



BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN SIKRE TILSTREKKELIG  
MUNNHYGIENE TIL PASIENTER SOM  
IKKE KLARER Å IVARETA DETTE  
SELV?**

FORFATTER(E): JEANETTE HERMUNDSTAD  
ANNE METTE NYLAND LUSÆTER  
INGUNN ALISE REFVIK  
FRANCESCA ANITA WANGEN

Dato: 11.05.2015

## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan sikre tilstrekkelig munnhygiene til pasienter som ikke klarer å ivareta dette selv?	Dato : 11.05.15
Deltaker(e)/	Jeanette Hemundstad, Anne Mette Nyland Lusæter, Ingunn Alise Refvik og Francesca Anita Wangen.	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Munnhygiene, kunnskap, holdninger, kvalitet.	
Antall sider/ord:	12027	Antall vedlegg: 0
Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):	Åpen	
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Mange eldre, demente og alvorlig syke er ikke i stand til å ivareta eget munnstell. De fleste eldre i dag og i framtiden vil i økende grad ha sine egne tenner i behold, og det vil derfor stilles større krav til helsepersonellens kunnskap og holdninger til munnhygiene. Flere studier har vist mangel på kunnskap og dårlige holdninger til munnhygiene både hos sykepleiere, leger og ledelse på sykehus og sykehjem. Ivaretagelse av pasientens munnhygiene er et område som viser seg å være en nedprioritert oppgave. Hensikten med litteraturstudiet er å sette fokus på hvilke tiltak som må igangsettes for at helsepersonell skal implementere adekvat munnstell inn i de daglige rutinene på sykehus og sykehjem.</p> <p>Det ble utført et systematisk litteratursøk i perioden januar til april 2015. Pub Med, Ovid Nursing Database og Cinahl er databaser som ble brukt. Søkerord som ble anvendt er som følger: Nursing home staff, Oral health, Nurses health knowledge, Oral hygiene, Safety, Gerodontology, Nursing home, Resistanse, Xerostomia, Well-being og Content analysis.</p> <p>Lederansvar står sentralt når det gjelder å sikre kvaliteten på tjenestene som blir gitt. Lite kunnskap og dårlige holdninger blant helsepersonell er med på å skape barrierer til å utføre munnstell.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How to ensure adequate oral hygiene for patients who are unable to attend this by themselves?	Date : 11.05.15
Participants/	Jeanette Hermundstad ,Anne Mette Nyland Lusæter ,Ingunn Alise Refvik og Francesca Anita Wangen	
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Oral hygiene, quality, attitude and knowledge	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	Availability: Open
12027		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Many elderly, demented and individuals with severe illness are not capable of maintaining personal oral hygiene.</p> <p>Most aged people today and in the future will, to an increasing extend, be in posession of their natural teeth, which in turn will lead to higher demands to the knowledge and attitude of the health staff towards oral hygiene.</p> <p>Several studies reveal a lack of knowlegde and bad attitude towards oral hygiene both in nurses, phycisians, and the leaderes of hospitals and nursing homes. Maintenance of the patients oral hygiene is an area is shown to be a task of low priority. The purpose of the litterature study is to set focus on actions needed for health staff to implement adequate oral care into the daily routines of hospitals and nursing homes.</p> <p>A systematic litterature search was done between January to April 2015. Pub Med, Ovid Nursing Database and Cinahl are the databased used. The searchwords used where as following: Nursing home staff, Oral health, Nurses Health knowledge, Oral hygiene, Safety. Gerodontology, Nursing home, Resistanse, Xerostomia, Well-being og Content analysis.</p> <p>Management responsibilities are central in securing the quality of the services given. Lack of knowledge and bad attitude among health staff are contributing to building barriers towards executing oral care.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>5</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS .....	6
1.3 RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDET .....	7
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	8
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>9</b>
2.1 HENSikten MED OPPGAVEN .....	9
2.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN .....	9
2.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING .....	9
2.4 SYKEPLEIERENS ETISKE OG JURIDISKE ANSVAR .....	10
2.5 PASIENTSIKKERHET, KVALITET OG KUNNSKAP .....	10
2.6 RETNINGSLINJER FOR FAGLIGE PROSEDYRER .....	13
2.7 MUNNHELSE BLANT ELDRE OG ALVORLIG SYKE .....	14
2.7.1 INNSPEKSJON AV EN FRISK MUNNHULE .....	14
2.7.2 SPYTTETS OPPGAVE .....	14
2.7.3. MUNNTØRRHET OG ÅRSAKER TIL MUNNTØRRHET .....	15
2.8 RISIKOFAKTORER VED DÅRLIG MUNNHYGIENE .....	15
2.9 TIDLIGERE FORSKNING .....	16
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	17
3.2 STRUKTURERTE SØK .....	17
3.3 KRITERIER FOR UTVELGELSER AV ARTIKLER .....	19
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>21</b>
4.1 ARTIKKEL MATRISER .....	21
4.2 ANALYSE AV RESULTATER .....	26
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>30</b>
5.1 KUNNSKAP .....	30
5.2 TILRETTELEGGING FOR NY KUNNSKAP .....	32
5.3 SYNLIg LEDELSE .....	35
5.4 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET .....	38
5.5 METODISK DRØFTING .....	44
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>45</b>
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>47</b>

Antall ord: 12027.

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Flovik (2005) skriver at hvis sykepleier ikke tar ansvar for å ivaretar pasientens munnhelse, vil denne oppgaven bli oversett. Hvilke faktorer som har innvirkning på om munnhelse blir ivaretatt er det gjort undersøkelser på. Faktorer som mangel på tid, samarbeidsproblemer med kognitivt svekkede pasienter, inadekvat kunnskap, mangel på munn og tannutstyr og dårlige rutiner er de vanligste. Noen av helsepersonellet sa at de ikke prioriterte munnstell når de var overarbeidet. I følge Samson og Strand (2010) skriver Wårdh mfl. at munnhulen blir oppfattet som en intim sone.

Det understrekes i helsepersonelloven § 4 (1999) at ”helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende hjelp på en faglig forsvarlig måte” (Samson og Strand 2010, s. 267).

I 2012 ga helse –og omsorgsdepartementet ut en stortingsmelding «God kvalitet – trygge tjenester». Her belyser Regjeringen at de har et mål om at kvalitetsarbeidet i større grad enn i dag skal være integrert i ordinær virksomhet. Kompetansen skal styrkes hos ansatte og ledere og det skal iverksettes rutiner for å forebygge uønskede hendelser og bedre pasientsikkerheten. Dette innebærer blant annet å utarbeide og implementere fagprosedyrer (Helse og omsorgsdepartementet 2012).

I St.meld. nr. 11 (Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015) står det beskrevet at systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et lederansvar på alle nivåer i tjenesten. Ledere må ha kunnskap om virksomhetsområder med risiko for svikt. Tydelig ledelse, gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å unngå skader og svikt i helsetjenestene vi tilbyr. Det er også et lederansvar å utvikle en kultur som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet i alle ledd i organisasjonen. Dette skal være en selvfølge i alt vi driver med innen helsehjelp. Regjeringens ambisjoner er å forebygge pasientskader og forbedre tjenestekvaliteten. Dette skal gjøres ved oppdatert kunnskap om hva som er god praksis og kontinuerlig og systematisk arbeid der mange må spille på lag rundt pasienten. Regjeringen mener også at en avgjørende faktor er god ledelsesforankring, et system og en kultur som stimulerer til læring og forbedring (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Veilederen "God klinisk praksis i tannhelsetjenesten" (2011) tar utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av akseptabel munnhelse. Helsedirektoratet mener at akseptabel munnhelse innebærer at pasienten:

- ikke har ubehag, smerter eller alvorlige lidelser i munnhulen,
- at tyggefunksjon er tilfredsstillende,
- at pasienten kan kommunisere og utøve sosial omgang uten problemer relatert til tennene (Helsedirektoratet 2011).

Undersøkelser tilsier at munnstell i mange tilfeller blir utelatt i den helhetlige omsorgen. Manglende kunnskap om betydningen av nedprioritert munnhygiene, mangel på tid og dårlige rutiner er noen faktorer som kan danne hindringer for munnstell (Samson og Strand 2010). Dette kan føre til uheldige konsekvenser for pasientene. Helsepersonell kan også oppleve det som frastøtende eller ubehagelig å gjennomføre munnstell i forbindelse med dårlig lukt i munnhulen og at noen opplever munnhulen som en intimsone (Samson og Strand 2010).

Munnstell utføres trolig ikke systematisk nok, og rutinene er heller ikke individuelt tilpasset. Ved å implementere kliniske retningslinjer kan dette hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell til å forbedre den faglige praksisen og kvaliteten på omsorgen. Skaug (2011) skriver at prosedyrer på munnstell beskrevet i beslutningsprosessen samt individuelle munnstellkort vil kunne være med på å sikre at pasienten får utført munnstell i samsvar med hans individuelle behov. Gode rutiner vil kunne forebygge plager i munnhulen som lett kan bli et tilleggsproblem i en ellers vanskelig situasjon.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

### **Teoretisk perspektiv**

Dorothea Orem har fire aspekter som grunnlag for sin egenomsorgsteori. Mennesket, omgivelse, helse og sykepleie. Hun understreker viktigheten av at sykepleiere skal være utdannet og at praktisk opplæring ikke er godt nok.

Egenomsorg relatert til helsesvikt er et av tre typer behov for egenomsorg Orem beskriver. Det tas utgangspunkt i at svikt i normal funksjon, helse og velvære gjør det nødvendig å begrense ytterligere svikt, og for å avpasse og avveie omfanget og betydningen av svikten (Kristoffersen 2011).

Egenomsorgsbehov relatert til helsesvikt er hos pasienter som er syke eller skadet, mennesker med ulike funksjonshemminger og funksjonstap og mennesker som er under behandling eller medisinsk diagnostisering. Et menneske som får forandret sin helsetilstand kan delvis eller helt bli avhengig av andre (Kristoffersen 2011).

### ***1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområdet***

Seksjon sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik har tre forskningsområder som omfatter utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleien og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2014). Tema i oppgaven omhandler praktisering og bedring av retningslinjer og pasientsikkerhet kan knyttes til kvalitet i sykepleie.

Kvalitet i sykepleie inneholder to fokusområder. Dette er pasientens behov og sikkerhet, samt personalets funksjon og sikkerhet (Høgskolen i Gjøvik 2014).

Delområde som omhandler pasienters behov og sikkerhet er relevant for vårt tema, fordi det tar utgangspunkt i pasienters grunnleggende behov, samt at det tar for seg samhandling med pasienten.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Kapittel 2 presenterer viktig og relevant fag-og forskningsbasert kunnskap. Dette vil lede frem til en tydelig beskrivelse av hva som er hensikten med oppgaven, samt avgrense til en problemstilling som er i samsvar med hensikten. Kapittel 3 omhandler metoden som er brukt. Her redegjøres det for databaser, søkeord og antall treff i litteratursøket, og hva som er inklusjon-og eksklusjonskriterier. Søkedokumentasjon blir beskrevet i egne tabeller. Det redegjøres for hvordan de inkluderte artiklene analyseres. Kapittel 4 presenterer resultatet. Resultatet er systematisk satt inn i matriser med en kort oversikt over innholdet i de forskjellige artiklene. Funnene er kategorisert og analysert. Kapittel 5 drøfter de analyserte resultatene i forhold til valgt teoretisk perspektiv, relevant fag-og forskningsbasert litteratur og problemstilling. Kapittel 5 inneholder også en kritisk vurdering av valg som er gjort i forhold til anvendt litteratur og øvrige metodiske overveielser. Kapittel 6 omhandler konklusjon som svar på oppgavens problemstilling.



