



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Hvordan kan sykepleier bidra til god munnhelse hos demente i sykehjem?

Innleveringsdato:03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer:10037

Antall ord: 8362

Sammendrag

Hva kan sykepleier gjøre for å bedre eldre demente i sykehjem sin munnhelse?

Hensikt: I denne oppgaven vil jeg se på hvordan sykepleier kan bidra til å bedre eldre demente i sykehjem sin munnhelse, da dette er et område der sykepleiere møter flere utfordringer.

Metode: Litteraturstudie med systematiske søk som så bearbeides og drøftes. Relevant teori fra pensumlitteratur og sykepleieteoretikere er også valgt ut.

Resultat: 11 forskningsartikler ble valgt samt sykepleieteori fra Henderson og Travelbee og teori om demens og munnhelse. Jeg kom fram til at det er behov for flere studier på områdene kunnskap (teoretisk og praktisk) og hvordan dette kan være med på å hjelpe pleiere å gjennomføre munnstell, og at både tid, sykepleiers holdninger og kunnskaper og at pasientene motsetter seg munnstell er sannsynlige faktorer som bidrar til at munnstell hos demente kan være en utfordring. Sykepleier kan bruke kommunikasjon som et verktøy for å forbedre eldre dementes munnhelse.

Abstract

What can nurses do to contribute to improved oral health in patients with dementia in nursing homes?

Aim: To figure out how nurses can contribute to improve oral health in patients with dementia in nursing homes, this is an area where nurses meet significant challenges.

Method: Literature review with systematic search of literature that is reviewed and discussed. Relevant theory from the nursing and nursing theories has been chosen.

Results: 11 articles and nursing theory from Henderson and Travelbee and other relevant nursing theory. There is a need for more studies on how nurses' attitudes and knowledge and attitudes about oral health can contribute to help nurses perform oral health. Both time, nurses' attitudes and knowledge about oral health and care resistant behaviour is likely to influence why maintaining good oral health in patients with dementia can be a challenge. Nurses can likely use communication as a tool to improve patients oral health.

Innhold

Tabeller	v
1. Innledning.....	6
1.1. Presentasjon av tema og problemstilling	6
1.2. Begrepsavklaring.....	6
1.3. Avgrensning av problemstilling.....	6
1.4. Kapitler.....	7
2. Metode	8
2.1. Søketabell	8
2.2. Beskrivelse av metode og valg av litteratur.....	11
2.3. Fremgangsmåte	12
3. Empiri.....	13
3.1. Resultat av literatursøk	13
3.2. Sammenheng mellom munnhelse og ulike sykdommer.....	20
3.3. Verktøy for å gjennomføre munnstell	20
3.4. Prevalens	22
3.5. Holdninger og barrierer	22
3.6. Kildekritikk	23
4. Teori.....	26
4.1. Demens	26
4.1.1. Kommunikasjon ved demens	26
4.2. Munnhelse.....	27
4.3. Sykepleieteori.....	27
4.3.1. Travelbee relasjonsteori	27
4.3.2. Henderson og grunnleggende behov	28
4.4. Relevante lover og forskrifter	28
5. Diskusjon	30
5.1. Innledning Diskusjon	30
5.2. Kunnskap og tid	30
5.3. Ansvarsområde	31
5.4. Pasient som motsetter seg helsehjelp eller sykepleiers holdninger, hvor ligger problemet?	32
5.5. Mulige løsninger for å skape god munnhelse	33
6. Konklusjon	35
Referanser.....	36

Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell.....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	20

