

Anna Tørud Aarlien og Thora Hermine Tærud
Aamodt

Munnhelse blir ikke godt nok ivaretatt

"Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens
ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?"

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Solveig Struksnes

Juni 2020

Anna Tørud Aarlién og Thora Hermine Tærud Aamodt

Munnhelse blir ikke godt nok ivaretatt

"Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?"

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Solveig Struksnes
Juni 2020

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	<i>Munnhelse blir ikke godt nok ivaretatt. «Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?»</i>	Dato: 01.06.20
Forfattere:	Anna Tørud Aarliien og Thora Hermine Tærud Aamodt	
Veileder:	Solveig Struksnes	
Nøkkelord:	Munnhelse, munnstell, sykehjem, sykepleie, pasientsikkerhet	
Antall sider/ord: 38/10902	Antall vedlegg: 0	
<p>Introduksjon: En stor andel pasienter i sykehjem trenger bistand til å ivareta egen munnhelse, og forskning viser at munnstell er en sykepleieoppgave som ofte blir nedprioritert. Denne bacheloroppgaven undersøker barrierer for god ivaretagelse av munnhelse, og presenterer ulike tiltak som kan bedre sykepleiernes ivaretagelse av munnhelse.</p> <p>Hensikt: Formålet med denne bacheloroppgaven er å belyse årsaker til at munnstell blir nedprioritert i sykehjem, og undersøke om det finnes tiltak som kan fremme sykepleiernes ivaretagelse av munnhelse i sykehjem.</p> <p>Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som går ut på å systematisere kunnskap fra vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur. Vitenskapelige artikler ble hentet ut fra systematiserte artikkelsøk i anerkjente databaser. De vitenskapelige artiklene ble vurdert opp mot relevans for problemstilling, og videre kritisk vurdert. Syv vitenskapelige artikler ble valgt ut, som sammen består av både kvalitativ og kvantitativ forskning.</p> <p>Resultat: Gjennom resultatene fra de vitenskapelige artiklene blir det trukket frem forskjellige tiltak for å bedre ivaretagelse av munnhelse i sykehjem. Undervisningsprogrammer, fokus på sykepleierens deltakelse, tverrfaglig samarbeid og riktig valg av tannbørste blir trukket frem som mulige tiltak. Et fellestrekk for flere av tiltakene er kunnskapsutvikling og fokus på sykepleiers rolle i forbedringen av munnhelse.</p> <p>Konklusjon: Tiltak med fokus på kunnskapsutvikling viser seg å ha en positiv effekt på pasientenes munnhelse, sykepleierens holdninger og valg av prioriteringer. Sykepleierens rolle viser seg å være essensiell i et tverrfaglig samarbeid og i utviklingen av tiltak for å bedre ivaretagelsen av munnhelse i sykehjem.</p>		

ABSTRACT

Title:	<i>Oral Health is not properly maintained. «What interventions can improve oral care delivered by nurses in nursing homes?»</i>	Date: 01.06.20
Authors:	Anna Tørud Aarlién and Thora Hermine Tærud Aamodt	
Supervisor:	Solveig Struksnes	
Keywords	Oral health, oral care, nursing home, nursing, patient safety	
Number of pages/words: 38/10902	Number of appendix: 0	
<p>Background: Many patients in nursing homes need assistance with their personal oral health, and research shows that oral care is often given low priority by nurses. This bachelor's thesis examines the barriers to good oral health and presents nursing intervention that can improve nurses' ability to take care of oral health in nursing homes.</p> <p>Aim: The purpose of this bachelor's thesis is to highlight the reasons for the low priority of oral health in nursing homes, and to investigate whether there are nursing interventions that can promote nurses' ability to take care of oral health in nursing homes.</p> <p>Method: The bachelor thesis is a literature study and aims to systematize knowledge from scientific articles and other relevant literature. Scientific articles were retrieved from systematic article searches in reputable databases. The scientific articles were assessed against relevance to the chosen issue and critically evaluated. Seven scientific articles consisting of both qualitative and quantitative research were selected.</p> <p>Results: The results of the scientific articles suggested various nursing interventions to improve oral care delivered by nurses in nursing homes. These include educational programs, focus on nurse participation, multidisciplinary collaboration and the correct choice of toothbrush. A common feature of the suggested nursing interventions is knowledge development and focus on nurses' role to improve oral care for patients in nursing homes</p> <p>Conclusion: Nursing interventions focusing on knowledge development have been shown to have a positive effect on patients' oral health, nurses' attitudes and choice of priorities. Nurse participation proves to be essential in multidisciplinary collaboration and in the development of nursing interventions to improve oral care delivery by nurses in nursing homes.</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
2.0 BAKGRUNN	3
2.1 KONSEKVENSER AV ENDRINGER I MUNNHULEN HOS ELDRE	3
2.2 REGULERING AV SYKEPLEIERS ANSVAR OG FUNKSJON KNYTTET TIL MUNNHELSE	4
2.3 ÅRSAKER TIL NEDPRIORITERING AV MUNNHELSE	4
2.4 HENSIKT	7
2.5 PROBLEMSTILLING	7
3.0 METODE	8
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV FORSKNINGSMETODE	8
3.3 SØKEPROSESSEN	9
3.4 SØKEORD OG DATABASER	9
3.5 SØKEMATRISER FOR RESULTATER	10
3.6 UTVALGSPROSESSEN	11
Figur 1: Flytskjema	12
3.7 KRITISK VURDERING AV UTVALGTE FORSKNINGSARTIKLER	13
3.8 ANALYSE AV UTVALGTE FORSKNINGSARTIKLER	13
4.0 RESULTATER	15
4.1 PRESENTASJON AV UTVALGTE FORSKNINGSARTIKLER	15
4.1.1 Artikkel 1 <i>Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes</i>	15
4.1.2 Artikkel 2 <i>Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff</i>	16
4.1.3 Artikkel 3 <i>Dentalhygiene education for nursing staff in a nursing home for older people</i>	16
4.1.4 Artikkel 4 <i>Supporting first-line managers in implementing oral care guidelines in nursing homes</i>	17
4.1.5 Artikkel 5 <i>Is an oral health coaching programme a way to sustain oral health for elderly people in nursing homes?</i>	17
4.1.6 Artikkel 6 <i>Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial</i>	18
4.1.7 Artikkel 7 <i>Dentistry and nursing working together to improve oral health care in a long-term care facility</i>	18
4.2 SAMMENFATNING AV RESULTATER	19
4.2.1 BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERENS KUNNSKAP OM MUNNHELSE	19
4.2.2 BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERENS ROLLE I FORBEDRINGEN AV MUNNHELSE	21
5.0 DRØFTING	23
5.1 HVORDAN ØKE SYKEPLEIERENS KUNNSKAPSNIVÅ?	23
5.2 HVORDAN STYRKE SYKEPLEIERENS ROLLE I ARBEIDET MED FORBEDRINGEN AV MUNNHELSE?	26
5.3 METODEDISKUSJON	31
6.0 KONKLUSJON	33
7.0 LITTERATURLISTE	35

1.0 INNLEDNING

Grunnlaget for at eldre får plass i kommunal heldøgnsinstitusjon er fordi de trenger bistand til å ivareta sine grunnleggende behov. Disse pasientene kan ha mangelfull egenomsorg, og det kan være behov for bistand til å ivareta deres munnhelse. Verdens helseorganisasjon (WHO) (2018) beskriver at god munnhelse innebærer å være fri for smerter i munn og ansikt, kreft i munnhule og svelg, orale sår, medfødte defekter som for eksempel leppe-kjeve-ganespalte, periodontal sykdom, karies, tanntap og andre sykdommer og tilstander som påvirker munnhule og svelg. van Noort *et al.* (2019) beskriver at munnstell er en nedprioritert del av grunnleggende sykepleieutøvelse hos pasienter som bor hjemme, i kommunale heldøgnsinstitusjoner og i sykehus. Videre beskrives det at fravær av munnstell kan føre til alvorlige psykiske og fysiske konsekvenser for pasienten, som kan påvirke livskvaliteten i stor grad. Sjögren *et al.* (2008) konkluderte i sin oversiktsartikkel med at én av ti pneumonidødsfall i sykehjem kunne vært unngått ved forbedret munnhelse. Derfor kan munnhelse sees på som en essensiell del av sykepleie.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i International Council of Nurses (ICNs) etiske regler. Norsk sykepleieforbund og ICN (2011) beskriver sykepleierens fundamentale plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død, i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Nedprioritering av munnstell i sykehjem kan som beskrevet føre til negative konsekvenser, og vil med dette kunne bryte med sykepleiers fundamentale plikter. Videre blir sykepleiefaglig relevans begrunnet i forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten §3 (2003). Forskriften beskriver at kommunen skal etablere et system av skiftelige prosedyrer som skal sikre at pasientene som får pleie- og omsorgstjenester får dekket grunnleggende behov. I forskriften kommer det frem punkter som skal ivaretas. Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene er to av punktene. Det blir derfor pleiepersonells oppgave å utøve praktisk bistand eller tilrettelegging av god munnhygiene blant eldre i institusjon.

Eldrebølgen som forespeiles vil gi en stor økning av andelen eldre i befolkningen her i landet, men også globalt (Svensli *et al.*, 2019). Det vil bli en større gruppe som trenger tannhelsehjelp på

landsbasis og i institusjon. Samtidig vil antall tannproteser bli redusert ettersom flere eldre beholder sine egne tenner nå enn tidligere. Med bakgrunn i dette og utfordringene som samfunnet står overfor, kan munnhelse som bacheloroppgavens tema få styrket sin relevans til praksis.

De senere årene har flere forskningsartikler omhandlet munnhelse sett i en sykepleiesammenheng, og disse viser at munnstell blir nedprioritert i det daglige stellet av pasientene (Svensli *et al.*, 2019). I denne litteraturstudien er det ønskelig å finne svar på hvorfor munnstell er en prosedyre som ofte blir nedprioritert til tross for de alvorlige konsekvensene, og hvordan dette kan bedres.

2.0 BAKGRUNN

I dette kapittelet beskrives endringer som kan oppstå i munnhulen hos eldre personer, samt konsekvenser av nedsatt munnhelse hos eldre. Videre presenteres relevant lovverk og forskning som belyser årsaker til nedprioritering av munnstell blant pleiepersonell i sykehjem.

2.1 Konsekvenser av endringer i munnhulen hos eldre

Det oppstår endringer i munnhulen hos eldre personer. Samson og Strand (2015) hevder at forandringer i munnhulen sammen med redusert helse og mangelfull egenomsorg, øker risikoen for munnhuleinfeksjoner. Videre nevner de at tennenes struktur og utseende endres med alderen, og at dette skjer på grunn av slitasjeskader og fargestoffer fra mat og drikke. Det blir også nevnt eksempler på de vanligste aldersforandringene som kan gi nedsatt tygge- og svelgfunksjon. Eksemplene som trekkes frem er sprø tenner, tilbaketrukket tannkjøtt, redusert spyttsekresjon, svekkede slimhinner og nedsatt muskelstyrke. Brodtkorb (2015) hevder derfor at forandringer i munnhulen kan ha negative konsekvenser knyttet til inntak av ernæring, som videre kan resultere i dehydrering og underernæring.