## **2.0 Bakgrunn**

### ***2.1 Hensikten med oppgaven***

En grunnleggende sykepleieoppgave er å hjelpe pasienten til å ivareta god munnhygiene for å opprettholde god livskvalitet (Størkson 2012). Hensikten med oppgaven er å se på hva som skal til for å sikre at pasientens munnhygiene blir ivaretatt, samt belyse viktigheten ved økt fokus på munnhygiene hos eldre og alvorlig syke pasienter.

### ***2.2 Presentasjon av problemstillingen***

Problemstilling:

*Hvordan sikre tilstrekkelig munnhygiene til pasienter som ikke klarer å ivareta dette selv?*

### ***2.3 Avgrensing av problemstilling***

Vår besvarelse vil fokusere på pasienter som ikke klarer å ivareta munnstell selv og helsepersonellens kunnskap og holdninger rundt dette. I hvordan sikre tilstrekkelig munnhygiene har vi valgt å begrense oss til kunnskap og holdningsendring til ledelse og annet helsepersonell. Dette vil føre fram til å sikre kvalitet i tjenesten og ivaretagelse av pasientsikkerheten.

Pasienter som ikke klarer å ivareta eget munnstell har vi begrenset oss til alvorlig syke, demente, og eldre.

Oppgaven omfatter helsepersonell fordelt på sykehus og sykehjem da alle har et felles ansvar for at munnhygiene blir gjennomført i det daglige stedet. Tverrfaglig samarbeid med tannlege og tannpleier vil være med på å sikre økt forståelse av utførelse av praktiske prosedyrer som igjen vil gjøre at helsepersonellet øker selvtilliten.

## **2.4 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) beskriver at sykepleierne har et personlig ansvar for sine egne vurderinger og sitt valg av handlinger. Sykepleietjenester som blir gitt skal være etisk og juridisk faglig forsvarlig. De skal ivareta pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskers liv og iboende verdighet. Den skal også bygges på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

I helsepersonelloven §4 (1999) om forsvarlighet fremgår det at helsepersonell har plikt til å 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. Videre står det at vi som helsepersonell har plikt til i å innhente bistand eller henvise pasienten videre hvis dette er nødvendig og mulig. Yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med kvalifisert personell hvis pasientbehovet tilsier det.

## **2.5 Pasientsikkerhet, kvalitet og kunnskap**

Nasjonalt sett bygger myndighetene sin forståelse av kvalitet på Verdens helseorganisasjon sine kriterier for kvalitet. Kriteriene er beskrevet på et overordnet nivå og kan forstås som helsepolitiske mål for hva som skal legges til grunn når kvalitet skal vurderes (Kveseth og Mikkelsen 2010).

I stortingsmelding nr.10 (2012 – 2013) ”God kvalitet – trygge tjenester” blir det beskrevet at det er behov for standardisering for å bedre pasientsikkerheten. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll er med på å påvirke pasientsikkerheten. Det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten. Pasienter og brukerens behov skal stå i sentrum, og det skal ifølge regjeringen legges større vekt på systematisk kvalitetsarbeid og bedring av systemer for å forebygge feil på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Dette skal være integrert i den daglige virksomheten. Bedre kvalitet gjennom kunnskap handler om å prioritere forskning som er relevant for tjenesten. Helsepersonell skal bli bedre på å ta i bruk ny kunnskap og bruke forskning som et redskap i planlegging og kvalitetssikring. Dette vil

bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i alle helse og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Fjæra, Willumsen og Eide (2010) skriver at dårlig munnhelse hos eldre kan få store konsekvenser for deres livskvalitet og helse. I dag har de eldre en tannstatus preget av kroner, broer og implantater og dette vil stille store krav til godt munnstell hos de grupper eldre som på grunn av svekket helse ikke kan ivareta tann- og munnhygiene selv.

I perioden 2013-2016 har Norsk Sykepleierforbund sine innsatsområder blitt rettet mot den helhetlige helsetjenesten med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom utdanning, fagutvikling og forskning skal dette gi sykepleierne kunnskap og kompetanse. Dette for å sikre et godt grunnlag for pasientbehandling, og det vil også synliggjøre sykepleierens særegne funksjon i helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund 2013 – 2016).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1 og § 4-2 a er man pålagt å fremme kvalitetsforbedringer og pasientsikkerhet når man yter helsetjenester. Dette arbeidet må være forankret i ledelsen i helseforetak og kommuner, hvor man kan gjøre evalueringer og se om kravet til systematisk arbeid for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet er satt ut i livet og at det har den virkningen som det er tiltenkt (Molven 2012). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten ”og bedre skal det bli!” har som formål å bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet blir gjennomført, og at kvalitetsarbeidet samordnes og styrkes (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Lederansvar står også sentralt når det gjelder å sikre kvaliteten på alle nivåer i de tjenestene som leveres. For å utføre gode sammenhengende og helhetlige tjenestetilbud for pasienten må lederen sikre gode kvalitetsprosesser i organisasjonen (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Pasientsikkerhet er et omfattende fagområde. Her kreves det ulike tilnærminger og faglige perspektiver. Hvordan sikkerheten ivaretas kan man nevne forhold som er knyttet til kompetanse, profesjoner, kultur, dokumentasjon, menneskelige ferdigheter eller egenskaper, makt, samarbeid og teknologi (Aase 2010). Pasientsikkerhet er relatert til kvalitet, men det er viktig å vite at disse to begrepene ikke er synonyme. Kvalitet omfatter også andre områder som pasienterfaringer og medisinsk effektivitet (Aase 2010).

Norges offentlige utredninger, NOU, som omhandler ”Pasienten først” – retningslinjene, viser sosial – og helsedepartementet (1997) til pasientens grunnleggende behov og at det er kjernen i all behandling og pleie. Disse 10 punktene skal være kjennetegn på god kvalitet i norsk helsetjeneste. Dette skal igjen prege oppbygning, praksis og ledelse innad i helsetjenestene (Bjørø og Kirkevold 2006).

- Tilgjengelighet: helsetjenester skal være likeverdige. Tilgjengelighet dreier seg om hvordan de forskjellige sykepleietjenestene er i stand til å møte pasientenes behov for sykepleie på en rimelig måte, både når det gjelder kostnad og oversiktlige tjenester.
- Lydhørhet: Hver enkelt pasients rettigheter og integritet skal respekteres av personalet som yter helsetjenestene. Pasientens symptomer og hvordan han beskriver sin lidelse skal respekteres og tas på alvor.
- Faglighet: all sykepleieutøvelse skal bygges på oppdatert kunnskap. Sykepleieforskning skal legge grunnlag for at kunnskap holder mål. Kunnskapsgrunnlaget endres stadig raskere ved økt forskningsinnsats. Det stilles også større krav til at sykepleiere holder seg oppdatert. Dette innebærer krav om kritisk og regelmessige gjennomganger av rutiner og prosedyrer, slik at man endrer praksis når ny kunnskap tilsier det.
- Forsvarlighet: man skal hjelpe hver enkelt pasient til å forstå og mestre sin situasjon gjennom individuelle forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleiertiltak. Det skal foreligge en god sykepleiefaglig begrunnelse, behandlingen skal tilkomme raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger.
- Ansvarlighet: en sykepleier bør ha ansvaret for å planlegge, gjennomføre og evaluere sykepleien til hver enkelt pasient. Dette for at pasienten skal slippe å til stadighet gjenta sin historie. Man skal kunne se av dokumentasjon at pasientens behov for sykepleie er vurdert og hva som er mål og tiltak for behandlingen. Det samme gjelder for dem som har sykepleieransvaret for pasienten. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelsesrett.
- Punktlighet: god sykepleie utføres til avtalt tid. Dette er viktig for et godt og tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier. Saksgang skal ikke påvirke behandlingsmuligheter.

- Åpenhet: pasient og pårørende skal få relevante opplysninger. Dette i form av hvordan situasjonen er, hva som skal gjøres og hvorfor.
- Helhet: det er viktig at pasienten opplever at tjenesten er helhetlig. Her stilles det store krav til samarbeid, samordning og koordinering på tvers av yrkesgrupper.
- Vennlighet: handler om å møte hver enkelt pasient med vennlighet. Det har stor betydning for å gi håp og mot til å takle utfordringer ved svekket helse og sykdom.
- Gjensidighet: dette handler om godt samarbeid med andre helsearbeidere. Dette forutsetter gjensidig respekt og anerkjennelse for hverandre. Dette vil fremme godt arbeidsmiljø og arbeidsglede hos personalet som igjen vil forsterke tillit hos pasientene (Bjørø og Kirkevold 2006).

## **2.6 Retningslinjer for faglige prosedyrer**

Retningslinjer er råd og anbefalinger som er utarbeidet for å støtte helsepersonell og pasienter i konkrete helsesituasjoner (Kunnskapssenteret 2015). Kunnskapssenteret er et nasjonalt nettverk som utvikler fagprosedyrer. Prosedyrene deles og koordineres for at man skal unngå dobbeltarbeid og for å kvalitetssikre innholdet i prosedyrene (Kunnskapssenteret 2015).

De helseforetakene som formelt har meldt seg inn i prosedyrenettverket har opprettet et råd som består av medlemmer fra de ulike helseforetakene. Her har helseforetakene selv innvilget penger til utvikling av det videre arbeidet.

Utarbeidelsen av nye fagprosedyrer gjøres ved bruk av egne metoder og minstekrav som gjelder for opprettelse av kunnskapsbaserte prosedyrer via en metodegruppe. Før publisering av prosedyrer blir prosedyren gjennomgått av en publiseringsgruppe for å kvalitetssikre at denne tilfredsstillende krav som er gjeldende (Kunnskapssenteret 2015).

”Munnstell til pasienter i sykehus og sykehjem” (Kunnskapssenteret 2015) er under utarbeidelse og ventes ferdig i juni 2015.

## **2.7 Munnhelse blant eldre og alvorlig syke**

Forandringer i munnhulen kommer med alderen. De vanligste aldersforandringer i munnhulen er:

- sprø og misfargede tenner
- tannkjøtt som ikke slutter seg tett til tennene
- svekkede slimhinner
- dårlig spyttsekresjon
- dårlig svelge- og tygge funksjon (Samsom og Strand 2010).

Kombinasjon med forandringer i munnhulen, redusert helsetilstand og redusert evne til å ivareta egenomsorg, vil øke risikoen for infeksjoner i munnhulen. Med økt antall bakterier i munnhulen kan et godt fungerende tannsett på få måneder bli ødelagt. Resultatet kan lede til livstruende systemiske sykdommer. Et ansvar sykepleiere har er å forebygge infeksjoner, ivareta pasientens verdighet og velvære gjennom å hjelpe pasienten med å holde slimhinner i munnen og tenner rene (Samson og Strand 2010).

### **2.7.1 inspeksjon av en frisk munnhule**

Normalt er munnslimhinnen hel, rosa i farge, fuktig og uten belegg. Vanligvis vil tungen ha synlige papiller. Tannkjøttet skal være fast, ikke være ømt eller ha merker etter tannproteser. Spyttet skal være klart og tyntflytende. Ved redusert spyttutskillelse blir slimet seigt og slimhinnene blir tørre (Skaug 2011).

### **2.7.2 Spyttets oppgave**

Vårt eget spytt er det viktigste middel som fukter og renser tennene og slimhinnene våre (Samsom og Strand 2010).

Spytt består av bakteriedrepende og bakterienøytraliserende stoffer. Munnhulens naturlige miljø endres ved reduksjon i spyttproduksjonen og faren for karies vil øke (Lorentsen og Grov 2010).

### **2.7.3. Munntørrhet og årsaker til munntørrhet**

Xerostomi er den subjektive følelsen av tørr munn på grunn av redusert spyttutskillelse. Faren for hull i tennene, tannkjøttbetennelse og soppinfeksjon i munnhulen øker ved munntørrhet (Skaug 2011).

