

Synnøve Dalheim  
Vilde Hilmen  
Oda Limbodal  
Jenny Malene Lundervik Sælen

## God munnhelse fører til bedre livskvalitet

*Hvordan kan sykepleier fremme god munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens?*

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Mai 2021



Synnøve Dalheim  
Vilde Hilmen  
Oda Limbodal  
Jenny Malene Lundervik Sælen

## **God munnhelse fører til bedre livskvalitet**

*Hvordan kan sykepleier fremme god munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens?*

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

<b>Tittel:</b> God munnhelse fører til bedre livskvalitet  - <i>Hvordan kan sykepleier fremme god munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens?</i>		<b>Dato:</b> 20.05.21
<b>Forfattere:</b> Synnøve Dalheim, Vilde Hilmen, Oda Limbodal og Jenny Malene Lundervik Sælen		
<b>Veileder:</b> Solveig Struksnes		
<b>Stikkord/Nøkkelord:</b> Demens, munnhelse, helsefremmende, sykehjem, sykepleier.		
<b>Antall sider:</b> 38	<b>Antall ord:</b> 10766	<b>Antall vedlegg:</b> 0
<p><b>Bakgrunn:</b> Det viser seg at flere pasienter på sykehjem har en uakseptabel munnhelse. Pasienter med demens har ofte økt behov for hjelp til å utføre munnstell, da det kan være utfordrende å gjennomføre selv. Munnstell er en oppgave som ofte blir forsømt eller glemt. Sykepleier har det daglige ansvaret for å følge opp pasientens helsetilstand. Det er viktig å ha god kunnskap om hvordan man skal utføre munnstell og kunnskap om risiko ved dårlig munnhelse. Dårlig munnhelse kan føre til sykdom og smerter i munnhulen.</p> <p><b>Hensikt:</b> Formålet med denne oppgaven er å øke fokus på munnhelse ved sykehjem, spesielt hos pasienter med en demensdiagnose. Vi ønsker å se nærmere på tiltak sykepleiere kan bruke for å fremme godt munnstell og god munnhelse.</p> <p><b>Metode:</b> I denne oppgaven benyttes det litteraturstudie som metode. Vi har systematisert kunnskap fra forskningsartikler og annen relevant litteratur. Vi endte opp med seks kvantitative artikler, etter å ha utført artikkelsøk i godkjente databaser. Eksempler på søkeord som ble brukt er: "oral health", "dementia" og "nursing".</p> <p><b>Resultat:</b> Ut i fra resultatene i forskningsartiklene har vi funnet tiltak som kan bidra til bedre munnhelse på sykehjem for pasienter med demens. Tiltak som kan bidra til forbedret munnhelse er blant annet; undervisning for å øke kunnskap, tverrfaglig samarbeid, rutiner og kvalitetskontroll. I tillegg kan medikamentell behandling brukes for å redusere utagerende atferd hos pasienter med demens.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Tiltakene skaper fokus og kunnskap rundt munnhelse, som videre fører til bedret munnhelse. Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til å sette i gang helsefremmende tiltak og i tverrfaglige samarbeid med tannhelsepersonell og ledelse.</p>		

## Abstract

<b>Title:</b> Good oral health leads to a better quality of life  - <i>How can nurses promote good oral health in nursing home residents with dementia?</i>		<b>Date:</b> 20.05.21
<b>Authors:</b> Synnøve Dalheim, Vilde Hilmen, Oda Limbodal and Jenny Malene Lundervik Sælen		
<b>Supervisor:</b> Solveig Struksnes		
<b>Keywords:</b> Dementia, oral health, health-promoting, nursing home, nurse		
<b>Number of pages:</b> 38	<b>Number of words:</b> 10766	<b>Number of appendix:</b> 0
<p><b>Background:</b> It turns out that several patients in nursing homes have an unacceptable oral health. Patients with dementia do often need help with performing oral care, as it can be challenging. Oral care is a task that often is getting neglected or forgotten. The nurse has the daily responsibility for following up the patient's state of health. It is important to have good knowledge of how to perform oral care and the risks of poor oral health. Poor oral care can lead to disease and pain in the oral cavity.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of this task is to increase the focus on oral health in nursing homes, especially within patients with dementia. We wanted to investigate different measures that nurses can use to promote good oral care and oral health.</p> <p><b>Method:</b> In this bachelor's thesis, literature study is used as a method. We have systematized knowledge from research articles and other relevant literature. We chose six quantitative articles, after we performed the article searches in approved databases. Examples of keywords used: "oral health", "dementia" and "nursing".</p> <p><b>Results:</b> Based on the results in the research articles, we have found various measures that can contribute to better oral health in nursing homes for patients with dementia. Measures that can be used to improve oral health are among others; teaching to increase knowledge, collaboration, routines and quality control. Medical treatment can reduce care-resistant behavior among patients with dementia.</p> <p><b>Conclusion:</b> The measures create focus and knowledge about oral health, which further leads to improved oral health. Nurses have an important role when it comes to initiating health-promoting measures and in the collaboration with dental health personnel and the management.</p>		

## Forord

Denne litteraturstudien markerer avslutningen på et spennende og lærerikt bachelorløp i sykepleie ved Institutt for helsevitenskap, ved NTNU Gjøvik.

En amputert hverdag, bestående av Covid-19 og restriksjoner, har gjort arbeidet utfordrende. Restriksjonene har ført til vanskeligheter for å møtes, og all undervisning har foregått digitalt. Vi ønsker å takke vår fantastiske veileder Solveig Struksnes, som har lagt til rette for gode nettbaserte veiledningstimer. Hun har stilt opp som både motivator og kritiker, og har hatt troen på oss gjennom oppgaveskrivingen.

Samtlige på gruppen har erfaring fra sykehjem, og har i løpet av prosessen lært viktigheten av godt munnstell og hvorfor dette bør prioriteres. Vi er stolt av å kunne bidra til å opplyse et viktig tema, som ofte blir nedprioritert og glemt. Vi håper denne studien kan være til inspirasjon for studenter, sykepleiere og annet helsepersonell.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	1
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Eldre og demens.....	3
2.2 Generelt om munnhelse.....	4
2.3 Sykepleiers ansvar, rolle og kompetanse knyttet til munnhelse.....	6
2.4 Hensikt .....	8
2.5 Avgrensning av problemstillingen.....	8
<b>3. Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	9
3.2 Ulike forskningsmetoder.....	10
3.3 Søkeprosessen.....	11
3.4 Søkeord og databaser.....	11
3.5 Utvalgsprosessen og kritisk vurdering .....	13
3.6 Analyseprosessen.....	14
3.7 Etske overveielser.....	14
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 Presentasjon av utvalgte artikler.....	16
4.2 Sammenfatning av resultater .....	20
4.2.1 Behov for kunnskap og bevisstgjøring om munnhelse .....	20
4.2.2 Behov for ferdigheter og andre tiltak for å forbedre munnhelse .....	21
4.2.3 Helserelatert atferd og tvang.....	22
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>23</b>
5.1 Resultatdiskusjon .....	23
5.1.1 Hvordan kan kunnskap, holdninger og undervisning påvirke sykepleiers evne til å fremme god munnhelse?.....	23
5.1.2 Hvordan styrke sykepleiers ferdigheter og andre tiltak som kan brukes for å fremme god munnhelse?.....	25
5.1.3 Hvordan redusere helselatert atferd og bruken av tvang?.....	27
5.2 Metodediskusjon.....	29
5.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	29
5.2.2 Etske overveielser .....	30
5.2.3 Kvalitetsvurdering .....	31
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>7. Litteraturliste</b> .....	<b>34</b>



## 1. Innledning

Munnhelse er viktig for generell helse, velvære og livskvalitet ifølge Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2003). God munnhygiene bidrar til å skape god munnhelse, som igjen påvirker almentilstand, ernæringstilstand, utseende, kommunikasjon og livskvalitet. Mennesker lever lengre, og flere beholder egne tenner (Flovik, 2005).

Ifølge Flovik (2005) er munnhygiene en lite prestisjefylt sykepleieroppgave som ofte blir glemt eller forsømt. Vi vil belyse dette temaet fordi vi har erfart lite fokus på munnhelse hos eldre pasienter ved sykehjem. De fleste mennesker ønsker å ivareta egen munnhygiene. Reduserte krefter, sviktende sanser og finmotorikk er vesentlige grunner til at friske eldre ikke har optimal munnhygiene (Flovik, 2005). Behovet for hjelp til munntell og munnhygiene, er spesielt stort blant beboere på sykehjem med demens, fordi personer med demens kan utvikle svikt i evnen til egenomsorg (Samson og Stand, 2014). Erfaringen vår er at munnhygiene blir nedprioritert eller oversett. Vi tror det er en risiko for at pasienter som opplever dårlig munnhelse og tannstatus kan bli misoppfattet. Et eksempel på dette kan være at en pasient blir agitert grunnet smerte i sammenheng med dårlig munnhelse. I stedet for sammenheng med smerter blir pasienten misoppfattet som en krevende pasient. Et annet eksempel kan være en pasient som grunnet dårlig munnhelse ikke klarer å få i seg nok mat, og derfor blir underernært. På bakgrunn av dette har vi valgt munnhelse som tema.

### 1.1 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har et ansvar og en plikt til å hjelpe syke mennesker eller personer med nedsatt funksjonsevne til å ivareta grunnleggende behov, uavhengig av pasientens alder og diagnose (Flovik, 2005). Sykepleiere ved sykehjem møter ofte mennesker som har mistet sin autonomi og som ikke er i stand til å ivareta egen helse. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Over 80 prosent av eldre med langtids plass på sykehjem har en demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2021). Personer med demens kan miste evnen til å uttrykke smerte og ubehag fra munnhulen, noe som kan føre til atferdsendring. Det er derfor viktig at

sykepleiere dokumenterer endringer og eventuelt kontakter tannhelsepersonell ved mistanke om smerter eller sykdom i munnhulen (Samson og Stand, 2014) . Tilstrekkelig munn- og tannstell for personer med demens kan være en utfordring, det er derfor viktig med kunnskap om individuelle behov, og å legge til rette for pasientens ønsker. Tvang bør så langt som mulig unngås, og et tvangsvedtak kan kun fattes dersom visse vilkår er oppfylt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Beroligende legemiddel benyttes ofte i slike situasjoner, da dette fremstår som et mindre inngripende og bevegelseshindrende tiltak (Samson og Strand, 2014).

## 2. Bakgrunn

I dette kapittelet tar vi for oss eldre pasienter med demens og munnhelse. Vi beskriver hva en demensdiagnose er, og ser på faktorer som gjør at pasienter trenger hjelp og oppfølging med munnstell. Vi ser på ulike aldersforandringer og problemer som kan oppstå i munnhulen hos eldre. Vi tar også for oss sykepleieren sitt ansvar, rolle og kompetanse relatert til munnhelse, og knytter dette opp mot lovverk som er aktuelt for personer med demens på sykehjem.