Forandringer i munnhulen kombinert med svekket immunforsvar, høyt sukkerforbruk, røyking og bruk av legemidler som for eksempel antibiotika, inhalasjonsspray mot astma eller glukokortikoider, kan øke infeksjonsfaren (Samson og Strand, 2015). Mangelfull tilpasning av tannproteser kan også medvirke til økt infeksjonsfare i kombinasjon med et svekket immunforsvar. I løpet av noen få måneder kan et økende antall bakterier i munnen skade tennene og i tillegg være en risikofaktor for livstruende tilstander. Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene eller spres via blodbanen (Samson og Strand, 2015). Bakteriene kan i neste omgang gi opphav til systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (Kim og Amar 2006, Rautemaa *et al.* 2007, Løkken *et al.* 2010, Desvarieux *et al.* 2013, som sitert i Samson og Strand, 2015). En slik sykdomsutvikling kan hindres ved at de som trenger det, får hjelp til å utføre munnstell. Sammenhengen mellom munnhelse og generell helse belyses også i stor studie gjennomført i Belgia av Tran *et al.* (2018) som viser at eldre personer med nedsatt munnhelse har en høyere risiko for å lide av nedsatt generell helse.

2.2 Regulering av sykepleiers ansvar og funksjon knyttet til munnhelse

Eldre pleietrengende bør få hjelp til å ivareta sin munnhelse. Det er sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med munnstell for å holde tenner og munnslimhinner rene, fuktige og hele (Samson og Strand, 2015). Dette er med på å forebygge infeksjoner og opprettholde verdighet og velvære. Helsepersonelloven (2001) §4 understreker helsepersonells krav til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Helsepersonell skal i tillegg forholde seg til sine faglige kvalifikasjoner, og dersom en pasient trenger videre tannbehandling har helsepersonell plikt til å innhente bistand eller henvise pasienten videre til for eksempel en tannlege. Helsehjelpen som ytes skal dokumenteres i pasientens journal. Denne plikten understrekes i Helsepersonelloven (2001) §39.

Virginia Henderson har definert hva som er sykepleierens selvstendige ansvarsområder, og hva som betraktes som delegerede ansvarsområder. Sykepleiere har et selvstendig ansvar på alle områder som omhandler ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Svensli *et al.*, 2019). Henderson beskriver grunnleggende sykepleieprinsipper som innebærer å hjelpe pasienten med, eller skape forhold som vil sette pasienten selv i stand til å ivareta grunnleggende behov (Svensli *et al.*, 2019). Munnhelse sees blant annet under det grunnleggende behovet for å kunne spise og drikke tilstrekkelig, da det kan kobles til tygge- og svelgeevner. Munnhelse går inn under det grunnleggende behovet «personlig hygiene», men kan også gå utover andre grunnleggende behov dersom det ikke blir ivaretatt.

2.3 Årsaker til nedprioritering av munnhelse

For å finne bakgrunns litteratur ble det søkt etter vitenskapelige artikler i databaser med søkeordene “oral care”, “oral health”, “oral hygiene”, “nursing” og “nursing homes”. Gjennom forskningen ble det trukket frem ulike årsaker til nedprioriteringen av munnhelse blant sykepleierne.

Willumsen *et al.* (2011) undersøkte hva pleiepersonellet i elleve norske sykehjem mente var barrierer for utførelse av munnstell. I denne studien rapporterte 97% av pleierne at de opplevde pasienter som daglig gjorde motstand mot hjelp til munnstell. De rapporterte også at de utførte utilstrekkelig munnstell dersom pasienten motsatte seg hjelp. Pleierne var bevisst over at de

utførte tilstrekkelig munnstell på disse pasientene. Dette belyser et etisk dilemma mellom frivillighet og tvang når pasienter motsetter seg denne typen helsehjelp. Studien undersøkte også pleiernes holdninger til munnstell, men få pleiere oppga at de syntes det var ubehagelig å utføre munnstell på pasienter. Til sammenlikning viser en studie av Forsell *et al.* (2011) at 87% av pleiepersonellet opplevde ubehageligheter knyttet til munnstell. Hovedgrunnen til dette var at pasientene motsatte seg hjelp. I tillegg var noen av pleierne redd for å forårsake skade eller bli utsatt for illeluktende ånde og bakterier.

Mangel på tid kan potensielt være en barriere for utførelse av munnstell. I studien av Willumsen *et al.* (2011) mente 62% at det var vanskelig å prioritere nok tid til å utføre nødvendig munnstell. Likevel anså de fleste pleierne utførelse av munnstell som en del av sitt ansvarsområde. Mangel på tid kommer også frem som en mulig årsak til nedprioritering av munnhelse i en svensk studie av Sonde *et al.* (2011). Det kommer frem at tidspress kan være en barriere for å la pasientene forsøke å utføre munnstell selv. Dette er fordi veiledning i munnstell kan ta lengre tid enn om pleieren utfører dette for pasienten (Sonde *et al.*, 2011).

Samson, Iversen og Strand (2010) undersøkte kvaliteten og kvantiteten på opplæring og undervisning i munnstell, i grunnutdanningen av helsepersonell. I studien deltok 203 norske skoler som tilbød helsefaglig utdanning. Dette var videregående skoler, høyskoler og universitet. Resultatene viste blant annet at cirka to tredjedeler av skolene sørget for tre timer eller mer med praktisk trening i munnstell og den anbefalte pensumlitteraturen inneholdt viktig teori om munnhelse. Kun en tredjedel av skolene inkluderte stell av tannproteser som en del av den praktiske treningen. Den praktiske treningen som studentene fikk gjennom praksis var viktig for å videreutvikle og utnytte kunnskapen de fikk fra undervisning og pensumlitteratur. De endelige resultatene viste at de fleste skolene dekket grunnleggende krav til undervisning innen munnhelse, men at det fortsatt er rom for forbedring. Forskerne viser til at nedsatt munnhelse hos eldre i sykehjem kan ha andre årsaker enn grunnutdanningen til helsepersonell.

Pleiepersonellets oppfatning av eget kunnskapsnivå innenfor munnstell ble undersøkt av Willumsen *et al.* (2011). Gjennomsnittlig var det 25% av pleierne som mente de hadde tilstrekkelig kunnskaper uansett situasjon de ville møte på innen munnstell. Dette tyder på at

pleiepersonellet ønsker mer kunnskap på området. En felles holdning for pleiepersonellet var viktigheten av å ha kunnskaper innen munnhelse. Dette var for eksempel kunnskaper om plager i munnhulen og kunnskaper om tannproteser.

Forskning kan tyde på at det er uklarheter rundt hvem som har ansvar for utførelsen av munnstellet. I en studie av Lindqvist *et al.* (2013) ble det undersøkt hva pleiepersonell i tre sykehjem i Sverige betraktet som viktige aspekter i et velfungerende daglig munnstell. Studien viser at de forskjellige faggruppene ikke var helt enige om hvem som hadde ansvaret for munnstellet. Avdelingslederne oppga at de hadde et overordnet ansvar for at det ble gitt god pleie, men at det er pleierne som utfører munnstellet. De andre faggruppene fortalte at de i hovedsak var enige med avdelingslederen om deres ansvar, men var usikre på hvem som hadde ansvaret for å utføre selve munnstellet. Fagsykepleieren mente at det var sykepleierens ansvar, og sykepleierne mente det var assistentene som var nærmest pasienten og derfor deres ansvar. Dette kan tyde på at det mangler klare retningslinjer på hvem som har hovedansvaret for utførelsen og oppfølgingen av munnstellet.

Studien av Sonde *et al.* (2011) har også belyst uklarhetene rundt ansvar for munnstell. Noen pleiere anså munnstell som en del av grunnleggende pleie og omsorg, og som et felles ansvar fordelt mellom alle ansatte uavhengig av utdanningsnivå. Andre pleiere var tydelige på at de følte at sykepleieren hadde hovedansvaret. Sykepleierne i studien fortalte at dersom pasienten ikke hadde problemer eller sykdom i munnen, lå ansvaret hos assistenter og helsefagarbeidere. Med en gang det oppsto munnrelaterte plager som krevde behandling var det sykepleierne som fikk hovedansvaret. I tillegg mente sykepleierne at primærkontakter hadde et ekstra ansvar ovenfor sine primærpasienter. De samme funnene ble gjort i studien av Lindqvist *et al.* (2013).

Sonde *et al.* (2011) rapporterte mangel på rutiner og retningslinjer for munnstell. Rutiner og retningslinjer for daglig munnstell var ikke eksisterende. Grunnet mangel på retningslinjer og rutiner hadde ikke pleierne utstyret som krevdes for å utføre viktige observasjoner og kartlegge munnstatus. Rutiner for videreformidling og dokumentering av munnstatus ble også rapportert å være mangelfull. En nyere studie av Diep *et al.* (2018) ønsket å kartlegge rutiner for ivaretagelse av munnhelse på sykehjem i Oslo. Funnene i denne studien viste at det var betydelige variasjoner

blant sykehjemmenes rutiner for munnstell. Dette kan tyde på et behov for større grad av tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjeneste og sykehjemstjenesten, for å sikre gode rutiner og ivaretagelse av god munnhelse på sykehjem.

Oppsummert viser forskningen at årsaker til at sykepleierne nedprioriterer munnstell kan knyttes til pasienter som motsetter seg hjelp, sykepleierens holdninger, tidspress, kompetanse, rutiner og ansvar.

2.4 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er belyse årsaker til at munnstell blir nedprioritert i sykehjem, og undersøke om det finnes tiltak som kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem.

2.5 Problemstilling

En problemstilling kan defineres som

[...] en beskrivelse av den sammenhengen (konteksten) som problemet inngår i og som man ønsker å beskrive, belyse og forsøke å finne svar eller løsninger på. Gjennom en problemstilling tar man stilling til hvilken synsvinkel problemet skal studeres fra (Tidemann, 2019, s. 41).

Problemstillingen ble utviklet ut fra vår interesse for eldreomsorg og nysgjerrighet rundt hvorfor munnstell i sykehjem er en nedprioritert sykepleieoppgave, til tross for kunnskapen om negative konsekvenser av mangelfullt munnstell. Det er ønskelig å undersøke om det finnes tiltak som kan bedre ivaretagelsen av munnhelse i sykehjem. Problemstillingen ble derfor:

Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?

Bacheloroppgaven vil undersøke effekten av tiltak som er iverksatt for å bedre munnhelsen blant pasienter i sykehjem. Fokuset i oppgaven vil derfor være rettet mot implementering av retningslinjer og undervisningsprogrammer for munnhelse i sykehjem. Oppgaven vil ikke fokusere på effektivisering av rutiner knyttet til tidsbruk. Begrepet «munnhelse» blir i denne oppgaven brukt konsekvent fremfor «oral helse» eller andre dekkende begreper.

3.0 METODE

I metodekapittelet beskrives bacheloroppgavens metode, som er en litteraturstudie. Videre beskrives kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, søkeprosessen med søkematriser, utvalgsprosessen, og til slutt kritisk vurdering og analyse av forskningsartiklene.

3.1 Litteraturstudie som metode

“En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele” (Magnus og Bakketeig, 2000 som sitert i Thidemann, 2019 s. 77). Tidemann (2019) hevder at hensikten med en litteraturstudie er å gi en potensiell leser oppdatert kunnskap på det temaet som problemstillingen omhandler. Videre skal litteraturstudien inneholde en beskrivelse av hvordan man har funnet frem til kunnskapen.