Kroniske sykdommer som Sjøgrens sykdom, diabetes mellitus og infeksjoner kan forårsake munntørrhet på grunn av nedsatt spyttproduksjon. Psykologiske faktorer som stress, depresjon, angst og redsel er en reaksjon som gir munntørrhet. Bivirkning av strålebehandling spesielt mot nakke- og ansiktsområde i forbindelse med kreftbehandling gir munntørrhet. Bivirkning av medikamenter regnes som den vanligste årsaken til munntørrhet. Det antas at omlag 500 medikamenter kan ha munntørrhet som en bivirkning (Norsk helseinformatikk 2012). Plakk er et belegg på tennene som er forårsaket av matrester og bakterier (Skaug 2011). Plakk fester seg også til tannproteser på samme måte som til egne tenner (Samson og Strand 2010). Karies er det samme som tannråte. Karies er en bakteriesykdom i tennene som forårsakes av bakterier i munnhulen (Norsk helseinformatikk 2015).

### **2.8 Risikofaktorer ved dårlig munnhygiene**

Pasienter med nedsatt immunforsvar i tillegg til dårlig munnhygiene og redusert spyttsekresjon har større risiko for infeksjoner (Samson og Strand 2010). Bakterier kan gå via blodbanen til andre kroppsdeler, og i verste fall gi lungebetennelse, infeksjoner i mage-tarmsystemet og hjerte- og karsykdommer (Sandness 2007).

Størkson (2012) skriver i sin fagartikkel i kreftsykepleien at det har blitt rapportert ulike munnhelseproblemer blant alvorlig syke pasienter som:

- Smaksforstyrrelser
- Dårlig ånde
- Belegg på tungen
- Munntørrhet
- Svelge- og talevansker
- Problemer med tenner
- Smerter og sårhet i munnhulen
- Ulike infeksjoner

## **2.9 Tidligere forskning**

Strand mfl. (2005) skriver om viktigheten av kunnskap. Dette er avgjørende for å forebygge komplikasjoner. Tidligere, rundt 1900-tallet, falt tennene ut som en del av aldringsprosessen. Nå vites det at alder i seg selv ikke er noen risiko, men en kombinasjon av alder, sykdom, nedsatt førlighet, bruk av medikamenter og mangelfullt munnstell, kan ødelegge tennene i løpet av få måneder (Strand mfl. 2005). Det ble iverksatt tiltak som pleieplan med bildebaserte munnstellkort, kompetanseheving av personalet, egne tannkontakter og fastsatte rutiner. Kartlegging av belegg- og slimhinneindeks ble også brukt. I følge Strand mfl. (2005), var resultatet av denne artikkelen kompetanseheving og forbedring av rutiner. Det var høy grad av bedring hos 40 av 63 beboere i forhold til munnhygienivået.

Wårdh, Paulsson og Fridlund (2009) skriver i sin artikkel at området har fått liten oppmerksomhet i forskning og utviklingsmetoder for å sikre gode orale helsetjenester for kreftpasienter. Tidligere forskning viser at frekvensen av munnhygiene hos kreftpasienter øker med høyere kvalifikasjoner hos ansatte og med flere ansatte.



## **3.0 Metode**

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Aveyard (2014) definerer et litteraturstudie slik: ”Et litteraturstudie er den omfattende studien og tolkning av litteraturen som er relatert til et bestemt emne” (Aveyard, H. 2014, s.21).

Ved litteraturstudie identifiserer vi en problemstilling for deretter å søke etter svar på spørsmålet. Dette gjør vi ved hjelp av systematisk søk til relevant litteratur. Dette gjelder uansett om litteraturen er en forstudie til et større prosjekt, eller en studie i seg selv. Et grundig søk og analyse av litteraturen leder deg til ny innsikt som kun er mulig når all relevant litteratur blir satt i sammenheng. En ulempe er at enkelte studier er sekundærkilder som henviser til andre studier (Aveyard, H. 2014).

For et litteraturstudie vil primærkilder være å foretrekke. Sekundærkilder skal brukes i minst mulig grad. Primærkilder er studier som er skrevet av de som har gjennomført studien (Polit og Beck 2014).

### **3.2 Strukturerte søk**

Strukturert søk blir definert som søk i databaser eller i vitenskapelige artikler. De strukturerte søkene vi har er i databasene Age Line, Chinal, Pub Med og Ovid Nursing Database. Vi har brukt kombinasjonsordene AND og OR for å avgrense søket, hvor AND blir brukt når begge ordene man vil kombinere skal være med i søket. OR har vi brukt når vi ønsker å avgrense søket der vi vil at det ene eller det andre søkeordet skal være med (Nortvedt mfl. 2012).

Søkeord vi har brukt er som følger: Dental Hygiene, Nursing Home Staff, Oral Health, Nurses, Health knowledge, Oral Hygiene, Safety, Gerodontology, Nursing home, Oral hygiene, Resistanse, xerostomia, content analysis og well- being.

## Søking Ovid Nursing Database

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nummer
1. Dental Hygiene 2. Nursing Home Staff		67 261	Vi valgte artikkel nummer 1:
	1 and 2	1	Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff
1. Oral Health 2. Quality of life 3. Terminally Ill Patients		652 23848 2900	
	1 and 2 1 and 2 and 3	52 1	Vi valgte artikkelnummer 1: Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients
1. Oral Hygiene 2. Safety		955 32628	
	1 and 2	16	Vi valgte artikkelnummer 1: Improving oral hygiene for patients

## Søking Pub Med

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkelnummer
1. Gerodontology 2. Nursing home 3. Oral hygiene 4. Resistanse		1365 17295 17163 633092	
	1 and 2 and 3 1 and 2 and 3 and 4	60 2	Vi valgte artikkelnummer 1: Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?

Søking i Cinahl			
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkelnummer
1. xerostomia 2. content analysis 3. well- being		1696 24655 24655	
	1 and 2 and 3	1	Vi valgte artikkelnummer 1: Views of xerostomi among health care professionals: a qualitative study

### 3.3 Kriterier for utvelgelser av artikler

For å finne frem til de aktuelle artiklene vi skulle bruke i vår bacheloroppgave valgte vi først å lese sammendraget på de forskjellige artiklene for å få en oversikt over hva de omhandlet, og om de kunne være aktuelle for vår problemstilling. Ble sammendraget funnet relevant, ble fullteksten hentet opp i fra Google Scholar og artikkelen ble nøye analysert og oversatt. En av artiklene var ikke tilgjengelig i fulltekst via Google Scholar eller på biblioteket. Denne ble bestilt i fulltekst via biblioteket på Høgskolen i Gjøvik.

Tidsskriftene artiklene var publisert i ble sjekket på Database for Statistikk om høyere utdanning (NSD). Dette ble gjort for å undersøke om hvilket vitenskapelig nivå tidsskriftet hadde. Vi kunne også kontrollere om tidsskriftet hadde fagfelleurdert sine artikler.

For å lette arbeidet med å finne aktuelle artikler, benyttet vi oss av inklusjonskriterier:

- Eldre, demente og alvorlig syke som ikke klarer å ivareta munnhygien selv.
- Artikler publisert fra 2009 fram til 2015.
- Studier fra sykehus, hjemmesykepleien og alders- og sykehjem.
- Artikler som omhandler hvordan sikre ivaretagelse av pasientens munnhygiene.
- Artikler som omhandler munnhygiene.
- Publikasjoner som er utgitt på norsk, engelsk, dansk eller svensk.
- Publikasjoner som er fagfelleurdert.

I internasjonale tidsskrifter er IMRAD strukturen vanlig. Polit og Beck (2014) skriver at organiseringen av et litteraturstudie inndeles i fire hoveddeler, en introduksjonsdel, metodedel, resultatdel og diskusjonsdel. Våre artikler fulgte IMRAD struktur.

Forskjellen mellom kvalitative og kvantitative metoder handler om måten en samler inn data på. Forsberg og Wengstrøm (2013) skriver at kvalitative forskningsmetoder fokuserer på tolkning av menneskers opplevelse og erfaringer. Det vil si subjektiv data. Det brukes vanligvis ikke statistikker som ved den kvantitative metoden. Forskere som bruker en kvalitativ metode intervjuer eller observerer et færre antall personer med samme diagnose eller problem. Ved en kvantitativ forskningsmetode presenterer forskeren objektiv data. Han holder distanse til det han forsker på for å unngå å påvirke resultatene med egne meninger. Forskeren formulerer en problemstilling og bestemmer derfor selv hvordan han vil legge opp forskningen. Metoden han bruker er for eksempel journalgjennomgang, spørreskjema, tester og statistikker.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Artikkel matriser

#### Artikkelmatrise 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Funn
Sjögren, P. m.fl. (2009) Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. I: <i>Journal of advanced nursing</i> 66(2), s. 345-349	Evaluerer langsiktige virkninger av oral hygiene status hos eldre beboere på sykehjem 1,5 år etter at helsepersonellet på sykehjemmet hadde gjennomført et tann hygiene kurs.	Tann-plakk målinger utført i perioden 2006 - 2008. 41 beboere (12 menn og 29 kvinner) i alderen 69 -99 år. Plakk-skår resultatene i 2008 ble sammenlignet med skårene like etter kurset i 2006. Kurset for helsepersonellet besto av både teori og praksis.	Ingen betydelig økning av plakk fra 2006-2008. Anbefalt oppfølgingen av tannhygiene utdanning. Dette opprettholder et tilstrekkelig nivå av oral hygiene blant beboerne.

## Artikkelmatrise 2

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Funn
<p>Rohr, Y., J. Adams og L. Young (2010) Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 16 (9), s. 439-444</p>	<p>Pasientens egne oppfatninger og erfaringer med orale plager og ubehag i en palliativ fase.</p>	<p>14 palliative pasienter ved et middels stort sykehus i Australia. Det ble utført et intervju av 9 kvinner og 5 menn i alderen 60-82 år.</p>	<p>Deltakerne beskrev betydelige vanskeligheter med en rekke orale problemer. Negativ innvirkning på daglige funksjoner og livskvalitet. Økt forståelse, kompetanseheving, prioritering og videre forskning er nødvendig.</p>

Artikkelmatrise 3

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Funn
<p>Bonetti, D. m.fl.(2015) Improving oral hygiene for patients <i>I:Nursing Standard</i>, 9 (19), s. 44-50</p>	<p>Kan utdanningsintervensjonen ha effekt på utførelsen av munnstell?</p>	<p>Anonymisert spørreskjema ble besvart umiddelbart før og etter «work shoppen». 10 deltaker fra personalet deltok. 6 sykepleiere, 2 hjelpepleiere og 2 sykepleiestudenter.</p>	<p>Workshopen ga økt kunnskap og ferdigheter.</p> <p>Positiv påvirkning, selvtillit og tro på utførelsen av prosedyrer.</p> <p>Forsømmelsen av ivaretagelse av munnhygiene går på mangel på prioritet framfor andre aspekter av grunnleggende sykepleie.</p>

Artikkelmatrise 4

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Funn
<p>Willumsen, T. m.fl. (2012) Are there barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? I: <i>Gerodontology</i>, 29 (2), e 748-e755.</p>	<p>Utforske standarden på den orale hygiene til pasienten på sykehjem.                      Barrierer for god oral hygiene                      Sykepleierens vurderinger knyttet til behovene for forbedringer av oral hygiene.</p>	<p>Denne studien inkluderte 353 pasienter fordelt på 11 norske sykehjem.                      Tannpleier gjorde en screening av pasientens orale hygiene utfra pasientens egen tannlegejournal.                      494 sykepleiere og annet helsepersonell deltok i en spørreundersøkelse.</p>	<p>Mer enn 40% av pasientene hadde uakseptabel oral hygiene.                      80% av sykepleierne, mente at kunnskap om oral helse var viktig.                      9,1% synes ofte det var ubehagelig å ivareta pasientens orale hygiene.                      97% opplevde motstand fra pasientene.                      Kunnskap om munnhygiene og praktisk utførelse må forbedres på sykehjemmene.</p>



Artikkelmatrise 5

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Funn
<p><b>Folke, S., B.Fridlund og G.Paulson (2009)</b> Views of xerostomia among health care professionals: a qualitative study. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 18 (6), s. 791 - 798.</p>	<p>Kartlegging av helsepersonells syn og holdninger på munntørrehet.</p>	<p>Intervju med 16 helsearbeidere med ulik utdanning og yrkeserfaring. 13 kvinner og 3 menn. Alder 42 – 63 år. Intervjuene ble utført i perioden januar - februar 2003.</p>	<p>Helsepersonell var klar over munntørrehet som et økende og oversett problem. Ulik kunnskap, manglende empati, klinisk ignoranse og et manglende holistisk syn. Bedret forståelse av munntørrehet ble ansett som en forutsetning. Dette ved tilleggsutdanning.</p>

## **4.2 Analyse av resultater**

De funn vi sitter igjen med er med på å bygge videre for å finne svar og resultater som vi søker i vår oppgave. Det som er relevant for å finne svar på problemstillingen vår vil bli brukt.