### 2.1 Eldre og demens

Forekomsten av demens øker med alderen, og antall eldre øker, noe som resulterer i at flere får demens (Helsedirektoratet, 2019). Statistisk Sentralbyrå definerer eldre som mennesker som har passert den generelle pensjonsalderen, aldersgruppen 67 år og oppover (Statistisk sentralbyrå, 1999). I 2020 ble det gjennomført en undersøkelse som viser at 0,7% i aldersgruppen 65-69 år har demens, mens andelen personer med demens over 90 år er 48%. Selv om de fleste tilfellene med demens er knyttet til høy alder, er ikke demens en del av normal aldring (Folkehelseinstituttet, 2021). Demens er en fellesbetegnelse på progredierende sykdom som rammer hjernens funksjoner, altså en sykdom som forverres over tid. Pasienten vil over tid bli mer påvirket av diagnosen og vil til slutt miste store deler av sine tidligere funksjoner. Sykdomsforløp, alvorlighet og symptomer avhenger av demensdiagnose. Diagnosen kan påvirke pasienten ved redusert hukommelse og læringsevne, apraksi, agnosi og afasi (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Den reduserte hukommelsen og læringsevnen vil påvirke pasientens evne til å gjennomføre et godt munnstell. Apraksi gir en handlingssvikt og kan føre til at pasienten ikke lenger klarer å gjennomføre praktiske handlinger. Ved agnosi mister pasienten evnen til å gjenkjenne gjenstander, det kan for eksempel være hva en tannbørste er og hva den brukes til (Skovdahl og Berentsen, 2014). Afasi er språkforstyrrelser som rammer flere personer med demens. Pasienter med afasi kan ha problemer med å forstå og bruke språk. Denne faktoren kan være en årsak til at pasienter med demens har utfordringer med å be om hjelp til munnstell (Heyn, 2015). Nedsatt hukommelse, oppmerksomhet, konsentrasjon og evne til planlegging, bidrar også til dårlig munnhelse. I tillegg er munnen en intimsone, og det kan oppleves

ubehagelig å få hjelp til å gjennomføre munnstell (Carlsen, 2016). Henderson vektla at sykepleiere skal veilede og la pasienter være selvstendig og gjøre mest mulig selv, dette inkluderer også når sykepleiere skal bistå pasienter med munnstell. Hun skriver at det er sykepleierens ansvar å hjelpe mennesker til å utføre gjøremål som bidrar til god helse og å skape selvstendighet (Kirkevold, 1998).

## 2.2 Generelt om munnhelse

Verdens helseorganisasjon definerer munnhelse som viktig for den generelle helsen og kan i stor grad påvirke livskvalitet. Munnhelse omfatter sykdommer og tilstander som karies, periodontitt, tanntap, oral kreft, orale sår, medfødte defekter som spaltet leppe og gane sammen med andre sykdommer som påvirker munnhulen og svelget. God munnhelse innebærer å være fri for smerte i munn og ansikt (World Health Organization, u.å.).

Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om munnhulens anatomi og fysiologi, samt konsekvenser av dårlig munnhelse for å kunne ivareta pasienters munnhelse. Munnhulens tilstand har en direkte innvirkning på helsen, fordøyelsen og lungene har direkte kanal fra munnhulen og er derfor spesielt utsatt. Munnhulen består anatomisk av lepper, tenner, kjevebein, tannkjøtt, tunge, ganen, muskulatur og spyttkjertler. Munnhulen er dekket av en slimhinne som beskytter mot skader som kan oppstå av gjenstander, kjemiske stoffer eller mikrober (Flovik, 2005).

Problemer knyttet til munnhelse kan oppstå da det finnes et stort antall bakterier, sopp og virus i munnhulen. Oppstår det forandringer i denne balansen kan bakterier hope seg opp i plakk og forårsake slimhinneforandringer, karies, gingivitt og periodontitt (Samson og Strand, 2014). I normalfloraen finnes det bakterier som danner syre og belegg av sukkeret i maten, som fester seg i tennene. Gradvis over tid brytes tannemaljen ned og kan føre til karies – hull i tennene. Karies kan føre til plagsomme og vonde symptomer som ising, tannverk, hevelser og abscesser. Hos eldre er rotkaries et stort problem. Rotkaries oppstår der tannkjøttet har trukket seg tilbake og tannens rotoverflate blir eksponert. Dette er et sted som er vanskelig å rengjøre skikkelig, og kan føre til at tenner knekker (Willumsen *et al.* 2008).

Gingivitt er en betennelse i tannkjøttet som oppstår av plakk som blir liggende langs tannkjøttet over lengre tid. Ved en betennelse vil tannkjøttet bli lettere, og det kan være hovent og ømt. Ubehandlet gingivitt kan utvikle seg til periodontitt, som er en sykdom som rammer tennenes rothinnefiber som kan føre til tannløsning (Willumsen *et al.* 2008). Et annet problem som kan oppstå er gjærsoppen *Candida albicans*, den blir sykdomsfremkallende i visse forhold som for eksempel ved sykdom, legemiddelbruk og dårlig hygiene av proteser. Dette kan utvikle seg til en soppinfeksjon i munnhulen (Willumsen *et al.* 2008).

Munnhulens viktigste beskyttelse er spyttet, som er med på å opprettholde balansen i det orale miljøet. Spyttet er med på å fukte slimhinnene og rense munnhulen. Flere eldre opplever munntørrhet, det defineres som "følelsen av tørrhet i munnen som skyldes reduksjon i spyttmengden eller endringer i spytt sammensetning" (Flovik, 2005, s. 51). Munntørrhet oppstår spesielt hos eldre, da kjertlenes evne til å produsere spytt reduseres med alderen, samt at flere har et høyere legemiddelforbruk kombinert med ulike sykdommer (Flovik, 2005). Redusert spyttmengde kan gjøre enkle ting som å snakke, svelge, tygge og smake svært vanskelig, samt fester tannproteser seg dårligere (Samson og Strand, 2014). Sammen med munntørrhet kan nedsatt mekanisk funksjon av tennene hos eldre føre til problemer og sykdom i munnhulen (Flovik, 2005). Dårlig munnhygiene sammen med munntørrhet kan føre til ødeleggelse av tannsettet (Samson og Strand, 2014). Det er i slike tilfeller viktig at sykepleieren har kunnskapen til å kunne oppdage mulige årsakssammenhenger.

Dårlig munnhelse kan føre til infeksjoner i munnhulen eller luftveiene, og spre seg til andre organer via blodet. Dette kan i verste fall føre til livstruende tilstander som pneumoni, mage-tarm infeksjoner, kardiovaskulære sykdommer og sepsis. I tillegg kan konsekvensene av dårlig munnstell også føre til psykososiale utfordringer, som blant annet isolasjon. Dårlig tannstatus kan også gå ut over verdigheten, fordøyelsen og humøret. Eldre mennesker med redusert spyttsekresjon og nedsatt immunforsvar, er spesielt utsatt for komplikasjoner ved dårlig munnhelse (Flovik, 2005).

Samson og Strand (2014) påpeker at munnhelsen blir preget av aldersforandringer. Gjennom et langt liv vil tennenes utseende og struktur endres grunnet slitasje og skader. Tannkjøttet

trekker seg oppover, og tennene blir mer skjøre og følsomme. Sykepleiere skal være med å hjelpe pasientene med å holde munnhulen ren, fuktig og intakt (Samson og Strand, 2014).

### 2.3 Sykepleiers ansvar, rolle og kompetanse knyttet til munnhelse

Sykepleiere og annet helsepersonell på avdelingen har ansvar for å bistå daglig munnstell hos pasientene (Samson og Stand, 2014). Pasienter som har, eller har planlagt opphold i institusjon i over tre måneder har rett på tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten (Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester, 1984). Ansvar til tannhelsetjenesten fremstilles i tannhelsetjenesteloven: "Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til [...] grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie" (Tannhelsetjenesteloven, 1983, §1-3). Helsepersonell kan ut ifra dette henvende seg til tannhelsetjenesten dersom pasienter trenger tilsyn og behandling, men også for opplæring og råd (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Det er sykepleieren sitt ansvar å kontakte tannhelsetjenesten på vegne av pasienter på sykehjem (Flovik, 2005). Det tverrfaglige samarbeidet mellom tannhelsepersonell og helsepersonell på sykehjem har stor betydning for at pasientene skal kunne oppnå best mulig munnhelse. Ideelt sett bør tannhelsetjenesten jevnlig undersøke sykehjemsbeboerne, gjerne sammen med en primærsykepleier (Willumsen *et al.* 2008). Det er derfor viktig at sykepleieren har oversikt over status på munnhelse og utførelse av munnhygiene på avdelingen (Flovik, 2005). Dette er vesentlig i utarbeiding av prosedyrer for daglig stell (Willumsen *et al.* 2008).

Kommunen har ansvar for å sikre at pasienter som «mottar pleie – og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkeltes menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg, 2003, §1). Det vil si at tjenestetilbudene må være forsvarlige og gode nok til å ivareta den enkeltes behov, inkludert daglig munnstell. §3 i Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg (2003) presiserer at nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene skal utarbeides i skriftlige nedfelte prosedyrer. Munnstell er en forebyggende behandling som bidrar til å redusere ubehag (Flovik, 2005). Sykepleiere skal jobbe forebyggende, behandlende og helsebevarende. Dette innebærer fokus på å ivareta

pasientens munnhelse (Helsepersonelloven, 1999). Det er varierende kompetanse når det kommer til munnhelse blant sykepleiere (Strand, 2020). Sykepleiere skal ha praktiske ferdigheter for tekniske prosedyrer om munnstell (Flovik, 2005). God klinisk pleie bygger på evnen til å observere og reflektere over tegn og symptomer (Strand, 2020). Gjennom forskrift om en verdig eldreomsorg skal eldreomsorg bli tilrettelagt av kommunale pleie- og omsorgstjenester slik at de sikrer et verdig og meningsfylt liv i samsvar med pasientenes behov (Verdighetsgarantiforskriften, 2010).

Sykepleie er den største profesjonsgruppen innenfor helsesektoren, og som nevnt utføres arbeidet ofte i tverrprofesjonelle samarbeid. Dette gir sykepleierne ulike roller og funksjoner i ulike samarbeid. Etter samhandlingsreformen har sykepleierne sin rolle utviklet seg, og helsehjelpen som gis skal være lik over institusjons- og sektorgrenser. Dette gjelder enten det dreier seg om sykepleie som helsefremming, forebygging, behandling, rehabilitering eller palliativ omsorg. For å oppnå dette må tilstrekkelig med kompetanse være til stede hos sykepleierne (Holter, 2015).

En oppnår gode helse- og omsorgstjenester ved å samarbeide i tverrfaglige team, slik at kompetansen øker (Strand, 2020). En annen måte å øke kompetansen på er å anvende kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis blir definert slik "å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen" (Nortvedt *et al.* 2012, s.17).