I prosessen med å gjennomføre en litteraturstudie ble den første tiden brukt til å lese gjennom faglitteratur og forskning som fantes om det valgte temaet. Deretter ble det formulert en avgrenset problemstilling, før oppstart og gjennomføring av et systematisk litteratursøk. Etter gjennomført litteratursøk, startet prosessen med utvelgelse av artikler. I denne utvelgelsen ble det brukt tid på kritisk analyse og tolkning av resultatene. Til slutt ble resultatene fra de utvalgte artiklene sammenfattet, og disse presenteres i resultatkapittelet i bacheloroppgaven.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

Andersen (2019) hevder at det er problemstillingen i en studie som avgjør hvilken metode som skal brukes. Metoden må passe til det spørsmålet som skal undersøkes i studien. Videre hevder han at det er vanlig å skille mellom to typer metoder, kvalitative og kvantitative. I kvantitativ forskning samles det inn informasjon som kan tallfestes. Det er ofte mange respondenter i kvantitative studier, og informasjonen blir ofte samlet inn via et spørreskjema som blir analysert ved hjelp av statistikkprogrammer. Ved bruk av en kvalitativ forskningsmetode samles informasjon som ikke lar seg tallfeste på samme måte som en kvantitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning går i dybden på et smalt felt og informasjonen kan bli samlet ved hjelp av

intervjuer og observasjon. I store forskningsprosjekter er det vanlig å kombinere disse to metodene.

For å svare på problemstillingen i denne litteraturstudien har det vært viktig å søke etter både kvantitative og kvalitative studier. Kvalitative studier kan gi informasjon rundt sykepleierens opplevelse av iverksatte tiltak, og kvantitativ informasjon kan si noe om effekten (Andersen, 2019).

3.3 Søkeprosessen

Thidemann (2019) beskriver at søkeprosessen starter med å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier med utgangspunkt i problemstillingen. Videre beskriver hun at definerte inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier gjør litteratursøket tydeligere og mengden litteratur blir avgrenset. På denne måten blir søket mer hensiktsmessig ut fra hvilken kunnskap man ønsker. I tabell 1 beskrives inklusjons- og eksklusjonskriterier for denne litteraturstudien.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Studier med relevans for problemstillingen.• Studier som er publisert innenfor de siste ti årene.• Studier som er gjennomført i land med sammenliknbart helsevesen som i Norge.• Studier som fokuserer på pasienter som mottar helsehjelp i sykehjem.• Studier som følger IMRAD – struktur.• Kvalitativ og kvantitativ metode.	<ul style="list-style-type: none">• Studier som er publisert for mer enn ti år siden.• Studier som er gjennomført i land som ikke har et sammenliknbart helsevesen som Norge.• Studier som fokuserer på pasienter som ikke befinner seg i sykehjem.• Studier som ikke er vitenskapelige eller fagfelleverdert.• Studier skrevet på andre språk enn skandinavisk og engelsk.

3.4 Søkeord og databaser

Litteratursøket ble utført systematisk ved bruk av databasene Cinahl, Medline (Ovid) og SveMed+. Selv om “munnhelse” blir brukt som et dekkende begrep i litteraturstudien, ble det inkludert flere søkeord innenfor dette temaet ved gjennomføring av litteratursøk. Søkeordene som ble benyttet er “Dental Hygiene”, “Oral Care”, “Dental Care”, “Oral Health”, “Oral Hygiene”, “Education”, “Nursing Staff”, “Nursing Home Residents”, “Staff Development”, “Nursing Interventions”, “Nursing Homes”, “Quality Improvement”, “Change of Attitude”, “Attitude of

Health Personnel”, “Health Knowledge Attitudes Practice”, “Long Term Care”, “Organizational Culture”, “Culture”, “Implementation Science” og “Time Management”.

Søkeordene som ledet til relevante vitenskapelige artikler er spesifisert i søkematrisene nedenfor. De forskjellige søkeordene ble kombinert med “OR” og “AND”. Søkeordene som ligger innunder samme kategori, som for eksempel “Dental Hygiene” og “Oral Care” ble kombinert med “OR” i databasene. Dette ble gjort for å fange opp en større andel relevante artikler ved å inkludere flere ord innen samme kategori. Videre ble søkeordene i de forskjellige kategoriene kombinert med “AND”, for å begrense antall artikkeltreff. For å begrense antall treff ytterligere ble studiene sortert etter publiseringsår fra 2010 og fremover. Noen søk ble også avgrenset ved å sortere ut studier skrevet på andre språk enn engelsk og skandinavisk, og publikasjoner som ikke var “Academic Journals”. Disse avgrensningene begrenset antall treff til maksimum 47 artikkeltreff per søk. Grunnen til at enkelte søk ikke ble avgrenset ytterligere, var for å unngå at relevante artikler skulle bli ekskludert. Søkeprosessen ble gjennomført i perioden januar til april 2020.

3.5 Søkematriser for resultater

Nedenfor presenteres dokumentasjon på gjennomførte søk med antall resultater i hver database, fordelt i tre tabeller. Resultatene som er valgt som utgangspunkt for utvalgsprosessen er markert med fet skrift og underlinje.

Tabell 2: Søkematrise 1

Søkeord	Cinahl	Medline (Ovid)	Svemed +
1. Dental hygiene	18 041	1 611	385
2. Education	719 144	559 982	15 727
3. Nursing Staff	72 123	49 338	1 138
4. Nursing Home Residents	12 064	4 787	110
5. 1 AND 2	4449	957	59
6. 5 and 3	44	8	<u>5</u>
7. 6 and 4	<u>6</u>	<u>4</u>	0

Tabell 3: Søkematrise 2

Søkeord	Cinahl	Medline (Ovid)	SveMed+
1. Oral Care	11 207	1 999	552
1. Dental Care	18 876	17 899	1 035
2. Oral Health	12 780	11 983	825
3. Dental hygiene	5 360	1 610	385
4. Oral Hygiene	7 947	11 029	361
5. Education	983 502	531 023	15 727
6. Staff Development	35 345	7 667	246
7. Nursing Homes	29 726	24 099	2 251
8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5	38 868	36 136	1 658
9. 6 or 7	983 502	531 123	15 746
10. 8 and 10	4 944	2 367	343
11. 9 and 11	85	98	7
Begrenset til siste 10 år	57	45	3
Begrenset til Engelsk språk	55	-	-
Begrenset til Academic journals	47	-	-

Tabell 4: Søkematrise 3

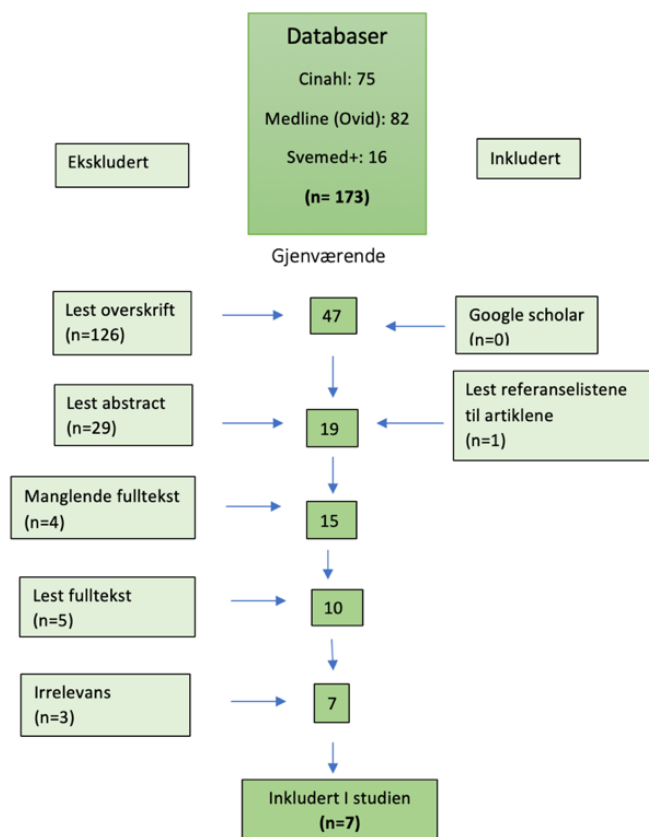
Søkeord	Cinahl	Medline (Ovid)	SveMed+
1. Quality improvement	68 856	24 416	395
2. Change of attitude	319	492	201
3. Attitude of health personnel	104 789	128 942	3 616
4. Health knowledge attitudes practice	146 420	101 978	1 549
5. Nursing homes	29 726	24 109	2 251
6. Long term care	28 259	14 892	360
7. Oral health	12 780	11 993	825
8. 1 or 2 or 3 or 4	171 470	279 694	5447
9. 5 or 6	50 415	35 834	2526
10. 8 and 9	4 372	3 187	340
11. 10 and 7	28	47	21
Begrense fra år 2010 - 2020	22	33	8

3.6 Utvalgsprosessen

Tidemann (2019) beskriver trinnene i arbeidet med litteraturstudien. Det første trinnet innebærer å skimlese artiklene for å vurdere studienes relevans. Studiene fra de gjennomførte søkene ble først inkludert ut fra tittel. Studiene med relevant tittel ble videre undersøkt ved å sortere etter utgivelsesår. For å undersøke studiens relevans for problemstillingen ble abstrakt

lest. Videre ble de aktuelle tidsskriftene undersøkt for fagfellevurdering. Studier fra tidsskrifter uten fagfellevurdering eller delvis fagfellevurdering ble ekskludert. Under gjennomlesingen ble studiene analysert ved å se om de hadde IMRaD-struktur og om de var skrevet for målgruppen med relevans for problemstilling. De interessante studiene ble med til neste trinn i utvalgsprosessen, og beskrives av Tidemann (2019) som grundig lesing. Den grundige lesingen innebærer å lese studiene på en reflektert og kritisk måte. Gjennom grundig lesning ble det oppdaget en interessant studie i referanselisten til en av studiene som ble oppdaget i søkeprosessen. Dette var studien av Fjeld *et al.* (2014), og denne ble med videre i utvalgsprosessen. Resultatene i studiene ble vurdert opp mot relevans for problemstillingen. Kvaliteten på studiene ble vurdert og antallet ble avgrenset til syv utvalgte resultatartikler. Utvalgsprosessen er også illustrert i flytskjemaet (figur 1).

Figur 1: Flytskjema



3.7 Kritisk vurdering av utvalgte forskningsartikler

Tredje trinn i litteraturstudien beskrives av Tidemann (2019) som å vurdere kvaliteten på artiklene kritisk. Den kritiske vurderingen i denne litteraturstudien ble gjennomført ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket. Helsebiblioteket beskriver hensikten med kritisk vurdering av vitenskapelige artikler som å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (Helsebiblioteket, u.å.a). Videre er det viktig at den metodiske kvaliteten og konteksten i studien blir kritisk vurdert. Sjekklisene innebærer blant annet spørsmål om formålet med studien er klart formulert, om det er foretatt etiske vurderinger og om funnene er klart presentert.

Regjeringen (2020) beskriver at forskningens troverdighet er avhengig av at forskerne forholder seg til etiske prinsipper for forskning. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) beskriver fire prinsipper innen generelle forskningsetiske retningslinjer. Prinsippene innebærer at alle som deltar i forskning skal behandles med respekt, at forskeren skal etterstrebe gode konsekvenser, at et hvert forskningsprosjekt skal være rettferdig utformet og utført, og at forskeren følger anerkjente normer og opptre ansvarlig, åpent og ærlig overfor kolleger og offentlighet. Videre i den kritiske vurderingen av artiklene ble de vurdert ut fra hvilket land de var gjennomført i. Dette med tanke på relevans til norsk helsevesen. I tillegg til studier gjennomført i Norge og Sverige, ble det inkludert en studie fra Tyskland og en studie fra Canada. Selv om disse studiene ikke er nordiske er de vurdert som relevante, fordi bacheloroppgavens problemstilling ikke fokuserer på helsevesenets organisering eller oppbygging.