### **1. EVALUATION OF DENTAL HYGIENE EDUCATION FOR NURSING HOME STAFF.**

I dette studiet evalueres den langsiktige effekten av tannhygienestatus hos eldre sykehjemsbeboere i Sverige 1,5 år etter at personalet hadde gjennomført et kurs i tannstell. Kurset bestod av en teoridel, en praksisdel og gruppediskusjoner. Tannplakkindeksen ble målt hos 43 pasienter som bodde på sykehjemmet i 2006, 2-3 måneder etter tannhygieneutdanningen. Det ble også kontrollert om helsepersonellet overholdt de prosedyrene som ble anbefalt under utdanningen. Resultatet ble sammenlignet med de tannplakkmålingene som ble gjort i 2008. Det kom fram i studien at tannplakk hos disse pasientene var noe redusert, og at helsepersonellet hadde opprettholdt de anbefalingene som ble gitt 1,5 år tidligere.

Sykehjemmet var et godt organisert dementomsorgssenter og det var et stabilt helsepersonell i perioden studie ble utført. Stabilitet blant helsepersonellet er av vesentlig betydning.

Helsepersonellet var kjent med sykdomsbildet til pasientene og rutine på avdelingen.

Sykehjemmet hadde også tett samarbeid med tannlege og tannpleier. Dette vil være med på å skape trygghet til helsepersonellet, da det er de som er ekspertene på området. Forfatterne konkluderte med at mer utdanning anbefaltes for å opprettholde et adekvat nivå på munnhygiene. Det er viktig for helsepersonellet å få jevnlig faglig påfyll både av teori og praksis. Dette vil øke engasjementet og fokuset til helsepersonellet. Utdannelsen må i tillegg spesifiseres på det psykologiske aspektet om hvordan vi skal samhandle med pasienter som ikke ønsker å etterkomme munnhygiene.

### **2. ORAL DISCOMFORT IN PALLIATIVE CARE; RESULTS OF AN EXPLORATORY STUDY OF THE EXPERIENCES OF TERMINALLY ILL PATIENTS.**

En utforskende studie av palliative pasienter sin opplevelse, oppfatning og erfaringer av munnproblemer. Forfatterne ønsket å belyse problemene ut fra det subjektive perspektivet til

de dødssyke pasientene. Studiet ble gjennomført på et mellomstort sykehus på østkysten av Australia. Det ble utført flere kvalitative intervju med 14 terminale pasienter både kvinner og menn i alderen 60-82 år. Intervjuobjektene fikk en grundig og strukturert vurdering av munnstatus. Pasientene fortalte om sine følelser og erfaringer. Slike studier er viktig for helsepersonell, for å kunne få en forståelse av pasientenes subjektive følelse, samtidig som man får beskrevet detaljert hvordan dårlig munnhelse berører pasienten i en sårbar situasjon. Funnene i denne studien viser en rekke munnproblemer som berører pasientenes fysiske, psykiske og sosiale velvære i varierende grad. Forfatterne konkluderer med at økt forståelse av munnhelseproblemer og videre forskning på dette betydelige problemet er nødvendig. Pasientene savnet informasjon da det kommer fram i artikkelen at pasientene hadde liten kunnskap om sin egen munnhelse. De skriver også at det må bli et større fokus på kompetanseheving og prioritering av alle faser i terminal pleie, samt større samarbeid med tannlege som er eksperter på området.

### **3. IMPROVING ORAL HYGIENE FOR PATIENTS**

Formålet med denne pilotstudien var å finne ut om veiledning kunne påvirke kunnskap og ferdigheter om munnstellprosedyrer som skulle utføres daglig på sykehusavdelingene. Forskerne ville oppmuntre til tro på implementering av munnstell i form av rutiner, motivere og endre holdninger til helsepersonellet. Det var også et mål i seg selv at helsepersonellet skulle bli bedre kvalifisert til å utføre munnstellprosedyrer. Deltakerne på studiet var helsepersonell fra 10 medisinske avdelinger for eldre på 2 sykehus (et allment sykehus og et akutt sykehus) i Tayside i Skottland. Et anonymisert spørreskjema ble besvart umiddelbart før og etter ett 2 timers seminar. Seminaret var evidensbasert i form av økt kunnskap om munnhygieneprosedyrer og metoder for å videreføre denne kunnskapen. Pilotstudien ga noen bevis for at seminaret hjalp både erfarne og mindre erfarne pleiere å øke deres kunnskap og ferdigheter om munnhygiene, så vel som positivt å påvirke deres selvtillit i og tro på utførelse av munnhygieneprosedyrer. Funn sier at ivaretagelse av munnhygiene på avdelingen hadde lite å gjøre med at de grunnleggende rutinene var vanskelige å utføre, og har mer å gjøre med mangel på prioritet over andre aspekter av grunnleggende sykepleie. Barrierer på organisasjonsnivå bør rettes mer klart og tydelig. For dårlig tid til utøvelse av munnhygiene eller delta på praktiske øvelser er en oppfattelse av at organisasjonskulturen ikke anse munnhelse og munnstell som viktig.

Denne pilotstudien er lagt frem på en positiv pedagogisk måte der helsepersonell blir motivert fra ledelsen til å øke kunnskap om oral hygiene samt utføre prosedyrene. Dette hadde en positiv virkning på personalet. Støtte og engasjement fra ledelsen ser vi på som nødvendig for at munnhygiene skal bli anerkjent som nødvendig i stedet for en valgfri rutine på avdelingen.

#### **4. ARE THERE BARRIERS TO GOOD ORAL HYGIENE IN NURSING HOMES WITHIN THE NURSES OR THE PATIENTS?**

Hensikten med denne tverrsnittstudien var å undersøke om pasienter bosatt på 11 sykehjem i Østfold hadde en akseptabel munnhygiene. Samtidig utforske kliniske observasjoner og sykepleiernes vurderinger knyttet til behovet for forbedringer i pasientenes munnhygiene. Studie inkluderte 358 pasienter. Tannpleier gjorde en screening av pasientens munnhygiene ved å bruke en slimhinneplakk indeks. Utfra pasientjournalen ble kjønn, alder, og antall tenner notert. 114 sykepleiere, 243 hjelpepleiere og 136 assistenter ved sykehjemmene deltok i en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen omhandlet helsepersonellens holdninger, adferd og kunnskaper om tann- og munnstell, samt yrkeserfaringer. Funn beskriver at mer enn 40% av sykehjemspasientene hadde uakseptabel munnhygiene. I fremtiden vil vi møte flere eldre som har flere egne tenner og motstand i fra disse pasientene kan bringer oss opp i praktiske og etiske utfordringer. Organisatoriske strategier må endres for å gi mer tid til utførelse av munnhygiene, og metoder og rutiner må forbedres for å takle motvillig adferd hos pasientene. Studien viser til at det finnes barrierer både hos pasienter og helsepersonell og at dette kan være en god grunn til at munnstell ikke blir fullført hos eldre demente og ikke-demente på sykehjem.

#### **5. VIEWS OF XEROSTOMIA AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS: A QUALITATIVE STUDY.**

I denne studien ble kvalitative intervjuer brukt som fremgangsmåte for å kartlegge ulike syn og holdninger på munntørrehet blant helsepersonell. Det ble valgt ut 16 deltakere med ulik erfaring til pasienter med munntørrehet. 13 kvinner og 3 menn i alder fra 42-63 år var med i studien. 3 allmennpraktikere, 1 spesialist i psykiatri, 4 tannleger, 4 tannpleiere, og 4 sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien. Resultatene fra intervjuene ble brukt i en kvalitativ innholdsanalyse. Gruppen som var involvert i dette studiet var tverrfaglig

sammensatt. Det kunne vært interessant å vite om det var forskjell på holdningene mellom menn og kvinner i studien i forhold til munntørrehet. Det kom ikke frem hvem i den tverrfaglige gruppen som besvarte spørsmålene. Funn i artikkelen viste at intervjuobjektene opplevde høy forekomst av munntørrehet blant eldre og at dette også var et økende problem blant yngre, men allikevel var det et undervurdert og oversett problem. De hadde også en likegyldig holdning til problemet.

De fleste av intervjuobjektene hadde et medisinsk ansvar. Med likegyldige holdninger, manglende empati og en klinisk ignoranse til pasienter med munntørrehet ser vi at det kan bli vanskelig å få en forståelse av sykepleierens observasjoner i forhold til godkjenning av eventuelle tiltak som vurderes på dette området. Intervjuobjektene var enige om at manglende empati, mangelfull kunnskap og manglende faglig samarbeid og tid var av de viktigste årsakene til utilstrekkelig behandling av pasienter med munntørrehet.

## **5.0 Drøfting**

Kjernen i god sykepleie er å ivareta pasientens behov. Kvalitet handler om å sikre at pasienten får dekket grunnleggende behov, for å gjenvinne helse så raskt som mulig, eller få hjelp til en fredfull død (Bjørø og Kirkevold 2006). Flere studier har vist mangel på kunnskap og dårlig holdninger til munnhygiene både hos sykepleiere, leger og ledelse på sykehus og pleiehjem. Ivaretagelse av pasientens munnhygiene er et område som viser seg å være en nedprioritert oppgave. Respekt og omtanke fra helsepersonellet kombinert med faglig og god behandling vil være en fellesnevner for god kvalitet. Utøverens kompetanse, dens etiske forsvarlige handlinger og evnen til å skape gode relasjoner vil også være av stor betydning (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

### **5.1 Kunnskap**

Antall av den eldre befolkning er sterkt økende og eldre vil generelt ha sine egne tenner i behold, samt faste proteser. I følge Sjögren mfl. (2009) er munnstell et forsømt område hos eldre og alvorlig syke. Helsepersonellet trenger kunnskap for å identifisere munntørrehet. Dette pålegger helsepersonellet større krav til kunnskap i munnstell (Sjögren mfl. 2009).

For å sikre tilstrekkelig munnhygiene til pasienter som ikke klarer å ivareta dette selv, må man som sykepleier vite hva som er risikofaktorene ved dårlig utført munnstell og hva som kan være utfallet for pasienten ved dårlig munnhygiene. Dette vil gi grunnlaget for kunnskap om hvorfor det er så viktig å gjøre munnstell. I de vitenskapelige artiklene vi har funnet ser vi at munntørrehet er et hyppig problem og en gjenganger blant eldre og alvorlig syke.

I følge Folke, Fridlund, og Paulsson (2008) var munntørrehet et oversett og undervurdert problem blant helsepersonellet. Funn i artikkelen uttrykte særlig tre faktorer: manglende kunnskap om munntørrehet hos helsepersonellet, likegyldig holdning til munntørrehet blant helsepersonellet og utilstrekkelig behandling av pasienter med munntørrehet.