Å kjenne kunnskapsgrunnlaget for din praksis betyr at du som sykepleier har god kunnskap og forståelse for handlingene som utføres. Dette har stor betydning for sykepleiefagets troverdighet, og er kjernen i kunnskapsbasert praksis (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). Ved å arbeide ut ifra dette vil sykepleien pasientene mottar basere seg på tilgjengelig forskningskunnskap, og være best mulig tilpasset den enkelte pasienten i gitt kontekst (Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt, 2015).

En problemløsningsmodell som kan bidra til god oppfølging av pasienter er sykepleieprosessen. Den består av å samle nødvendige opplysninger om helsetilstand og hjelpebehovet til pasienten (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Det første steget i sykepleieprosessen underbygges av Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og

brukerrettighetsloven (1999). De påpeker at det skal dokumenteres nødvendige og dekkende opplysninger for å gi forsvarlig helsehjelp. Det neste steget i prosessen er å bruke behov og ressurser for å videre utarbeide konkrete mål og sykepleietiltak. Til slutt evaluerer man tiltakene og kvaliteten på arbeidet. Denne typen systematisk innsamling av pasientinformasjon ble inspirert av Florence Nightingale og hennes dokumentasjon. Hun bidro til å synliggjøre at god dokumentasjon førte til redusert dødelighet. Gjennom observasjoner, samtaler og kliniske undersøkelser innhentes informasjon, og på bakgrunn av dette gjøres det en vurdering og avklaring av pasientens helsetilstand. Sykepleieprosessen handler om samspill mellom sykepleier og pasient (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Joyce Travelbee sin teori setter søkelys på den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleiefaget og betydningen av samspillet mellom sykepleier og pasient. Travelbee legger stor vekt på at alle mennesker er forskjellige og at sykepleie må utføres tilpasset hver pasient (Kirkevold, 1998).

## 2.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke fokus på munnhelse ved sykehjem, spesielt hos pasienter med en demensdiagnose. Vi skal se nærmere på tiltak sykepleiere kan bruke for å fremme godt munnstell og god munnhelse. På bakgrunn av dette blir vår problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier fremme god munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens?*

## 2.5 Avgrensing av problemstillingen

Problemstillingen vår omhandler sykehjemsbeboere, med det mener vi eldre pasienter som bor på sykehjem. I følge §1-3a i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er en pasient "en som henvender seg til helse og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle".



### 3. Metode

Vi starter kapittelet om metode med å forklare hva et litteraturstudium er. Deretter ser vi på ulike forskningsmetoder som blir brukt. Det neste vi tar for oss er søket, som vi deler inn i; søkeprosessen, og søkeord og databaser. Etter søket har vi forklart utvalgsprosessen og hvilke kritiske vurderinger vi har gjort. Til slutt gikk vi gjennom analyseprosessen og vurderte forskningsetikken i artiklene.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven benytter vi litteraturstudie som metode. Thidemann (2019, s. 79) viser til Magnus og Bakketeig (2000) når de definerer litteraturstudie som “[...]en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele”. Vi har valgt å gjennomføre litteraturstudie fordi vi ser på det som en hensiktsmessig metode i forhold til vår problemstilling. Til tross for at det finnes både fordeler og ulemper i gjennomføringen av studien.

For det første er det en risiko for at forskningen ikke holder et tilstrekkelig høyt nivå. Det har derfor vært viktig for oss å gjøre et godt forarbeid før utvelgelsen, i tillegg til at vi har vært kritisk og stilt ulike kriterier til litteraturen og kildene vi har brukt. En annen ulempe er faren for å hente inn feilaktig informasjon. Det kommer stadig ny forskning, ved å finne eldre litteratur øker sannsynligheten for at forskningen er utdatert. En tredje ulempe er at forskningen vi har funnet er skrevet på engelsk, noe som kan føre til mistolkning av innholdet (Dalland, 2017).

På den andre siden har vi fordeler ved litteraturstudie. Den første fordelen er at det er tid- og kostnadsbesparende. For det andre gir det oss bred kunnskap innenfor fagfeltet, fordi vi får muligheten til å samle ulike forskningsartikler og sammenligne resultater og konklusjoner. En tredje fordel er at det er enkelt å finne tilbake til forskningsartikler, fordi man jobber systematisk (Dalland, 2017). Vi mener derfor at et litteraturstudium er hensiktsmessig, fordi det gir oss bred kunnskap om tema.

### 3.2 Ulike forskningsmetoder

Kvantitativ metode er en metode som brukes for å innhente data med målbare enheter. Det er objektive fakta, som gir en eksakt kunnskap. Tall fra kvantitative studier kan brukes i statistiske beregninger, og blir ofte formidlet i form av tabeller. Kvantitativ metode blir brukt i situasjoner der man ønsker å oppnå breddekunnskap innenfor et område, og blir sett på som en “forklarende” forskningsmetode (Thidemann, 2019).

Kvalitativ forskningsmetode innebærer en forståelse overfor menneskelige egenskaper, som for eksempel opplevelser, erfaringer, og forventninger. En kvalitativ undersøkelse blir ofte gjort i form av intervju, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse. Metoden kjennetegnes som å opparbeide seg dybdekunnskap, da man fokuserer på å innhente mange opplysninger fra få personer. Dette er da motsatt fra kvantitativ metode, som fokuserer på å innhente et lite antall opplysninger fra mange personer (Thidemann, 2019).

Når det kommer til forskning, finnes det ingen fasit på hvilken metodisk tilnærming som er “den rette”. I flere studier blir det brukt metodetriangulering. Ved å bruke denne metoden får man veid opp svakheter som er forbundet mot en spesifikk metode. Metodetriangulering innebærer å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger. En fordel her er at forskerne får et sterkere kunnskapsgrunnlag, og en mer helhetlig forståelse (Thidemann, 2019).

### 3.3 Søkeprosessen

Vi har laget en liste over inklusjons- og eksklusjonskriterier for forskningsartiklene, som vi har brukt som fremgangsmåte for analyse av resultater:

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjon	Eksklusjon
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleiefaglig fokus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eldre artikler med utdatert forskning</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studier må være skrevet på skandinavisk eller engelsk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler som er oversiktsstudier og gjennomgangs litteratur</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitativ og/eller kvantitativ metode</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studier som følger IMRAD-struktur, og som er fagfellevurdert</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studier der pasientgruppen er sykehjemsbeboere med demens</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studier der munnhelse er tema</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studier som er gjennomført i land som kan sammenlignes med norsk helsevesen</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fokus på helsefremming</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Forskning som er 15 år eller yngre</li></ul>	

### 3.4 Søkeord og databaser

For å finne svar på problemstillingen har vi valgt å bruke søketjenesten Oria for å finne databaser som kan benyttes for å finne aktuelle artikler. Artiklene vi har funnet er hentet fra databasene Medline (Ovid) og PubMed. Vi brukte også Cinahl men fant ingen aktuelle forskningsartikler. Vi bruker kombinasjons-ordene "AND" og "OR" for å avgrense søkene. "AND" benyttes når begge ordene man vil kombinere skal være med i søket. "OR" benyttes når man ønsker å avgrense søket der vi vil at det ene eller det andre søkeordet skal være med. Vi tok utgangspunkt i vår problemstilling og fant flere relevante søkeord. Eksempler på søkeord vi har brukt: "Nurse", "Oral Hygiene" og "Dementia".

Vi har systematisert søkene våre i matriser for å skape en god oversikt, på denne måten finner vi lettere tilbake til forskningsartiklene:

*Søkematrise 1:*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Attitude Oral health Dementia	Ovid Medline	1 2 3	593954 17486 173156
		<b>1 and 2 and 3</b>	<b>12</b>

**Resultat:** Artikkel 1

*Søkematrise 2:*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Oral health Oral Hygiene Nursing Homes Health promotion	Ovid Medline	1 2 3 4	17456 19824 40547 79296
		1 or 2 <b>1 or 2 and 3 and 4</b>	34269 <b>12</b>

**Resultat:** Artikkel 2

*Søkematrise 3:*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Nurse Nursing Home Dementia Oral health Attitude	PubMed	1 2 3 4 5	395239 50711 225913 190766 669179
		<b>1 and 2 and 3 and 4 and 5</b>	<b>6</b>

**Resultat:** Artikkel 3 og 4

*Søkematrise 4:*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Oral Health Nursing Homes Dementia	Ovid Medline	1 2 3	17444 40540 174841
		<b>1 and 2 and 3</b>	<b>25</b>

**Resultat:** Artikkel 5

### Søkematrise 5:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Oral hygiene Attitude Health priorities	Ovid Medline	1	19819
		2	592995
		3	11052
		<b>1 and 2 and 3</b>	<b>8</b>

#### Resultat: Artikkel 6

Når det kommer til søk i forbindelse med annen faglitteratur, har vi brukt biblioteket ved NTNU. Vi har lånt sykepleiefaglig litteratur, og supplert med bøker innenfor geriatri, demens og munnhelse. Vi har dessuten funnet ressurslitteratur i emnebeskrivelsen for bacheloroppgaven, og brukt søkemotorer på nett for å finne relevante fagartikler.

### 3.5 Utvalgsprosessen og kritisk vurdering

Utvalgsprosessen startet med at vi gjennomgikk resultatene fra søkene våre. Når vi fant kombinasjoner som ga under 30 treff, startet vi med å gjennomgå artiklenes overskrifter og utelukket artikler som ikke var aktuell for problemstillingen. Deretter så vi på årstall for å finne nyere forskning og forskning som ikke er utdatert. Det neste steget var å lese abstrakt og nøkkelord, for å få innsikt i handlingen i artiklene. Videre undersøkte vi om artiklene var bygd opp med IMRaD-struktur, og om tidsskriftene var fagfelleverdert. Det siste steget vi gjorde var å lese artiklene grundig, og sette oss inn i innholdet.

I tillegg til nevnte punkter, valgte vi også å følge TONE-prinsippet. Vi gjorde vurdering ut ifra troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet. Ved hjelp av prinsippene stilte vi spørsmål ved om artiklene kunne være med å belyse og besvare problemstillingen vår.

Videre evaluerte vi kvaliteten på artiklene. Ifølge Thidemann (2019) skal man vurdere om informasjonen i artikkelen er relevant for problemstillingen. Vi undersøkte om tidsskriftene som artiklene var publisert i, var anerkjent og fagfelleverdert. Når vi skulle vurdere kvaliteten på artiklene undersøkte vi utgivelsesår, og om informasjonen som kom frem var av nyere tid. Vi sjekket at forfatterne var anerkjente fagfolk eller forskere innenfor fagfeltet. For å sikre validitet og reliabilitet i forskningsartiklene har vi valgt å benytte den norske

versjonen av CASP-modellen for vurdering av forskningsartikler. Sjekklistene kontrollerer punkter som formål, metode og hensiktsmessighet (CASP, 2021). Vi går nærmere inn på kvalitetsvurdering i presentasjon av utvalgte artikler.

