pasienten pusse tennene etter medisin inntak. Dette sitatet er representativ for sykepleierne;

*”To ganger for dagen og rett etter at de har fått medisiner” (D)*

Erfaring i bruken av redskaper

I intervjuet med sykepleierne ble det spurt om de hadde noen erfaring med bruk av redskaper. De fleste av sykepleierne fortalte at de ikke pusset tennene på pasientene så

ofte. Det var sjelden at de måtte hjelpe pasientene med tannpuss. Fire av sykepleierne kunne ikke huske om de hadde lest i noen tidsskrifter om hvordan utføre munnstell. En sykepleier hadde lest i en artikkel om munnstell. Artikkelen ble brukt i undervisningen under grunnutdannelsen. Det de hadde av erfaring med redskaper var personlig erfaring og det de hadde fått under grunnutdannelsen. Ingen av sykepleierne hadde fått opplæring i bruk av forskjellige typer redskaper under sin faste ansettelse tid ved avdelingen. Her er tre sitater om erfaring fra avdelingen;

*”De erfaringer jeg har i å gjøre munnstell i avdelingen er veldig sjelden” (D).*

*”Tungeskraper er veldig lurt å bruke. Den brukes for å bedre smaken i munnen. Jeg bruker den selv. Man får bort belegget på tungen. Vi har dessverre ikke den tilgjengelig ” (E).*

*”Jeg vet ikke om vi har fått tilbud om undervisning i munnhygiene på avdelingen. Det kan hende vi har hatt det, men ikke som jeg kan huske” (C).*

Fire sitater illustrerer forskjeller i synet på opplæring i utdannelsen;

*”Jeg husker at vi pusset tenner på hverandre i forbindelse med undervisning om munnstell. Det er legendarisk det” (C).*

*”Vi hadde munnstell på hverandre i øvelsesposten. Du skulle sitte der mens en annen skulle grave inne i munnen din og passe på at du hadde fått helt rene tenner . Det skulle ikke pusses for hardt eller for løst. Vi skulle pusse helt bak ved gjekslene. Det var veldig lærerikt å oppleve selv å være i den andres sko” (E).*

*” Ja vi hadde munnstell både i teori og praksis” (D).*

*”I min utdanning hadde vi ikke noe særlig om munnstell. Jo kanskje hadde vi litt om det å ikke kunne pusse tennene sine selv. Men det var i forbindelse med praksis plassen. Jeg tror ikke vi hadde noe særlig. Vi hadde i vært fall ikke slik praksis at nå skal vi fokusere på munnhygiene” (A).*



Under observasjonen av de fem sykepleierne var det ingen av dem som pusset tennene til pasientene.

#### Ivaretagelse i form av dokumentasjon

I feltstudien observerte jeg sykepleierne i forhold til hvordan de ivaretok pasientens behov for munnhygiene. Under observasjonene og intervjuene kommer det fram at dokumentasjon er en form for ivaretagelse av pasientens munnhygiene. Gjennom dokumentasjon samhandler og handler sykepleieren for pasienten. Hovedkategorien "Ivaretagelse i form av dokumentasjon" kan deles inn i tre underkategorier;

- Daglige observasjoner og notater
- Prosedyrer ved avdelingen
- Pleieplan til bruk

#### Daglige observasjoner og notater

Under observasjonen ble det observert at sykepleierne startet dagen med stillerapport kl 0730. Sykepleierne startet dag vekten med å studere det som var skrevet om sine pasienter i løpet av kveld og nattevakten. Det ble kartlagt hva slags program pasienten skulle ha i løpet av dagen. Pasientene hadde ulik program i løpet av dag vekten. Frokosten begynte kl 0800. En av pasientene skulle i dialyse før kl 0900. To pasienter hadde fysioterapi mellom kl 0900- 0930. Legevisitten foregikk mellom kl 0900-1000.

Sykepleierne hadde en standard ferdig utfylt rapport ark over alle pasientene som de hadde med seg i lommen på den hvite frakken. Rapport arket inneholdt pasientens navn, fødsels år, diagnose, behandling, teknisk utstyr, undersøkelser og viktige observasjoner.

Sykepleierne noterte ned forhold de måtte huske på i løpet av vekten. Alle sykepleierne gikk å hilste på sine pasienter før morgenstellet og frokosten. Alle fem sykepleierne fortalte at det var en måte å få en klinisk oversikt over pasientens tilstand. Sykepleierne ble spurt om de hadde noen plan for når munnstellet skulle utføres. Sitatet fra to av sykepleierne som her følger gir et godt bilde av hva sykepleierne tenkte om når munnstell skulle gjøres:

*”Jeg hadde ikke noen plan over når munnstellet skulle utføres fordi jeg ikke visste eller kjente henne så godt. Jeg trodde hun var mye mer sykere enn hun var, så jeg tenkte at jeg måtte hilse på henne først, for å se og kartlegge henne mens jeg så henne” (C)*

*”Jeg valgte å stelle pasienten først før munnstellet. Det faller seg veldig naturlig. Noen ganger er det munnstell først og andre ganger er det sist. Pasienten i dag var så trøtt at det var greit å få ham vasket seg først. De fleste pasienter vasker seg eller dusjer først og så tar de tannpuss. De er veldig lite flinke med å ta tannbørsten først. Men det er ikke fordi jeg synes det er minst viktig” (A).*

Under intervjuene kom det frem at det ikke ofte blir dokumentert om munnstell er utført av sykepleierne. Det ble under observasjonen observert at det ikke ble notert fortløpende av sykepleieren om tannpuss var utført. Det ble derfor valgt under intervjuet å spørre om utført tannstell ble notert på noe bestemt sted. Her følger to sitater som eksempler på dette:

*” Nei på den hygienemessige side er det vel ikke så mye. Ja hvis det blir dokumenter så er det på overvåkingskjemaet. Der blir det krysset av ved tannstell. Da er det lettere å fange det opp. Står det ganger fire i pleie planen glemmer folk det” (A)*

*”Vi skriver ikke på væske skjema om munnstell. Vi skriver vel, det er så lenge siden men vi noterer det ned og senere overføres det til pleieplanen” (C)*

Under observasjonen ble det observert at to av sykepleierne så på pasientens tunge etter utført tannpuss. Alle fem av sykepleierne ble under intervjuet spurt om de registrerte pasientens munnstatus. Det viste seg at sykepleierene ikke ofte ser i pasientens munn hvis det ikke oppstår et problem. Det var pasienter som var fysisk redusert og sengeliggende som fikk munnen kontrollert. Her følger fire sitater som hver for seg beskriver hva de brukte å gjøre:

*”Jeg pleier bare å registrere pasientens munnhule når de er dårlige og sengeliggende. Hvis jeg hadde en oppegående pasient i dag ville jeg nødvendigvis ikke trengt å se på tungen. Da hadde jeg bare sagt at om du får noe vondt eller ubehag så sier du ifra. Oppegående kan sjekke tunga selv. Det er ikke så at jeg hver dag kontrollerer tungen” (B).*

*”Jeg ser stort sett ikke hver dag. Men jeg prøver å passe på så godt det lar seg gjøre om de har fått sopp på tungen. Sopp i munnen henger ofte sammen med nedsatt matlyst. Jeg har ikke lyst til å kontrollere tennene fordi det synes jeg blir litt overtramp” (C).*

*”Jeg vet ikke om jeg alltid titter i munnen på pasienten. Jeg gjør det vel mer ubevisst. Det er en av de tingene som ligger i bak hodet mitt. Jeg kunne vel ha gjort det konsekvent Ja spesielt hvis de nevner at de har litt ubehag. Jeg tar da en titt på tungen og sånt. Fordi vi informerer forfor det er viktig å pusse tennene og da sier pasientene gjerne ganske fort ifra hvis de merker noe ubehag ” (D).*

*”Jeg pleier å gjøre det. Man må spørre pasienten om de har opplevd noe hvitt belegg på tungen eller om de blør i tannkjøttet. Jeg bruker å spørre hos de jeg følger opp eller er mye hos. Det er lettere å følge opp hos de jeg ser ofte enn den pasienten i dag, som det er første gangen” (E).*

Når pasienten blir innlagt ved avdelingen tar sykepleierne opp data over pasientens syke historie, problemer de har eller annet av betydning. Under intervjuet ble sykepleierene spurt om de registrerer munnstatusen til pasienten. Sykepleierne henter ikke inn informasjon om pasientens munnstatus ved innkommst samtalen. Det blir hentet inn informasjon om pasientene har proteser eller egne tenner. Det er ofte et åpent spørsmål om pasientens munnstatus. En sykepleier begrunner mangel på registrering av munnstatusen ved innkommstsamtalen med dårlig tid. Sitatene som her følger er eksempler på hvordan sykepleierene belyste dette i intervjuet:

*”Nei, det blir ikke registrert munnstatusen. Ikke viss det ikke er noe spesielt som proteser eller noe sånt. Det blir ikke tatt med om hva slags utstyr de bruker. Det er jeg ikke flink med eller opptatt av for eksempel om de bruker tannråd.” (B)*

*”Ja, i hvert fall om egne proteser eller egne tenner. Hvis de har noen munnproblemer kommer det fram. Det har vært mye mas det siste året om dokumentasjon og det hjelper litt”( C ).*

*”Ja det er vel når de ikke har egne tenner og sånne ting at man alltid skal registrere det. Det går litt på om man spør om de har, det blir litt åpent spørsmål. Jeg vet ikke om jeg spør rent konkret om tennene. Men jeg spør om det er noe spesielt i forhold til mat for eksempel og det henger jo nært sammen hvis de har problemer med tennene” (D).*

*”Det vi gjør er å lese journalen før pasienten kommer, det siste som står der. Et par ganger så opplevde jeg at det var skrevet at pasienten hadde periodontitt. Men som vanlig står det ingenting. Det som går å gjøre er å spørre pasientene om de bruker proteser. Hvis det er noen pasienter som bruker proteser så sier de fra om det stort sett. Det er litt forskjellig om hvordan vi gjennomgår det. Hvis vi har pasienter som skal inntil nekrotransplantasjon, så må ting gå veldig fort. Da er det et tema vi kanskje hopper glatt over. Vi har ikke tid til å spørre om så mange ting” (E).*

Under intervjuet ble sykepleierne spurt om de tror at de andre kollegene observerer pasientens munnstatus. Det var en usikkerhet på om hva kolleger gjorde i forhold til observasjon av pasientens munnstatus. Disse to sykepleiernes utsagn var som følgende;

*”Ja, det er helt sikkert variert det tror jeg nok. Men siden vi nå har dette som en del av undervisnings opplegget til pasientene så tror jeg at alle mer eller mindre er bevisst på det. Hvor mye de går å sjekker at pasientene pusser tennene det aner jeg ikke. Men jeg vil tro vi er mer bevisst her på denne avdelingen enn på kanskje noen annen avdelinger. Selvfølgelig for det er et større fokus her enn andre plasser” (B).*

*”Vi har hatt oppe som tema i min rapport om munnhygiene. I rapporten gir vi rapport om pasientene. Så det er vel mest i slike situasjoner at vi diskuterer hvorfor det for eksempel er at det blir mer sopp i munnen hos flere pasienter i en periode. Hva er vi dårlige på?” (D).*