Man vet at redusert spyttsekresjon kommer med alderen (Samson og Strand 2010). Dette fører til munntørrehet, men munntørrehet kan også skyldes polyfarmasi samt kroniske sykdommer. Dette er tilstander som lettere fører til infeksjoner i munnhulen. Disse pasientene har også svekket immunforsvar, og mikroorganismer kan da lettere komme inn i blodbanen og påføre pasienten ytterligere forverringer av sykdomsbilde. Forebygging av infeksjoner kan gjøres gjennom ivaretagelse av adekvat munnhygiene (Trier og Jørstad 2014). Forskrift om kvalitet i

pleie-og omsorgstjenesten (2003) viser til at kommunen plikter å etablere et system av prosedyrer for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Her kommer det tydelig frem at helsepersonellet har ansvar for pasientens daglige munnhygiene. I følge Bonetti mfl. (2015) kan riktig munnhygiene forhindre infeksjoner, ubehag og engstelse og redusere risiko for både systemiske sykdommer og tannproblemer. Rohr, Adams og Young (2010) skriver at konsekvensen av munnhelseproblemer blant annet er nedsatt matlyst, svelgevansker og vekttap. Pasientene reagerte på dette med at de mistet gleden over å spise mat, de spiste mindre måltider, valgte ”myk” mat som var lett å svelge som førte til at de spiste sjeldnere.

Sykepleierutdanningen inneholder ulike former for kunnskap, som teoretisk kunnskap, verdier og ferdigheter (Kristoffersen 2011).

Som sykepleiere har vi en helsefremmende og forebyggende funksjon, og vi har et ansvar i å forebygge at det oppstår plager og ubehag i munnhulen. Studiet til Fjæra, Willumsen og Eide (2010) har vist et lavt kunnskapsnivå blant helsepersonell, og at det kan være en årsak til at munnstell blir nedprioritert.

Det har vært utført studier som påpeker faktorer som medfører hindringer for utførelse av munnhygiene. Faktorer som mangel på tid, dårlig kunnskap, lite eller ingen hjelpemidler til munnstell, mangel på rutiner og kognitivt svekkede pasienter som ikke vil samarbeide er grunner som er oppgitt for ikke å utføre adekvat munnstell. Noen innrømmer også at de nedprioriterer munnstell når de er overarbeidet og at det er den første oppgaven som nedprioriteres. Munnstell oppfattes noen ganger blant helsepersonell som en ubehagelig og direkte frastøtende oppgave å utføre (Samson og Strand 2010). Andre årsaker til barrierer for å utføre godt munnstell kan i følge Trier og Jørstad (2014) være for mange ufaglærte og store utskiftninger av helsepersonalet på arbeidsplassen. Fjæra, Willumsen og Eide (2010) skriver også at noen av helsepersonellet var redde for å skade pasientenes tenner eller tannproteser under munnstellprosedyren. Mer enn 1 av 4 kan ikke si om han eller hun vet hvilke funksjoner munnen har, eller at han eller hun kan identifisere en frisk munnhule (Belloir og Riou 2014). Kan ikke helsepersonell utføre enkle og grunnleggende observasjoner av munnhulen, og definerne hva som er en frisk munnhule vil det antakelig bli vanskelig å skille sykdommer og problem i munnhulen fra det som er normalt. Med lite kunnskap om munnhygiene kan det i tillegg bli vanskelig for helsepersonell å forebygge infeksjoner eller at bakterier kommer over i blodbanen som kan skape systemiske sykdommer.

Stress, angst og depresjoner kan være underliggende årsaker til munntørrehet, og helsepersonell opplever høy forekomst av munntørrehet blant eldre og et økende antall blant yngre. Det viser seg at symptomene ofte blir neglisjert på grunn av manglende diagnose hos pasientene og utilstrekkelig forståelse hos helsepersonell (Folke, Fridlund og Paulsson 2008). Helsepersonell bør derfor vie mer oppmerksomhet til pasienter som klager på munntørrehet og undersøke hvert tilfelle der man ikke vet årsaken (ibid).

På en annen side ser vi at helsepersonell greier å knytte munntørrehet opp mot pasientens trivsel og at helsepersonell var klar over hvordan munntørrehet påvirket pasienten psykososialt (ibid). Generelt sett ser det ut til å være mindre kjent blant helsepersonell hvordan dårlig munnhygiene kan påvirke den allmenne helsen (Bonetti mfl. 2015).

## **5.2 Tilrettelegging for ny kunnskap**

Til tross for høy forekomst av munnproblemer hos pasientene ser pasientene ikke selv den klinisk betydning av å rapportere dette til behandlende lege. Pasientene savner informasjon fra helsepersonellet da det kommer frem i artikkelen at pasientene hadde liten kunnskap om sin egen munnhelse (Rohr, Adams og Young 2010). Sykepleiere har et undervisende ansvar overfor både pasienter og medarbeidere. Dette for å forklare viktigheten av å følge opp rutiner på tann- og munnhygiene prosedyrer hos hver enkelt pasient. Særlig blandt de pasientene som ikke greier å ivareta dette selv eller lider av kroniske lidelser hvor man i større grad er disponert for munntørrehet.

I følge Rohr, Adams og Young (2010) kommer det fram graden av hvordan ubehag i munnen oppfattes fysisk, psykisk og sosialt. Fysisk fordi det var ubehagelig og konstant, de fikk vansker med å svelge og fikk smerter i munnen. De psykologiske faktorene var stor frustrasjon over å måtte forholde seg til problemene i munnhulen, samt håndtere det. Sosialt fordi de fikk vansker med å kommunisere og at de til tider følte at andre oppfattet dem som dumme fordi de snøvlet når de snakket. Det kom også frem i artikkelen at pasientene savnet å være i stand til å nyte god mat sammen med familie og venner. Det å måtte spise moset mat begrenset sosiale utflukter. Noen unngikk fysisk kontakt med sine kjære fordi de var redde for at det skulle lukte vondt av munnhulen deres. Her beskrives munntørrehet som et problem ved at det kan oppleves som kvelningsfølelser eller talevansker. Dette er unike pasientopplevelser som er viktig å vite om for oss som sykepleiere for å kunne opprette tiltak



for å bedre den enkelte pasientsituasjonen. Den subjektive opplevelsen av dårlig munnhygiene og hvordan det oppleves hos pasientene må knyttes opp mot relevant forskningsbasert kunnskap. Norsk sykepleieforbund (2013-2016) skriver at praksis basert på kunnskap innebærer at det blir brukt forskjellige kunnskapskilder som blant annet forskningsbasert kunnskap i praksis. Kunnskap basert på forskning alene er ikke tilstrekkelig. Den kunnskapsformen som har høyest status i dagens samfunn er teoretisk kunnskap og spesielt vitenskapelig kunnskap som har blitt til gjennom forskning (Kristoffersen 2011).

Funn viser at pasientene helst ønsket å være selvstendig med munnstellet, men det ser ut til at det var lettere å godta hjelp med munnstell hvis de selv greide å fjerne sin egen tannprotese. (Rohr, Adams og Young 2010). Hos noen kom det også frem at tretthet og utmattelse førte til at munnstellet ble et ork. Man kan anta at munnstell hos de pasientene som lider av tretthet og utmattelse ikke utfører optimalt munnstell, derfor er det så viktig at sykepleiere og de som er involvert i pleie av pasientene forstår pasientenes behov da mange er i en slik tilstand eller mottar behandling som forhindrer dem fra å utføre munnhygiene selv (Bonetti mfl. 2015). Dette understøttes av Dorothea Orem. Hun skriver at man må ta utgangspunkt i at svikt i normal funksjon, helse og velvære gjør det nødvendig å begrense ytterligere svikt, dette for å avpasse og avveie omfanget og betydningen av svikten (Kristoffersen 2011).

For pasienten sin del og hvis situasjonen tillater det er det en mulighet å snakke med pårørende, så sant dette ikke går ut over taushetsplikten. Da kan man få nyttig informasjon om hvordan pasienten har stelt tennene sine tidligere, både når det gjelder rutiner og vaner. Her må man som sykepleier legge til rette for hver enkelt pasient. For at pasienten skal opprettholde verdighet og integritet og ivareta en god munnhelse og en generell god helse er adekvat munnstell nødvendig. Da må det også utøves faglig skjønn basert på kliniske erfaringer, etiske vurderinger og pasientens ønsker som basis for sykepleiehandlinger. Hvordan praksis utøves påvirkes også av rammen sykepleieren arbeider innenfor (NSF 2013). ”Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig” (Norsk Sykepleieforbund 2013, s. 1). Yrkesorganisasjonen har utformet yrkesetiske retningslinjer der det presiseres at alle sykepleiere har ansvar for å holde seg oppdatert om utvikling, forskning og dokumentert praksis innen sitt fagområde og sørge for at ny viten blir innarbeidet og anvendt i praksis (Kristoffersen 2011).

I følge Folke, Fridlund og Paulsson (2008) blir problemer med munntørrehet sjeldent diskutert blant pasienter og helsepersonell. Her kommer det også frem at pasienten sjelden forteller om sine problemer. Det kan også settes i sammenheng med at noen av pasientene betrakter munnhulen som et høyst personlig område, og enkelte eldre synes det er mer intimt å få hjelp til munnhygiene enn kroppslig hygiene (Fjæra, Willumsen og Eide 2010). Det er tydelig at dette med motstand hos pasientene gir store utfordringer i forhold til å utføre munnstell. Sykepleiere bør vite at dette ikke bare gjelder pasienter som lever med kognitiv svikt, men også pasienter som er kognitivt friske som også motsetter seg hjelp til tann- og munnstell. Dette kan være fordi de ikke har nok kunnskap om sin egen helse (Willumsen mfl. 2012). Kullberg mfl. (2009) skriver at motstand fra pasienter kan føre til at helsepersonell får en følelse av ubehag for å utføre munnstell og at dette kan resultere til en hindring i å utføre tann- og munnstell fra helsepersonelletts side.

Derfor må man i følge Sjögren (2009) ha mer fokus på munnhelse i sykepleierutdanningen, som går på kognitiv tilnærming av hvordan vi skal samhandle med pasienter som motsetter seg hjelp til munnhygiene.

Sykepleiere bør sitte med kunnskapen om viktigheten av munnhygiene, men usikkerheten kan tre frem når det gjelder praktiske prosedyrer. Dialog med andre i personalgruppen om hvordan de utfører prosedyrer eller hvilke metoder de bruker for å gjennomføre munnstell på pasienter som motsetter seg dette, samt veiledning fra tannhelsepersonell kan være en løsning. Dette kan være et nyttig verktøy i seg selv knyttet opp mot forskningsbasert kunnskap om temaet. Det er viktig at sykepleierne baserer sine handlinger og vurderinger på forskning og fagutviklingsarbeid. Kunnskapen må bygges på systematiske erfaringer i praksis som vil trygge og sikre tjenesten (Knutstad 2013).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) beskriver at sykepleierne har et personlig ansvar for sine egne vurderinger og sitt valg av handlinger. Sykepleietjenester som blir gitt skal være etisk og juridisk faglig forsvarlig. De skal ivareta pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Den skal også bygges på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

For å kunne skape et godt pålitelig kunnskapsgrunnlag for sykepleiepraksis er det et stort behov for å øke forskningsinnsatsen innenfor sykepleie. Gjennomføringen av munnhelsetjeneste i sykepleien bør være evidensbasert kunnskap som krever kontinuerlig og rutinemessig oppdatering på utdanning i munnhelse. Kontinuerlig innsats for å forbedre munnhelsetjenester og utdanne helsepersonell om påvirkninger av munnhelse generelt er avgjørende for å håndtere munnhelse til fremtidig aldrende eldre (Willumsen mfl. 2012). Jevnlig oppfølging med tannhygienekurs for helsepersonell blir anbefalt for å opprettholde et adekvat nivå på munnhygiene blant pasientene (Sjögren mfl. 2009). Bonetti mfl. (2015) skriver at seminaret som ble utført, førte til økt kunnskap om munnhygiene og helsepersonellet fikk styrket sin selvtillit når det gjaldt praktiske prosedyrer. Dette førte til økt mestringsfølelse og engasjement blant helsepersonellet. Med økt forskningsinnsats endres kunnskapsgrunnlaget raskere og den beste kunnskapen kan legges til grunn for utøvelse av helsetjenesten (Bjæro og Kirkevold 2011). Gjennom kunnskapsbasert sykepleie kan gode rutiner for munnstell bli utarbeidet. Dette kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten. God munnhygiene bidrar til bedre fysisk og psykisk velvære som igjen vil føre til å økt livskvalitet for pasienten (Størkson 2012).