1. Innledning

1.1. Presentasjon av tema og problemstilling

I denne oppgaven har jeg brukt en litteraturstudie for å gjøre et systematisk søk etter artikler for å svare på min problemstilling «Hvordan kan sykepleier bidra med god munnhelse hos eldre demente i sykehjem». Jeg ble interessert i denne problemstillingen gjennom jobb i sykehjem da det virket som mange pleiere hadde utfordringer med å få gjennomført munnstell hos demente pasienter. På sykehjemmet der jeg jobbet var det også gjort en kartlegging av tannpleier over pasientenes tannhelsestatus. En avdeling skilte seg ut i positiv retning, hva gjør denne avdelingen som er rett? Er det at de har mer personell? Bedre tid? Mer kunnskap og kompetanse? Denne avdelingen var en avdeling der en skulle tro det var vanskeligere å gjennomføre munnstell da det var en avdeling der pasientene hadde mye problematikk med vold. Jeg tenkte når jeg begynte å skrive denne oppgaven at kanskje ligger det mye i hva de ansatte gjør og deres spesielle kompetanse på å håndtere slik utfordrende atferd? Dette var noe jeg ville se nærmere på og dermed bestemte jeg meg for å skrive denne oppgaven.

1.2. Begrepsavklaring

Før jeg starter oppgaven må jeg forklare noen begrep som er sentrale for min problemstilling. De vil bli nærmere forklart under teori, men her vil jeg gi en kort definisjon på to sentrale begreper; munnhelse og demens.

Munnhelse er en nøkkelindikator for generell helse og livskvalitet (WHO,2020). Munnstell gir velvære og forebygger sykdom i munnhulens strukturer (slimhinner, lepper, tunge, tannkjøtt og tenner). Munnstellet omfatter både vanlig tannpuss, stell av tannproteser og rengjøring av munnhule til pasienter. Friske tenner og munnhule er viktig for å kunne spise, snakke, kosmetisk, selvfølelse, allmenntilstand og fordøyelsessystem. Man bør pusse tennene to ganger om dagen (Skaug,2016).

Demens er en progredierende sykdom i hjernen. Sykdommen fører til gradvis tap av funksjoner. Atferden endres også. Symptomer kan være svekket hukommelse, dømmekraft, konsentrasjonsvansker samt manglende evne til planlegging. (Skovdahl og Berentsen, 2015).

1.3. Avgrensning av problemstilling

Jeg velger i denne oppgaven å fokusere på eldre. Jeg har brukt definisjon fra WHO som sier eldre er de som er 65 år og eldre (WHO, 2002). Jeg har også valgt å fokusere på eldre demente i sykehjem istedenfor for eksempel sykehus eller hjemmetjenesten, da det var sykehjem jeg fant flest studier på samt har mest personlig erfaring med. Jeg har valgt og ikke gå nærmere inn på temaet tvang da dette er et stort tema og pga. oppgavens begrensinger (ordtelling) har jeg ikke mulighet til å drøfte dette temaet.

1.4. Kapitler

Oppgaven består av kapittel 1 innledning der jeg presenterer oppgaven, kapittel 2 der jeg presenterer metode og hvordan jeg har gått fram for å finne artikler. I kapittel 3 presenteres empirien (artiklene) og deres viktigste momenter. I kapittel 4 presenteres relevant teori fra pensum, og annen teori, samt sykepleierteori. I kapittel 5 diskuteres empiri og teori før jeg trekker en konklusjon basert på diskusjonen i kapittel 6. Jeg har i oppgaven prøvd å bruke så nye kilder som mulig, men en bok er fra 2009, jeg ville bruke denne da den beskrev så godt hvordan man kan kommunisere med mennesker med demens. Jeg hadde ikke tilgang på bibliotek når jeg skrev oppgaven pga. coronasituasjonen.