#### Prosedyrer ved avdelingen

Under intervjuet ble sykepleierne spurt om de hadde prosedyrer på munnhygiene på avdelingen. Vanligvis oppbevares prosedyrer i permer på avdelingene ved sykehuset. Prosedyrene beskriver hvordan bestemte handlinger skal utføres. Dette gjelder blant annet beskrivelser av preoperative forberedelser av pasienten, forberedelser før undersøkelser og

stell av forskjellig teknisk utstyr. Sykepleierne fikk spørsmål om de hadde prosedyrer på munnstell. Det var ikke alle sykepleiere som visste om de hadde prosedyrer på munnstell i avdelingen. En sykepleier svarte nei på spørsmålet om de hadde prosedyrer på munnstell. En annen sykepleier savnet prosedyrer når det oppstod vanskelige problemer i munnen hos pasienten. En sykepleier svarte at de var flinke med munnstell og trengte ikke prosedyrer. Sitatene fra de fem sykepleierne som her følger gir et bilde av hva de tenkte om behovet av prosedyrer på munnstell:

*”Jeg lurer på om vi kanskje har prosedyre på munnstell. Men ikke på vanlig tannpuss. Jeg tror vi har på de som er sengeliggende, jeg er ikke helt sikker” (A).*

*”Jeg vet ikke. Jeg er ikke klar over det. Jeg har vel aldri lett etter det. Jo jeg vet at jeg har lurt på det noen ganger når du har disse helt blemmete munnene. Da føles det litt usikkert, og du blir litt i vill råde hva du skal gjøre” (B).*

*”Nei, vet ikke om vi trenger prosedyrer. Jeg har ikke brukt det. Det går fint når vi trenger ekstra munnstell” (C).*

*” Om vi har munnstell prosedyrer det er jeg usikker på. Men jeg har ikke brukt prosedyrer på munnstell. Jeg vet at i informasjonsskrivet til de transplanterte er det skrevet et kapittel om munnstell om hvordan de bør gjøre det” (D).*

*”Nei det har vi ikke på avdelingen. Det kunne godt ha vært en prosedyre på spesielt munnstell. En huskeliste på hva slags skyllemidler vi kunne brukt og hvilke tanntråd eller tannpirkere og annet utstyr” (E).*

#### Pleieplan til bruk

Sykepleierne brukte utskrift fra den elektroniske pasientjournalen når det var noe de ønsket å vite om pasienten. Sykehuset bruker VIPS modellen som struktur for sykepleie dokumentasjonen i pasientjournalen. Det er pasientens behov for sykepleie som står i sentrum.

I intervjuene framkom det at alle sykepleierne (5) anvender pleieplan til å dokumentere når det har oppstått et problem i munnhulen til pasienten. Problemet må være oppdaget og vedvarende. Sitatene som her følger er eksempler på hvordan tre sykepleiere belyste dette i intervjuet:

*”Når det gjelder pasienten under morgenstellet så var han veldig dårlig i starten av forløpet. Han har ikke utviklet et problem relatert til munnhulen. Så derfor ville jeg ikke skrevet pleieplan om at han trenger hjelp til å få pusset tennene. Hadde dette vært et vedvarende problem og han skulle være en uke lenger så kunne jeg skrive på dags planen. Det er veldig vanskelig” (A).*

*”Som regel begynner vi ikke å registrere før pasienten har fått et problem med munnhulen. Det er ikke alltid vi klarer å ta det i forkant” (B).*

*”Hvis det er pasienter som trenger munnstell er vi flinke med å skrive pleieplaner og få det inn. Det blir gjort. Vi er ganske flinke på det der det trengs i hvert fall. Det kan hende vi ikke er flinke med en slik pasient som i dag. Kanskje hun har en del i munnen som vi ikke vet om. Hvordan skal du kontrollere det? Skal du kreve å få se det?” (C).*

Her følger et sitat som eksempel på det en sykepleier sa om hva som ble dokumentert av munnproblemer i sykepleieplanen:

*”Vi skriver vel pleieplaner det er så lenge siden, men pleieplan brukes ved problem i forbindelse med munnsopp” (C).*

*”Hvis de får munnsopp og står på antibiotika er det antibiotika bivirkningen vi dokumenterer” (D).*

*”Det er kun på de med uten tenner at vi har pleieplan. Så de får skylt munnen”(A).*

*”Det er vel det at hvis vi ikke pusser tennene så skriver vi det. Vi skal dokumentere det vi ikke gjør i disse skriftlige rapportene. Vi skal skrive hvis det er utenfor normalen. Hvis vi skjønner at det er noe som er et gjennomgående problem for dem, skriver vi en pleieplan på munnhygiene. Vi har ganske fine pleieplaner på de transplanterte. Den*

*levertransplanterte kvinnen som jeg fortalte om hadde vi pleieplan på munnstell. I pleieplanen skrev vi hva som skulle brukes av utstyr og hvordan rutinen skulle være. Pleieplanen var viktig for at vi skulle ha en fast plan som alle skulle gjennomgå, så det ikke skulle være forskjell fra person til person” (E).*

Sykepleierne fikk spørsmål om de førere sykepleieplaner på alle pasientenes munnhygiene. Det som kom fram av intervjuet med sykepleierne var at de ikke skrev pleieplaner på alle pasientenes munnhygiene. De pasientene som fikk pleieplan på munnhygiene var de som var lang tids syk og der sykepleieren tar over det daglige stedet. Her følger tre sitater som viser dette:

*”Ja vi lager pleieplaner hvis det trengs. Når pasienter er langtids syke går vi inn å tar over mer av personlig hygiene og sånne ting. Vi har personlig pleieplan og fører hvor ofte munnstell blir utført. Pasienter som er her en uke kan man ikke gjøre så mye ” (D).*

*”Spesielt de ekstra dårlige pasientene får pleieplan for munnhygiene” (A).*

*”Hvis det blir skrevet i pleieplanen er det på pasienter som er dårlige etter en transplantasjon. Jeg vil ikke si dårlige fordi mange er så spreke dagen etterpå. Så de som blir registrert er pasienter som er langeliggere” (B).*

Videre framkom det av svarene til sykepleierne at de ikke hadde standard sykepleieplaner på munnhygiene selv om det er viktig for de pasientene som får munnsopp. Følgende to sitat er betegnende for hvordan to sykepleiere beskrev dette:

*”Vi har ikke standard pleieplaner på munnstell selv om det er enkelte som får munnsopp”(D).*

*”Vi har ikke standardpleieplaner på munnstell. Faktisk så har vi standardpleieplaner på blant annet obstipasjon og ernæring. Vi kunne godt ha hatt en egen på munnstell også fordi det er så lett å glemme det. Enda det er så viktig område å behandle” (E).*

### Ivaretakelse i form av informasjon og støtte

Datasamlingen viste at informasjon og støtte fra sykepleier er en annen form for å ivareta pasientens munnhygiene. Avdelingen vektlegger informasjon og opplæring av de som er transplantert. Det er utarbeidet et informasjonsskriv hvor munnstell blir beskrevet.

Informasjon og støtte som hovedkategori viste seg gjennom to underkategorier; oppmuntre pasienten til munnstell og strekke ut en hjelpende hånd.

#### Oppmuntre pasienten til munnstell

Det ble observert at sykepleierne under morgenstellet sa til pasientene at de skulle pusse tennene sine. Alle pasientene klarte å utføre tannpuss selv, men trengte oppmuntring for å komme i gang. Oppmuntringen foregikk som en del av informasjonen til pasienten når de var i sengen. De fleste av pasientene pusset tennene etter informasjon fra sykepleierne.

Sykepleierne ble spurt når de valgte å oppmuntre pasienten til munnstell. Informasjon om munnstell gav sykepleierne den første tiden etter operasjonen. Informasjonen ble gitt automatisk. Utdrag fra to av intervjuene er beskrivende for dette:

*”Det er mye automatikk. Men det er veldig fascinerende når du sier til pasienten at nå skal du pusse tennene dine. Det er ofte at jeg må overtale en nyoperert pasient til å pusse tennene på kvelden. De få gangene jeg synes det er greit at de ikke gjør det, er kanskje de donorene som kommer sent på kvelden og er helt utslitte etter en operasjon. Da er det ikke så farlig, men dagen etterpå er det automatisk tannpuss” (A).*

*”Det som jeg pleier å gjøre helt i starten etter operasjonen er å snakke med pasienten om munnhygiene. Det er viktig å snakke om det. Det er ikke helt sikkert at de tenker på tannpuss før andre eller tredje dag, hvis jeg ikke hadde sagt det. Det fungerer greit” (B).*

Sykepleierne ble spurt om det var vanskelig å oppmuntre pasienten til tannpuss. Noen av sykepleierne syntes det var vanskelig å få pasientene til å pusse tennene. Andre sykepleiere valgte å være fast bestemt på at munnstell skulle utføres men uten tvang. Tre sitater fra tre av sykepleierne er sammenfallende med sykepleiernes utsagn og lyder som følgende:



*”Jeg forsøker å overtale så godt jeg kan. Og de som er sengeliggende de må jeg overtale. Noen pasienter synes det er overgrep, og det er ikke noe hyggelig. Men de fleste pasientene overlates på en måte til sitt eget ansvar hos oss. Pasientene informeres at de skal pusse tennene. Derfor er det viktig at vi passer på at tannpuss blir gjort” (A).*

*”Ja det er vanskelig å motiver pasienten til å pusse tennene. Men det er det jeg skal gjøre to ganger på min vakt, og sånn er det. Pasientene kan stort sett velge tidspunktet for tannpuss. Det er ikke alltid at de kan få velge. Det er bare å si at det er min plan at de skal pusse tennene, og så finner vi et greit tidspunkt. Så det kan skje på litt uvillighet, men det går ikke på tving. Lukker de munnen så lukker de munnen” (B).*

*”Jeg har erfaring med pasienter som ikke vil pusse tenner. Det er stort sett psykotiske pasienter. Før var de levertransplanterte mer psykotiske og da var det mer vanskelig å informere dem om viktigheten med tannpuss. De fleste pasienter hører etter” (C).*

Under et morgenstell ville en pasient ikke pusse tennene sine. Pasienten var levertransplantert og oppholdt seg i sengen under hele observasjonen. Sykepleieren ble spurt hvorfor ikke pasienten ble oppmuntret. Følgen sitat begrunner dette:

*”Når jeg har forklart pasienten under morgenstellet grunnen til at jeg vil at hun skal pusse tennene og hun ikke hører er det ikke riktig at jeg maser. Jeg antar henne som en veldig bestemt person og en voksen person” (E).*

Under morgenstellet var det ikke alle pasientene som fikk informasjon om munnstell. De pasientene som fikk informasjon var de som trengte tilrettelegging under morgenstellet. Informasjon blir gitt til pasienter som er transplantert og sengeliggende. De pasientene som er oppegående blir betraktet som selvhjulpen. Det var viktig for sykepleierne å forklare viktigheten av munnhygiene, og ikke tvinge pasientene. Følgende tre sitater er betegnende for de svar sykepleierne gav:

*”Hvis jeg har en oppegående pasient som jeg vet har kommet noen dager på vei så kan det være at jeg nevner det med munnhygiene. Ofte tenker jeg at de har fått informasjon om viktigheten av å pusse tennene, og da må de ta vare på sin munnhygiene” (B).*

*”Vi gir informasjon om tannpuss til de som trenger immundempende medisiner. Tannpuss inngår i opplæringen etter transplantasjonen. Informasjonen blir gitt når pasienten er mottakelig for det” (C).*