### **5.3 Synlig ledelse**

For at ledelsen skal kunne ivareta sine forpliktelser er det nødvendig med god organisering og styring av virksomheten. Dette innebærer at ledelsen har god kjennskap til de tjenestene som ytes og eventuelle problemer som opptrer i det daglige kliniske arbeidet (Braut og Holmboe 2010). Ledelsen har blant annet i oppgave å sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor sitt fagfelt. Dette for å yte kvalitet i tjenesten og gi pasienten forsvarlig helsehjelp (Helse og omsorgsdepartementet 2013).

I følge Willumsen mfl. (2012) anser sykepleierne mangel på tid for munnhygiene som et vanlig problem for at ikke munnhygiene utføres. Forbedring av munnhygiene krever organisatoriske strategier for å gi mer tid til munnhygiene og forbedringer i metoder og rutiner for å takle motvillig atferd hos pasienter (ibid).

Ledelsen i hvert enkelt foretak har et spesielt ansvar for å motivere helsepersonell til å endre holdninger og igangsette tiltak for å øke kunnskap i munnhygiene. Det er viktig at ledelsen gir rom for oppfølging over tid om man skal opprettholde gode resultater av undervisningen helsepersonellet har fått.

Bonetti mfl. (2015) skriver at lederne var involvert i å skrive funksjonelle standard prosedyrer for ivaretagelse av munnhygiene. De skulle også undervise og følge opp sykepleieren etter intervensjonen (ibid). Målet med studien var å finne ut om veiledning positivt kunne påvirke kunnskap og ferdigheter hos helsepersonalet i de daglige rutinene. Dette ble mottatt positivt fra deltakerne i studien. Støtte fra ledelsen er nødvendig for at munnhygiene skal bli anerkjent, i stedet for å være en valgfri rutine på avdelingen. Mesteparten av helsepersonellet uttrykte i etterkant av seminaret at de hadde fått bedre selvtillit i utførelsen av prosedyrene enn de hadde før seminaret (Bonetti mfl. 2015). Det som tydelig kommer frem er at ledelsen stiller seg positiv til dette og er med i implementeringen av munnhelse rutiner som igjen har en positiv effekt på personalgruppen. Det viser seg at helsepersonellet fikk tro på implementeringen av munnstell i form av rutiner, motivasjon og de endret sine egne holdninger. Kort oppsummert kan man se at ledelsens holdninger smittes over til personalgruppen. Holdningsendring blant helsepersonell kan tydeligvis bidra til å ivareta pasientenes munnhygiene på en bedre måte og kunnskap er en faktor som bidrar til dette. Å øke helsepersonellens kunnskap om konsekvenser av dårlig munnhygiene, kan da føre til en holdningsendring.

I følge Folke, Fridlund og Paulsson (2008) kommer det tydelig frem at helsepersonellet hadde likegyldige holdninger til munntørrethet. Helsepersonellet hadde hovedtyngde på medisinsk ansvar. Man kan se sammenhenger i forhold til likegyldige holdninger og at kunnskapen mangler. Hadde de med det medisinske ansvaret hatt mer kunnskap om munntørrethet kunne man anta at holdningene hadde vært bedre fordi man da så hvorfor munntørrethet er et viktig tema. Som sykepleier kan det bli vanskelig å få en forståelse av observasjoner som gjøres i forhold til godkjenning av eventuelle tiltak hos de med det medisinske ansvaret.

Organisatoriske strategier må endres for å gi mer tid til utførelse av munnhygiene, og det må forbedres metoder og rutiner for å takle motvillig adferd hos pasienter (Willumsen mfl. 2012). Dette kan handle om å forandre på rutinene med for eksempel å ikke nødvendigvis pusse tenner eller ta munnstell under morgenstell eller etter måltider, men at det legges til rette for å gjennomføre et munnstell når det er mulig for pasienten å gjennomføre det. Her kan større fokus blant personalgruppen på å utveksle erfaringer seg imellom på hvordan man praktiserer munnstellet komme til nytte.

En konsekvens av at munnstell er nedprioritert kan være at det er mangel på klar tale fra ledelsen om ansvar i forhold til pasientenes behov og krav (Kullberg mfl. 2009).

Som leder har man et ansvar for å engasjere personalet og sikre at tjenester blir utført og ivaretatt. I følge Bonetti mfl. (2015) ble det engasjerte gruppediskusjoner med fokus på praktiske løsninger assosiert med implementering av munnstellrutiner. Helsepersonell fikk her muligheten til å identifisere barrierer som kan forhindre utførelsen av munnstell, så vel som å engasjere deltakerne til å samarbeide om å finne handlingsplaner for å overkomme slike barrierer. En motivasjonsfaktor for å sikre ivaretagelse av adekvat munnstell kan være å gi helsepersonell mulighet til faglig fordypning av viktigheten av god munnhygiene (Trier og Jørstad 2014). Ved å la personalet komme med egne tanker rundt temaet, la personalet komme med forslag til hvordan man kan gripe an munnstell prosedyrer og hvordan man best kan utføre dette på hver enkelt arbeidsplass vil man trolig komme i god dialog med personalgruppen. Som leder kan det være lettere å få med seg personalet på å følge opp munnstelloppgaver hvis personalet føler at de blir hørt og får et såkalt eierforhold til eventuelle vedtak som gjøres i forhold til dette. I tillegg kan det være et alternativ å opprette en tannkontakt i personalgruppen man kan henvende seg til i forhold til munnstellprosedyrer og motstand hos pasienter. Videre kan man tenke at dette kan bidra til å være et bindeledd til tannhelsetjenesten slik at man lettere kan opprette dialog og tverrfaglig samarbeid.

Kontinuerlig oppfølging av tannhelsekurs ledsaget av støtte fra ledelsen er nødvendig for å vise helsepersonellet at oppgaver i munnstell er ansett som viktig. Med rett person på rett plass og klargjøring av hva som forventes av den enkelte medarbeider individuelt og som en del av en organisasjonen vil dette være med på å sikre at pasienten mottar gode, trygge og virksomme tjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2005). For å yte god kvalitet i alle tjenester må dette sikres gjennom faglige kompetent helsepersonell på alle nivåer. Helsepersonell må ha evner til å ta pasientens behov på alvor, samtidig som de omsetter pålitelig fagkunnskap til gode tjenester i system. Dette vil være med på å fremme helhet og kvalitet i tjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Internkontroll er et ledelsesverktøy som brukes som et redskap for utvikling og styring av den daglige driften. Dette bidrar til intern styring og kontroll og øker sikkerheten for pasientene (Kveseth og Mikkelsen 2010). Dette er et virkemiddel for å nå pasientrettighetslovens mål om at hele befolkningen skal ha lik tilgang til tjenester av høy kvalitet. Disse

internkontrollsystemene skal dokumentere at pliktene overholdes, hvor dokumentasjon skal finne igjen i rutiner, prosedyrer og instruksjoner (Kvesth og Mikkelsen 2010).

#### **5.4 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Grunnlaget for kvalitet i sykepleie er nedfelt i Helsepersonelloven (1999). Plikten til forsvarlig yrkesutøvelse som påhviler hver enkelt sykepleier er av særlig stor betydning (Bjæro og Kirkevold 2011).

I følge Willumsen mfl. (2012) er det viktig at helsepersonell informerer tannhelsepersonellet når en pasient sannsynlig er i en risiko for å utvikle munnproblemer og ikke når problemene allerede eksisterer. Dette er nedfelt i helsepersonelloven § 4 (1999) om forsvarlighet hvor det fremgår at helsepersonell har plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre står det at helsepersonell har plikt til å innhente bistand eller henvise pasienten videre hvis dette er nødvendig og mulig. Yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med kvalifisert helsepersonell hvis pasientbehovet tilsier det.

I årene framover vil tannstatusen til de eldre være preget av implantater, kroner og broer. Hos pasienter som selv ikke greier å ivareta tann og munnhygiene vil det bli stilt større krav til tann- og munnstell. Hos de pasienter som har sine egne tenner i behold vil det bli et økt behov for forebyggende tiltak og behandling hos tannlege (Fjæra, Willumsen og Eide 2010).

Samson og Strand (2010) skriver at sykepleiere skal gjennom datasamling ved første møte registrere pasientens behov for hjelp til munnhygiene. De skal kunne identifisere tegn og symptomer på dårlig munnhygiene.

Samson og Strand (2010) skriver videre at evnen til å observere og reflektere over tegn eller symptomer er grunnlaget for god klinisk sykepleie, for videre å kunne danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Sykepleierne, enten man jobber i team eller alene, skal ikke bare ha kunnskap, men i tillegg vise ansvar, engasjement og omtanke. Når sykepleieren utøver faget sitt på denne måten, viser man en profesjonell praksis (Holter 2011).

Det anses som usannsynlig at eldre mennesker vil klage over tilstander i munn og tenner, eller til raskt å be om hjelp til munnhygiene fra helsepersonell (Bonetti mfl. 2015). Derfor kan det være enda viktigere at helsepersonell har innarbeidede rutiner for å ta initiativ til å spørre pasientene om de har problemer med munnhulen og at sykepleieren har kunnskap om hva man kan gjøre for å sette inn tiltak til hver enkelt pasient.

I følge Fjæra, Willumsen og Eide (2010) kan en sykepleier lett kartlegge munntørrethet ved å stille pasienten enkle spørsmål. Med målrettet kommunikasjon kan man ha nytte av å si at man vet at det å ha en kronisk sykdom som for eksempel diabetes kan gi munnplager og deretter spørre hvordan det står til i munnhulen til denne pasienten. Da kommer kunnskapen til sykepleieren til syne og man sikrer at pasienten får kunnskap om munnhulen og eventuelt får satt inn tiltak som forebygger videre komplikasjoner.

For at pasienter og pårørende skal få tillit til sykepleieren er det viktig at det er faglig kvalitet på utøvelsen av sykepleie. Hvordan sykepleieren framstår og oppfører seg, spiller en rolle for å skape tillit og trygghet. Dette handler om å ha respekt og ha evnen til å vise empati.

Sykepleierens evne til å forstå pasienten, er ofte avgjørende for dens opplevelse av å bli ivarettatt (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

For å kunne utføre dette er det viktig at pasientene opplever størst mulig grad av trygghet i møte med helsetjenesten. Trygghet utvikles gjennom gode relasjoner til andre og miljøet pasienten er i. En sykepleier er for pasienten en nødvendig og viktig del av miljøet (Lohne 2010). Trygghet og sikkerhet er et av de viktigste kravene pasienten har til helse og sykepleietjenesten. Kjennetegn på kvalitet i helsetjenesten betyr at tjenestene blant annet skal være sikre og trygge. Det vil si å beskytte pasienten mot handlinger som kan gi smerte, skade og lidelse. Å beskytte pasienten mot risikoforhold ut ifra den situasjonen han befinner seg i, handler om god sykepleie (Bjørø og Kirkevold 2011).

Sykepleier har eget ansvar i forhold til å lage egne tiltak under dokumentasjon. I henhold til helsepersonelloven (1999) § 39 er den som yter helsehjelp pliktig til å dokumentere (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Å dokumentere i pasientjournalen skal bidra til å ivareta pasientsikkerheten (Dahl og Skaug 2011).