3.8 Analyse av utvalgte forskningsartikler

Fjerde trinn i litteraturstudien beskrives av Tidemann (2019) som å analysere og tolke resultater fra artiklene. Videre beskrives analyse av en artikkel ved at teksten blir gransket og tolket for å forstå den. I analyseprosessen arbeider man på et beskrivende, analyserende og reflekterende nivå. Tidemann (2019) beskriver at man gjennom analysen merker seg sentrale temaer i hver artikkel. I denne litteraturstudien ble resultatene fra hver studie systematisert og deretter samlet innunder to hovedtemaer. Resultatene ble systematisert ved hjelp av et dokument der resultatene fra hver enkelt artikkel ble inndelt i separate bokser. Videre ble resultater med

samme hovedtema plukket ut og lagt innunder boksen for det hovedtemaet det tilhørte. Denne metoden ga en systematisk oversikt, som gjorde det lettere å sammenfatte resultatene.

4.0 RESULTATER

Første del av resultatkapittelet består av litteraturmatriser som presenterer de syv valgte vitenskapelige artiklene. Andre del av resultatkapittelet består av en sammenfatning av resultatene.

4.1 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

Femte trinn i litteraturstudien beskrives av Tidemann (2019) som å utarbeide en litteraturmatrise, som gir en oversikt over viktig informasjon fra hver av de inkluderte artiklene.

4.1.1 Artikkel 1

Fjeld, K. G., Mowe, M., Eide, H. og Willumsen, T. (2014) Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes, *European journal of oral sciences*, 122(2), s. 142– 148.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av elektriske tannbørster sammenliknet med manuelle tannbørster på pasienter i sykehjem. Det var også ønskelig å evaluere pleiepersonellet oppfatning av å bruke elektrisk tannbørste på pasientene.
Metode	Studien har en randomisert, kontrollert og blind metode. Pasienter og ansatte fra ni sykehjem i Oslo ble inkludert i studien. Totalt 180 pasienter deltok. Munnundersøkelser ble gjennomført av tannlege og tannpleier ved oppstart og etter 2 måneder. Intervensjonsgruppen mottok instruksjoner tilpasset elektrisk tannbørste og kontrollgruppen bruk av manuell tannbørste. Deltagerne i begge gruppene fikk samme tannkrem som skulle brukes gjennom perioden og instruksjoner om å utføre munnstell to ganger daglig. Gjennomføringen av munnstell bestod av å børste tennene, rengjøre mellom tennene og rengjøring av eventuelle tannproteser. En spørreundersøkelse ble sent ut til de ansatte på sykehjemmene etter intervensjonsperioden.
Resultat	Ut fra "Oral Hygiene Index-Simplified" viste undersøkelsene tilnærmet identisk forbedring av plakkscore og score for generell munnhelse i både intervensjon- og kontrollgruppe. Bruk av elektrisk tannbørste hadde best effekt for pasienter som mottok assistanse til munnstell. Denne forskjellen ble ikke observert i kontrollgruppen som brukte manuell tannbørste. Spørreundersøkelsen viste at majoriteten av pleiepersonellet vurderte at bruken av elektrisk tannbørste var tidsbesparende og mest gunstig. Dette gjaldt også for pasienter med demens. Ut fra kommentarer fra de ansatte, rapporterte 28% at pasientene klaget på lyden og vibrasjonen fra den elektriske tannbørsten, og dette var en gjentakende årsak til at noen pasienter ikke ønsket å bruke den.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD- struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien fikk etisk godkjenning fra "Regional Committee for Research Ethics in Norway". Studien er gjennomført i Norge

4.1.2 Artikkel 2

Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B. og Forsell, M. (2010), Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff, *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), s. 345-349.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å evaluere langtidseffektene på munnhelsen blant eldre sykehjemspasienter ett og et halvt år etter et undervisningsprogram, som ble gjennomført i 2006.
Metode	Studien har en longitudinell metode og ble gjennomført i Sverige. Undervisningsprogrammet bestod av individuell undervisning, praktisk trening i munnstell, og bruk av elektrisk tannbørste. Programmet bestod også av diskusjon i grupper med fire til åtte sykepleiere. Totalt ble 41 pasienter inkludert i studien etter en rutinekontroll av tannpleier. Etter tannundersøkelsene ble pasientenes munnhelse vurdert ut fra en score som vurderte mengde av plakk i munnhulen. Disse verdiene ble sammenliknet med verdiene fra rutinekontroller som ble gjennomført ett og et halvt år tidligere med 60 pasienter fra det samme sykehjemmet. Bruken av klorhexidinglukonat 1% gel og elektrisk tannbørste ble også vurdert.
Resultat	Resultatene av undersøkelsene viste minimal bedring i plakkscore fra 2006 til 2008. Etter undervisningsprogrammet i 2006 brukte 82% av pasientene klorhexidinglukonat 1% gel, ved oppfølgingen i 2008 ble den kun bruk hos 61% av pasientene. Bruk av elektrisk tannbørste ble også redusert fra 58% i 2006 til 32% i 2008. Repetering av undervisningsprogrammet anbefales for å opprettholde god munnhelse.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD- struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Statistiske analyser ble utført av en uavhengig person som ikke hadde en direkte rolle i forskningen. Studien er gjennomført i Sverige. Studien mangler godkjenning fra etisk komité. Samtykke ble hentet fra ledelsen av sykehjemmet.

4.1.3 Artikkel 3

Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. og Johansson, O. (2010), Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people, *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), s. 1273-1279.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av å repetere et undervisningsprogram. Denne studien er en oppfølging av «4.1.2 Artikkel 2».
Metode	Studien har en longitudinell metode. Effekten av undervisningsprogrammet evalueres før, og tre uker etter at undervisningsprogrammet blir repetert i 2008. Etter en undersøkelse utført av tannpleier ble 43 pasienter fra et sykehjem i Sverige inkludert i studien. Utfallene ble målt ut fra to forskjellige scoringsverktøy. En score for tannkjøttblødning og en score for mengde plakk i munnhulen. Undervisningsprogrammet var det samme som ble gjennomført i 2006.
Resultat	Resultatene av undersøkelsene viste en betydelig reduksjon av tannkjøttblødning og mengde plakk tre uker etter repeteringen av undervisningsprogrammet sammenliknet med før. Etter repeteringen ble det sett en betydelig økning i bruk av klorhexidinglukonat 1% gel blant pasientene (fra 61% - 100%). Bruken av elektriske tannbørster økte også blant pasientene (fra 32% - 78%). Repetisjon av undervisningsprogrammet forbedret munnhelsen til pasientene i sykehjemmet.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD- struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien er gjennomført i Sverige. Statistiske analyser ble utført av en uavhengig person som ikke hadde en direkte rolle i forskningen. Studien mangler godkjenning fra etisk komité. Samtykke ble hentet fra alle pasientene eller nærmeste pårørende dersom pasienten ikke var samtykkekompetent.

4.1.4 Artikkel 4

Eldh, A. C., Olai, L., Jönsson, B., Wallin, L., Denti, L. og Elf, M. (2018). Supporting first-line managers in implementing oral care guidelines in nursing homes, *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), s. 87–95.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å etterforske avdelingsledere sin opplevelse av en kortfattet lederintervensjon for å bedre implementering av retningslinjer for klinisk praksis innen munnhelse.
Metode	Studien har en kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Utvalget var ikke randomisert. Fem avdelinger med deres avdelingsledere ble inkludert fra forskjellige sykehjem i Sverige. Data ble samlet inn før, under og etter intervensjonen. Målet med intervensjonen var å støtte avdelingslederne i å utvikle, effektivisere og evaluere en implementeringsplan for munnstell. Intervensjonen besto av seminarer, workshops, og telefonkonferanser. Kvalitativ data ble samlet inn via intervjuer. Kvantitativ data ble samlet inn via to spørreundersøkelser som ble besvart av pleiepersonellet på hver avdeling.
Resultat	Resultatene viser manglende samarbeid mellom avdelingslederne og pleiepersonellet under implementeringsperioden. Sykepleierne rapporterte om liten endring av munnstellpraksis på avdelingen. Implementeringsplanene fokuserte lite på barrierer og hva som eventuelt måtte tilrettelegges for å bedre gjennomføringen. Resultatene av studien viser viktigheten av å involvere essensielle fagpersoner i en implementeringsprosess.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD – struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien er gjennomført i Sverige. Studien fikk etisk godkjenning fra “Regional Ethical Review Board” i Uppsala. Studien foregår over en kort periode, dette kan påvirke kvaliteten på resultatene.

4.1.5 Artikkel 5

Johansson, I., Torge, C. J og Lindmark, U. (2019). Is an oral health coaching programme a way to sustain oral health for elderly people in nursing homes? *A feasibility study, International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), s. 107-115.

Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke gjennomførbarheten av et coaching-program relatert til munnhelse. Målet var å bedre holdningene rundt munnhelse blant de ansatte, og munnhelsen til pasientene.
Metode	Studien har en longitudinell metode. Studien besto av tre tilfeldig utvalgte avdelinger fra et sykehjem i Sverige. Både ansatte og pasienter deltok og ble delt inn i en kontrollavdeling og to intervensjonsavdelinger. Coaching-programmet ble gjennomført med to tannpleiere som var tilgjengelige 4 timer pr uke, i en periode på 3 måneder. Pleiepersonellet gjennomførte en spørreundersøkelse med fokus på holdninger ved oppstart og etter 9 måneder. Pasientenes munnhelse ble vurdert gjennom to forskjellige scoringsverktøy ved oppstart, etter 3, 6 og 9 måneder. Det ene scoringsverktøyet vurderte generell munnhelse, det andre så spesifikt på plakk og tannkjøttbetennelse. Intervensjonsavdeling nr. 2 ga i tillegg fluorskyllevann til pasientene.
Resultat	Spørreundersøkelsen viste et relativt høyt nivå av kunnskap og gode holdninger ved oppstart. Disse resultatene ble opprettholdt gjennom hele perioden. Resultatene viste noe usikkerhet på noen kunnskapsområder. Data fra intervensjonsavdelingene viste økt kunnskap om bruk av fluor. De to scoringsverktøyene for pasientenes munnhelse viste et generelt bra nivå av munnhelse, og holdt seg relativt stabilt gjennom perioden. Resultatene viste små forskjeller mellom kontroll- og intervensjonsavdelingene. Et coaching-program kan støtte pleiepersonell i å opprettholde god munnhelse blant pasientene.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD – struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien fikk etisk godkjenning fra “Regional Ethical Review Board” i Linköping. All deltakelse var frivillig, og samtykke ble hentet fra alle deltakere. Samtykke ble hentet fra nærmeste pårørende dersom pasienten ikke var samtykkekompetent. Studien er gjennomført i Sverige. Programmet er testet i en liten skala på bare ett sykehjem.