*”Det kommer litt på hva slag pasient det er. Hvis det er en donor så har jeg ikke så mye med tannpuss å gjøre. Da er det ikke mitt ansvar på en måte. Fordi det har ingen ting med det de er her for å gjøre. Jeg kan selvfølgelig informere om viktigheten. Donorene er oppegående mennesker som følger eget valg. Men med transplanterte må jeg i hvert fall gi grundig informasjon i første omgang. Jeg må forsikre meg om at de vet hvorfor vi forventer av dem og konsekvensene det får. Jeg prøver ikke å overtale men få dem til å forstå viktigheten av tannpuss, at de er nødt til å gjøre det fordi det kan få større konsekvenser for dem enn andre” (D).*

Under intervjuene kom det fram at sykepleierne informerte pasientene om viktigheten av munnstell. En sykepleier fortalte til en pasient under morgenstellet at det var viktig at han pusset tungen fordi han ikke spiste så mye. Det blir gitt informasjon til pasienten om viktigheten av tannpuss på grunn av medisiner, munn sår, sopp og bruken av tannbørsten. Sitatene som her følger er eksempler på hvordan sykepleierne belyste dette i intervjuene:

*”Jeg informerer pasientene om at de må si ifra hvis de har noe ubehag i munnen eller lignende” (B).*

*”Jeg informerer gjentatte ganger. Jeg tror nok de fleste gjentar det, selv om de vet at kolleger har gjort det. Jeg gjentar viktigheten av tannpuss og at de må gjøre det etter inntak av medisiner. Vi kunne nok bli flinkere til å informere om alt utstyr som finnes. Tannbørsten er vi opptatt å informere om. Det får pasienten med seg” (D).*

*”Som regel går det greit med forklaring til pasienten om misting av tenner, munn sår og munnsopp. De fleste hører på den informasjonen de får om viktigheten av tannpuss. Barn synes det kan være veldig vanskelig at vi kommer å sier at de må gjøre tannpuss” (E)*

Se og hjelpe pasienten

Pasientene er i en ny situasjon ved innleggelse på sykehus. Noen klarer å hjelpe seg selv i stellet og andre trenger tilrettelegging eller at sykepleieren tar over stellet. I feltarbeidet ble det observert under morgen stellet hva sykepleierne gjorde for pasienten. Det var fire forskjellige pasienter. Den femte pasienten ble observert under to morgenstell med to forskjellige sykepleiere. Det ble observert hvordan sykepleierne rettet sin oppmerksomhet mot pasientens behov for hjelp. I intervjuet ble sykepleieren spurt om de hjelper pasienten under morgenstellet. Det kommer fram at sykepleierne vurderer pasientens funksjonsdyktighet, alder og diagnose. Her følger tre sitater som er beskrivende for slik sykepleierne handlet i morgenstellet:

*”De erfaringer jeg har her på avdelingen med å gjøre munnstell på pasienten er veldig sjelden. En gang måtte jeg pusse tennene på pasienten. Grunnen til at jeg måtte gjøre det var fordi pasienten var så lenge sengeliggende at han ikke klarte å løfte armen, og derfor måtte bare ha hjelp til det”(A).*

*”Utgangspunktet er at jeg spør hva pasienten vil. Det kommer også på hvor mye hjelp de trenger. Hvis det er en pasient som trenger mye hjelp så må jeg legge inn tid til det og klare å få gjort det før noe annet skal skje. Men som i dag når jeg vet at det ikke er noe program går det fint. Donor som er så sprek pusser jeg ikke tenner på. Jeg merker at de kan føle det som ubehagelig og påtrengende. Jeg lar være å vaske et frisk menneske som aldri har vært på sykehus før. Jeg føler store forskjeller på donor og transplanterte pasienter” (B).*

*”Det er veldig ofte at pasienten skal gjøre mest mulig selv med tilrettelegging. Jeg tilbyr pasienten hjelp med tannpuss hvis de ikke orker å gjøre det selv” (C).*

*”Spesielt ser jeg hvem pasienten er. At det er en ung person som i dag vil påvirke min oppmerksomhet. Jeg tror spesielt at yngre personer har sine egne vaner på munnhygiene hjemme. Så jeg tilbyr bare å finne fram toalettsaker, og et glass til å pusse tennene” (D)*

En sykepleier var opptatt at pasienten skulle få bestemme selv når stellet skulle forgå. Her følger sykepleierens sitat:

*”Det jeg pleier å gjøre når jeg går rundt til pasienten er å tilby morgenstell. Er de kvalme eller er de opptatt med noe så kan vi godt utsette morgenstellet. Jeg er ikke veldig opptatt av at ting må skje mellom åtte og halv ti. Jeg mener at det skal være tilpasset pasientens form og ønske. Ønsker de å sove litt lenger eller er kvalme så er det ikke noe særlig å dra fram vaskekluten og tannbørsten. Jeg hjelper pasienten til å få utfør munnstell ved sengen eller på badet” (E).*

Under observasjonen var det flere av pasientene som var avhengig av teknisk utstyr. Det tekniske utstyret kunne være et uretralt kateter, intravenøs sett og smertepumpe. Før selve morgenstellet startet sykepleierne med å observere utstyrets funksjon. Sykepleierne rettet blikket mot pasienten og samtidig det tekniske utstyret. Det var en god stemning mellom sykepleierne og pasientene. Sykepleierne startet morgenstellet med å hente inn vaske utstyr som pasienten trengte. Pasienten fikk bestemme selv om de skulle ta frokosten først eller stellet. Alle pasientene fikk frokosten sin inn på rommet.

Sykepleierne var hjelpsomme overfor pasienten. To av pasientene fikk utført stellet i sengen med tilrettelegging fra en sykepleier. En pasient var trøtt og blek, og sykepleieren valgt å støtte pasienten under stellet. Støtten bestod av at sykepleieren satt ved siden av pasienten på sengekanten og holdt ryggen opp. Pasienten fikk av sykepleieren håndkle, klut, vaske fat, pussbeger og skyllevann. Sykepleieren vasket pasientens kropp. Tannpussen ble gjort av pasienten selv som siste del av stellet. Pasienten var sliten og andpusten etter stellet. Dagen etterpå var pasienten sprekere og gikk ut på badet med hjelp av sykepleieren. Sykepleieren kontrollerte tungen til pasienten uten at det var noen innvendninger.

En annen pasient ble påminnet om tannpuss og gikk ut på badet selv etter at sykepleieren hadde lagt inn håndkle, klut og en trøye. De pasientene som kunne gå selv gikk på badet å stelte seg selv. Det var ingen kontroll om munnstell ble utført for pasienter som klarte seg selv.

## Kapittel 7 TOLKNING OG DRØFTING AV FUNN

Funnene som ble presentert i kapittel 6 vil her bli drøftet. Drøftninger handler om tolkninger av funn. Kvale (1997) presenterer tre ulike tolknings måter:

- Selvforståelse
- Kritisk forståelse basert på sunn fornuft
- Teoretisk forståelse

I begrepet selvforståelse inngår det en tolkning av hva informanten mener med sine uttalelser. I denne studien er dette gjort ved å kategorisere sykepleierenes svar og anvende deres uttalelser i form av sitater som presentasjon av funn, se kapittel 6. Det har vært et ønske om å være tro mot informantene og det har ikke vært gjort bevisst forsøk på endre meningsinnholdet.

Kritisk forståelse basert på sunn fornuft betyr at intervjueren kan stille seg kritisk til det som blir sagt, og vektlegge uttalelsens innhold (ibid). I dette kapittelet presenteres min kritiske forståelse gjennom refleksjoner knyttet til funnene. Dette skjer gjennom skriftlige kommentarer og betraktninger.

Teoretisk forståelse vil si at det benyttes en teoretisk ramme ved tolkningen av en uttalelse (ibid).

Drøftinger av funn knyttes til en teoretisk referanseramme:

- Carpers kunnskapsmønster (1978), Kap.2
- Kims praksisteori (2000), Kap. 2
- Teoretisk betraktninger om munnhygiene, kap.3
- Tidligere forskning av relevans, kap.4

Funnene vil bli drøftet ut fra de fire hovedkategoriene i kapittel 6.

### Kunnskaper av medisinsk art

I Kims praksisteori (2000) er det sykepleiernes overveielser og handlinger som førere fram til et resultat for pasienten. I overveielser fasen inngår sykepleiernes anvendelse av tilgjengelig kunnskap. Overveielserne blir påvirket av det sykepleieren vet ("what one knows") til hva en gjør ("what one does"). Hvilke kunnskaper har sykepleierene om postoperativ munnhygiene?

Funnene viser at alle fem sykepleiere hadde kunnskaper om medisiners bivirkning på munnhulen og følger ved dårlig munnhygiene. Alle sykepleierne hadde kunnskaper om minst et medikaments bivirkning på munnhulen. Immundempende medisiner ble nevnt som medikamenter som kan forårsake candidas i munnhulen. Tre sykepleiere fortalte at immundempende medisiner kan føre til at tannkjøttet vokser. Sykepleierne fortalte ikke om andre medisiner som kan påvirke munnhulen. Det ble observert at pasientene brukte andre medisiner i tillegg til immundempende medisiner. Adams (1995) studie konkluderer også med at sykepleierne hadde kunnskaper om noen få medisiners bivirkning på munnhulen. I Adams studie fikk sykepleierne mulighet til å krysse av for om de kjente til 13 medisiner som kunne påvirke munnhulen. Sykepleierne kjente til fire av 13 medisiner som kunne påvirke munnhulen. På dette grunnlaget ble det konkludert med at sykepleierne hadde liten kunnskap om andre medisiners påvirkning på munnhulen.

I min studie ble ikke sykepleierene spurt eksplisitt om de kjente til andre medisiners bivirkning på munnhulen. I min studie kan det ikke konkluderes med at sykepleierne hadde liten kunnskap om medisinerens påvirkning på munnhulen. Resultatet kan føres tilbake til intervjuguiden. I forskningsprosessen er utarbeidelsen av intervjuguiden viktig. I denne studie kunne det ha vært hensiktsmessig å ha brukt mer tid på intervjuguiden. Det kunne ha vært gjort en større utdypning av spørsmålet rundt medisiner. Dette kunne ha ført til en bedre oversikt over om sykepleierne kjente til flere medisiners bivirkning på munnhulen.

Det kan være fristende å si at sykepleierene ikke har nok kunnskaper siden de ikke nevner andre medisiner. Det er vanskelig å si noe klart om hvorvidt den manglende opprøpningen av andre medisiner skyldes at sykepleierene hadde for lite kunnskaper. En studie fra New Zealand og England antyder imidlertid at sykepleierne manglet kunnskaper

om medisiners påvirkning på munnhulen. Det ble hevdet at denne mangelen fortrinnsvis skyldtes en utilstrekkelig undervisning i munnhygiene i sykepleierutdanningen (McKelvey, 2003, Miller, 2001). Sykepleierene i min studie bekreftet at de ikke hadde noen undervisning i grunnutdannelsen om medisiners bivirkninger på munnhulen. Det kan se ut som sykepleierene i min studiene har fått kunnskaper om medisiners bivirkning under sin praksis i avdelingen.

Sykepleierne i studien hadde forståelse for at dårlig ivaretagelse av munnhygiene kunne føre til komplikasjoner i munnhulen. Infeksjoner, hull i tennene og plakk. Studien til McKelvey kommer også fram til at sykepleierne hadde forståelse for at dårlig munnhygiene kunne virker inn på pasientenes munnhule. Velvære ble nevnt som viktig for å opprettholde god munnhygiene. I en studie fra Sverige ønsket sykepleierne mer kunnskaper om sykdomstilstander i munnhulen. Andre studier konkluderer med at sykepleiere har bedret sine kunnskaper om komplikasjoner i munnhulen relatert til dårlig munnhygiene (Jones, 1998, Miller, 2001). Det er fristende å påstå at sykepleierene i min studien har noen kunnskaper om følger av dårlig munnhygiene.