### 3.6 Analyseprosessen

Vi har valgt å forholde oss til Evans (2002) sin modell for hvordan man systematisk kan analysere artikler. Det første steget i modellen var å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene for å hente inn artikler med relevans for oppgaven vår. Ved hjelp av tidligere nevnte søkeord og databaser, fant vi flere potensielle artikler. Når vi hadde samlet flere artikler, fortsatte vi videre til neste steg i modellen, som var å undersøke funnene i de ulike artiklene (Evans, 2002). Deretter sammenlignet vi funn fra ulike artikler. Underveis i analyseprosessen oppdaget vi at flere av artiklene hadde likhetstrekk, noe vi ser på som en styrke. Når flere studier viser til samme resultat, øker troverdighet og vi ser på det som en fordel. Vi har valgt å ta med både artikler som vektlegger effektive tiltak, men også artikler som viser til ineffektive tiltak. Bakgrunnen for valget er at vi ønsket å finne svar på problemstillingen. Vi ønsket også å finne eksempler på helsefremmende tiltak som er forsøkt, men som ikke har ønsket effekt.

### 3.7 Etiske overveielser

Ifølge Lillemoen (2015) handler etikk om hva som er godt, rett og rettferdig. Forskningsetikk har vært sentralt for oss å kartlegge i analysen av artiklene. Det innebærer en vurdering av forskning i forhold til normer og verdier i samfunnet. Det handler om å ivareta personvern og å sikre at deltakere i forskningsprosjekter ikke blir utsatt for belastning og skade. Målet med forskning er å opparbeide seg ny kunnskap, uten at det skjer på bekostning av personene som deltar. Det er utviklet egne retningslinjer for etikk innenfor forskning, og i Norge sørger Norsk senter for forskningsdata for at disse blir fulgt. Den nasjonale forskningsetiske komiteen for helsefag heter NEM. Norge har syv regionale komiteer for helsefag, som kalles REK (Dalland, 2017). I følge §33 i Helseforskningsloven (2008) er det krav om forhåndsgodkjenning, når det kommer til behandling av helseopplysninger i helsefaglig forskning. Norge har derfor krav om forhåndsgodkjenning av en regional komité når det gjelder forskningsetikk. De regionale og nasjonale forskningsetiske komitéene følger Helsinkideklarasjonen sine etiske retningslinjer. Deklarasjonen ble utformet i 1964 og har

siden den gang blitt brukt over store deler av verden (Førde, 2014). Førde (2014) påpeker i avsnitt 4 "Helsinkideklarasjonen slår fast at forskningen må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer". I tillegg til Helsinkideklarasjonen, blir Nürnbergkodeksen brukt som en forskningsetisk standard på global basis (Skavlid, 2009).

Artiklene er blitt etisk vurdert. Etisk vurdering handler om å tenke over hvilke etiske utfordringer et arbeid medfører, og hvordan dette kan håndteres. Det er viktig at vi kan stole på forskerne og at de følger etiske prinsipper for forskning (Regjeringen, 2020). Personvern handler om retten til et privatliv og retten til å bestemme over egne personopplysninger. Håndtering av personopplysninger er nedfelt i personopplysningsloven (2018) og EUs personvernforordning (2016). I arbeidet med oppgaven har det vært viktig for oss at studier er anonymisert slik at enkeltpersoner ikke kan bli identifisert. Det er også undersøkt om studiene vi har benyttet er godkjent av en etisk komité (Regjeringen, 2020).

## 4. RESULTATER

Her presenterer vi 6 utvalgte artikler som bidrar til å belyse problemstillingen. Vi har valgt å presentere hver artikkel i tabeller, og tatt for oss blant annet tittel, hensikt, metode, resultat, kvalitetsvurdering og etiske overveielser.

### 4.1 Presentasjon av utvalgte artikler

#### Artikkel 1

Tittel	<i>Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Forsell, M. Sjøgren, P. Kullberg, E. Johansson, O. Wedel, P. Herbst, B. og Hoogstraate, J. International Journal of Dental Hygiene Sverige 2010
Hensikt	Hensikten med denne studien var å finne ut om helsepersonellens holdninger var årsaken til dårlig munnhelse på sykehjem.
Metode	En spørreundersøkelse ble gitt ut til 105 helsepersonell på et demenssenter i Sverige for å kartlegge holdninger om det daglige munnstell hos pasientene. Etter spørreundersøkelsen fikk deltakerne en tredelt undervisning, der første del var undervisning om munnstell og hvordan det skal gjennomføres. Den andre delen var å plassere helsepersonellet i grupper for å diskutere temaet munnhelse. Under diskusjonen ble det brukt atferdsterapi for å prøve å få bort de dårlige holdningene til munnstell. Den siste delen var en teoretisk forelesning om sammenhengen mellom munnhelse og sykdom.
Resultat	92% mener at de har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre munnstell på institusjonen og 65% sier at de ikke foretrekker andre sykepleieoppgaver over munnstell. 83% mener de har god nok kunnskap til å utføre godt daglig munnstell til sine pasienter, men kun 30% mener de hver dag utfører et tilfredsstillende munnstell til sine pasienter. Likevel er munnstell en oppgave som blir forsømt eller oversett. Det kommer fram i undervisningen at det er lite kunnskap rundt munnstell blant helsepersonellet. 87% mener at å utføre munnstell er ubehagelig. Hovedgrunnen som ble trukket fram om hvorfor helsepersonellet synes det er ubehagelig er grunnet at flere pasienter ikke ønsker munnstell utført, og at de er redde for å ødelegge tenner eller annet i munnhulen. 84% av helsepersonellet føler de må bruke tvang eller makt overfor pasienten for å få til et godt nok munnstell. Etter undervisningen kunne man se høyere fokus på munnhelse, men dette fokuset gikk ned etter 1,5 år.
Kvalitetsvurdering	Studien bruker en uspesifisert forskningsmetode, og vi får derfor ikke vurdert kvaliteten ut i fra CASP-modellen.
Etiske overveielser	Spørreskjemaene var frivillig å fylle ut blant helsepersonellet. Ingen pasienter var med i spørreundersøkelsen. Etisk godkjenning var derfor ikke påkrevd.

#### Artikkel 2

Tittel	<i>Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Samson, H., Berven, L. og Stand, G. Oral Sciences Norge 2009
Hensikt	Hensikten med denne studien var å teste et "munnhelse-program" for å se om den kan fremme munnhelse på sykehjem.



Metode	Studien er en tverrsnittstudie som sammenligner munnhelsen til pasientene før og etter det er satt i gang et munnhelse program. Studien ble gjennomført med 88 deltakere på ulike sykehjem i Norge. Programmet var delt inn i fem konkrete tiltak som til sammen hadde som mål å fremme god munnhelse hos deltakerne i studien: Gi god undervisning og motivasjon til de ansatte på sykehjemmet. Bildebaserte munnstellkort med enkle prosedyrer og relevant redskap inne på badet til pasientene. Tilgang på alt av nødvendig utstyr for å gjennomføre et godt og tilpasset munnstell, nye rutiner på avdelingen og en egen tannkontakt med ansvar for å følge opp munnhelsen til pasientene på avdelingen. Tannkontakten skal skape et godt samarbeid med tannleger og tannpleiere, og ha regelmessig kontakt. Den skal også melde fra om nye pasienter, slik at man kan gjennomføre en sjekk tidlig i forløpet. Det blir også implementert gode rutiner på kvalitetskontroll og tilbakemeldinger på pasientenes munnhygiene. Pasientenes munnhelse ble målt ved studiens start, etter 3 mnd og etter 6 år.
Resultat	Det ble økt fokus rundt munnhelse på avdelingene og økt kunnskap som følge av tiltakene. Før programmet for munnhelse startet hadde kun 36% av pasientene akseptabel tannhelse. 6 år etter hadde 70% av pasientene akseptabel munnhelse, men man kunne allerede etter 3 måneder se bedring i pasientenes munnhelse.
Kvalitetsvurdering	Ved å bruke sjekklister for prevalensstudie, har vi vurdert artikkelen til god kvalitet. En ulempe ved artikkelen er at den undersøker pasienter med seks år mellom undersøkelsene, dette fører til at ulike personer blir intervjuet og man kan oppleve tilfeldige forskjeller istedenfor reelle. Studien påpeker at det kan være noen metodiske svakheter i studien, som at det ikke blir brukt noen kontrollgrupper. Årsaken til dette er fordi de fleste sykehjem i Norge allerede bruker munnstellkort, og at det derfor da ble vanskelig å opprette en kontrollgruppe.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent av REK vest.

### Artikkel 3

Tittel	<i>The Effect of Risperidone on Nursing Burden Associated with Caring for Patients with Dementia</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Frank, L., Kleinman, L., Ciesla, G., Rupnow, M.F.T. og Brodaty, H. Journal of the American Geriatrics Society Australia og New Zealand 2004
Hensikt	Sammenligne Risperidon kontra placebo, og hvilke effekt det har på atferd hos sykehjemsbeboere med demens. Formålet var også å undersøke om sykepleiere opplever mindre belastning i stellesituasjoner.
Metode	Studien er en klinisk, randomisert placebo-kontrollert parallell gruppe undersøkelse. Den ble fordelt på 279 sykehjemsbeboere på 14 ulike sykehjem i Australia og New Zealand. Man ønsket å sammenligne Risperidon-behandling med placebobehandling etter 4, 8 og 12 uker.
Resultat	Betydelig forbedring M-NCAS-score og "behavior and psychological symptoms of dementia" for pasienter som ble satt på Risperidon i forhold til placebo. Man kunne se at pasientene som tidligere hadde motsatt seg helsehjelp var mer mottakelig for helsehjelp. Effekten var tydelig etter 4 uker og vedvarte over tid.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er av god kvalitet. Vi gikk gjennom CASP-modellen og sjekklisten for randomisert kontrollerte studier og finner få svakheter rundt kvaliteten. En av svakheterne er at det ikke er dokumentert bivirkninger eller andre uønskede hendelser, samt er det ikke gjort rede for kostnadseffektanalyse. En annen svakhet er at det krever ressurser som tid, penger og kompetanse, men studien viser at tiltaket er gjennomførbart og har god effekt.
Etiske overveielser	Studien er ikke godkjent av en etisk komite, men deltakerne eller deres verge har skrevet under på samtykke før studien startet. Den ble også godkjent av institusjonen og staten.