4.1.6 Artikkel 6

Schwindling, F. S., Krisam, J., Hassel, A. J., Rammelsberg, P. og Zenthöfer, A. (2017). Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(2), s. 109 – 117.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke den langsiktige effekten av munnhelseundervisning til pleiepersonell i sykehjem.
Metode	Dette er en kontrollert studie som ble gjennomført i 14 sykehjem i Tyskland med 269 pasienter. Pasientene ble fordelt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. I intervensjonsgruppen mottok pleierne undervisning og veiledning i praktisk utførelse av munnstell fra en tannlege, og de ble introdusert for et rengjøringsapparat til rengjøring av tannproteser. Kontrollgruppen fortsatte med normale rutiner for munnstell. Munnhelsen hos pasientene ble vurdert ved start, etter 6 og 12 mnd. Vurderingen ble utført av tannleger som benyttet fire forskjellige scoringsverktøy som blant annet målte tannkjøttblødning og mengde plakk i munnhulen.
Resultat	Resultatene i intervensjonsgruppen viste betydelige forandringer i to av vurderingsområdene etter 6 og 12 mnd. De to forbedrede områdene var andelen av plakk i munnhulen og protesehygiene. Vurderingsområdene som vurderte behandlingsbehovet og tannkjøttblødning viste ingen betydelige forandringer. Vurderingen i kontrollgruppen viste ingen tydelige forandringer i pasientenes munnhelse gjennom perioden. Undervisningen hadde positive effekter på noen aspekter av munnhelsen over en ettårs periode. Rengjøringsapparatet viste seg å være i stand til å bedre protesehygiene.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD – struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien fikk etisk godkjenning av lokal etisk komite. Alle deltakerne ga samtykke til å delta i studien. Etter at studien var gjennomført ble tiltakene fra intervensjonen også implementert i sykehjemmene som tilhørte kontrollgruppen. Dette grunnet etiske overveielser, fordi intervensjonen viste forbedringer som også var ønskelig å oppnå i kontrollgruppen. Studien er gjennomført i Tyskland.

4.1.7 Artikkel 7

Keboa, M., Beaudin, A., Cyr, J., Decoste, J., Power, F., Hovey, R., LaFrance, L., Ouellet, D., Wiseman, M. og Macdonald, M. E. (2018) Dentistry and nursing working together to improve oral health care in a long-term care facility, *Geriatric Nursing*, 40(2), s. 197-204.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å vurdere kunnskap og utfordringer i henhold til munnstell blant de ansatte, og å samarbeide med pleiepersonellet for å identifisere og implementere strategier som kunne hjelpe til med å gi optimalt munnstell til pasientene.
Metode	Studien består av både kvalitativ og kvantitativ data og foregikk ved et stort offentlig sykehjem i Canada. Det ble utviklet et samarbeid mellom "McGill University Faculty of Dentistry" og sykehjemmet. Det ble etablert et samarbeidsteam bestående av sykepleiere, pleieassistent, tannlegestudenter, forskere og tannleger. Kvantitativ data ble samlet via en spørreundersøkelse besvart av 114 pleiere. Resultatene fra spørreundersøkelsen, utfordringer og måter å bedre munnstell på, ble diskutert i fokusgrupper.
Resultat	Spørreundersøkelsen viste at 80% av deltakerne mente de hadde nok trening i å utføre munnstell. Gjennom fokusgruppene kom det frem forslag til forbedring av det daglige munnstellet. De tre tiltak ble videreutviklet og iverksatt var workshops som fokuserte på å håndtere pasienter som motsetter seg hjelp til munnstell, innføring av en munnhelseansvarlig i hver avdeling og utvikling og plassering av plakater som skulle fungere som en påminnelse. Samarbeidet mellom sykehjemmet og universitetet har et potensial til å hjelpe pleiepersonell med å fjerne barrierer som hindrer et optimalt munnstell.
Kildekritikk	Artikkelen følger IMRaD – struktur som indikerer at den er vitenskapelig og gir god oversikt. Studien fikk etisk godkjenning fra «The McGill Institutional Review Board». Ingen kontrollgruppe. Studien måler ingen konkrete effekter av tiltakene, men ser på hvordan en kan utvikle tiltakene. Studien er gjennomført i Canada.

4.2 Sammenfatning av resultater

Sjette trinn i litteraturstudien beskrives av Tidemann (2019) som å sammenfatte resultatene og presentere dem i resultatkapitlet. Resultatene blir presentert etter de to hovedtemaene som ble valgt ut under analysen. De to hovedtemaene er betydningen av sykepleierens kunnskap om munnhelse og betydningen av sykepleierens rolle i forbedringen av munnhelse. Disse temaene anses som svar på studiens problemstilling "Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?".

4.2.1 Betydningen av sykepleierens kunnskap om munnhelse

Satsning på økt kunnskap om munnstell blant ansatte viser seg å ha et stort fokus i forskningen som omhandler tiltak for å bedre munnhelsen i sykehjem. Flere av studiene undersøker kunnskapsnivået blant pleiepersonell i sykehjem. Studien av Keboa *et al.* (2018) viser pleiepersonellets tilfredshet rundt egen utførelse av munnstell. Hele 80% mente de hadde tilstrekkelig trening i å utføre munnstell. Samtidig viser resultatene fra denne spørreundersøkelsen at 23% av deltakerne ikke var klar over sammenhengen mellom munnhelsen til eldre og den generelle helsen. Nyere forskning av Johansson, Torge og Lindmark (2019) viste et relativt høyt kunnskapsnivå før gjennomført undervisningsprogram, som ble opprettholdt gjennom studien. I tillegg viste resultatene økt kunnskap om bruk av fluor til eldre etter undervisningen. Et annet funn som ble gjort i denne studien var at pasientene som deltok i intervensjonen ble flinkere til å si ifra til de ansatte om de trengte hjelp til munnstell.

Studiene har også undersøkt og målt nivået av munnhelse ved hjelp av forskjellige scoringsverktøy, før og etter gjennomførte undervisningsprogram, for å undersøke effekten av dette. Schwindling *et al.* (2017) så bedring i plakkscore blant pasientene i testgruppen seks og tolv måneder etter gjennomført undervisningsprogram, men ingen betydelige forandringer knyttet til tannkjøttblødning. I testgruppen som hadde tilgang på et ultralydapparat for rengjøring av tannproteser, var det forbedring i protesehygienen blant pasientene. Studien av Schwindling *et al.* (2017) undersøkte også forandringer i behandlingsbehovet knyttet til undervisningsprogrammet. Ingen betydelige forandringer i behandlingsbehovet ble verken observert mellom kontroll- og testgruppe, eller før og etter intervensjon. Studien av Johansson,

Torge og Lindmark (2019) viser til minimale forskjeller mellom test- og kontrollgruppe knyttet til munnhelse hos pasientene etter gjennomført coaching-program. Resultatene i denne studien viste at munnhelsen holdt seg stabil gjennom perioden i begge grupper.

En av studiene har også undersøkt om det skjer endringer i holdningene til munnhelse blant ansatte i forbindelse med gjennomføring av undervisningsprogram. Eldh *et al.* (2018) viste at det å sikre god munnhelse ble en prioritet for alle deltakerne under intervensjonen. Faktorer som påvirket dette så ut til å være intervensjonen som ga en forståelse av viktigheten med kvalitet på munnstell, men også sjekklister som ble innført på avdelingene. Nyere forskning av Johansson, Torge og Lindmark (2019) viser at holdningene til munnhelse blant de ansatte var relativt gode allerede før undervisningsprogrammet. De gode holdningene ble også opprettholdt ved oppfølgingen ni måneder etter undervisningsprogrammet var gjennomført.

Sjögren *et al.* (2010) og Kullberg *et al.* (2010) vurderte munnhelsen knyttet til bruken av Klorhexidinglukonat 1% gel og elektrisk tannbørste, ved hjelp av to forskjellige scoringsverktøy. Sjögren *et al.* (2010) brukte et scoringsverktøy til å vurdere mengde plakk i pasientenes munnhule ett og et halvt år etter gjennomført undervisningsprogram. Resultatene viste da minimal bedring av plakk, og forskerne bestemte seg for å gjennomføre undervisningsprogrammet på nytt i studien av Kullberg *et al.* (2010). Begge studiene målte bruken av Klorhexidinglukonat 1% gel (tilsvarende Corsodyl i geleform) og elektrisk tannbørste ved det samme sykehjemmet. Målingene ble utført ett og et halvt år etter et undervisningsprogram ble gjennomført, og etter repetisjon av dette undervisningsprogrammet. Resultatene viste ved oppfølging av undervisningsprogrammet at bruken av gelen var redusert fra 82% til 61%, og bruken av elektrisk tannbørste var redusert fra 58% til 32% (Sjögren *et al.*, 2010). Kullberg *et al.* (2010) viser til alle pasientene brukte Klorhexidinglukonat 1% gel etter repetisjonen av undervisningsprogrammet. Resultatene viste også en økning til 78% i bruken av elektrisk tannbørste. I studien av Kullberg *et al.* (2010) ble munnhelsen målt ut fra et scoringsverktøy for tannkjøttblødning i tillegg til en vurdering av plakk score. Etter repetisjonen av undervisningsprogrammet ble plakk scoren halvert, noe som indikerer bedret munnhelse. Resultatene viste også at tannkjøttblødning var totalt fraværende hos pasientene.

Studien av Fjeld *et al.* (2014) har også undersøkt effekten av å innføre bruk av elektrisk tannbørste i sykehjem ved hjelp av et scoringsverktøy for generell munnhelse. Deltakerne ble delt inn i to forskjellige grupper som enten skulle benytte manuell eller elektrisk tannbørste. Ingen generelle forskjeller ble sett i resultatet av å bruke elektrisk eller manuell tannbørste blant pasientene i sykehjemmet. Totalt var det 40 deltakere som ble scoret til å ha nedsatt munnhelse ved oppstart, og 30 av disse deltakerne forbedret munnhelsen til å være akseptabel etter intervensjonen. De resterende 10 deltakerne fikk påvist en score som tilsa nedsatt munnhelse også etter intervensjonen. Samlet fikk 115 av deltakerne påvist en score som tilsa akseptabel munnhelse ved oppstart, 25 av disse deltakerne forbedret munnhelsen til å være god etter intervensjonen. De resterende 83 deltakerne fikk påvist en score som tilsa akseptabel munnhelse også etter intervensjonen. Begge gruppene hadde oppnådd forbedringer i munnhelsen uavhengig av hvilken type tannbørste de benyttet seg av. Studien undersøkte også betydningen av assistanse til munnstell og fant ut at de som mottok assistanse oppnådde mye bedre effekt ved bruk av elektrisk tannbørste enn ved manuell tannbørste. Spørreundersøkelser gjennomført av pleiepersonellet viste at majoriteten foretrakk å bruke elektrisk tannbørste, fordi de opplevde dette som tidsbesparende og mest gunstig.

4.2.2 Betydningen av sykepleierens rolle i forbedringen av munnhelse

Eldh *et al.* (2018) gjennomførte i sin studie en lederintervensjon for å implementere retningslinjer for munnstell. Resultatene av denne studien viste manglende samarbeid og inkludering av alle ansatte i prosessen. De ansatte på avdelingene ble kun inkludert ved å ta i bruk en sjekkliste for utførelse av munnstell hos hver enkelt pasient. Bruken av denne sjekklisten var varierende ved oppfølgingen av studien, men ble beskrevet som en påminnelse for utførelse av munnstell. Det ble også rapportert lite fokus på barrierer som kunne være til hinder for implementering av retningslinjene. Avdelingslederne rapporterte at de hadde for lite tid til å prioritere og følge opp intervensjonen, noe som gikk utover gjennomføringen.