Sykepleierenes kunnskaper om medisiners påvirkning på munnhulen og konsekvenser av dårlig munnhygiene, kan være påvirket av det miljøet sykepleierene befinner seg i. Kim (2000) hevder at ytre forhold som blant annet miljøets påvirkning vil kunne være av betydning for sykepleiepraksis. Studiet ble utført ved en avdeling hvor det var utarbeidet et informasjonsskriv til transplanterte pasienter. Informasjonsskrivet hadde et eget kapittel om munnstell. I kapitlet om munnstell ble noen bivirkninger av de immundepende medisinene belyst. Sykepleierene brukte dette informasjonsskrivet i opplæring av transplanterte pasienter. Det kan være en forklaring på hvorfor sykepleierne hadde kunnskaper om immundepende medisiners påvirkning på munnhulen.

Hovedtyngden av pasientene ved avdelingen er transplantert. Det er en stor fokus på de transplanterte pasientene. Risikoen for å få infeksjon er meget stor blant de transplanterte. De transplanterte pasienter er lett mottakelig for å få problemer med munnhygien. Studier viser at cyclosporin A (CsA) kan påføre pasientene gingival hyperplasi (Birraux, 2006, Nurmenniemi, 2004, Vardar, 2005, Yosihid, 2005). Koreanske forskere kom fram til at cyclosporin fremmer produksjonen av enkelte signalstoffer som får bindevevs celler til å

vokse ekstra mye (Chae, Ha, Yun, Pae, Chung, 2006). Oral sopp infeksjon har vist seg å forekomme hos transplanterte som følge av immundempende medisiner, bredspekret antibiotika og steroid behandling (Douglas, 1998, Wondimu, 2001). Disse kunnskapene har også sykepleierne i min studie. Det bør derfor være mulig å hevde at sykepleierne sitter inne med teoretisk kunnskap om medisiners bivirkninger på munnhulen.

Kirkevold (1997) hevder at sykepleien først og fremst er et praktisk fag og sykepleievitenskapen har i oppgave å utvikle kunnskap som kan underbygge og bedre sykepleiepraksis. Det er et gap mellom teoretisk kunnskap og praksis fordi sykepleierene ikke har den nødvendige kompetansen til å nyttiggjøre seg den teoretiske kunnskapen i praksis. Dette stemmer ikke helt med det som kommer fram i intervjuet med sykepleierne. Noen av sykepleierne hadde erfaring med at transplanterte pasienter kunne få candidas på tungen. To sykepleiere hadde hatt pasienter som hadde fått candidas i munnhulen og spredninger videre til magetarm og lunge systemet. Gjennom erfaring i praksis hadde sykepleierene fått kunnskap om hva immundempende medisiner kan føre til av bivirkninger på munnhulen og andre organer. Det kan være fristende å påstå at det var derfor sykepleierene hadde teoretiske kunnskaper om medisiners bivirkninger og følger av dårlig munnhygiene. Sykepleierne har kunnskap om munnhygiene både fra empirisk og estetisk kunnskapsområde (Carper, 1978). Både den empiriske og estetiske kunnskapen om munnhygiene vil være viktige for sykepleierens beslutninger i planleggings og handlings fasen.

Flere sykepleiere snakker om medisiners bivirkninger på munnhulen og følger ved dårlig munnhygiene om hverandre og skiller ikke disse to tingene fra hverandre. Spørsmålene var kanskje ikke stilt på en slik måte at det gav føringer for å gjøre dette. De refleksjoner jeg gjør i forhold til dette er at sykepleierne har noen kunnskaper om medisiners påvirkning og følger av dårlig av munnhygiene. Disse kunnskapene kan sees som spesielle i forhold transplanterte pasienter. Dette vil være naturlig i og med at avdelingen har for det meste pasienter som er transplantert.



### Kunnskaper om utstyr

I funnene kommer det fram at alle sykepleierene i hovedsak bruker og anbefaler tannbørsten som første håndvalg ved munnstell. En av sykepleierne fortalte at munnpensel hadde vært brukt under munnstell fordi tannbørsten ikke kunne brukes.

Det er dokumentert i litteraturen at munnpensel ikke er effektiv til å fjerne plakk (Addems, 1992). Den kan være behagelig for å fukte munnen mellom tannpuss (Barnason, 1998). Det ser ut som om sykepleierne har kunnskap om at tannbørsten er et viktig redskap.

Tannbørsten er i dag den mest foretrukne redskapen i munnstell (Franklin, 2000, Griffiths, 2000, Pearson, 1996). Viktige studier gjort i forhold til intensiv pasienter viser at sykepleierne bruker munnpensel framfor tannbørsten (Grap, 2003, Kite, 1995). Det er veldig bra at sykepleierene i min studie velger rutinemessig å bruke tannbørsten. Et studie viser at tannbørsten er mer effektiv i å fjerne plakk enn munnpenselen (Rawlins, 2001).

En mulig årsak til den bevisste bruken av tannbørste kan være at det i informasjonsskrivet til transplanterte pasienter blir anbefalt å bruke tannbørsten ved munnstell. Det ble ikke observert at noen av pasientene brukte munnpensel i varetakelse av munnhygiene. Dette kan også mulig begrunnes med innskjerpelse av munnpensel etter Dent-o-sept skandalen i 2001. I 2001 ble det funnet *Pseudomonas aeruginosa* hos en rekke pasienter og smittekilde var dent-o-sept munnpensel. Et utvalg som ble oppnevnt av helsetilsynet konkluderte med at praktiseringen av munnstell har vært mangelfull blant helsepersonell. Kunnskaper om korrekt munnhygiene er ikke oppdatert på mange sykehus. Utvalget foretrekker at kravet til mikrobiologisk renhet må skjerpes hos pasienter med svekket infeksjonsforsvar (Helsetilsynet, 2003). Tiltross for det ble det observert at avdelingen hadde engangstannbørster. Engangstannbørster inneholder et tannkremlignende middel. Sykepleierne var klar over at avdelingen hadde engangstannbørster og sa ingen ting om engangstannbørster i forhold til transplanterte pasienter. Det kan begrunnes med at informantene ikke ble konfrontert om dette forholdet. En annen årsak kan være at de fleste pasienter har sin egen tannbørste og det er ikke behov for å låne tannbørste.

En sykepleier var skeptisk til å bruke elektrisk tannbørste. Sykepleieren argumenterte med at den elektriske tannbørsten er for hard for tannkjøttet. Dette er kanskje kunnskap som

bygger på egen personlig erfaring og holdning. Ingen av de andre sykepleierene i studien nevnte den elektriske tannbørsten. I informasjonsskrivet til pasienter som er transplantert ble den elektriske tannbørsten nevnt som et vel egnet redskap til munnstell.

Helsetilsynet anbefaler å bruke en myk tannbørste. Elektrisk tannbørste er godt egnet til å fjerne plakk og er behagelig for tannkjøttet og munnslimehinnene (Helsetilsynet, 2003). I en studie utført ved et sykehjem i Norge ble bruken av elektrisk tannbørste kartlagt. Det ble utdelt elektriske tannbørster ved hver avdeling. Helsepersonellet foretrakk å bruke elektrisk tannbørste framfor en vanlig tannbørste fordi det var enklere og tidsbesparende (Wolden, Strand og Gjellestad, 2006). The cochrane Collaboration konkluderer med at elektrisk tannbørste som roterer er bedre en manuell tannbørste i å fjerne plakk og redusere gingivitt (Robinson, Deacon og Deery, 2005).

Sykepleierne kjenner sikkert til elektriske tannbørster men disse var ikke tilgjengelig ved avdelingen. Det er fristende å hevde at sykepleierne manglet kunnskaper om hvor effektiv den elektrisk tannbørste kan være. Det kan også være en årsak til at fire av sykepleierne ikke nevnte den elektriske tannbørsten, fordi den ikke var tilgjengelig i avdelingen. Kim (1994) påpeker at de midlene sykepleierene har tilgjengelig vil påvirke de handlinger som blir gjort i praksis. Det vil være fristende å si at dette også gjelder for kunnskapen om den elektrisk tannbørsten. Sykepleierne fikk ikke spørsmål spesielt rettet mot effekten av elektriske tannbørste og det kan derfor ikke konkluderes med at de hadde liten kunnskap om den.

Funnene viser at tannpirkere og klorhexidin blir brukt til munnstell ved avdelingen. Tannpirkere kan pasientene få hvis de har behov for det. Det kan se ut som tannpirkere er et redskap som pasienten bruk selv. Ingen av sykepleierene fortalte om at de hadde brukt tannpirkere i munnstell på pasientene. Jeg går ut fra at tannpirkere vil være vanskelig å bruke for sykepleierne. Gingival hyperplasi kan holdes i sjakk ved å bruke tannpirker ( ). Noen av sykepleierne etterlyste mer informasjon om andre redskaper til bruk enn tannbørsten. Dette tolker jeg som at de manglet kunnskaper om andre redskaper og samtidig ønsket å få vite mer. Under et intervju forteller en sykepleier at tungeskraper er bra for å rense tungen for plakk og bakterier. Det finnes mange forskjellige tungebørster og de har god effekt for å minske veksten av bakterier (Berry, 2006, Danser, 2003).

Klorhexidin er anbefalt som det mest effektive middel mot plakk (Grap, 2004, Jones, 2000, Houston, 2002). I min studie hadde sykepleierene få kunnskaper om ulike skyllemidler. Dette begrunner jeg med at de visste navnet på noen få skyllemidler. En sykepleier nevnt fluorskyll. Det var også en usikkerhet om hvilke skyllemidler de hadde ved avdelingen. Et skyllemiddel som noen av sykepleierne fortalte om var corsodyl. Corsodyl er et klorhexidin produkt. Avdelingen hadde Corsodyl. Det var kanskje derfor sykepleierene kjente til det. Det må også påpekes at sykepleierne veldig sjelden trengte å stille pasientens munn. Det kan kanskje forklare hvorfor sykepleierne ikke visste om flere varianter av skyllemidler. En sykepleier fortalte at corsodyl hadde blitt brukt ved sår i munnslimehinnen. Et hovent og svullent tannkjøtt er uestetisk og kan føre til tannkjøtt infeksjoner. Bakterier fra infeksjoner kan spre seg til andre organer, og spesielt hos transplanterte som går på immunsuppressive midler. Skylling med klorhexidin vil kunne hindre oppvekst av bakterier (Bagg, 1999, Brinor, 1994). Tanntråd som et redskap der tannbørste ikke kommer til ble ikke nevnt av sykepleierne. Det kan være at de ikke tenkte på tanntråd. Avdelingen hadde ikke tanntråd selv om de anbefalte det til bruk for de transplanterte pasientene. To av sykepleierne fortalte at pasientene kunne bruke pastiller og sukker fri tyggegummi. Tyggegummi og pastiller ble anbefalt i informasjonsskrivet til transplanterte pasienter for å lindre munntørret. Det er vanskelig å si hva sykepleierne egentlig har av kunnskaper når det gjelder å lindre munntørret. Det kommer ikke tydelig fram i studiet fordi de ikke ble stilt spørsmålet.