#### Artikkel 4

Tittel	<i>Randomized Clinical Trial: Efficacy of Strategies to Provide Oral Hygiene Activities to Nursing Home Residents with Dementia Who Resist Mouth Care</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Jablonski, R.A. Koanowski, A.M , Winstead.W, Jones-Townsend.C, Geisinger, M.L. Gerodontologi USA 2018
Hensikt	Hensikten med denne studien var å teste effekten av tiltak for å redusere bruken av tvang ved gjennomføring av munnhygiene hos pasienter med demens.
Metode	Programmet ble kalt MOUTH (managing oral hygiene using threat reduction). Ved å redusere bruken av tvang, ønsket man å oppnå reduksjon i pasienter som motsatte seg tannpleie. Denne metoden ble målt opp mot en kontrollgruppe. Det ble undersøkt om antall forekomster av pasienter med demenssykdom som motsatte seg pleie gikk ned og om pasientene fikk bedret munnhelse. Studien brukte randomiserte gjentatte tiltak og deltakere ble tilfeldig valgt til enten en kontroll- eller eksperimentgruppe. 100 personer fra 9 sykehjem i USA deltok i studien. Personene som utførte munnstellet var trente forskningsassistenter. MOUTH metoden består av 3 komponenter, evidensbasert munnpleie protokoll, identifisering av CRB og strategier for å redusere deltakernes opplevelse av trussel under munnstellet.
Resultat	Med bruk av metoden på eksperimentgruppen hadde man dobbelt så stor sannsynlighet til å få samtykke til munnstell, enn ved kontrollgruppen. Etter samtykke måtte man ofte avslutte munnstellet grunnet motstand fra pasientene. I studien kunne man se at motstanden mot munnstell økte i starten av eksperimentet hos begge gruppene, men intensiteten av denne motstanden gikk deretter ned i begge gruppene. Vi ser at denne metoden ikke fungerte da man ikke fikk redusert motstanden i noen vesentlig grad.
Kvalitets- vurdering	Vi vurderer studien til å være av god kvalitet, vi har brukt CASP-modellen og sjekklister for studiedesignet RCT. Ved å følge sjekklister punktvis, kom vi frem til at det er små differanser i karakteristika hos kontrollgruppen versus den eksperimentelle gruppen. Det kommer også tydelig frem i studien at effekten av tiltakene som blir testet er negative. Til tross for at tiltakene viser dårlig effekt, kan dette bli brukt for å vise at tiltakene hadde dårlig effekt.
Etiske overveielser	Studien fikk etisk godkjenning fra Pennsylvania-state University's Institutional Review Board (US) og University of Alabama ved Birmingham's Institutional Review Board (US).

#### Artikkel 5

Tittel	<i>Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Barbe, A.B., Kottmann, H.E. Hamacher, S. Derman, S.H.M. og Noack. M.J. Clinical Oral Investigations Tyskland 2018
Hensikt	Å undersøke effekten og aksept av at en ekstern fagperson gjennomfører munnstell på sykehjem.
Metode	I denne studien ble personlig hygiene, generell helse, munnhelse og munnhygiene undersøkt. Studien er gjennomført i Tyskland, med 41 deltakere. Det kommer inn eksternt personale som gjennomfører en grundig rengjøring flere ganger i uken. 73% av deltakerne hadde en demensdiagnose. 88% var mobil. Deltakerne hadde alt fra 9 til 27 gjenværende tenner. Det ble også vurdert VAS hos deltakerne, den lå på alt fra 0 til 3. Pasientene skulle selv svare på egen velvære i munnhulen.
Resultat	Funn fra studiet viser at beboere som trengte bistand til munnstell var eldre, immobile, hadde demens og høyere score av munntørrhet (VAS). Studien mener at forklarende faktorer til hvorfor munnstell på sykehjem er utilstrekkelig, er grunnet høy arbeidsmengde, høy omsetning av personell, utilstrekkelig utdanning/kompetanse om munnhelse og lite kunnskap. Studien kommer frem til at profesjonell tannrengjøring fungerer på kort sikt, men at det må vurderes og utarbeides andre forslag til forbedring

	på lengre sikt. Det viser seg at å samarbeide på tvers av profesjoner, er akseptert og viser positive resultater.
Kvalitets- vurdering	Artikkelen er en prevalensstudie, som vurderes til god kvalitet ut i fra CASP-modellen. Når det kommer til målemetoder, bruker studien måleverdier for ulike indeks, som sykepleier har vi lite kjennskap til betydningen av dette. På en annen side undersøker studien effekten av ulike rengjøringsmetoder, der 3 av 4 har høy sannsynlighet for god effekt. Noe som viser at studien har funnet et effektivt tiltak.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av en lokal etisk komité, ved Universitetet i KØln. Studien følger de etiske prinsippene i Helsinki-deklarasjonen.

## Artikkel 6

Tittel	<i>Dental care of elderly in nursing homes: perception of managers, nurses, and physicians</i>
Referanse Tidsskrift Land Årstall	Chung, J.P. Mojon, P. og Budtz-Jørgensen, E. Wiley Online Library Sveits 2000
Hensikt	Hensikten med denne studien var å redegjøre for holdningene til ledelsen, leger og helsepersonell angående tilrettelegging og organisering av munnhelse for beboere på ulike sykehjem.
Metode	Tverrsnittsdata ble samlet inn ved hjelp av tre spørreskjemaer. Først mottok ledelsen på 65 ulike sykehjem i Geneva et spørreskjema sammen med en forklaring om formålet med studien. Ut ifra hva ledelsen svarte ble 13 stykk valgt med videre. Etter dette ble det gitt tillatelse fra ledelsen til å intervju avdelingssykepleier og legen som var ansvarlig på sykehjemmet. Avdelingssykepleier fikk ansvar for å dele ut spørreskjema til helsepersonell på avdelingen. Legene deltok på et kurs om munnhygiene og tannproblemer hos pasienter på sykehjem, for så å svare på spørreskjema.
Resultat	Resultatene etter spørreundersøkelsen blant ledelsen viste at ledelsen har dårlig oversikt over beboernes munnhelse. De var også lite villige til å utvikle et tannhelsetilbud på sykehjemmet. Flesteparten av sykepleierne har mottatt noe undervisning om munnhelse underveis i sin utdanning. Når det kommer til annet helsepersonell viser det seg at halvparten ikke har mottatt noen form for undervisning. Helsepersonellet har tatt på seg ansvaret for beboernes munnhelse, selv om flere ikke har kunnskapen, så de ønsker og trenger mer opplæring innen munnhelse. Helsepersonell uttrykker at de er bekymret for beboernes munnhelse når det er så lite oppfølging fra tannhelsetjenesten. Noe ledelsen ikke tar grep om. Det viste seg at mindretallet av legene undersøkte munnhulen regelmessig til nye beboere, og flere så ikke munnhulen som deres ansvar. Men flertallet var villig til å forbedre kunnskapen sin om munnhelse. Det tverrfaglige samarbeidet med tannhelsetjenesten blir ansett som den minst viktige funksjonen.
Kvalitets- vurdering	Her brukte vi sjekklisten for prevalensstudie for å vurdere kvaliteten på artikkelen. Formålet med studien er tydelig presisert. Vi fant ut at svarprosenten var lavere enn normalen, da normalen er over 70% og studien fikk svar fra 69% av sykehjemmene. Vi brukte CASP-modellen for å vurdere studien, og kom frem til at studien er av god kvalitet til tross for lav svarprosent.
Etiske overveielser	Studien er ikke etisk godkjent av en komité, men den fokuserer på ledelsen, sykepleiere og leger sine holdninger og omhandler ikke pasienter. Det er ingen brudd på taushetsplikten, og det er ingen fare for personvern. Vi vurderer derfor studien som etisk forsvarlig.

## 4.2 Sammenfatning av resultater

I denne litteraturstudien bruker vi 6 artikler for å belyse oppgavens problemstilling “*Hvordan kan sykepleier fremme god munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens?*”. Vi har kategorisert resultatene fra artiklene i tre deler; kunnskap og bevisstgjøring, ferdigheter og andre tiltak, og helsereelatert atferd og tvang.

### 4.2.1 Behov for kunnskap og bevisstgjøring om munnhelse

Studiene til Forsell *et al.* (2011), Samson, Berven og Strand (2009), Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) og Barbe *et al.* (2018) fokuserer helt eller delvis på hvordan kunnskap, holdninger og undervisning påvirker helsepersonellens evne til å bistå pasienter med munnstell.

Resultater i flere av artiklene viser at helsepersonell har lite kunnskap om munnstell og munnhelse (Forsell *et al.* 2011; Samson, Berven og Strand, 2009; Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen, 2000). Likevel svarer 83% at de har god nok kunnskap til å utføre godt daglig munnstell til sine pasienter (Forsell *et al.* 2011). Under undervisningen i studien til Forsell *et al.* (2011), kommer det frem at helsepersonellet har manglende kunnskap om munnhygiene. Flere er redde for å ødelegge tenner eller å gjøre skade i munnhulen. Selv om helsepersonellet svarer at de har god tid til å gjennomføre stell, ser man at munnstell i de aller fleste tilfellene er utilstrekkelig (Forsell *et al.* 2011). Samson, Berven og Strand (2009), konkluderer også med at munnhelsen er uakseptabel på sykehjem.

Mangel på kunnskap om munnhelse kan komme av lite eller ingen undervisning. Studien til Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) finner at majoriteten av sykepleierne som deltok i studien har mottatt noe undervisning om munnhelse underveis i sin utdanning. Når det kommer til annet helsepersonell viser det seg at halvparten ikke har mottatt noen form for undervisning. I studien til Forsell *et al.* (2011) kommer det frem at holdninger påvirkes av lite kunnskap om munnhelse. Barbe *et al.* (2018) påpeker at en annen årsak til negative holdninger rundt munnstell kan være et resultat av for høy arbeidsmengde, stor variasjon av helsepersonell, og utilstrekkelig utdanning og kompetanse om munnhelse. Forsell *et al.* (2011) undersøker holdninger, de finner ut at helsepersonell ikke foretrekker andre

oppgaver over munnstell. Helsepersonellet sier på samme tid at de opplever munnstell som ubehagelig, noe som viser at helsepersonellet svarer noe inkonsekvent.

Forsell *et al.* (2011) og Samson, Berven og Strand (2009) gir undervisning til helsepersonell på sykehjem for å se om det fører til forbedret munnhelse og mer fokus på munnhelsen til pasientene. Et resultat av undervisningen i studien til Forsell *et al.* (2011) var et økt fokus på munnstell, samtidig så man at deler av helsepersonellet fremdeles var redd for å ødelegge tenner og lignende i munnen. Studien viste at fokuset på munnstell avtok etter 1,5 år, men at en ny runde med undervisning var effektivt. Et av fem tiltak i artikkelen til Samson, Berven og Strand (2009) var undervisning om munnhelse, og at alle nyansatte skulle få undervisning og oppfølging når det gjaldt gjennomføring av munnstell. Ved å kombinere ulike tiltak fikk studien gode resultater.

#### 4.2.2 Behov for ferdigheter og andre tiltak for å forbedre munnhelse

I studiene til Barbe *et al.* (2018) og Samson, Berven og Strand (2009) finner vi resultater på forskjellige tiltak som er prøvd ut for å fremme god munnhygiene, mens Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) undersøkte ledelsens fokus på munnstell.