Studien av Keboa *et al.* (2018) brukte en annen metode for implementering. Samarbeid mellom alle ledd i sykehjemmet stod sterkt og de ansatte var selv med på å utvikle hvilke tiltak som skulle iverksettes for å bedre munnhelsen blant pasientene. På denne måten kunne de ansatte

utarbeide tiltak ut fra det de opplevde som barrierer for gjennomføring av munnstell. Tiltak som ble foreslått og iverksatt gikk ut på å etablere en frivillig munnhelseansvarlig på hver avdeling ved sykehjemmet. Den munnhelseansvarlige skulle ha et tett samarbeid med tannhelsetjenesten og videreformidle kunnskap til avdelingene. Det neste tiltaket var å gjennomføre to workshops som fokuserte på hvordan pleiepersonellet kunne håndtere pasienter som motsatte seg hjelp til munnstell på en bedre måte. Det siste tiltaket innebar å utvikle plakater som ble plassert i hver avdeling. Disse plakatene skulle minne pasientene, de ansatte og pårørende på viktigheten av munnstell. Studien viste et stort potensial til å forbedre munnhelsen i sykehjemmet ved å fjerne barrierer som hindrer et optimalt munnstell.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil resultatene bli drøftet opp mot hvordan de forholder seg til relevant teori og aktuell fag- og forskningsbasert kunnskap som er inkludert i oppgaven. Tidemann (2019) hevder at drøfting står sentralt ved akademisk skriving og innebærer å argumentere, diskutere og være analyserende. Drøftingsdelen tar utgangspunkt i litteraturstudiens problemstilling «*Hvilke tiltak kan fremme sykepleierens ivaretagelse av munnhelse i sykehjem?*»

5.1 Hvordan øke sykepleierens kunnskapsnivå?

Undervisningsprogrammene som er gjennomført i studiene kan fungere som et tiltak for å øke kunnskapen blant de ansatte, og dermed også munnhelsen til pasientene. Denne påstanden støttes i studien av Schwindling *et al.* (2017), der intervensjonsgruppen som deltok i undervisningsprogrammet viste betydelige forbedringer i plakkscore og protesehygiene blant pasientene. Dette resultatet støttes av Holter (2015) som hevder at anvendelsen av kunnskap er avgjørende for hvordan pasienter og pårørende oppfatter kvaliteten på tjenesten, og for det helsemessige utfallet av pasientbehandlingen. Det kan dermed se ut til at de ansatte i studien av Schwindling *et al.* (2017) har klart å anvende kunnskapen de fikk gjennom undervisningsprogrammet fordi munnhelsen ble forbedret i intervensjonsgruppen. Disse resultatene bekrefter sammenhengen mellom kunnskapsutvikling og bedring i munnhelse. Imidlertid ble det ikke sett forbedring på de to andre områdene, som undersøkte tannkjøttblødning og behandlingsbehov.

Tannkjøttblødning oppstår som regel dersom pasienten har gingivitt (tannkjøttbetennelse) som ofte kommer av opphopning av plakk langs tannkjøttet og mellom tennene (Felleskatalogen, 2018). Det kan derfor stilles spørsmål til sammenhengen mellom resultatet for plakkscore og tannkjøttblødning, i og med at resultatene for tannkjøttblødning også burde vært forbedret grunnet betydelig forbedring av plakkscore. Det kan tenkes at de gode resultatene i plakkscore kan komme av at pasientene fikk fjernet plakk rett før tannundersøkelsen, og dermed vil ikke dette gi et godt resultat i scoren for tannkjøttblødning. For å opprettholde gode resultater i scoren for tannkjøttblødning må plakk fjernes daglig med tannpuss og tanntråd (Felleskatalogen, 2018).

I motsetning til studien av Schwindling *et al.* (2017) viser studien av Johansson, Torge og Lindmark (2019) minimale forskjeller i kunnskapsnivå blant de ansatte, før og etter intervensjonen. I tillegg viser studien minimale forskjeller i munnhelsen til pasientene i kontroll- og testgruppen gjennom hele forskningsperioden. Selv om studien av Johansson, Torge og Lindmark (2019) viste at de ansatte hadde et relativt høyt nivå av kunnskap allerede før intervensjonen, ble det også avdekket usikkerheter på noen områder innen munnhelse. En årsak til forskjeller mellom resultatene kan trolig omhandle coaching- /undervisningsprogrammets innhold og gjennomføringsmetode. I studien av Schwindling *et al.* (2017) fikk deltakerne tildelt et rengjøringsapparat (ultrasonic denture cleaning) til rengjøring av tannproteser som både var rimelig og lite tidskrevende. Denne forskjellen i programmets innhold kan ha betydning for resultatene. Imidlertid ser det ikke ut til at dette rengjøringsapparatet blir benyttet i sykehjem i Norge. En annen forskjell mellom studiene som kan ha hatt betydning for resultatene, var større frafall blant de ansatte som deltok i studien av Johansson, Torge og Lindmark (2019).

I studien av Sjögren *et al.* (2010) var det ønskelig å undersøke langtidseffektene av et undervisningsprogram. Resultatene viste ubetydelige forandringer i plakkscore blant pasientene ett og et halvt år etter gjennomført undervisningsprogram. I tillegg ble det observert redusert bruk av klorhexidinglukonat 1% gel og elektrisk tannbørste. Med bakgrunn i dette kan det se ut til at undervisningsprogrammets effekt vil avta over tid. Det er derfor interessant å undersøke virkningen av å repetere det samme undervisningsprogrammet som ble gjennomført i denne studien. Kullberg *et al.* (2010) undersøkte effekten av å repetere undervisningsprogrammet, som viste seg å gi gode resultater. Det ble sett økende bruk av klorhexidinglukonat 1% gel og elektrisk tannbørste, samtidig med nedgang i plakkscore og fravær av tannkjøttblødning blant pasientene. Ut fra dette kan det hevdes at repetisjon av undervisningsprogrammet og jevnlig påfyll av kunnskap kan ha en positiv effekt på pasientenes munnhelse.

Som nevnt viste studien av Kullberg *et al.* (2010) økende bruk av elektrisk tannbørste etter repetisjon av undervisningsprogrammet. Imidlertid kan det stilles spørsmål om hvorvidt økende bruk av elektrisk tannbørste hadde innvirkning på den positive utviklingen av munnhelsen. Studien av Fjeld *et al.* (2014) undersøkte nettopp effekten av elektrisk tannbørste sammenliknet med manuell tannbørste blant eldre pasienter i sykehjem. Resultatene i denne studien viste

tilnærmet lik forbedring av plakkscore og generell munnhelse i intervensjons- og kontrollgruppen. Det ble derfor ikke sett noen betydelige forskjeller i effekten av å bruke elektrisk tannbørste sammenliknet med manuell tannbørste. Det ble derimot observert en forskjell i gruppen deltakere som mottok praktisk bistand til daglig utførelse av munnstell. Omtrent en fjerdedel av deltakerne tilhørte denne gruppen, og resultatene viste at elektrisk tannbørste hadde en bedre effekt på deres munnhelse enn ved bruk av manuell tannbørste. Ut fra dette kan det se ut til at innføring av elektrisk tannbørste kan fungere som et godt tiltak for pasienter som trenger bistand til utførelse av munnstell. Samtidig er det observert utfordringer med å implementere dette tiltaket.

I studien av Fjeld *et al.* (2014) rapporterte en tredjedel av pleierne at pasientene klaget på lyden og vibrasjoner fra den elektriske tannbørsten. Dette var en av årsakene til at noen pasienter ikke ønsket å bruke denne tannbørsten. Det kan også tenkes at den uvante lyden og vibrasjonen fra en elektrisk tannbørste kan være skremmende for pasienter med demens, og dermed ikke fungere som et godt tiltak. En eldre norsk studie av Wolden, Strand og Gjellestad (2006) beskriver denne utfordringen. I denne studien rapporterte en tredjedel av pleiepersonellet at munnstell til pasienter med demens var vanskeligere å gjennomføre med elektrisk tannbørste sammenliknet med munnstell til pasienter som ikke hadde demens. Pleierne opplyste at pasientene med demens ikke forsto hva den elektriske tannbørsten skulle brukes til, og at de opplevde usikkerhet, angst og stress. Samtidig kan det tenkes at det kan være en stor overgang for pasienter som ikke har demens dersom de er vant til å bruke manuell tannbørste, og har brukt dette i hele sitt liv. Pasientene i studien av Fjeld *et al.* (2014) som likevel ønsket å benytte seg av elektrisk tannbørste, til tross for at det var uvant, brukte opp til to måneder med å tilvenne seg den. Tilvenningen av elektrisk tannbørste krevde et personell som stilte seg støttende og oppmuntrende til bruken av dette. Dette belyser viktigheten av at personellet er interessert, og har tilstrekkelig tid og kunnskaper til å veilede gjennomføringen av munnstell.

Et vellykket undervisningsprogram som bidrar til å øke kunnskapen om munnhelse, samt sørger for at denne kunnskapen opprettholdes, kan tenkes å bidra til ivaretagelse av pasientsikkerhet. I motsatt tilfelle kan det tenkes at manglende kunnskap og fokus på ivaretagelse av munnhelse i sykehjem kan påvirke pasientsikkerheten i negativ retning. Holter (2015) har sett et økende

antall studier som har vist hvilke konsekvenser manglende kunnskap kan få for pasientsikkerheten. For eksempel ved at sykepleiere på grunn av manglende kunnskap ikke observerer, gjør vurderinger og iverksetter tiltak ut fra pasientens evne til å ivareta grunnleggende behov. Dette er elementer som står sentralt i sykepleierens ansvar for munnhelse (Samson og Strand, 2014). Flovik og Rokseth (2015) presenterer aktuelle tiltak i arbeidet for å nå målene for kvalitet og pasientsikkerhet. Tiltakene går blant annet ut på å etablere strukturer som støtter kvalitetsarbeid, åpenhet om utfordringer og løsninger knyttet til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, samt tiltaket om økt kunnskap, kunnskapsbasert praksis og bruk av innovasjon. Flere av disse tiltakene sees igjen i undervisningsprogrammene i studiene som undersøker metoder for å bedre munnhelsen i sykehjem. Med bakgrunn i dette kan det hevdes at kunnskapsutvikling har en sentral rolle ved ivaretagelse av munnhelsen, og dermed også pasientsikkerheten.

5.2 Hvordan styrke sykepleierens rolle i arbeidet med forbedringen av munnhelse?

For å gjennomføre et undervisningsprogram kan det tenkes at avdelingslederen har en sentral rolle i å organisere og sette av tid til dette. I studien av Eldh *et al.* (2018) ble fokuset rettet mot å støtte lederne i å sette av tid, planlegge og lage gode rammer for implementering av retningslinjer og undervisning i forbindelse med munnstell. Lederne i denne studien rapporterte at det var for kort tid til å prioritere og følge opp intervensjonen, som gikk ut over gjennomføringen, og videre kan tenkes å ha påvirket studiens resultat. Samtidig har sykepleieren et selvstendig ansvar for egen kunnskapsutvikling og opprettholdelse av faglig forsvarlighet (Holter, 2015). Det kan dermed tenkes at ansvaret for kunnskapsutvikling er fordelt mellom den enkelte sykepleier og ledelsen.

Henderson hevder at sykepleieren har et selvstendig ansvar på alle områder som dreier seg om å ivareta pasientens grunnleggende behov (Mathisen, 2015). Hun var også tydelig på sitt krav om at forskning og kunnskapsutvikling var essensielt i sykepleierfaget. Henderson var en av de første som nevnte betydningen av forskning innen sykepleierfaget, og mente at alle forskningsspørsmål måtte ta for seg spørsmålet; Hvilke gjøremål ønsker pasienten å utføre på egenhånd dersom han hadde vilje, styrke og kunnskap til å tilfredsstille sine grunnleggende behov? (Mathisen, 2015).