En viktig faktor i vurderingen av hvilke kunnskaper sykepleierne har om utstyr er om de har fått undervisning. Studier som er gjort viser at de som har fått undervisning om munnstell får en kompetanseheving (Strand, 2005, Krona, 2001). De fleste av sykepleierne hadde fått noe undervisning i løpet av grunnutdannelsen. Det varierte mellom sykepleierne hvor mye de hadde fått av undervisning. De fleste av sykepleierne mente at undervisningen i grunnutdannelsen ikke var god nok. Ingen av sykepleierne hadde fått undervisning under sin ansettelse ved avdelingen. Det er derfor fristende å påstå at manglende eller dårlig undervisning kan være en forklaring på sykepleiernes lave kunnskaper om utstyr. Longhurst (1998) fant ut at sykepleiere i England hadde mangel på kunnskaper om munnstell, og relaterte det til mangelfull undervisning. Det kan hende at sykepleierne i min studie ville ha hatt mer kunnskaper om utstyr hvis de hadde fått undervisning.

Kim (2000) påstår at faktorer relatert til beslutningstakeren som blant annet kunnskaper påvirker beslutningen som tas. Går man ut fra denne tankegangen vil dette få følger for hvordan sykepleierne prioriterer munnhygiene til pasientene. Det vil være viktig at sykepleierne blir oppdatert på hva som finnes av utstyr og hvordan utstyret skal brukes. Kunnskapen om utstyr vil også kunne påvirke hva man velger å ha tilgjengelig ved avdelingen.

Sykepleierne hadde kunnskaper om at tannpuss skulle utføres to til fire ganger om dagen og etter medisin og mat inntak. Pasienter som var transplantert ble anbefalt å pusse tennene tre til fire ganger om dagen når de var på sykehuset. Det kan se ut som det hjelper å ha noen retningslinjer som sykepleierne forholder seg til. I intervjuene med sykepleierne kom det fram at pasientene stort sett utfører tannpuss to ganger om dagen. Det kan tolkes som sykepleierne ikke følger retningslinjene alltid når det gjelder de transplanterte pasientene. Det kan være at sykepleierne ser bare verdien med å pusse to ganger om dagen. En annen årsak kan være at tannpuss ikke kan gjøres uten at pasienten vil det. Pasientene har selvbestemmelses rett. Sykepleierne var opptatt å ikke tvinge noen pasienter til munnstell. Det kan være at sykepleierne bruker sin moralske kunnskap (Carper, 1978) i vurderingen av hyppigheten på tannpuss.

#### Ivaretagelse i form av dokumentasjon

De opplysningene sykepleierne innhenter om pasientens sykdomstilstand vil foregå både gjennom observasjon og samtale (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005). Å observere betyr å iakttå, måle og registrere (Bokmålsordboka, 1993). Sykepleieren kan benytte seg av sine sanser for å danne seg et bilde av pasientens munnhygiene. Det kan være hvordan leppene og tennene ser ut. Sykepleieren kan kartlegge hvordan munnstatusen er ved å observere munnhulen. Kartlegging av munnstatusen vil kunne inngå som en del av datasamlingen i sykepleiedokumentasjonen.

I intervjuene kom det fram at sykepleierne ikke hver dag observerer pasientens munnhule. Det ble under feltarbeidet observert at to sykepleiere observerte pasientens tunge. I intervjuene kom det også fram at sykepleierne på anmodning fra pasienten observerte munnhulen. I avdelingen var det ingen retningslinjer for hva sykepleierne skulle vektlegge

ved observasjonen av en frisk munnhule. Sykepleierne hadde erfaring med at transplanterte pasienter kunne få candidas på tungen. Det kan være en forklaring til at de observerte bare tungen.

Crosby (1989) hevder at mange sykepleiere bare observerer tungen og glemmer den øvre delen av munnhulen. I Adams studie klarte sykepleierne å kartlegge noen få områder av munnhulen (1995). Prosedyrer til å diagnostisere munnhulen blir som regel ikke brukt i praksis (McNeill, 2000, White, 2000). Det har vært mange publikasjoner som beskriver hvordan man kan observere munnhulen og hvilket utstyr som kan brukes (Atchinson, 1990, Barnason, 1998, Fitch, 1999, Heals, 1993, Jenkins, 1989). Disse guidene er ofte ikke like effektive til bruk i praksis (White, 2000). Det vil være vanskelig å kreve at sykepleierne skal observere pasientens munnhule når det ikke finnes tilgjengelige prosedyrer. En sykepleier fortalte at det kan føles som overtramp å inspirere pasientens tenner. Det er ikke en enkel oppgave å observere pasientens munnhule hvis man ikke vet hvordan det skal utføres. Det må også være en innarbeidet rutine i forhold til hvordan man skal registrere munnhulen.

Sykepleiernes samtale med pasienten er en viktig måte å innhente data. Ved innkomst samtalen kan sykepleierne innhente informasjon om pasientens munnstatus. Det kan være at pasienten trenger mer oppfølging fordi han har en diagnose som vil påvirke munnhygiene eller spesielle behov for bestemte redskaper. Det er også det pasienten sier selv som kan gi sykepleieren informasjon om munnhygiene. For å kunne observere og samtale med pasienten kreves det også kunnskaper og erfaring.

I Kims (2000) praksisteori består overveielser fasen i blant annet å innhente data om pasienten. I intervjuene med sykepleierne var det ikke ofte de innhentet data om pasientens munnstatus ved innkomst samtalen. Hvis munnstatus ble registrert var det når pasienten hadde proteser. Noen av årsakene som sykepleieren nevnte var at de ikke tenkte på pasientens munnhygiene eller at det ikke var tid til det. Jeg tror ikke det skyldtes at det ikke var tid til å spørre pasienten. Jeg tolker det til å være et funn som sier noe om den verdi registrering av munnhygiene har. For meg tyder det på at registrering av pasientens munnhygiene er et område som kan bli nedprioritert når det er hektisk. En annen årsak til at det kan være lett å nedprioritere registreringen av munnhygiene er at fokuset for

sykepleieren er mer rettet mot innleggelses diagnose. Pasient er ikke innlagt på grunn av munnhulen.

Rutinene ved avdelingen vil påvirke hva sykepleierne gjør i forhold til registrering av munnhygiene. Når det ikke er en fast rutine for å registrere munnhygiene kan man heller ikke forvente at det skal bli gjort. Kim fremhever også dette (2000) når hun beskriver faktorer som påvirker sykepleierens beslutning. Når sykepleieren ikke vektlegger registreringen av pasientens munnhygiene ser det ut som den ikke har betydning for sykepleierens ansvarsområde. Det kan tolkes at sykepleieren vektlegger andre arbeidsoppgaver som viktigere enn å observere pasientens behov for munnhygiene. Pasientene har i dag en kort ligge tid. Det kan også bidra til at sykepleierne ikke tar seg tid til å registrere pasientens munnhygiene fordi de har andre oppgaver som skal utføres. Under observasjonen i morgenstellet var det mange andre prosedyrer som ble prioritert; sårstell, veske registrering, veiing, medisiner, intravenøs behandling etc. Munnstell ble utført sist under morgenstellet. Jeg tror ikke at sykepleierne synes munnstell er minst viktig. Munnstell er tross alt en handling som pasienten bestemmer når skal utføres.

Helse og sykdom er forbundet med subjektiv opplevelse (Heggdal, 1999). Får en pasient munnproblemer er det bare pasienten som kan føle smerten og ubehaget. Sykepleieren kan gjennom sine observasjoner prøve å få registrert hvordan det går med pasientens munnhygiene og sette i gang tiltak. Handlingen bygger på et samarbeid mellom pasienten og sykepleieren.

Det foregår en kontinuerlig utvelgelse av informasjon hos sykepleieren (Heggdal et al 2005). Det ble observert at sykepleierne ikke dokumenterte rutinemessig om munnstell var utført. Det kom fram i intervjuet at utført munnstell kunne bli registrert på overvåkingsskjema eller videre i pleieplanen hvis det var et problem. Jeg tolker det som at sykepleierne ubevisst innskrenker oppmerksomheten rundt munnhygiene til det som passer inn i hennes/hans egen subjektive verden. Det er viktig at sykepleieren kan forstå og reflektere over ulike behov hos pasienten, og handle ut fra dem. Sykepleieren velger bevisst eller ubevisst å ta stilling til de data som er mest fremtredende i den gitte situasjonen. Under morgenstellet var det ofte at sår stellet eller ernæringstilstanden fikk en større oppmerksomhet. Det kan være at det er enklere å oppsere et operasjons sår enn

munnhulen, fordi det er en tradisjon for det. Jeg har tidligere vært inne på at sykepleierne kanskje mangler kunnskaper om hva de skal se etter i en frisk munnhule. Kunnskap og erfaring kan hjelpe sykepleieren til å velge ut, forstå og sette sammen de objektive funnene hun står overfor (Carper, 1978).

I oppgavens studie påstår sykepleierne at de er mer flinke til å ivareta pasientens munnhygiene enn ved andre avdelinger. Sykepleierne påstår at de hele tiden tenker på pasienten munnhygiene. I studien til Grap (2003) fortalte sykepleierne at de var oppmerksomme på pasientens munnhygiene selv om det ikke ble dokumentert ned i pasientens journal.

I intervjuet med sykepleierne kommer det fram at det ikke ofte blir skrevet pleieplan på pasientens munnhygiene. Avdelingen hadde flere standard pleieplaner på blant annet ernæring og sår stell, men ikke på munnhygiene. I de tilfellene hvor det blir skrevet pleieplan var hos dårlige sengeliggende pasienter med lengre ligge tid enn normalt. Jeg tolker det slik at sykepleierne ikke ser behovet å dokumentere der det ikke er problem med munnhygiene. Innenfor helsevesenet er det en økt vektlegging på effektivitet. Alle handlingene skal være formåls rasjonelle (Grundt, 1995). Det blir viktig at pasienten får mest mulig helse ut av hver krone. Dette idealet gjenspeiler seg i forskriftene til pasientjournalen. Forskriftene påpeker at de nedtegnelser som gjøres skal være nødvendige og relevante (Heggdal og Standal, 2005). I helsepersonell lovens § 40 står det at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Det kan være at sykepleierne gjorde en rasjonell vurdering for om det er nødvendig å dokumentere. På den andre siden vil sykepleierne bryte dokumentasjonsplikten når de overser å skrive ned blant annet rapporter om det de har observert i forhold til munnhulen.

Sykepleiedokumentasjon er en selvstendig del av pasientjournalen som sykepleierne har ansvaret for. Pasientjournalen skal gi et bilde av det som skjer med pasienten gjennom et pleie og behandlingsforløp (Heggdal, 1999). Når sykepleierne ikke velger å dokumentere pasientens behov for munnhygiene vil man ikke få et bilde på hvordan det står til med pasientens munnhygiene. Statens helsetilsyn har sammen med KITH laget retningslinjer for innholdet av pasientjournalen (Dahle, 2003). Innholdet vil kunne være påvirket av sykepleiers kunnskaper og felles normer ved avdelingen for hva man skal ha med.

Helsetilsynet (1994) har laget en felles nasjonal krav til sykepleiedokumentasjonen. Dokumentasjonen skal inneholde blant annet observasjoner, vurderinger, beslutninger, handlinger og avspeile pasientens behov, problem og ressurser til fysiske, psykososiale og kulturelle funksjonsområder. I intervjuet og observasjonen med sykepleierne viser det seg at sykepleierne starter morgenstellet med å observere pasienten og deretter vurderer om pasienten trenger oppfølging med munnhygien. De velger å dokumentere når de ser at det har oppstått et problem. Dette stemmer med slik sykepleier har fått instruksjoner å gjøre i journal føringen.