Vi finner resultater som fremmer god munnhelse i studien til Barbe *et al.* (2018), hvor det kom inn eksternt personale for å gjøre grundig munnstell noen ganger i uken. Over 70% av pasientene hadde eller ble diagnostisert med demens i løpet av studien. Resultatene viste blant annet en forbedret plakkindeks og forbedret munnhelse indeks. De fem konkrete tiltakene til Samson, Berven og Strand (2009); undervisning, munnstellkort på pasientrommene, tilgang på nødvendig utstyr, igangsetting av rutiner og kvalitetskontroll, viser gode resultater allerede etter 3 måneder. Som tidligere nevnt viste resultatene at kun 36% av pasientene hadde akseptabel munnhelse før programmet. 6 år etter hadde over 70% av pasientene akseptabel munnhelse.

Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) fant at leger og ledelsen har lite kontroll over pasientens munnhelse og at god munnhelse ikke var en prioritet.

#### 4.2.3 Helsereelatert atferd og tvang

Frank *et al.* (2004) og Jablonski *et al.* (2018) ville finne tiltak som kunne redusere utagerende atferd hos pasienter som motsatte seg helsehjelp. Frank *et al.* (2004) undersøkte hvilken effekt Risperidon hadde på atferden til pasientene som motsatte seg helsehjelp. Resultatet viste at pasientene ble roligere og den utagerende atferden ble redusert, noe som førte til at sykepleierne fikk gjennomført stell uten at pasientene gjorde motstand. I studien kunne man dessuten se at agitert og aggressiv atferd ble redusert ved hjelp av undersøkelsen "behavior and psychological symptoms of dementia". En annen måling som ble brukt var «Modified Nursing Care Assessment Scale» (M-NCAS), som viser pasientens evne til å samarbeide med sykepleier. Bruk av Risperidon viste en positiv effekt på også denne undersøkelsen. Jablonski *et al.* (2018) ville finne tiltak uten bruk av medikamenter som kunne redusere motstand hos pasienter ved munnstell. Tiltakene gikk ut på hvordan munnstellet skulle gjennomføres og hvordan sykepleier skulle tilnærme seg pasienten. Resultatene viste at motstanden gikk opp etter innføring av tiltakene og deretter tilbake på samme nivå som før studiens start.

## 5. DRØFTING

I resultatdiskusjonen som er den første delen av drøftingen, skal vi diskutere resultatene opp mot teori og egne erfaringer. I den andre delen, som er metodediskusjonen, har vi diskutert egen fremgangsmåte og metode (Thidemann, 2019).

### 5.1 Resultatdiskusjon

Vi deler resultatdiskusjonen inn i tre deler, som kan knyttes til hovedfunnene i resultatartiklene. I den første delen drøfter vi hvordan kunnskap og undervisning påvirker sykepleiere og annet helsepersonells holdninger og prioritering av munnstell. I den andre delen drøfter vi andre utprøvde tiltak som skal bidra til økt fokus rundt munnhelse og fremme god munnhelse på sykehjem. I den siste delen drøfter vi medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak rundt pasienter med demens som motsetter seg helsehjelp.

#### 5.1.1 Hvordan kan kunnskap, holdninger og undervisning påvirke sykepleiers evne til å fremme god munnhelse?

Det går igjen i flere av studiene at en stor andel av sykehjemsbeboerne med demens har en uakseptabel munnhelse (Samson, Berven og Strand, 2009; Jablonski *et al.* 2018; Barbe *et al.* 2018). Pasienter med demens har 50% risiko for å få dårlig munnhelse, mens pasienter uten demens har 25% sannsynlighet (Willumsen *et al.* 2012). Over 80% av eldre med en langtidsplass på sykehjem har demens (Folkehelseinstituttet, 2021).

Resultater fra flere av artiklene viste at det er store mangler når det kommer til kunnskap om munnhelse (Forsell *et al.* 2011; Samson *et al.* 2009; Barbe *et al.* 2018). For å kunne forstå at munnstell er en viktig prioritet må helsepersonell ha nødvendig kunnskap rundt temaet. Det er en gjenganger i flere av våre valgte studier at lite kunnskap om munnstell og risiko er knyttet til dårlig munnhygiene (Forsell *et al.* 2011; Samson *et al.* 2009). I studien til Forsell *et al.* (2011) kommer det fram at helsepersonellet ikke vil gjennomføre munnstell fordi flere er redde for å ødelegge tenner eller annet i munnhulen. Dette viser lite kunnskap rundt hvordan man skal gjennomføre munnstell. Dette underbygges av Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) som finner ut at flesteparten av sykepleierne har til en viss grad mottatt undervisning, og at rundt halvparten av annet helsepersonell ikke har mottatt noen form for

undervisning. Selv om denne studien er noen år gammel vet vi fra egen praksis at helsepersonell generelt har lite kunnskap om munnhelse.

Henderson fokuserte på at det er sykepleiers ansvar å hjelpe pasienter med å utføre helsefremmende tiltak (Kirkevold, 1998). For det første har sykepleier ansvar og plikt til å hjelpe personer med sykdom, ved å ivareta deres grunnleggende behov. For det andre vil munnstellet bli forsømt hvis sykepleier ikke tar dette ansvaret (Flovik, 2005). Egne erfaringer er at sykepleiere kartlegger pasientene ved innkomst, men ofte overser munnhulen. Skyldes dette også uvitenhet og mangel på kunnskap eller kan det komme av mangel på rutiner?

Gode rutiner som sikrer jevnlig observasjon og dokumentasjon av pasientens munnhelse er vesentlig for å opprettholde og forbedre munnhygien til pasientene. På den ene siden må sykepleierne bidra til å bevisstgjøre at munnstell skal inngå som en grunnleggende del av stellet. Sykepleier bør bidra i prosessen med å utarbeide og iverksette korrekte individuelle tiltak, for at pasienten skal unngå unødig lidelse (Flovik, 2005). På den andre siden skal ikke bare sykepleiere ha kunnskap om munnhelse, men de har også en spesiell rolle for å lede og undervise annet helsepersonell. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det skrevet at "sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet" (Norsk sykepleierforbund, u.å. avsnitt 4). Dette gir den enkelte sykepleieren ansvar for å bidra med kunnskap- og kompetanseutvikling på sin avdeling (Norsk sykepleierforbund, u.å). Det kommer fram i studien til Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) at det er sykepleiere som har mest fokus og kunnskap om munnhelse på sykehjem. Vi har tidligere nevnt at sykepleiere har noe kompetanse rundt munnhelse, da dette inngår som en del av sykepleierutdanningen. Samtidig viser flere av artiklene at en stor andel sykehjemsbeboere har uakseptabel munnhelse (Samson, Berven og Strand, 2009; Barbe *et al.* 2018; Jablonski *et al.* 2018). Det er derfor viktig at sykepleierne veileder og underviser annet helsepersonell, slik at samtlige i kollegiet kan bidra med å fremme munnhelse hos pasientene.

Sykepleier må kjenne til at kunnskap har en viktig innvirkning på holdningene til annet helsepersonell når det gjelder munnhelse og om hvordan munnstell skal bli gjennomført. Først og fremst er det ikke nok at sykepleieren selv vet at munnstell er viktig og hvordan det gjennomføres, hvis andre overser eller forsømmer behovet. Forsell *et al.* (2011) finner ut at



lite kunnskap gjenspeiler seg i holdninger. Selv om svarene i studien viser at helsepersonellet ikke foretrekker andre oppgaver over munnhelse. Blir det derimot senere vist at flere synes det er ubehagelig å gjennomføre munnstell, som kan føre til at det blir utsatt og oversett.

Vi ser gode resultater i studien til Forsell *et al.* (2011) ved at de gjennomførte en spesialtilpasset undervisningsmodell for helsepersonell. Undervisningen skapte fokus rundt munnhelse, som videre førte til økt kunnskap hos helsepersonellet. Dette bidro igjen til bedre munnhelse for pasientene. Samson *et al.* (2009) underbygger viktigheten av undervisning i sin studie. Regelmessig undervisning, og undervisning til nye ansatte var vesentlig for å opprettholde god munnhelse hos pasientene. Studien bruker også tilpassede munnstellkort inne på rommene, som er med på å skape økt fokus rundt munnstell. På tross av gode resultater og økt kunnskap om munnhelse, kunne man se i studien til Forsell *et al.* (2011) at motivasjonen og fokuset på munnhelse gikk ned etter 1,5 år. Funnene viser oss viktigheten av regelmessig oppfølging av helsepersonellet som har det daglige ansvaret for munnstellet til pasienten.

#### 5.1.2 Hvordan styrke sykepleiers ferdigheter og andre tiltak som kan brukes for å fremme god munnhelse?

Det er viktig at sykepleiere og helsepersonell har mye kunnskap og gode holdninger når det kommer til munnhelse. Undervisning er et av tiltakene som viser gode resultater, men må kombineres med andre tiltak for å opprettholde god munnhelse over tid. I artiklene har vi funnet flere tiltak som sykepleier kan igangsette for å fremme god munnhelse hos pasienter med demens.

I studien til Barbe *et al.* (2018) hentet de inn personell fra tannhelsetjenesten for å gjennomføre grundige munnstell på ulike sykehjemsavdelinger. Ved hjelp av denne metoden kunne man se tydelig forbedring på plakkindeks, munnhygiene indeks og den generelle munnhelsen til pasientene. I studien kommer det også frem at det er en sammenheng mellom livskvalitet, velvære og munnhelse, derfor var et av tiltakene å intervju pasientene. I undersøkelsen skulle pasientene svare på spørsmål om egen munnhelse og velvære. For pasienter med demens kan det være utfordrende å svare på slike spørsmål, vi må derfor ta høyde for at noen av resultatene ikke samsvarer med realiteten.