Dokumentasjon av sykepleie bidrar til:

- å ivareta pasientsikkerheten
- å sikre at sykepleietilbudet utføres med kontinuitet og kvalitet

- å bidra til god samhandling gjennom kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienter og pårørende
- at faglig ansvar synliggjøres
- å gi grunnlag for ressursstyring og ledelse
- å gi et utgangspunkt for undervisning og forskning (Dahl og Skaug 2011).

Hvordan en organisasjon prioriterer munnhygiene kan sees på måten det blir dokumentert. Man kan nyttiggjøre seg dokumentasjon for å indikere et problem i forbindelse med medisinske tilstander eller behandling og være i stand til å rapportere om pasienter som ikke vil samarbeide (Bonetti mfl. 2015). Den informasjonen som finnes i journalen, kan anvendes av ledelsen og til ressursstyring. Dette gjøres ved å ressursstyre personalet utfra behovet til pasienten beskrevet i pasientjournalen. En større samling av dokumenterte behov for spesifikk sykepleie på en avdeling eller sone dokumenterer også et grunnlag for å øke bemanningen (Dahl og Skaug 2011).

Det er blitt rapportert at dokumentasjon av munnhelsetjenester og evaluering av tiltak som er blitt gjennomført er utilfredsstillende som et resultat av at viktig informasjon er tapt (Wårdh og Paulsson Fridlund 2008). For å følge opp tiltak og aktuelle observasjoner er dokumentasjon en forutsetning, da manglende dokumentasjon kan føre til feilbehandling (Dahl og Skaug 2011). Som tidligere nevnt i oppgaven viser funn at ubehag i munnhulen oppleves fysisk, psykisk og sosialt ubehagelig (Rohr, Adams og Young 2010). Trier og Jørstad (2014) skriver i sin artikkel at pasienter med dårlig munnhygiene og nedsatt immunforsvar lettere kan pådra seg infeksjoner, som kan føre til et forverret sykdomsbilde for pasienten. Ved å dokumentere vil informasjon om pasientens orale helse bli fulgt opp, og unødvendig ubehag kan forebygges.

I følge Rohr, Adams og Young (2010) kom det frem at pasientene hadde liten kunnskap om sin egen orale helse på grunn av mangelfull informasjon fra helsepersonalet. Dette underbygger også viktigheten av god dokumentasjon som gjør det lettere for helsepersonalet å gi den informasjon pasienten trenger. Det er viktig at sykepleieren tar seg tid til å snakke med pasienten om hans situasjon, for deretter å følge opp med skriftlig informasjon. Informasjonen bør være saklig og bli gitt på en måte som er lett for pasienten å forstå. Det vil si å bruke et språk som pasienten forstår, og unngå å bruke faguttrykk. Dette kan være med på å øke trygghet og minske angst i tillegg til at det vil bidra til at pasienten blir bedre i stand til å forstå og følge opp behandlingen, og ta ansvar for den. (Bjørø og Kirkevold 2011).



Dahl og Skaug (2011) hevder at et kommunikasjonsmiddel mellom helsearbeidere, pasienter og pårørende er dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen. For at journalen skal være et grunnlag for god kommunikasjon må pasienten ha innsyn i hva som er dokumentert (Helsepersonelloven 1999). Å lytte til pasientens ønsker samt sørge for at munnstell inngår i den daglige rutinen er viktig (Trier og Jørstad 2014). Ved dokumentasjon i pasientjournalen vil sykepleiens bidrag og faglige ansvar synliggjøres, i en konkret pasientsituasjon spesielt og i helsetjenesten generelt. Det vil si synliggjøring av hva sykepleie er, hva en sykepleier gjør og effekten av dette (Dahl og Skaug 2011).

Når man snakker om pasientsikkerhet handler det om å ivareta pasienters sikkerhet slik at man unngår uønskede hendelser. Man forhindrer, forebygger og begrenser uheldige skader eller konsekvenser (Aase 2010).

Systematisk gjennomgang og tiltak for å ivareta pasientsikkerheten, anbefales det at munnhygiene skal bli en naturlig del av rutinene i stell for å ivareta pasienten. Likevel er det bevis for at forslaget ofte blir nedprioritert eller oversett på sykehus og i sykehjem (Bonetti mfl 2015). Slik det vises til i følge Rohr, Adams og Young (2010) hvor alle deltakerne i studien hadde gjort minst et helsepersonell oppmerksom på at de hadde et munnproblem, men man ikke fant beviser for at det var gjort noen munnvurderinger av munnhulen til deltakerne av helsepersonellet.

En personalgruppe som ikke greier å møte de faglige utfordringer under et behandlingsforløp er forbundet med risiko og pasienten kan påføres skade eller sykdom (Molven 2012).

I følge Sjögren mfl. (2009) ser det ut til at de ansatte overholdt relativt godt de munnhygiene prosedyrene som de ble anbefalt for 1.5 år siden. Grunnen kan være at det her har vært lite utskiftninger blant helsepersonellet i denne perioden som prosjektet har pågått. I en stabil personalgruppe er det grunn til å tro at kunnskapsnivået holder seg stabilt og at man da har innarbeidet gode rutiner i forhold til munnstell. Man har også grunn til å tro at helsepersonellet kjenner godt til pasientens sykdomsbilde.

Willumsen mfl (2012) støtter delvis at organiseringen av rutiner og utstyr er en utfordring for tilstrekkelig munnhygiene.

Det er mulig å anta at yngre ansatte er de mest mobile når det gjelder å påvirke muligheten til å gjennomføre ny kunnskap og nye rutiner. Det kan være vanskelig å få aksept for nye funn

innen helse og medisinsk omsorg når de fleste ansatte er middelaldrende og godt etablert i sine rutiner (Wårdh, Paulsson og Fridlund 2008).

Sjögren mfl. (2009) sier at de eldre får redusert livskvalitet relatert til dårlig munnhygiene og dårlig tannstatus. Opprettholdelse av et aktivt og sosialt liv vil også bli vanskelig.

Kvalitet i helsetjenesten bør forbedres kontinuerlig og kvalitetsutvikling må tilpasses tidens krav og de utfordringene som helsetjenesten står ovenfor. Det er viktig at helsepersonell ser på systemene som har til hensikt å sikre og forbedre kvalitet med et kritisk blikk. Dette for å undersøke om systemene fungerer som de skal. Uheldige hendelser i helsetjenesten kan medføre alvorlige konsekvenser for berørte pasienter og pårørende. Fysiske og psykiske tilleggsbelastninger kan medføre redusert livskvalitet eller død (Bjørø og Kirkevold 2011). Som tidligere beskrevet i oppgaven bør det fokuseres på prosedyrer for å forbedre munnhygiene hos pasienter som yter motstand (Bonetti mfl. 2015). Tiltak som å utvikle kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonalet i forhold til tilnærming av pasienter med kognitiv svikt kan være høyst relevant. Dette for å sikre et godt munnstell hos denne pasientgruppen. I følge Willumsen mfl. (2012) kan bruk av antibakterielle tannkremer til pasienter som motsetter seg hjelp med munnstell være en mulighet hos disse pasientene. For å greie å gjennomføre god kvalitet i tjenesten forutsettes det at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effekt av tiltak og erfaring (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

I følge Willumsen mfl (2012) kommer det frem at det er lite samarbeid med tannlege. Rohr, Adams og Young (2010) rapporterer mangel på vurdering av munnhulen og lite innspill fra tannlegene når det gjelder bistand til munnhelseproblemer hos alvorlig syke pasienter. Pasientene i studiet savnet informasjon om og oppfølging fra tannhelsetjenesten. De savnet også engasjement og oppfølging fra helsepersonalet. Bonetti mfl. (2015) skriver at sykehuslegene viser mangel på tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter knyttet til behandling av munnhygiene og gjenkjennelse av munnhelseproblemer. I følge Folke, Fridlund og Paulsson (2008) sier intervjuobjekt at munntørrehet aldri var tema under hans eller hennes medisinske utdanning. Intervjuobjektet sier også at det er et økt behov for informasjon og forbedret utdanning blant helsepersonell.

Ulike yrkesgrupper har ansvaret for spesielle funksjoner og behovet for samarbeid og samhandling er stort. Hvis de ulike yrkesgruppene ikke samarbeider mot samme mål vil de overordnede målene bli vanskelig å oppnå (Kristoffersen 2011).

For å oppnå god kvalitet i tjenesten er det vesentlig å samarbeide med de som er spesialister på tann- og munnhygiene, som tannpleiere og tannleger. Wiesseman (2000) forteller at tannleger er de beste fagfolk til å behandle alvorlig syke pasienter med dårlige tilpassede tannproteser, karies og peridontal sykdom. Dette for å minske ubehag og for å bidra til pasientens verdighet og selvspekt. Dessverre ser man at det er for liten forskning på dette temaet (Rohr, Adams og Young 2010). Folke, Fridlund og Paulsson (2008) skriver at det kommer frem at manglende faglig samarbeid var de viktigste årsakene til utilstrekkelig behandling av pasienter med munntørrehet. Forskning sier at det er en stor utfordring å spre kompetanse, samtidig som at man skal opprettholde gode rutiner for munnstell når sykefraværet er høyt, vikarene er mange og de ufaglærte er en del av hverdagen (Trier og Jørstad 2014). Tannhelsetjenesten sin oppgave er å organisere forebyggende tiltak, hvor de skal gi et oppsøkende og regelmessig tilbud til gruppe C pasienter som er eldre og alvorlig syke (Tannhelsetjenesteloven 1983). Tannhelsetjenesten skal gi nødvendig informasjon, veiledning og opplæring i munnstell til helsepersonell. I dagens samfunn hvor man er helt avhengig av å ha med seg ufaglærte på laget i en travel hverdag kan det være enda viktigere at tannhelsetjenesten er jevnlig inntil arbeidsplassen for å undervise helsepersonell i hvordan man skal stelle en annens munnhule. Dette er med på å øke kvaliteten rundt pasienter som står i faresonen for å utvikle dårlig munnhygiene.

En tverrfaglig enighet om hva som er god nok oral hygiene i sykehjem bør diskuteres blant alt helsepersonell som er involvert i den daglige omsorgen for alvorlig syke pasienter, inkludert leger, sykepleier og hjelpepleiere, pasienter, pårørende, tannleger og tannpleiere. Dette vil sannsynligvis øke bevisstheten blant helsepersonellet og man kan anta at økt enighet vil være med på å sikre at pasienter som ikke klarer å ivareta munnhygien sin selv, blir ivaretatt.

I følge Molven (2012) dreier kvalitet seg om krav til strukturen helsetjenesten utgjør, samt prosessene som pasientene er en del av og deretter resultatene av helsetjenestens intervensjoner. Pasientsikkerheten som del av dette er å verne mot unødig skade. Trygge tjenester av god kvalitet bør være et felles mål for alle som jobber i sosial- og helsetjenesten. (Sosial- helsedirektoratet 2005).

## **5.5 Metodisk drøfting**

Det vil alltid være muligheter for at man overser viktige artikler som kan være aktuelle for vårt tema. Her kunne andre søkeord og databaser vært benyttet. Men ut ifra databasene vi har brukt, er alle disse relatert til litteratur i sykepleie og høyst relevant for vårt litteraturstudie.

Gjennom strukturerte søk i databasene fant vi fem artikler som vi valgte å bruke i vår litteraturstudie. Det var også nyttig å lete gjennom kildelistene i artiklene samt søke i google scholar for å finne annen relevant fag-og forskningslitteratur. Her fant vi mye litteratur som brukes både i bakgrunn og i drøfting.