Rapport skrives bare når det har oppstått endringer i forhold til det som står der fra før. Sykehuset bruker VIPS modellen som elektronisk basert sykepleiedokumentasjon. VIPS modellen følger sykepleieprosessen med hovedsøkeord og undersøke ord. Munnhygiene er ikke et søke ord i modellen og kan både falle inn under søkeordene: hud, velvære og ernæring. Dette kan bidra til at fokuset for å dokumentere munnhygiene blir lettere oversett.

Prosedyrer blir omtalt som hvordan bestemte handlinger skal utføres (Heggdal, 1999). I feltarbeid fasen ble det ikke observert prosedyrer på hvordan munnstell skal utføres. Flertallet av sykepleierne hadde ikke oversikt over om avdelingen hadde prosedyrer på munnstell. To sykepleiere etterlyste prosedyrer på spesielt munnstell. En sykepleier følte at de ikke hadde behov for prosedyrer fordi de klarte å håndtere spesiell munnstell.

Jeg tolker det slik at sykepleierne klare å håndtere vanlig munnstell på pasienten. Når det oppstår unormale tilstander i pasientens munnhule blir det en usikkerhet blant sykepleierne. Det vil være avgjørende for pasienten om sykepleierne har kunnskaper i å håndtere ulike typer munnstell. Mangel på prosedyrer i munnstell kan også oppfattes som at sykepleierne ikke legger like mye vekt på munnhygien, som andre prosedyrer ved avdelingen. Sykepleierne kunne kanskje ha vært mer interessert i å utarbeide prosedyrer på ulike munnstell. Det vil alltid være behov for prosedyrer som kan veilede sykepleierne i vanskelige situasjoner. En annen årsak til manglende prosedyrer kan være at sykepleierne sjelden pusser pasientenes tenner. De fleste pasientene klarer å pusse sine egne tenner. Behovet for prosedyrer kan dermed bli lett oversett når sykepleierne ikke daglig pusser pasientenes tenner. Et studie som ble utført i England konkluderer med at det var dårlig



med prosedyrer for pasienter som har utviklet et munn problem (Adams, 1996). Adams studie er gjort for over 10 år siden i England, men bekrefter at vektleggingen av prosedyrer ikke har endret seg.

#### Ivaretagelse i form av informasjon og støtte

Pasienter har rett på informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i pleie og behandlingen. I Norge er retten til informasjon lovfestet både i Helsepersonelloven (1999) og Pasientrettighetsloven (1999). Pasientrettighetsloven setter søkelyset på pasientens medbestemmelse. Pasienten har rett til en individuell plan. Det er vanlig å inkludere grunnleggende informasjon som definisjon av individuell plan (Brataas, 2003). Det blir viktig for sykepleierne å formidle relevant informasjon til pasienten som vil være av betydning for den videre helsetilstanden (Fagermoen, 2002). Brataas og Steen-Olsen (2003) deler informasjon inn i to typer. En type informasjon som er beskrivende og instruerende. Den andre typen er informasjon som synliggjør årsaker og sammenhenger. Pasienten kan trenge begge typer informasjon.

I intervjuet med sykepleierne kommer det fram at pasientene får både instruerende og årsaksforklaring som informasjon. Mye av informasjonen som blir gitt omfatter medisiners virkning på munnhulen, candidas, og tungepus. Sykepleierne velger å informere om tannbørsten som det viktigste redskapet. Jeg tolker at sykepleierne gir sakelig informasjon til pasientene. Den informasjonen som blir gitt er hentet fra informasjonsskrivet til den transplanterte pasient. Det kan virke som om informasjonsskrivet til den transplanterte pasient har medført til at sykepleierne er opptatt av å informere om munnhygien. Det virker som informasjonsskrivet har en positiv effekt i forhold til om sykepleierne informerer pasienten eller ikke. Sykepleierne gir både skriftlig og muntlig informasjon. Det har vist seg at skriftlig informasjon i kombinasjon med muntlig informasjon, har en gunstig effekt på pasienten (Fagermoen, 2006).

En tilfredsstillende og god informasjon er viktig for at pasienten skal forstå og samarbeide med sykepleierne om faglige beslutninger og tiltak. Pasientens samarbeid med sykepleieren er avgjørende for å oppnå god pleie og behandling. For å kunne handle

helsefremmende kan en nyoperert pasient trenge kunnskap om hvilken betydning munnhygiene har for helsestatusen. Usikkerhet og mangel på informasjon vil kunne virke negativt inn på pasientens evne til å takle sykehusoppholdet (Lazarus, 1999).

I min studie får pasientene saklig informasjon fra sykepleierne. En årsak til det er at sykepleierne sitter inne med en del kunnskaper om munnhygiene. Dette samsvarer ikke med funn fra Preston (2000) hvor sykepleiernes kunnskaper var ukorrekte og feil. Skal sykepleierne gi informasjon om munnhygiene må de også ha kunnskaper. Sykepleierne i min studie savnet kunnskaper om ulike redskaper og dette kan være en årsak til den manglende informasjon om andre redskaper enn tannbørsten.

Pasienten kan trenge oppmuntring til å pusse tennene og behov for informasjon om betydningen av ivaretagelse av munnhygiene. Mine funn viser at mye av informasjonen var basert på oppmuntring og en påminnelse. Sykepleierne oppmuntret ikke alle pasientene.

Kim (1994) beskriver seks faktorer i forhold til pasienten som påvirker sykepleierens beslutninger til å handle: Pasientens kunnskaper, kapasitet, holdninger, motivasjon, helseproblem og personlige historie. Pasientens helseproblem virker til å ha påvirket beslutningen for om sykepleieren skal oppmuntre til eller overta pasientens munnstell. I min studie ser det ut til at pasientens helseproblem, motivasjon og kapasitet har virket inn på sykepleierens beslutning om å oppmuntre eller hjelpe pasienten med munnstell. Dette samsvarer med funn fra Ellefsens (2004) studie. Ellefsen undersøkte hva sykepleierne ser etter i sine kliniske tilnærminger og vurderinger. Sykepleierne ser etter pasientens behov og funksjon. Sykepleierne fortalte at de ikke alltid oppmuntret eller handlet for pasienten. Sykepleierne fortalte at de oppmuntret sengeliggende pasienter og pasienter som var transplantert til å utføre tannpuss. I de tilfeller pasienten ikke klarte å pusse sine tenner overtok sykepleierne munnstellet. Pasienter som var oppegående fikk ansvaret for sin egen tannpuss. Dette medfører at de pasientene som var oppegående måtte ta ansvaret for sin egen munnhygiene. Donorer ble av sykepleierne regnet som en frisk pasient gruppe som ikke ville trenge oppmuntring eller hjelp. Om pasienten var synlig dårlig var det en faktor som fikk sykepleierne til oppmuntre, støtte eller overta munnstellet. Pasientens diagnose ser ut til å påvirke sykepleierne i om de skal involvere seg i pasientens munnhygiene. De

transplanterte pasientene var kjent for å få lett infeksjoner og sykepleierne mente av den årsaken at det var viktig å passe på pasientens munnhygiene.

## KAPITTEL 8 KONKLUSJON

Munnhygiene er viktig for både friske og syke personer. Spesielt hos pasienter som legges inn på sykehus for å gjennomgå en transplantasjon er munnhygiene viktig. Dårlig munnhygiene for transplanterte pasienter er kjent for å gi økt fare for infeksjoner. Alle pasienter som blir innlagt til operasjon kan utsettes for problemer i munnhulen. Både dårlig munnstell og medisiner kan påvirke munnhulen. Forskning som er gjort viser at bakterier i munnhulen kan spre seg videre til lunger og hjerte (Scannapieco, 2001).

En måte å vurdere pasientens munnhygiene er å observere pasientens munnhule og foreta regelmessig kontroll. Ivaretagelsen av pasientens munnhygiene er en viktig sykepleieintervensjon. Munnstell er av betydning for pasientens velvære, munnstatus og beskyttelse mot infeksjoner (Xavier, 2000). Dårlig munnhygiene kan føre til forskjellige komplikasjoner (Evans, 2001, Wilkin, 2002). Sykepleierne har en viktig rolle i å forebygge komplikasjoner i pasientens munnhule. Dette kan gjøres blant annet ved å rette oppmerksomheten mot pasientens munnhygiene i form av informasjon og dokumentasjon. Sykepleierne må benytte seg av ulike kunnskaper for å kunne gi pasienten en optimal munnhygiene. Mange sykepleiere ser munnstell som et ritual basert på individuelle sykepleieavgjørelser (Miller, 2001, Moore, 1995).

Munnhygiene har vært et fagfelt som først og fremst har vært underlagt odontologien. Munnhygiene er kulturelt betinget. I Norge har det ikke vært tradisjon for å forene munnhygiene med medisinen. Det har ikke vært en felles enighet om hva som er god praksis ved munnstell på norske sykehus (Helsetilsynet, 2002). Krona prosjektet viste at helsepersonell ikke prioriterte munnstell på pasientene. Helsepersonell manglet kunnskaper om prosedyrer og utstyr. Prosjektet har vist at undervisning av helsepersonellet har bedret munnhygiene for eldre (Krona, 2002).

Det har vært to hensikter med denne studien. For det første var det et ønske å finne ut hvilke kunnskaper sykepleierne har om munnhygiene. For det andre var det et ønske om å finne ut hvordan sykepleierne faktisk ivaretar pasientens munnhygiene i praksis. Det har

vært en intensjon om å beskrive faktorer som kan påvirke sykepleiernes overveielser og handlinger. Dette ble gjort ved å observere fem sykepleiere i morgenstellet og intervju sykepleierne etterpå. Resultatene fra studien antyder at sykepleierne har noen kunnskaper om munnhygiene. Den kunnskapen sykepleierne har om munnhygiene er basert på teori og erfaringer fra praksis. Sykepleierne hadde kunnskaper om immundempende medisiners påvirkning på munnhulen. Alle fem sykepleierne fortalte at candidas kunne være hyppig forekomst hos pasientene. Gingival hyperplasi ble også nevnt av to sykepleiere. Det var blant sykepleierne forskjellige svar om hva som kunne skje ved dårlig munnhygiene. Andre problemer som ble nevnt var karies og herpes. Sykepleierne hadde kunnskaper om at tannbørsten burde være første valget ved munnstell. Sykepleierne fortalte lite om andre redskaper som kunne brukes i munnstell. Det ble anbefalt at de transplanterte pasienter kunne bruke tannpirker eller tanntråd. Avdelingen hadde ikke tannpirker eller tanntråd tilgjengelig for pasientene. Datamaterialet kan konkludere med at sykepleierne manglet kunnskaper om andre utstyr enn tannbørsten til bruk ved munnstell.

Faktorer knyttet til pasienten var viktig for sykepleierne når de skulle rette søkelyset ivaretagelse av pasientens munnhygiene. Det som påvirket sykepleierne var pasientens funksjonsdyktighet og diagnose. Sengeliggende pasienter fikk hjelp med tilrettelegging eller hjelp til tannpuss. Pasienter som var transplantert ble passet bedre på enn andre pasienter i forbindelsen med munnhygiene. Sykepleierne forventet lettere munnproblemer hos transplanterte på grunn av nedsatt immunforsvar. Når det var oppstått et vedvarende problem ble det dokumentert og laget en pleieplan. Det var ingen munnstell prosedyrer eller faste rutiner på om munnstell ble gjort. Informasjonen som sykepleierne gav pasienten baserte seg på et informasjonsskriv. Det så ut til at informasjonsskrivet til de transplanterte var en viktig kunskaps kilde for sykepleierne.