Når det kommer til Barbe *et al.* (2018) sin metode, viste det seg å være ressurskrevende og en kortsiktig løsning. Til tross for dette kan metoden være aktuell på avdelinger hvor det er nødvendig å kartlegge og fremme bedre munnhelse for pasienter med demens. Sykepleieren på avdelingen har sjelden mulighet til å sette i gang et slikt omfattende tiltak på egenhånd. Tiltaket er ressurskrevende og sykepleier er avhengig av samarbeid med ledelsen, for å få i gang tiltaket. Derimot viste studien til Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) at ledelsen viste dårlig oversikt over pasientenes munnhelse, og de var lite villig til å utvikle tannhelsetilbud på sykehjemmene. I studien svarer ledelsen at alle pasientene ser tannlegen minst en gang i året, noe som ikke viser seg å være tilfellet. Det er ledelsen som har ansvar når det gjelder prioriteringer om hva som skal bli gjort og når, derfor kan munnhelse bli nedprioritert (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleieren på avdelingen bør derfor oppfordre til at tannlege kontaktes oftere. Tannhelseloven lovfester at tannhelsetjenesten skal ha et oppsøkende tilbud. Tannpleierne bestemmer selv hvor ofte de oppsøker ulike institusjoner. En ulempe ved dette er at det kan bli lange perioder mellom hvert besøk. Samtidig står sykepleierne fritt til å kontakte tannhelsetjenesten ved behov (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

En studie som viser gode langsiktige resultater, er studien til Samson *et al.* (2009). Et av tiltakene var å innføre "oral-care contact". Vi klarte ikke å finne en god oversettelse og kontaktet derfor Gunhild V. Strand, som er en av forfatterne i studien. Hun forteller at "oral-care contact" omtales som "tannhelsekontakt" eller "tannkontakt" på norsk. Ut ifra studien kom det frem at ansvaret til tannkontakten var å ha et tverrfaglig samarbeid med tannpleiere og tannleger, samt å ha oversikt over munnhelsen på avdelingen. Innføringen av en tannkontakt viste seg å være viktig, da vi ser i flere av forskningsartiklene at det er stor usikkerhet rundt hvem som har det overordnede ansvaret for munnhelsen til pasientene (Samson *et al.* 2009; Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen, 2000). Et annet tiltak i studien til Samson *et al.* (2009) var kvalitetskontroll. Kvalitetskontroll innebærer å sikre at tjenesten er virkningsfull, trygg og utnytter ressursene på en god måte. En fordel med kvalitetskontroll er at feil og mangler kan bli avdekket før det resulterer i alvorlige konsekvenser (Flovik og Rokseth, 2015).

Dersom man skal iverksette ulike tiltak kan sykepleieprosessen være et godt hjelpemiddel for å kartlegge pasientens behov og ressurser. Et av punktene i prosessen er dessuten å implementere ulike sykepleie- mål og tiltak, og samtidig evaluere effekten av tiltakene. Dette fører til en systematisk og oversiktlig metode for sykepleiere å innføre nye tiltak (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015).

### 5.1.3 Hvordan redusere helserelatert atferd og bruken av tvang?

I artikkelen til Frank *et al.* (2004) tar de opp problemstillingen om pasienter som motsetter seg helsehjelp. Et høyt antall av pasienter med demens kan bli agiterte, hallusinerende, paranoide og aggressive. Artikkelen til Forsell *et al.* (2011) underbygger det faktum at munnstell ikke blir gjennomført, på grunn av motstand fra pasientene. Når pasienter motsetter seg hjelp, kan tvangstiltak bli satt i gang. Det må skrives vedtak før man kan igangsette tvangstiltak og ofte kan slike tiltak være med på å skade pasienten. For pasienten vil det være bedre å finne andre tiltak for å gjennomføre munnstell (Molven, 2015).

Et potensielt tiltak kan være behandling med medikament. Frank *et al.* (2004) så på effekten av Risperidon på pasienter med demens som motsatte seg helsehjelp. I studien snakker de om å gjennomføre stell, ikke spesifikt om munnstell. Vi ser på munnstell som en del av et stell, derfor har vi valgt å inkludere artikkelen. Målingene i artikkelen til Frank *et al.* (2004) "M - NCAS" og "behavior and psychological symptoms of dementia" ble brukt for å få oversikt over endringer i pasientenes atferd. For det første kunne man tydelig se at pasientgruppen som fikk Risperidon, var lettere å bistå i stellesituasjoner enn hos gruppen som fikk placebomedisiner. For det andre blir det en bedre opplevelse for både pasient og sykepleier når stellet gjennomføres uten at pasienten motsetter seg hjelpen. Det viser seg at beroligende medikamenter er et godt hjelpemiddel for pasienter som motsetter seg helsehjelp (Samson og Strand, 2014). Er det etisk riktig å gi pasienter beroligende for at det skal være lettere for sykepleier å gjøre jobben sin? For det første kan munnstell oppleves som truende og skremmende for sykehjemsbeboere med demens. For det andre er det viktig for pasienten å få gjennomført munnstell for å redusere risiko for sykdommer og smerter knyttet opp mot dårlig munnhygiene (Willumsen *et al.* 2008). I tillegg kan beroligende legemidler bidra til at pasienten selv bruker mindre krefter på å motsette seg

helsehjelp og munnstellet oppleves mindre inngripende (Samson og Strand, 2014). Derfor ser vi på innføring av beroligende medikamenter som et potensielt tiltak.

Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til, dette innebærer ulike prinsipper som blant annet velgjørenhet og ikke skade. Når det kommer til bruk av tvang og pasienter som motsetter seg helsehjelp, er det viktig å ha etisk kunnskap og kompetanse, og evnen til å vurdere og håndtere ulike etiske problem. Prinsippene velgjørenhet og ikke skade anvendes blant annet i situasjoner der pasienter ikke er i stand til å vite hva som er best for seg selv (Lillemoen, 2015). På samme tid har sykepleierne et ansvar om å ikke overkjøre pasientenes vilje og ivareta autonomi. Det skal heller anvendes fagkompetanse for å gi best mulig helsehjelp til pasientene (Slettebø, 2014).

I Travelbee sin teori settes det fokus på mellommenneskelige dimensjoner i sykepleiefaget, noe som innebærer samspill mellom sykepleier og pasient. Travelbee understreker også i sin teori at alle mennesker er forskjellige og at sykepleie må tilpasses hver pasient (Kirkevold, 1998). Sykehjemsbeboere med demens kan føle seg sårbare under munnstell, og kan oppleve liten eller ingen kontroll over det som skjer. I slike situasjoner er det viktig med god kommunikasjon, i tillegg til empati og støtte. På den ene siden kan forståelig informasjon som kommuniseres på en empatisk og støttende måte, bidra til å gjøre at situasjonen rundt munnstellet oppleves mer håndterbart. Pasienter reagerer ulikt på munnstell, det er derfor viktig å ta hensyn til pasientens behov (Heyn, 2015). På den andre siden viser resultatene i studien til Jablonski et al. (2018) at god kommunikasjon og tilrettelegging av munnstellet ikke nødvendigvis førte til et bedre samarbeid. I stedet for å få et bedre munnstell opplevde man mer motstand fra pasientene.

Når vi sammenligner studien til Jablonski *et al.* (2018) og Frank *et al.* (2004) ser vi at medikamentell behandling har god effekt på pasienter som motsetter seg helsehjelp. Resultatene viser at det kan være nyttig for sykepleiere å samarbeide med leger, for å vurdere behandling med medikament for å gjøre gjennomføring av munnstell best mulig for pasient og sykepleier. For øvrig avdekker Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) at majoriteten av legene overser munnhulen, da flere mener det ikke er deres ansvar. Derimot svarer flere leger på undersøkelsen at de bør bli bedre på å prioritere munnhelse. For

pasientene kan det være avgjørende at sykepleiere bidrar til å skape oppmerksomhet rundt munnhelse blant leger.

## 5.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre opp imot artiklene vi har valgt. Vi skal samtidig drøfte etiske overveielser og kvalitetsvurdering av forskningsartiklene.

### 5.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene vi har valgt oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. De fleste av artiklene har fokus på pasienter med demens på sykehjem, de resterende omhandler eldre sykehjemsbeboere. Vi har valgt å ta med artikler som viser både eldre og personer med demens, for å vise at det kan oppstå spesielle utfordringer hos pasienter med kognitiv svikt.

Et punkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene var at artiklene skulle være mindre enn 15 år gamle, fordi vi ikke ønsket å overse eldre artikler som har relevans i forhold til problemstillingen. Den eldste artikkelen vår er fra 2000. Selv om artikkelen er eldre enn 15 år, har vi likevel bestemt at den er aktuell og relevant i forhold til problemstillingen. Vi har ikke funnet forskning som motbeviser resultatene, men Helsedirektoratet (2017) og Tannhelsetjenesteloven (1983) underbygger resultatet fra studien. Samtidig som vi ikke finner nyere forskning, stemmer resultatene i artikkelen overens med egne erfaringer. På bakgrunn av dette vurderer vi artikkelen som pålitelig. Artikkelen til Frank *et al.* (2004) som handler om behandling med Risperidon er også en eldre artikkel, vi velger på tross av alder å ha den med da den omhandler en medikamentell behandling. Virkningen av medikamentet vil ikke endres selv om artikkelen er fra 2004. Selv om medikamentet ikke endrer sin virkning, må man ta stilling til interaksjoner med andre medikament dersom en pasient skal starte med Risperidon (Felleskatalogen, u.å.).

En annen vurdering vi gjorde underveis i analyseringen av artiklene, var å undersøke reliabiliteten. Barbe *et al.* (2018) undersøker effekt og aksept av tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten. Studien undersøker kun resultater over en kort periode. Resultatet fremstår derfor som pålitelig på kort sikt, men vi stiller spørsmål ved om det gjelder på lang

sikt. Prosedyrene som gjennomføres tar tid, og man kan være kritisk til om pasientene ville akseptert lignende behandling over en lengre periode. På en annen side er sannsynligheten stor for at effekten av tiltakene ville vært lik, om ikke bedre, da tannhelsepersonell har høy kompetanse innenfor munnstell. Når det kommer til studien til Forsell *et al.* (2011) er svarprosenten høy, og studien henviser til to tidligere artikler med likt resultat. Vi vurderer derfor studien som pålitelig. Samson, Berven og Strand (2009) stiller seg kritiske til reliabiliteten av sin egen artikkel. De vet ikke om de gode resultatene kommer av de igangsatte tiltakene og motivasjon blant sykepleierne, eller at sykepleierne var bevisste på at pasientens munnhelse ble vurdert og at de jobbet grundigere enn normalt. Siden forfatterne selv påpeker faktorer som kan påvirke resultatet og at studien foregikk med målinger over flere år vurderer vi forskningen som pålitelig frem til annen dokumentasjon foreligger.

En annen utfordring under analyseringen av artiklene, var at artiklene er engelske. For å forsøke å oversette og forstå innholdet har vi brukt både ordbok og oversettelsesprogram på nett. I og med at samtlige av artiklene er engelsk, kan vi risikere å ha feiltolket og oversatt inkorrekt, noe som igjen kan ha ført til misforståelse av innholdet. På en annen side var det viktig for oss å inkludere engelske artikler i søket, da man får et større søkefelt. Vi vurderte derfor at engelsk forskning måtte inkluderes, til tross for fare for feiltolkning.

### 5.2.2 Etske overveielser

Vi har undersøkt de utvalgte artiklene våre, og funnet ut at tre av seks er godkjent av etiske komiteer. I studien til Frank *et al.* (2004) har pasientene eller deres verge/nærmeste pårørende gitt skriftlig samtykke for studiet. I tillegg godkjente både institusjonen og staten forskningen. Vi ser på den som forsvarlig, fordi det er samlet inn samtykke og personvern blir ivaretatt. De to andre artiklene som ikke er godkjent av etisk komité er studiene til Chung, Mojon og Budtz-Jørgensen (2000) og Forsell *et al.* (2011). De fokuserer på helsepersonell, og omhandler ikke personlige opplysninger om pasienter. Deltakerne i studiene stod fritt til å besvare undersøkelsene. Vi har derfor valgt å ha med artiklene fordi vi mener de er etisk forsvarlige.