Etter at vi hadde gått gjennom alle artiklene våre, oppdaget vi at ikke alle artiklene direkte gikk inn på hvordan sikre at pasienten fikk ivaretatt sin munnhygiene. Derfor gjorde vi et nytt søk. Her fant vi en helt ny og svært høyaktuell artikkel som måtte bestilles gjennom biblioteket på Høgskolen i Gjøvik. Som sagt fant vi flere artikler som ikke nødvendigvis hadde til hensikt å sikre at munnhygiene til pasienter ble ivaretatt, men flere av artiklene belyste holdninger hos helsepersonell samt dårlig kunnskap både hos helsepersonell og pasienter selv som kan knyttes opp mot hvordan man kan sikre at god munnhygiene til pasienter kan ivaretas. Likevel fant vi en studie som inneholdt at ledelsen var positiv til endringsholdninger og som tydelig beskrev hva det gjorde med personalgruppa i forhold til å sikre at munnhygienen skulle bli ivaretatt. På tross av dette er vi veldig fornøyd med temaet vi har valgt, da vi mener dette er et høyst aktuelt tema og noe vi personlig brenner for. Vi mener også at oppgaven kan være med på å opplyse og øke bevisstheten rundt temaet, og vi oppfatter denne oppgaven som at den kan komme med svar som kan være med å sikre at man i større grad kan lykkes med å ivareta pasientens munnhygiene.

Alle artiklene er skrevet på engelsk. Her kan det forekomme mistolkninger eller misforståelser gjennom oversettelse til norsk. Vi har i størst mulig grad forsøkt å unngå dette ved å bruke ordbøker. Ved at vi er fire forfattere i denne oppgaven mener vi selv at det er en fordel ved å ha mulighet til å diskutere dette sammen slik at man kan kvalitetssikre egen forståelse opp mot hverandre og derav få en lik forståelse av det som er skrevet.

## 6.0 Konklusjon

Det viser seg å være nødvendig å øke kunnskapen og endre holdninger om munnhygiene til helsepersonell på alle nivå for å sikre at munnhygiene blir ivaretatt.

Daglig dokumentasjon av munnstell og observasjoner av munnhulen er nødvendig for å sikre at pasienten får opprettholdt god munnhygiene. Mangel på tid, for lite kunnskap, ikke nok tilgjengelig utstyr til å utføre munnhygiene, stor utskifting av personale, utilstrekkelig bemanning, og pasienter som ikke vil samarbeide er noen argumenter som er med på å skape barrierer til å utføre adekvat munnstell. Utdanning og holdningsendringer viktig for å øke kvaliteten og sikre at pasientene får opprettholdt tilstrekkelig munnhygiene.

Ledelsen på sykehus og sykehjem har et spesielt ansvar for å sikre og motivere helsepersonell til å endre holdninger. De har også ansvaret for at helsepersonellet har den faglige kunnskapen de trenger for å sikre god kvalitet i tjenesten. Det anbefales mer utdanning for å opprettholde og sikre et adekvat nivå på munnhygiene. Det er viktig for helsepersonell å få jevnlig faglig påfyll av teori og praksis.

Å endre holdninger og øke kunnskap kan være en tidkrevende prosess som krever engasjement fra både ledelse og øvrig helsepersonell. Holdningsendring hos ledelse og de med det medisinske ansvaret har også en stor betydning for å påvirke personalet til endret holdning. Noen sykepleiere mener de har tilstrekkelig kunnskap, men allikevel nedprioriterer de munnstell. Uheldige hendelser i helsetjenesten kan medføre konsekvenser for berørte pasienter og pårørende. Fysiske og psykiske tilleggsbelastninger kan medføre redusert livskvalitet eller død. Her ser man at ledelsen i større grad må inn for å sikre at helsepersonell får bedre tid og at det er nok bemanning til å utføre sine daglige gjøremål hos pasienten slik at munnhygiene blir ivaretatt.

Helsepersonell har lover og forskrifter de må forholde seg til. Det skal utføres kunnskapsbasert og helhetlig sykepleie der munnhygiene skal være en naturlig del av ivaretagelse av grunnleggende behov. For å sikre at dette ivaretas kan man anta at rutiner i munnstell bør implementeres i større grad i daglig pleie av pasientene.

Gjennomføringen av munnhygiene bør være evidensbasert kunnskap som krever kontinuerlig og rutinemessig oppdatering.

Vi er stolte over godt samarbeid og vi har lært mye om oss selv i en presset situasjon og hvordan vi fungerer sammen i en gruppe som helhet. Gruppen har utfyllt hverandre godt og vi har hatt gode diskusjoner som har gitt oss erfaringer på hvor viktig det er å være tolerante for hverandres meninger. Dette har nok også ført til at vi har blitt bedre lyttere. Vi har lært viktigheten av å ha en framdriftsplan og å følge denne, samt viktigheten av å jobbe strukturert og planmessig.

Det å fordype seg i et spesielt tema har gitt oss tungt veiende kunnskaper om munnhygiene hos eldre og alvorlig syke. Oppgaven har gitt gruppen stort faglig utbytte med tanke på hvilken rolle man har som sykepleier i forhold til munnhygiene til eldre, demente og alvorlig syke, samt det å utøve kunnskapsbasert sykepleie for å sikre og ivareta dette. Under denne prosessen har vi for alvor forstått viktigheten av å bruke forskningsbasert kunnskap og viktigheten av å tilegne seg denne kunnskapen og være faglig oppdatert. Med grunnlag i kunnskapen vi har tilegnet oss i denne oppgaven tenker vi at det ville vært interessant å stille spørsmål videre om dårlig munnhygiene er med på å forårsake sykehusinfeksjoner eller om dårlig munnhygiene er med på å forsterke risikoen for å utvikle dette under sykehusopphold.

Vi håper denne oppgaven kan være til inspirasjon for ytterligere fokus på bevisstgjøring av viktigheten for å implementere daglig munnstell til pasienter som ikke greier å ivareta dette selv, og at det inspirerer ledelse til å ta ansvar for at helsepersonell får den kunnskapen som er nødvendig for å sikre god nok munnhygiene av god kvalitet.

## Litteratur

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. Berkshire: Open University Press.

Belloir, M.N., F. Riou (2014) Connaissances et attitudes des soignants á propos des soins de bouche préventifs pour des patients en soins palliatifs. I: *Recherche en soins infirmiers*, 2/2014 (N 117), s. 75-84.

Bonetti, D. m. fl. (2015) Improving oral hygiene for patients. I: *Nursing standard*, 29 (19), s. 44-50.

Borge, A.M. (2011) Personlig hygiene. I: Holter, I.M. og T.E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe, s.614-639.

Bjørø, K., og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s.343 – 380.

Braut, G. S., J. Holmboe. (2010) Den norske helsetjenesten – struktur og kultur i et sikkerhetsperspektiv. I: Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenetet*. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 30-43.

Dahl, K., E.A. Skaug (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal, s. 16 – 60.

Fjære, B., T. Willumsen, H.Eide (2010) *Tannhelse hos eldre i hjemmesykepleien I: Sykepleien Forskning* [online]. 2010/06.

URL: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien> ( 27.03.2015).

Folke, S., B. Fridlund, G. Paulsson (2008) Views of xerostomia among health care professionals: a qualitative study. I: *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 791-798.

Forsberg, C., og Y. Wengstrøm (2008) *At göra systematiska litteratursök.* (2.utg.) Falun: ScandBook.

Forsberg, C., Y.Wengstrøm (2013) Vetenskapens kjennetecken I: Forsberg, C., Y.Wengstrøm *At gjør systematiske litteraturstudier* (3.utg.) Stockholm. Natur & Kultur, s. 45-68.

Forskrift om kvalitet i pleie-og omsorgstjenesten (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.* [online].

URL:<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=lov+om+pleie+og+omsorgstjenesten> (13.04.2015).

Helsedirektoratet (2011) *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* [online].

URL:<http://www.tannhelseregaland.no/newsread/readimage.aspx?asset=DAM:798> (20.04.2015).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet –trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* St.meld nr.10 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online].URL:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf> (10.03.2015).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013.* St. meld nr. 11(2014-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse-og omsorgstjenesteloven (2012) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet m.m. [online]. Lovdata. URL: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4) (11.04.2015).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Rundskriv 1-2/2013*[online]. URL:

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/> (06.05.2015)



Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8) (21.04.2015).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2) (08.03.2015).

Holter, I.M. (2011) Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I: Holter, I.M. og T.E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, b.2*. Oslo: Akribe, s. 139-168.

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online] URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (15.03.2015).

Jørstad, C., E.L.Trier (2014) Munnstell av alvorlig syke. I: Sykepleien Forskning [online]14 (9). URL: <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/munnstell-av-alvorlig-syke> (06.03.2015).

Knutstad, U. (2013) Det syke mennesket i møte med helsetjenesten. I: Knutstad, U (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie, sykepleieboken 3*. Oslo: Cappelen Damm, s. 23 – 35.

Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt (2011) Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 83-133.

Kristoffersen, N.J (2011) Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161-206.

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiv på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-280.

Kullberg, E. m.fl. (2009) Dental Hygiene Education for Nursing Staff. I: *Geriatric Nursing*, 30 (5), s. 329-333.

Kveseth, B. og J. Mikkelsen (2010) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I: Knutstad, U. (red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe, s. 309 – 346.

Lohne, V. (2010) Håp og håpløshet. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*, b2. Oslo: Akribe s. 108-124.

Lorentsen, V.B., Grov, E.K. (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer I: Almås, H., D.G. Stubberud, R.Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 401 – 437.

Molven, O. (2012) *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal.

Norsk Helseinformatikk (2012) *Munntørrhet* [online]. URL: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/mage-tarm/munntorrheter-2256.html?page=all> (18.11.2014)

Norsk helseinformatikk. (2015). *Tannråte* [online]. URL: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/tannrate-9057.html?page=2> (01.05.2015).

Norsk Sykepleierforbund (2013) *Helhetlig helsetjeneste med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet: NFS's innsatsområder for perioden 2013 – 2016* [online]. URL: <https://www.nsf.no/Content/1139573/Innsatsomr%E5der.pdf> (06.04.2015).

Norsk Sykepleierforbund (2013) *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag* [online]. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/17036/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag> (17.04.2015).

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (04.04.2015)

Nortvedt, M.W. m.fl. (2012) *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

NSD (2015) *Publiseringskanaler – dokumentasjon* [online] URL: <http://dbh.nsd.uib/kanaler/> (06.03.15).

Polit, D.F. og C.T. Beck (2014) *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Rohr, Y., J. Adams, L. Young (2010) Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (9), s. 439- 444.

Samson, H., Strand, G.V. (2010) *Munnhelse I: Kirkevold, M., K.Brodtkorb, A.H. Ranhoff (red.) Geriatrisk sykepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 267 – 273.

Sjögren, P. m. fl. (2010) Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. I: *Journal of Advanced Nursing*, 66 (2), s. 345-349

Skaug E-A. (2011) Personlig hygiene. I: Kristoffersen, N.J., F. Nordtvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal, s. 331 – 370.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Nasjonal Strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...Og bedre skal det bli!* (2005 – 2015) [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> (15.03.2015)

Sosial – og helsedepartementet (1997) *Pasienten først!* NOU 1997:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fede6426188a9373cdab88380/nou199719970002000dddpdfa.pdf> (17.04.2015).

Størkson, A.W. (2012) Munnstell til palliative pasienter. I: *Kreftsykepleie* [online] 12 (2).

URL:

<http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/873963/Munnstell%20til%20palliative%20pasienter.pdf> (06.03.2015).

Willumsen, T., m.fl. (2012) Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? I: *Gerodontology*, 29, s. 748-755.

Wårdh, I., G. Paulsson og B. Fridlund (2008) Nursing staff's understanding of oral health care for patients with cancer diagnoses: an intervention study. I: *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 799-806.

Aase, K. (2010) Pasientsikkerhet – hendelse, begreper og omfang. I: Aase, K. (red.).

*Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget AS, s.17-29.