Slik jeg tolker funnene i studien er det behov for noen forandringer for å vekke sykepleiernes interesse for pasientens munnhygiene. Først og fremst vil det være viktig å få sykepleierne til å dokumentere pasientens munnhygiene. Standard pleieplaner på munnhygiene kan kanskje øke sykepleiernes interesser for munnhygiene. Overvåkings-skjema kan brukes til å dokumentere at munnstell er utført.

### Anbefalinger for videre studier

Funnene i studien indikerer at sykepleierne ikke vil passe på at alle pasientenes får utført munnstell. Det synes viktig å finne ut hvilken betydning det har for pasienten at sykepleierne viser interesse for pasientens munnhygiene. Dette kan gjøres ved å kartlegge pasientenes opplevelse av sykepleiernes prioritering av munnhygien.

Det vil være behov for flere studier i hvordan sykepleierne prioriterer pasientens munnhygiene i praksis. Slik jeg ser det trenger vi å vite mer om hvordan flere sykepleiere tar sine beslutninger i forhold til tiltak. Er det noen forskjeller mellom sykepleierne i håndteringen av pasientens munnhygiene? Hva kan man gjøre for å øke sykepleiernes interesser for pasientens munnhygiene? Hvorfor prioriterer ikke sykepleierne pasientens munnhygiene? Vil instruksjoner fra høyere instanser påvirke sykepleiernes ivaretagelse av pasientens munnhygiene? Dette er spørsmål som kanskje kan gi noen svar på hva som kan gjøres for at pasientens munnhygiene skal bli registrert.

Jeg tror også det vil være behov for studier som retter seg mot prosedyrer i hvordan sykepleierne skal observere en pasients munnhule. Sykepleierne trenger mer undervisning om munnstell og øke sine kunnskaper om munnhygiene. Vil en tannhelseenhet på sykehusene bedre sykepleiernes ivaretagelse av pasientens munnhygiene? Sykepleievitenskapen har en viktig rolle i kunnskapsutviklingen når det gjelder å bedre pasientens munnhygiene ved norske sykehus.

## LITTERATURLISTE

- Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge to oral health, and inadequate oral care of patient on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 525-560.
- Adam, S., Osborn, S. (2002). *Intensiv sykepleie. Viden og praksis*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Agar, N., Freeman, S. (2005). Cheilitis caused by contact allergy to cocamide Ropyl betaine in 2-in 1- tooth paste and mouth wash. *Austral Journal Dermatol*, 46, 15-16.
- Anaissie, E., Penzak, S., Dignani, M. (2002). The hospital water supply as a source of nosocomial infections: a plea for action. *Arch Intern Med*, 162(13), 1483-1492.
- Angelillo, I., Torre, I., Nobile, C., Villari, P. (1999). Caries and fluorosis prevalence in communities with different concentrations of fluoride in the water. *Caries Resour*, 33, 114-122.
- Bags, J., MacFarlane, T., Poxton, I., Miller, C., Smith, A. (1999). *The oral micro flora and dental plaque. Essentials of microbiology for dental students*. Oxford: Oxford University Press, 229-310.
- Bakke, K. (1997). Dårlig munnhygiene hos pleietrengende eldre. *Tidsskriftet sykepleien*, 11, 30-33.
- Barnes, C., Russell, C., Reinhard, R., Payn, J. (2005). Comparison of irrigation to floss as an adjunct to tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *Journal of Clinical Dental*, 16(3), 71-77.
- Bokmålsordboka. (2005). *Definisjon og rettskrivningsordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

- Brataas, H.V., Olsen, T.S. (2003). *Kvalitet i samspill*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. California: Addison Wesley.
- Berry, A., Davidson, P.(2006). Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 318-328.
- Berger, L. (1978). Hvordan står det til med munnhygiene på sykehus? *Sykepleien*, 12.
- Bjørk, I. (2000). *Hands-on-nursing: new graduates practical skill development in clinical setting*. Dr.polit, university of Oslo.
- Birraux, J., Kirby, J., Thomasson, J., Taylor, J. (2006). The effect of cyclosporin on cell division and apoptosis in human oral keratinocytes. *Journal Periodontal Resours*, 41(4), 297-302.
- Brinor, W., Koyrouz, G., Chanak, M. (2006). Comparative antimicrobial effectiveness of substantive (0,12% chlorhexidine) and a non substantive (Phenolic) mouthrinse in vivo and in vitro. *Compendium*, 5, 1158- 1162.
- Burglass, E. (1995). Oral hygiene. *British Journal of Nursing*, 4(9), 516-119.
- Burnhard, P. (1987). Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse Education. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 189- 193.
- Carper, B.(1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Cianocio, S. (2004). Formulating Plaque Reduction. *Dimen Dental Hyg*, 2(11), 24-28.
- Cooly,C. (2002). Oral health: Basic or essential care ? *Cancer Nursing Practice*, 1(3), 30-33.



Creason, N. (1986). Nurse administered oral hygiene: is there a scientific basis?. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 323-331.

Cronin, M., Dembling, W., Cugini, M., Thomson, M., Warren, P. (2005). A 30- day clinical comparison of novel interdental cleaning device and dental floss in the reduction of plaque and gingivitis. *Journal Clinical Dental*, 16 (2), 33-37

Crotty, M. (1996). *Phenomenology and Nursing Research*. Melbourne: Churchill Livingstone.

Dahle, J., Angermo, L., Dale, C., Mjøsund, N., Storteig, M., Bach, G. (2003). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Rapport 14/03. Trondheim: KITH

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Damon, J., Harell, J. (1998). Prediction of patients need of mouth care. *Western Journal of Nursing Research*, 11(6), 748-756.

Danser, M., Gomez, S., Van der Weijden, G. (2003). Tongue coating and tongue brushing: a literature Review. *International Journal of Dental Hygiene*, 1(3), 151-158.

Deery, C., Heanue, M. (2004). Powered toothbrushes may reduce plaque and gingivitis at least as effectively as manual toothbrushing. *Journal Dental Pract*, 32(3), 197-211.

DeVore, L. (2002). The Rinse Cycle. *RDH*, 22(9), 82-89.

Douglas, D., Douglas, B., Sieck, J., Smith, J. (1998). Oral management of the patient with end-stage liver disease and liver transplant patient. *Oral surgery oral medicine oral pathology*, 86, 55-64.

Dyvi, E. (2002). Krona med suksess. *Den norske tannlegeforenings Tidene*, 112(3), 178-179.

Evans, G. (2001). A rasjonal for oral care. *Nursing Standard*, 15(43), 333-336.

Eadie, D., Schou, L. (1992). An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through careres of elderly people. *Commun Dental Health*, 9, 343-348.

Edwards,S. (2001). Philosophy of nursing. New York: Palgrave.

Ellefsen, B, Kim, H.S (2004). Nurses ` Construction of Clinical Situation: A study Conducted in an Acute-Care Setting in Norway. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36 (2), 114-131.

Epstein, J. (2002). Benzydamine HCI for prophylaxis of radiation induced oral mucositis: results from a multicenter, randomised, double blind, placebo controlled clinical trial. *Current Oncology Reports*, 4(11), 65-66.

Epstein, J. (2003). Oropharyngeal mucositis in canser therapy. Review of pathogenesis, diagnosis, and management. *Oncology*, 17 (12), 1767- 1779.

Escolas ordbok 1996

Fagermoen, M.S. (1981). *Sykepleie i teori og praksis et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fagermoen, M. (1995). *Sykepleie i teori og praksis. Et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: HS Trykk A/S.

Fagermoen, M.S. (2002). Pasientinformasjon et viktig område for utviklingsarbeid og forskning. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 4(2), 106-118.

Ferretti, G. (1990). Chlorhexidine prophylaxis for chemotherapy and radiotherapy induced stomatitis. *Oral Surgery, Oral Medicin, Oral Pathology*, 69, 331-338.

Fitch, J., Munro, C., Glass, C., Pellegrini, J. (1999). Oral care in adult intensive care unit. *American Journal og Critical Care*, 8, 314-318.

Fitzpatrick, J. (2000). Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses And care staff. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1325-1332.

Flovik, A. (1997). *Postoperativ munnhygiene. Tannpuss som forebyggende intervensjon redusere oppvekst av mikroorganismer i munnhulen*. Hovedoppgave i sykepleievitenskap ved UiO.

Flovik, A. (2005). *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe.

Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forsknings interview*. København: Akademisk Forlag.

Foote, R. (1994). Randomised trial of a chlorhexidine mouthwash for alleviation of radiation induced mucositis. *Journal of Clinical Oncology*, 12, 2630-2633.

Forss, H. (1999). Efficiency of fluoride programs in the light of reduced caries levels in young populations. *Odontology Scand*, 55, 348-351.

Franklin, D., Senior, N., James, I., Roberts, G. (2000). Oral health status of children in a paediatric intensiv care unit. *Intensiv care Medicine*, 26 , 319-324.

Furr, A., Binkley,C., McCurren,C. (2004). Factors affecting quality of oral care in intensiv care units. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 454-462.

Føllesdal, D., Walløe, L., Elster, J. (1990). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gosnery, M., Preston, A., Punkar, S. (2000). Oral care for elderly patients: nusses knowlegde and views. *Postgrad Med Journal*, 76, 89-91.

Grap, M. (2003). Oral care interventions in critical care care: frequency and documentation. *American Journal of Critical Care*, 12(2), 113-118.

Grap, M., Munro, C., Elswick, R., Sessler, C., Ward, K. (2004). Duration of action of a single, early oral application of chlorhexidine on oral microbial flor in mechanically ventilated patient: a pilot study. *Heart Lung*, 33(2), 83-91.

Gudmundsdottir, S. (1992). Den kvalitative forskningsprosessen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 5, 266-276.

Hansen, S., Rostgaard, J. (1996). Mundpleje. *Sykeplejersken*, 11, 114-20.

Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heals, D. (1993). A key to wellbeing: oral hygiene in patients with advanced cancer. *Professional nurse*, 8(6), 391-398.

Heath ,H. (1998). Reflection and patterns of knoping in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1054-1059.

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsetilsynet. (2002). Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon. Rapport til helseminister Dagfinn Høybråthen. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Helsepersonell loven av 01.01.2001

Henderson, V. (1978). *Principles and practice of nursing*. New York: The macmillan Publishing.

- Hensten, A., Jacobsen, N. (2006). Bivirkning av tannpasta. I:P Holmstrup (red). *Odontologi* (s.57-69). København: Munksgaard.
- Holmes, S. (1996). Nursing management of oral of older patients. *Nursing Times*, 92(9).
- Holter, H, Kalleberget, R. (1998). Fra kvalitative metoder til kvalitative samfunnsforskning. I: H. Holter og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s.9-25). Oslo: Universitetsforlaget.
- Houston, S. (2002). Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *American Journal of Critical Care*, 11(6), 567-570.
- Jacobsen, D. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carpers fundamental ways of knoping in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 226-234.
- Jones, C. (2000). Chlorhexidine: is still the gold standard?. *Periodontology*, 15, 55-62.
- Jones, H., Newton, J., Bower, E. (2004). A survey of the oral care practices of intensive care nurses. *Intensive Critrical Care Nursing*, 20(2), 69-79.
- Kim, H.S. (1987). Structuring the nursing knowledge system: a typology of four domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Pracice*, 1(2), 99-110.
- Kim, H.S. (1993). Putting Theory into practice. Problems and Prospects. *Journal og Advanced Nursing*, 18, 1632-1639.
- Kim, H.S. (1994). Practice theories in Nursing: Implications for pratice science. *Workgroup of european Nurse – Rearchers 17th Workgroup meeting*, 11-29.