### 5.2.3 Kvalitetsvurdering

Etter artikkelsøket vårt, endte vi opp med artikler som er kvantitative. Vi har sett på ulike tiltak som fremmer munnhelse hos sykehjemsbeboere med demens og hvilke holdninger sykepleiere har i forhold til munnhelse. Ved å se på statistikk fra ulike tiltak, får vi større innblikk i hvilke tiltak som har effekt. Når det kommer til sykepleiers holdninger, kunne det vært en fordel å finne studier med kvalitativ forskningsmetode. På den ene siden ville vi fått større oversikt over sykepleieres subjektive opplevelser og holdninger, dersom vi hadde inkludert kvalitativ forskning. På den andre siden fokuserer problemstillingen vår på hvordan sykepleiere kan fremme munnhelse, vi er derfor avhengig av å se effekten av tiltak og å samle inn objektive vurderinger av munnhelse.

Når det kommer til kvalitetsvurdering av artiklene, ser vi en svakhet i studien til Forsell *et al.* (2011) da den ikke har et spesifisert design. Det er en kvantitativ studie som er evaluerende, siden det er evaluering av et undervisningsopplegg. Det er vanskelig å kvalitetsvurdere studien fordi artikkelen ikke har et spesifikt forskningsdesign. Til tross for at studien til Forsell *et al.* (2011) ikke har et spesifisert forskningsdesign, vurderer vi artikkelen som valid. Ved å ha systematisk gjennomgått hver artikkel, har vi konkludert med at samtlige av artiklene svarer på formålene sine.

På en annen side har det vært viktig for oss å se på faktorer som kan ha påvirket kvaliteten på oppgaven vår, som det at vi er en gruppe på fire. En fordel var at vi fikk flere synspunkt, noe som ga oss et bredere perspektiv på hvordan vi kunne besvare oppgaven. Det kunne samtidig påvirke oppgaven negativt, da vi tolket artikler og forskningslitteratur noe ulikt. En annen ulempe var at vi hadde ulike skriveteknikker, og var derfor avhengig av god struktur og et organisert samarbeid. Vi synes fordelene veier opp for ulempene. Det å samarbeide fire stykker har fungert godt, da vi utfyller hverandre på flere punkter.

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å øke fokus på munnhelse ved sykehjem, spesielt hos pasienter med demens. Vi har funnet tiltak som sykepleiere kan bruke for å fremme godt munnstell og god munnhelse.

For å bedre munnhelse i sykehjem trenger sykepleiere og annet helsepersonell økt kunnskap og kompetanse. Lite kunnskap er en av årsakene til at munnhelse ikke blir prioritert, og det gjenspeiler seg i holdningene til helsepersonellet. Undervisning har vist seg som et godt tiltak for å øke kunnskapsnivået. For å kunne ivareta munnhelsen til pasientene må undervisning innføres og gjentas jevnlig for å ha god effekt. Gode rutiner, jevnlig observasjoner og dokumentasjon er med på å kunne opprettholde god munnhelse. I artiklene kommer det fram at ledelsen har lite oversikt og nedprioriterer munnhelse. Dette øker sykepleierens ansvar for å skape fokus rundt munnhelse både til andre ansatte på avdelingen og ledelsen.

Ved hjelp av tiltakene undervisning, munnstellkort på pasientrommene, tilgang på nødvendig utstyr, kvalitetskontroll og nye rutiner vil sykepleiere kunne fremme godt munnstell for sine pasienter. Å innføre en tannkontakt på avdelingen vil være effektivt, og bidra til å skape bedre tverrfaglig samarbeid. Å hente inn eksternt tannhelsepersonell for å gjennomføre munnstell viste seg å ha kortsiktig effekt på pasientenes munnhelse.

Sykepleierne er ofte den profesjonen som har mest pasientkontakt og de skal ha et klinisk overblikk over sine pasienter. Dette gjør at sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet er spesielt viktig. Godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for alle pasienter, men gjerne viktigst hos pasienter med demens som ikke klarer å redegjøre for egen helse.

For pasienter med demens kan munnstell oppleves som ubehagelig, og det er en større sannsynlighet for at denne pasientgruppen motsetter seg helsehjelp. I tillegg er munnen en intimone, og det kan oppleves ubehagelig å få hjelp til å gjennomføre munnstell. En demensdiagnose vil gjøre at hukommelsen og læringsevnen svekkes. Nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon og evnen til å planlegge, bidrar til dårlig munnhygiene. Det må skrives vedtak dersom det skal igangsettes tvangstiltak. Tvang kan til tider være med på å skade pasienten, mer enn det gjør nytte. For pasienten vil det derfor være bedre å finne



metoder for å gjennomføre munnstell, uten å igangsette tvangstiltak. Beroligende medikamenter har vist seg som et godt hjelpemiddel for pasienter som motsetter seg helsehjelp.

Det viser seg at det som er mest effektivt for å fremme munnhelse, er å kombinere flere tiltak. For å sikre en god munnhygiene hos pasienter med demens på sykehjem, er det viktig med blant annet god kommunikasjon, kunnskap, gode rutiner og tverrfaglig samarbeid.

## 7. Litteraturliste

Barbe, A. G. *et al.* (2018) Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents, *Clinical Oral Investigations*, volum: 23, side: 707-713. DOI:

[10.1007/s00784-018-2487-x](https://doi.org/10.1007/s00784-018-2487-x) (Hentet: 09. april 2021)

Carlsen, K. E. (2016). *Eldre blir syke av dårlig tannhelse*. Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/aldring-partner-tenner/eldre-blir-syke-av-darlig-tannhelse/439329>

(Hentet: 10. mars 2021)

CASP (2021) *CASP Checklist*. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

(Hentet: 05. mai 2021)

Chung, J. P., Mojon, P. og Budtz-Jørgensen, E. (2000) Dental care of elderly in nursing homes: perception of managers, nurses, and physicians, *Wiley Online Library*, volum: 20 (1), side: 12-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2000.tb00004.x> (Hentet: 13. april 2021)

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

EUs personvernforordning (2016) *Europaparlamentets- og rådsforordningen (EU) 2016/679*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/static/NLX3/32016r0679.pdf> (Hentet: 10. mai 2021)

Evans, D. (2002) *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data*. Tilgjengelig fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

(Hentet: 03. mai 2021)

Felleskatalogen (u.å.) *Bruk av flere legemidler samtidig*. Tilgjengelig fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/nyttig-om/samtidig-bruk> (hentet 15.05.21)

Flovik, A. M. (2005) *Munnstell*. 1. utgave. Oslo: Akribe.

Flovik, A. M. og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, side: 271 - 296.

Folkehelseinstituttet (2021) *Demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> (Hentet: 23. mars. 2021)

Forsell, M. *et al.* (2011) Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff, *International Journal of Dental Hygiene*, volum: 9 (3), 199-203. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x> (Hentet: 09. april 2021)

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 05. mai 2021)

Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester (1984) *Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268> (Hentet: 05. mai 2021)

Frank, L. *et al.* (2004) The Effect of Risperidone on Nursing Burden Associated with Caring for Patients with Dementia, *Journal of the American Geriatrics Society*, volum: 52 (9), side: 1449-1455. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52406> (Hentet: 09. april 2021)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen.* Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 29. april 2021)

Graverholt, B., Jamtvedt, G. og Nortvedt, M. W. (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, side: 179-192.

Helsedirektoratet (2019) *Om demens.* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens> (Hentet: 29. april 2021)

Helsedirektoratet (2017) *Styringssystem – ansvar og definisjon.* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/styringssystem-ansvar-og-definisjon?fbclid=IwAR3wnRLIcfQrHRA-8NoTs5wsMxZR-bke18uLQt04oYrQQsrLCBiVA7HeL9Q#paragraf-3-ansvaret-for-styringssystem> (Hentet: 27. april 2021)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet 29. april 2021)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 24. mars 2021)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskers grunnleggende behov for å forstå og for å bli forstått i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, side: 363 - 398.

Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, side: 107-118.

Jablonski, R. A. *et al.* (2018) Randomized Clinical Trial: Efficacy of Strategies to Provide Oral Hygiene Activities to Nursing Home Residents with Dementia Who Resist Mouth Care, *Gerodontologi*, volum: 35 (4), side: 365-375. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12357> (Hentet: 08. april 2021)

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier*. Oslo: Gyldendal.

Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien, i Grov E. K. og Holter I. M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Oslo: Cappelen damm akademisk. Side: 297-338.

Magnus, P. og Bakketeig L. S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Molven, O. (2015) Pasientens og brukers rettigheter og plikter, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Side: 70- 103

Norsk Sykepleierforbund (u.å) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 22. mars 2021)

Nortvedt, M.W. *et al.* (2012) *Jobb kunnskapsbasert! 2.* utgave. Oslo: Akribe.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 09. april 2021)

Personopplysningsloven (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38> (Hentet fra: 10. mai 2021)

Ranhoff, A. H. (2014) Den gamle pasienten, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, Side: 79-91.

Regjeringen (2020) *Etikk i forskningen*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/> (Hentet 05. mai 2021)

Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov E. K. og Holter I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, side: 244 -270

Samson, H., Berven, L. og Stand, G. V. (2009) Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home, *Oral Sciences*, Vol: 117 (5), side: 575-579. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0722.2009.00673.x> (Hentet: 16. april 2021)

Samson, H. og Strand, G. V. (2014) Munnhelse, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, side: 316 - 323.

Skavlid, S. (2009) *Nürnbergkodeksen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/nurnbergkodeksen/> (Hentet: 7.mai 2021)

Skovdahl, K. og Berentsen, V. D. (2014) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. Side: 408 - 437.

Slettebø, Å. (2014) Juridiske rammer og etiske utfordringer, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. Side: 212 - 224.

Statistisk Sentralbyrå (1999) *Eldre i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf> (Hentet: 16. april 2021)

Strand, G. V. (2020) Munnhelse og munnstell, i Husebø, B. S. og Flo, E. (red). *Eldreboen*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget, s. 205-211.

Tannhelsetjenesteloven (1983) *Lov om tannhelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (Hentet: 24. mars 2021)

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Verdighetsgarantiforskriften (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426> (Hentet: 05. mai 2021)

Willumsen, T. *et al.* (2008) *Sykepleie og oral helse*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Willumsen, T. *et al.* (2012) Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?, *Gerodontologi*, volum: 29 (2), side: e748-e755.

DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x> (Hentet: 13. april 2021)

World Health Organization (2003) *The world oral health report 2003*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf) (Hentet: 03. mars 2021)

World Health Organization (u.å.) *Oral health*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1) (Hentet: 24. mars 2021)