Munnstell er for de aller fleste en daglig rutine, og det kan tenkes at de aller fleste som ikke er i stand til å utføre dette på egenhånd ønsker bistand til munnstell. Dette er et godt eksempel som kan knyttes direkte til Hendersons budskap om å hjelpe pasienter med å tilfredsstille grunnleggende behov.

To av de fire etiske prinsippene defineres som plikten til «å ikke skade» og «å gjøre godt mot andre» (Brinchmann, 2012). Dersom en sykepleier tar et valg om å ikke hjelpe en pasient med å ivareta munnstellet som inngår i det grunnleggende behovet “personlig hygiene”, kan det potensielt føre til skade. Dermed kan det se ut til at unnlattelse av en sykepleieoppgave kan bryte med de to nevnte etiske prinsippene. Imidlertid kan det tenkes at en sykepleier skal kjenne til at unnlattelse av munnstell kan gi skade, og hen bør derfor utføre munnstellet for å gjøre godt mot pasienten. Det er utviklet et pasientsikkerhetsprogram for å begrense pasientskader, fremme kvalitet og pasientsikkerhet. I dette programmet trekkes munnhelse innunder innsatsområdet som omhandler forebygging og behandling av underernæring (I trygge hender 24/7, U.å.a). Dette innsatsområdet innebærer blant annet kartlegging av symptomer fra munnhulen, som for eksempel sår i munnen og munntørrhet.

Det vises en form for et tverrfaglig samarbeid gjennom studiene som har blitt presentert. I studiene var blant annet tannleger og/eller tannpleiere delaktige i undervisning, utvikling av tiltak og pasientundersøkelser. I flere av studiene hadde sykepleierne i avdelingene en liten rolle i utviklingen av tiltakene. Studien av Eldh *et al.* (2018) viste manglende samarbeid og inkludering av de ansatte i prosessen med å implementere retningslinjer for munnstell. Pleierne var ikke delaktige i utvikling av tiltak for å bedre ivaretagelse av munnstell, selv om det var de som var i daglig kontakt med pasientene. Sjekklistene som ble innført ble brukt i varierende grad. Det kan tenkes at denne varierende bruken kommer av at pleierne ikke fikk delta i å utvikle tiltaket, eller at det var andre problemområder de ønsket å fokusere på. Dermed ble viktigheten av sykepleierens deltakelse i utvikling av tiltak, basert på barrierer, poengtert for videre arbeid med å bedre munnhelsen. Henderson tok jevnlig opp dette temaet i sitt arbeid og hun hevdet at sykepleiers deltakelse i tverrfaglig samarbeid, var uten tvil til gode for pasienten (Mathisen, 2015).

Holter (2015) hevder at sykepleierens deltakelse i tverrfaglig samarbeid er viktig fordi de har rettet sin oppmerksomhet til pasienten, og er kvalifisert til å vurdere hva som er nødvendig for å tilfredsstille pasientenes grunnleggende behov. I tillegg til dette har sykepleieren den kontinuerlige oversikten over pasienten og står ofte for koordineringen av helsehjelp på tvers av andre profesjoner. Studien av Keboa *et al.* (2018) hadde et stort fokus på tverrfaglig samarbeid mellom alle ledd i sykehjemmet. De ansatte i avdelingene som hadde daglig kontakt med pasientene, deltok i utviklingen av tiltak for å bedre munnhelsen. Tiltakene ble utviklet med utgangspunkt i hva de ansatte opplevde som barrierer for god ivaretagelse av munnhelse.

Rotegård, Solhaug og Grov (2015) beskriver sykepleieprosessen som en dynamisk og systematisk problemløsningsmodell. Denne prosessen innebærer datasamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering. Sykepleieprosessen kan overføres til et større perspektiv og elementene i prosessen kan tas i bruk ved forbedring av enkelte områder i en avdeling, som for eksempel munnhelsen blant pasientene. Det kan tenkes at sykepleieprosessen kan brukes aktivt for å samle informasjon om avdelingens barrierer, behov og ressurser tilknyttet munnhelse. Datasamling og diagnostisering er nødvendig før en kan gå videre i sykepleieprosessen og utvikle tiltak for å bedre munnhelsen, og videre evaluere effekten av tiltakene (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015).

Det kan se ut til at Keboa *et al.* (2018), i sin studie, har arbeidet på en måte som minner om sykepleieprosessen og at ingen av de andre studiene er bygd opp på samme måte. Det første som ble gjort var å kartlegge barrierer for utførelse av munnstell. Prosessen med planlegging og implementering av tiltak bestod av et tverrfaglig samarbeid mellom pleiere fra avdelingene, tannleger, tannlegestudenter og forskere. Det tverrfaglige samarbeidet utviklet tiltak som var tilpasset avdelingen og det de ønsket hjelp til. For eksempel ønsket de ansatte veiledning i hvordan de skulle få til å utføre munnstell på pasientene som motsatte seg hjelp. De ansatte fikk dermed gjennomført workshops med kyndig fagpersonell som innebar undervisning om hvordan de kunne håndtere denne utfordringen. Det kan tenkes at å arbeide etter sykepleieprosessen, er en god måte for å bedre ivaretagelse av munnhelse i sykehjem.

Tidsbruk i sammenheng med munnstell blir vurdert i studien av Fjeld *et al.* (2014). Resultatene viste at pleiepersonellet opplevde bruk av elektrisk tannbørste som mest gunstig og tidsbesparende. En kan stille seg kritisk til denne påstanden da det anbefales av Norsk Tannpleierforening (2014) å pusse tenner i minst to minutter. Ut fra dette bør ikke tiden man bruker på å gjennomføre et munnstell reduseres til mindre enn to minutter. Studien av Fjeld *et al.* (2014) viste at pleiepersonellet brukte mellom ett og tre minutter på å gjennomføre et munnstell, uavhengig av om det ble brukt elektrisk eller manuell tannbørste. Dermed kan det stilles spørsmål om hvor mye tid det er å spare på å bruke elektrisk tannbørste, når det uansett bør brukes minst to minutter for å gjennomføre tannpuss med god kvalitet. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at tidsbruken på et munnstell ikke bør være en av årsakene til at det ikke blir utført, når det er snakk om kun to minutter av en lang arbeidsdag. Dermed kommer en inn på sykepleierens valg av prioriteringer som en etisk utfordring.

Prioriteringer i helsevesenet, og generelt som sykepleier, dreier seg om å si ja til noe og nei til noe annet. Dette medfører etiske utfordringer (Lillemoen, 2015). Herunder er munnstell en sykepleieoppgave, som på lik linje med andre sykepleieoppgaver, må vurderes etter prioritet når en planlegger sin arbeidsdag. Eldh *et al.* (2018) viste at undervisningsprogrammet som ble gjennomført hadde en innvirkning på prioriteringen av munnhelse. Det så ut til at undervisningsprogrammet ga forståelse av viktigheten med kvalitet på munnstell, og dermed ble ivaretagelse av munnhelse en prioritet for alle pleierne. I tillegg til undervisningen, så det ut til at sjekklisten som ble innført på avdelingene også hadde en positiv innvirkning på pleiernes prioriteringer. På bakgrunn av dette kan det se ut til at kunnskaper og generell påminnelse om viktigheten av en sykepleieoppgave, har en innvirkning på hvordan sykepleieren prioriterer.

Sammenhengen mellom kunnskaper og prioriteringer blir også nevnt i en studie av Slettebø *et al.* (2010). I denne studien nevnes mangel på kunnskaper og ferdigheter som en årsak til nedprioritering av eksempelvis å endre liggstilling i løpet av natten hos pasienter som ikke klarer dette selv. Å unnlate å snu pasienter om natten kan i mange tilfeller føre til alvorlige konsekvenser som utvikling av trykksår (I trygge hender 24/7, u.å.b). På samme måte som beskrevet tidligere, kan unnlattelse av å gjennomføre munnstell gi andre alvorlige konsekvenser. En prioritering, enten om det er en opp-prioritering eller ned-prioritering, må begrunnes opp

mot faglig forsvarlighet (Lillemoen, 2015). Lillemoen (2015) beskriver to aspekter ved faglig forsvarlighet: Kravet til faglig forsvarlighet og kravet til omsorgsfull hjelp. Begge kravene må innfris for at praksis skal kunne vurderes som god. Innunder kravet for faglig forsvarlighet, ligger det et krav om kunnskap. Sykepleieren som i dette tilfellet skal prioritere munnstell, må ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter for å forstå viktigheten av munnstell. Sykepleieren kan for eksempel tilegne seg disse nødvendige kunnskapene og ferdighetene gjennom et undervisningsprogram tilknyttet munnhelse.

Sykepleierens holdninger inngår i kravet til omsorgsfull hjelp (Lillemoen, 2015). Flere av studiene hadde et ønske om å undersøke undervisningsprogrammets effekt på holdninger rundt ivaretagelse av munnhelse, men det ble ikke funnet noen målbare forandringer. Imidlertid viser en studie av Janssens *et al.* (2014) at alder, utdanningsnivå og type avdeling er faktorer som kan påvirke de ansattes holdninger. Ut fra dette kan det se ut til at kunnskaper også har en viktig innvirkning på holdningene blant sykepleiere. Studien av Johansson, Torge og Lindmark (2019) viser at holdningene til munnhelse blant de ansatte var relativt gode allerede før deres undervisningsprogram, og var opprettholdt ni måneder etter. Årsaken til at det ikke er observert en tydelig endring i holdningene blant sykepleierne i studiene, kan tenkes å være fordi det er vanskelig å måle holdninger og sykepleierens moral. Spørreundersøkelsene som har blitt benyttet for å måle holdningsendringer hos pleiepersonellet i studiene kan tenkes å gi en begrenset kartlegging av holdningene.

Holter (2015) beskriver at ikke alle sykepleieaspekter kan måles og synliggjøres, som normene, verdiene og holdningene en sykepleier står inne med. Disse danner grunnlag for sykepleierens moral, og avgjør hva som er rett og galt. Sammen kommer dette til uttrykk i det sykepleieren utfører og prioriterer (Lillemoen, 2015). Eksempelvis kan det tenkes at en sykepleier i utgangspunktet har en holdning om at munnstell er en viktig sykepleieoppgave, som vist i Johansson, Torge og Lindmark (2019). Selv om det i denne studien ble kartlagt gode holdninger før oppstart av undervisningsprogrammet, ble det også sett et forbedringspotensial på noen områder innen munnhelse. Resultatene viste at gode holdninger hos pleierne ikke nødvendigvis er entydig med god munnhelse blant pasientene. Lillemoen (2015) belyser nettopp dette ved å beskrive at det ikke er en direkte sammenheng mellom normene i en virksomhet og det som

faktisk kommer til uttrykk. Videre beskrives normativ moral som et uttrykk for hva en bør gjøre for at praksis skal være god. For at en sykepleier skal prioritere riktig er det ikke nok å vite hva en bør gjøre, men en må også utøve det i praksis. For å få til dette må sykepleieren kjenne på et ansvar for oppgaven som skal utføres (Lillemoen, 2015). Det trengs kanskje en påminnelse om viktigheten av å utføre en oppgave, og dermed kan det tenkes at opplysningsplakatene som ble utviklet og etablering av en munnhelseansvarlig i studien av Keboa *et al.* (2018) kan bidra til dette. Etablering av en munnhelseansvarlig i sykehjemsavdelingene kan også tenkes å ha en negativ effekt ved at ansvaret blir overlatt til en person. Det er ønskelig at alt pleiepersonell i avdelingen bør kjenne på en ansvarsfølelse for å ivareta munnhelsen til pasientene. Ansvarsfølelsen kan også tenkes å forsterkes dersom det ligger et krav om at sykepleier må dokumentere utførelse av munnstell. Lillemoen (2015) beskriver at det er sykepleieren som er den moralske aktør, og det er sykepleieren det handler om. Dette samstemmer med Kari Martinsen når hun sier: "Pasientens er, er sykepleierens bør" (Martinsen, 2003, som sitert i Lillemoen 2015, s.334).