Kim , H. S. (2000). *The natur of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer Publisher company.

Kinley, J., Brennan, S. (2004). Changing practice: use of audit to change oral care practice. *International of Palliative Nursing*, 10(12), 580-587.

Kirkevold, M. (1990). *Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.

Kirkevold, M. (2001). Klinisk sykepleie – refleksjon over fagets kjerne og avgrensninger. E: Gjengedal og R. Jacobsen (red). *Sykepleie – praksis og utvikling* (s.45-57). Oslo: Cappelen.

Kirkevold, M. (1992). Tenkningsgrunnlag for sykepleietjenesten i sykehus. *Fagtidsskriftet sykepleien*, 80(5), 36-38.

Kirkevold, M. (2001).

Kirkevold, M. (2004). *Vitenskap for praksis?*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Klinge, B. (2001). *Medicin in art, Dentistry*. Karolinska institutet, odontologiska institution. Trelleborg: Berlingskogs.

Kolben, A. (2001). Mundpleje et forsømt område. *Klinisk sygepleje*, 7, 33-36

Kolben, A., Tonnesen, E. (2001). Mundtørrhed. *Klinisk sygepleje*, 7, 37-43.

Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., Skaug, E. (2005). *Grunnleggende sykepleie nr.1*. Oslo: Gyldendal.

Krona, R. (2004). Krona prosjektet i Buskerud. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri . Se <http://www.uib.no/isf/nfg/geronius/2004nr5/artikkel14.ht>

- Kvale, S. (2004). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lazarus, R. (1999). *Stress emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company Inc)
- Lee,L. (2001). An anait of oral care practice an staff knowledge in hospital pallitativ care. *International Journal of pallitativ Nursing*, 7(8), 395-400.
- Longhurst, R. (1998). A cross-sectional study of the oral hygiene given to nusses during Their basic training. *British Dental Journal*, 184(9), 453-457.
- Longhurst, R. (1999). An evaluasjon of oral care given to patients when staying in hospital. *Primary Dental Care*, 6(3), 112-113.
- Lykkeslet, E. (2005). Kunnskap i sykepleien. *Tidsskriftet sykepleien* 93(5), 66-67.
- Martindale, L. (2002). *The complete drug reference*. Parmaceutical Press.
- Martinsen, K. (1991). Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien*, 2, 27-29.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer, mennesker, muligheter*. Oslo: Gyldendal.
- McDonnell, A.,Lenz, A. (2007). Palifermin: Role in the prevention of chemotherapy and radiation induced muscoititis. *Pharmacother*, 41, 86-94.
- McKelvey, V., Thomson, W., Ayers, K. (2003). A qualitive study of oral health knowledge and attitudes among staff caring for older people in Dunedin long-term care facilities. *New Zealand Dental Journal*, 99(4), 99-103.

- Mc Neill, H. (2000). Biting back at poor oral hygiene. *Intensive Critical care nursing*, 16, 367-372.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing development and progress*. New York: Lippincott.
- Miller, M., Kearney, N. (2001). Oral Care for patients with cancer. A review of the literature. *Cancer Nursing*, 24(4). 241-254.
- Miller, S., Rubinstein, L. (1987). Oral health care for hospitalized patients. The nurse's role. *Journal of Nursing Education*, 26(9). 326-330.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos AB.
- Moore, J. (1995). Assessment of nurse administered oral hygiene. *Nursing Times*, 91, 40-41.
- Nordtvedt, M., Wammen, M., Hanssen, T. (2001). Styrker og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet sykepleien*, 89(18), 42-43.
- Nurmenniemi, P., Pernur, H., Knuutila, M. (2004). Mast cell subpopulations in gingival overgrowth induced by immunosuppressive and nifedipine medication. *Journal of Periodontology*, 75(7), 933-938.
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse*. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst. Vasa: Department of Caring Science Åbo Akademi University.
- Olsen, I. (1996). *Sopp infeksjon i munnhulen*. Odonologi. København: Munksgaard.
- Pasientrettighetsloven av 1999.
- Patton, M. (1980). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage Publ.



Pearson, L. (1996). A comparison of the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque: implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 62-69.

Pearson, L., Hutton, J. (2002). A controlled trial to compare the ability of foam swabs and toothbrushes to removal dental plaque. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 480-489.

Polit, D., Becker, C. (2004). *Nursing Research. Principles and methods*. 7th Edition Philadelphia: Lippincott.

Postholm, M. (2005). *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Preston, A., Purekar, S., Gosney, M. (2000). Oral care of Elderly patients: nurses knowledge and views. *Postgrad Medicin Journal*, 76, 89-91.

Rawlins, C. (2001). Effective mouth care for seriously ill patients. *Professional Nurse*, 16(4), 1025-1028.

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Robinson, P., Deacon, S., Deery, C. (2005). Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane Database system Review*, 18, CD002281.

Rolf, B. (1995). *Profession, tradition och tyst kunnskap*. Lund: Bokforlaget Nya Daxa.

Ruyter, K. (2003). Det informerte samtykket i medisinsk forskning. I: K. Ruyter (red.). *Forskningsetikk* (s.109-129). Oslo: Gyldendal.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rykkje, L., Gjellestad, Å., Wolden, H. (2003). *Munn og tannstell på sykehjem. Vurderingen av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner*. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.

Scannapiero, F., Stewart, E. (1992). Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in Medical intensive care patients. *Critical Care Medicine*, 20(6), 740-745.

Scannapieco, F., Ho, A. (2001). Potential associations between chronic respiratory disease and periodontal disease. *Journal of Periodontology*, 72, 50-56.

Seal, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London: Sage.

Sheehy, E. (2000). Oral health in children undergoing liver transplantation. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 10, s.109-119.

Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage.

Sortland, K. (1997). *Ernæring*. Oslo: Fagbokforlaget.

Southern, E., McCombs, G., Tolle, S., Marinak, K. (2006). The comparative effects of 0,12% chlorhexidin and herbal oral rinse on dental plaque-induced gingivitis. *Journal of Dental Hygiene*, 80(1),

Speedie, G. (1983). Nursology and mouth care: preventing, comforting and seeking activities Relater to mouth care. *Journal of Advanced Nursing*, 8.

Statens helsetilsyn. (1994). *Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjon i somatisk sykehus*. Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 3.

Statens helsetilsyn. (1999). *Tenner for livet. Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Veiledningsserie 1.

Sweeney, M. Shaw, A., Yip, B., Bagg, J. (1995). Oral health in elderly patients. *British Journal of Nurs*, 4, 1204-1208.

- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Treloar, D. (1995). Use of a clinical assessment tool for orally intubated patients. *American Journal of Critical Care*, 4, 355-360.
- Vardar, S., Baylas, H., Zihnioglu, F. (2005). Gingival tissue proteoglycan and chondroitin-4-sulphate levels in cyclosporin A-induced gingival overgrowth and the effects of initial periodontal treatment. *Journal of clinical periodontol*, 32(6), 634-639.
- Weeks, F., Fisk, J. (1994). Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology*, 11(13), 13-17.
- Widenheim, J., Renvert, S., Birkhed, D. (2003). *Forebyggende tandvård*. Stocholm: Gothia.
- Wilkin, K. (2002). A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(3), 181-188.
- White, R. (2000). Nurse assessment of oral health: a review of practice and education. *British Journal of Nursing*, 9(5), 260-266.
- Wondium, B., Nemeth, A., Modeer, T. (2001). Oral health in liver transplant children administered cyclosporin A or tacrolimus. *International journal of paediatric dentistry*, 11, 424-429.
- Wårdh, I., Andersson, L., Berggren, L., Hallberg, L., Sørensen, S. (2000). Oral health care-a low Priority in nursing. *Scan J Caring Sci*, 14, 137-142.

Wårdh, I., Andersson, L., Berggren, L., Hallberg, L., Sørensen, S. (2003). Oral health education for nursing Personnel; experiences among specially trained oral care aides: One-year follow-up Interviews With oral care aides at a nursing facility. *Scan J Caring Sci*, 3, 250-256.

Wood, A. (2004). Mouth care and ritualistic practice. *Cancer nursing practice*, 3(4), 34-40.

Xavier, G. (2000). The importance of mouth care in preventing infection. *Nursing standard*, 14(18),

Yankell, S., Shi, X., Embling, R. (2002). Efficacy and safety of Brush Picks a new cleaning aid, compared to the use of clide floss. *Journal Clinical Dental*, 13(3), 125-129.

Yosihid, T., Nogata, J., Yamane, A. (2005). Growth factors and proliferation of culture rat gingival cells in response to cyclosporin A. *Journal of Periodontal Research*, 40(1), 11-19.

Observasjonssted.

- Beskrive stedet/pasient rommet
- Observatørens posisjon

Observasjonen.

**Før morgenstellet:**

Hva gjør sykepleieren før hun går inn til pasienten?

Er det noen rekke følge på arbeidsoppgaver?

Planlegger sykepleieren dagens rutiner?

Utstyr som finnes i avdelingen

**Under morgenstellet:**

Pasientens kliniske tilstand

Pasientens utstyr til munnstell

Hvor befinner pasientens utstyr til munnstell?

Når blir munnstell utført?

Skjer munnstell på pasientens premisser?

Hvordan blir munnstell utført?

Hvor aktiv er sykepleieren?

Gir situasjonen mulighet for valg?

### TEORETISKE KUNNSKAPER

Hva vet du om medisinenes bivirkning i forhold til tennene/munnslimhinnene?

Hvilke redskaper vil du bruke ved munnstell og hvorfor?

Hvilke skylle midler kjenner du til?

Lærte du noe om munnhygiene under grunnutdannelsen?

Har du lest en/flere artikler om munnhygiene. I hvilket tidsskrift?

Hvor ofte bør man pusse pasientenes tenner og hvordan?

På hvilken måte tror du tannpuss vil påvirke pasientens munnhygiene?

### ESTETISKE KUNNSKAPER

Kan du fortelle om erfaringer du har fra praksis angående munnstell til pasienter?

    Respons på pasientens behov for munnstell

    Evne til å se hva som skal gjøres

    Registrerer sykepleieren pasientens munnstatus og behov for utstyr?

    Sykepleierens engasjement i forhold til pasientens munnhygiene

### PERSONLIGE KUNNSKAPER

    Synes sykepleieren det er ubehagelig å stelle pasientens tenner?

    Er sykepleieren opptatt av pasientens munnhygiene?

### ETISKE KUNNSKAPER

Har du opplevd situasjoner der pasienten ikke vil pusse tennene sine?

Hva gjorde du?

Hvordan er pasientenes munnhygiene prioritert på arbeidsplassen din?

    - hva finnes av redskaper og prosedyrer til munnstell?

    - blir pasientens munnstatus dokumentert?

    - hvordan tror du dine kolleger ser på pasientens behov av munnstell?

    - er det noe du ville ha gjort annerledes på arbeidsplassen din?