5.3 Metodediskusjon

De utvalgte vitenskapelige artiklene ivaretok våre inklusjons og eksklusjonskriterier. Alle de valgte studiene er gjennomført i sykehjem med eldre pasienter, noe som styrker relevansen for problemstillingen. Artiklene er skrevet på engelsk og har blitt publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter, fremfor mindre nasjonale tidsskrifter. Samtidig kan artikler som er skrevet på engelsk gi rom for feiltolkning og ukorrekt oversettelse. Dette kan ha ført til mistolkning av artiklenes innhold. Så godt som all litteratur som er benyttet i denne oppgaven er av nyere dato, og har fortløpende blitt kritisk vurdert før inkludering. Likevel er noe eldre litteratur inkludert, men innholdet er vurdert til å være aktuelt for litteraturstudien.

I litteraturstudien er det tatt hensyn til spørsmål om forskningsetikk. World medical association (2018) har utviklet Helsinkideklarasjonen, som i punkt 8 beskriver at det kun er legitimt å inkludere forskningsdeltakere dersom deres interesser og rettigheter blir ivare tatt. To av de utvalgte vitenskapelige artiklene mangler godkjenning fra etisk komité, men studiene påvirket/endret ikke pasientenes hverdag på noen måte og alle resultatene ble hentet ut fra

rutinemessige undersøkelser. Samtykkene ble i den ene studien hentet fra ledelsen i sykehjemmet, og i den andre hentet fra alle pasientene. På denne måten ser det ut til at de to artiklene blant annet innfrir punkt 8 i Helsinkideklarasjonen, og valgte derfor å inkludere disse i litteraturstudien.

I utgangspunktet var det ønskelig å finne forskningsartikler med konkrete tiltak for å bedre munnhelse i sykehjem. I tillegg var det ønskelig å finne forskning som evaluerte effekten av iverksatte tiltak på munnhelsen til pasientene. Funnene viste seg i hovedsak å omhandle undervisningsprogrammer som tiltak, og derfor ble dette hovedfokuset i denne oppgaven. Undervisningsprogrammene hadde et stort og varierende innhold, men felles for alle var fokuset på kunnskapsutvikling. Effekten på munnhelsen ble vurdert ut fra undervisningsprogrammene som en helhet, noe som gjør at det er vanskelig å se hvilke spesifikke tiltak i undervisningsprogrammene som har ført til bedring i munnhelsen. Det kan være en fordel om fremtidig forskning har fokus på isolerte tiltak og vurdere effekten av disse.

6.0 KONKLUSJON

I denne litteraturstudien var det ønskelig å belyse årsaker til nedprioritering av munnstell blant sykepleiere, og samtidig undersøke om det fantes tiltak som kunne fremme sykepleiernes ivaretagelse av munnhelse i sykehjem. Kunnskapsutvikling og sykepleierens rolle i arbeidet med bedring av munnhelse, viser seg å være viktige aspekter ved ivaretagelse av munnhelse i sykehjem.

Kunnskapsutvikling er essensielt for å utøve faglig forsvarlig sykepleie og for å ivareta munnhelse. For å bedre munnhelsen i sykehjem trenger sykepleierne økt kunnskap om temaet. Et undervisningsprogram kan fungere som et godt tiltak for å øke kunnskapsnivået, og undervisningen bør repeteres for å ivareta munnhelsen til pasientene på best mulig måte. Opprettholdt kunnskapsnivå om munnhelse har også en viktig betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Sykepleierens rolle er essensiell og sykepleieren har et selvstendig ansvar for å ivareta pasientens munnhelse dersom pasienten ikke er i stand til å ivareta dette selv. Munnhelse bør bli prioritert og litteraturstudien synliggjør at sykepleierens kunnskaper og holdninger ligger til grunn for hvordan en sykepleier prioriterer. Dermed kan et undervisningsprogram bidra til økt kunnskap og videre til at munnhelse blir prioritert. Sykepleierens rolle omhandler også deltakelse i et tverrfaglig samarbeid. Dette bidrar til å utvikle tiltak som fokuserer på barrierer for utførelsen av munnstell, og gir dermed et bedre utgangspunkt for å bedre munnhelsen til pasientene.

Avslutningsvis er det ønskelig å belyse oppgavens betydning for praksis, som blant annet vil være å øke sykepleierens kunnskap knyttet til munnhelse hos pasienter i sykehjem. Ved å lese denne litteraturstudiens bakgrunn, vil vedkommende få kunnskaper rundt konsekvensene av fraværende munnstell og hvilke barrierer som kan ligge til grunn for dette.

Litteraturstudien er innovativ ved at belyser et tema som sykepleierne har en sentral og selvstendig rolle i å ivareta. Tiltakene som drøftes kan enkelt gjennomføres og implementeringen av tiltakene er lite kostbare, noe som styrker muligheten for innovasjon. Kontinuerlig kunnskapsutvikling, valg av riktig hjelpemidler for munnstell, tverrfaglig samarbeid, og ansvarliggjøring av sykepleieren i en implementeringsprosess vil gi et godt utgangspunkt for å

bedre ivaretagelse av munnhelsen til pasienter i sykehjem. Dersom undervisningsprogrammene er tilpasset avdelingens behov, og blir tilbudt jevnlig, kan det tenkes at dette vil gi best mulig utgangspunkt for best ivaretagelse av munnhelse.

7.0 LITTERATURLISTE

- Andersen, G. (2019) *Valg av forskningsmetode*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subjects/subject:19/topic:1:195989/topic:1:195829/resource:1:56937> (Hentet: 21. april 2020)
- Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann BS, red. *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 81–96.
- Brodtkorb, K. (2014) Ernæring mat og måltider, i Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A. H, (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 301 – 315.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 20.mai 2020)
- Diep, T. M., Sødal, T. T., Skudutyte-Rysstad, R. Og Hove, L. H. (2018) Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere, *Tannlegetidende*, 128(9), s. 694-699. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2018/9/d2e1863> (Hentet 21. april 2020).
- Eldh, A. C., Olai, L., Jönsson, B., Wallin, L., Denti, L. og Elf, M. (2018). Supporting first-line managers in implementing oral care guidelines in nursing homes, *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), s. 87–95. doi: <https://doi.org/10.1177/2057158517713379>
- Felleskatalogen (2018) *Tannkjøttbetennelse (gingivitt)*. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/gingivitt> (Hentet: 5.mai.2020)
- Fjeld, K. G., Mowe, M., Eide, H. og Willumsen, T. (2014) Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes, *European Journal of Oral Sciences*, 122(2), s. 142– 148. doi: <https://doi.org/10.1111/eos.12113>
- Flovik, A. M. og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 271-296.
- Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P. og Herbst, B. (2011) Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff, *International Journal of Dental Hygiene*, 9(3), s. 199–203. doi: [10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>(Hentet: 06.mars 2020).

- Helsebiblioteket (u.å.a) *Kritisk vurdering*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> (Hentet: 22. April 2020)
- Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 22.mai.2020)
- Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 107-118.
- I trygge hender 24/7 (u.å.a) *Forebygging av undernæring*. Tilgjengelig fra:
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering> (Hentet: 06. mars 2020).
- I trygge hender 24/7 (u.å.b) *Forebygging av trykksår*. Tilgjengelig fra:
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-trykksar> (Hentet: 11. Mai 2020)
- Janssens, B., Visschere, L. D., van der Putten, G., Lugt-Lustig, K., Schols, J. M. G. A. og Vanobbergen, J. (2014) Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial, *Gerodontology*, 33(2), s. 275-286. doi: <https://doi.org/10.1111/ger.12164>
- Johansson, I., Torge, C. J. og Lindmark, U. (2019). Is an oral health coaching programme a way to sustain oral health for elderly people in nursing homes? A feasibility study, *International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), s. 107-115. doi: <https://doi.org/10.1111/idh.12421>
- Keboa, M., Beaudin, A., Cyr, J., Decoste, J., Power, F., Hovey, R., LaFrance, L., Ouellet, D., Wiseman, M. og Macdonald, M. E. (2018) Dentistry and nursing working together to improve oral health care in a long-term care facility, *Geriatric Nursing*, 40(2), s. 197-204. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.002>
- Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. og Johansson, O. (2010), Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people, *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), s. 1273-1279. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x>
- Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 297-338.
- Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. og Bulzingerlöwen, I. (2013) Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly, *International journal of dental hygiene*, 11(4), s. 298-305. doi: [10.1111/idh.12016](https://doi.org/10.1111/idh.12016)
- Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 119-141.
- Norsk tannpleierforening (2014) *Pusser du tennene riktig?* Tilgjengelig fra:
<http://www.tannpleier.no/pusser-du-tennene-riktig/> (Hentet: 07.mai.2020)

- Regjeringen (2020) *Etikk i forskningen*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/> (Hentet: 20.mai.2020)
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 244-270.
- Samson, H. og Strand, G. H. (2014) Munnhelse. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 316 – 323.
- Samson H, Iversen M. M., og Strand, G. V. (2010) Oral care training in the basic education of care professionals, *Gerodontology*, 27(2), s. 83-163. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00304.x>
- Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B. og Forsell, M. (2010), Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff, *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), s. 345-349. doi:[10.1111/j.1365-2648.2009.05181.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05181.x)
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. og Hoogstraate, J. (2008) A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials, *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(11), s.2124-2130. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x>
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. og Nortvedt, P. (2010), Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3) s. 533-540. doi:[10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x)
- Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H. and Nordenram, G. (2011), Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), s. 92-99. doi:[10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x)
- Svensli, G., Flåskjer, A., Ryste, T. O. og Helberget, L. (2019) Munnstell er en forsømt sykepleieroppgave, *Sykepleien*, 107(78077), doi: [10.4220/Sykepleiens.2019.78077](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78077)
- Schwindling, F. S., Krisam, J., Hassel, A. J., Rammelsberg, P. og Zenthöfer, A. (2017). Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(2), s. 109-117. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12335>
- Thidemann, I. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlag
- Tran, T. D., Krausch-Hofmann, S., Duyck, J., Mello, J. A., Lepeleire, J. D., Declerck, D., Declercq, A. og Lesaffre E. (2018) Association between oral health and general health indicators in

- older adults, *Scientific Reports*, 8(1), s. 1-6. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26789-4>
- van Noort, H. H. J., Wittemann, B. J. M., den Hertog-Voortman, R., Everaars, B., Vermeulen, H. og Waal, G. H. (2019) A context analysis on how oral care is delivered in hospitalised patients: A mixed-methods study, *Journal of Clinical Nursing*, 29(11-12), s. 1991-2003. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15130>
- WHO (2018) *Oral health*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/oral-health> (Hentet: 06. mars 2020).
- Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R. og Bjørntvedt, S. (2011) Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?, *Gerodontology*, 29(2), s. 748-755. doi: [10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x)
- Wolden, H., Strand, G. V. og Gjellestad, Å. (2006), Caregivers' perceptions of electric versus manual toothbrushes for the institutionalised elderly, *Gerodontology*, 23(2), s. 106-110. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00114.x>
- World medical association (2018) *Wma Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Hentet: 15. Mai 2020)