2. Metode

2.1.Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	08.01.2020	S1	Dental care Nursing homes	År 2010-2020, eldre pasienter, på sykehjem, fagfelleurdert	787	0
Pubmed	08.01.2020	S2	Dementia and oral health electric toothbrush	År 2010-2020, eldre pasienter, pasienter med demens, fagfelleurdert	2	0
Pubmed	21.01.2020	S3	Dementia and oral health	År 2010-2020, demens på sykehjem, fagfelleurdert	951	1(A)
Cinahl	27.01.2020	S4	(care resistant behaviour or CRB) AND oral health AND (nursing home or long term care or residential care or nursing homes)	År 2010-2020, pasienter med demens, fagfelleurdert	8	1(B)
Pubmed	07.04.2020	S5	Association Respiratory Diseases Oral Health	År 2010-2020, fagfelleurdert	1001	2(C)
Pubmed	08.04.2020	S6	Peridontal disease cardiovascular disease	År 2010-2020, fagfelleurdert	3971	1(D)

Cinahl	11.04	S7	(nurses or nursing staff or nurse) AND (oral health or oral hygiene or dental health) AND (adherence or compliance)	År 2010-2020, fagfelleverdert, eldre 65 år og over	71	1(E)
Pubmed	11.04	S8	Barriers to good oral hygiene in nursing homes nurses or patients	År 2010-2020, fagfelleverdert, eldre og/eller pleiepersonell i sykehjem	68767 19	1(F)
Cinahl	11.04	S9	Elder abuse AND (Norway or Norwegian) AND (nursing home or long term care or residential care or nursing homes)	År 2010-2020, eldre 65 og over, fagfelleverdert	5	1(G)
Cinahl	11.04	S10	(attitudes or perceptions or opinions or thoughts or feelings or beliefs) AND nursing home staff AND (oral hygiene or oral care or mouth care)	År 2010-2020, fagfelleverdert, Sykehjemsansatte/pleiepersonell	31	1(H)

Pubmed	11.04	S11	*attitudes and *knowledge *oral health in nursing home personell	År 2010-2020 Fagfelleurdert, pleiepersonell/sykehjemnsatte		0
Cinahl	17.04	S12	Oral health program AND (effectiveness or efficacy or effective or success or outcome) AND (nursing home)	År 2010-2020, fagfelleurdert, ansatte i sykehjem/pleiepersonell		1(I)
Pubmed	17.04	S13	oral health (Attitudes or knowledge) and (nursing home) and (healthcare personell)	År 2010-2020 Fagfelleurdert, ansatte i sykehjem/pleiepersonell	76	1(J)
Pubmed	17.04	S14	Oral Health* Nursing Homes Norway elderly	År 2010-2020 Fagfelleurdert, elder over 65		1(K)

Inkluderte artikler:

- A. Prevalence and associations of orofacial pain and oral health factors in nursing home residents with and without dementia (2019). Age and ageing 49(3), 365-

375.

- B. Randomized Clinical Trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care (2018). Gerodontology 35(4), 365-375.
- C. The association between periodontitis and respiratory disease (2017). Journal of Nepal Health Research Council 15(1), 1-6.
- D. Periodontal Disease: A risk factor for diabetes and cardiovascular disease (2019). International Journal of molecular sciences 20, 1414.
- E. A pilot study on the feasibility of training nurses to formulate multicomponent oral health interventions in a residential aged care facility (2017). Gerodontology 34(4), 469-478.
- F. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? (2011). Gerodontology 29(7), 748-755.
- G. Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study (2020). BMC Health Services Research 20(1), 9.
- H. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff (2011). Journal of dental hygiene 9(3), 199-203.
- I. Effect of oral health education programs for caregivers and oral hygiene of the elderly (2015). International Journal of Nursing 52(6), 1090-1096.
- J. Attitudes to and knowledge about oral healthcare among nursing home personell – an area in need of improvement (2012), Gerodontology 29(2), 787-729.
- K. Oral health in institutionalized elderly people in Oslo, Norway and its relationships with dependence and cognitive impairment (2012), Gerodontology 29(2), 420-496.

Tabell 2.1 Søketablell

2.2. Beskrivelse av metode og valg av litteratur

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie for å svare på min problemstilling, da dette er et kriterie for bacheloroppgaven. Litteraturstudiet bygger på eksisterende forskning og man bruker systematiske søk i artikkeldatabaser for å finne svar på sin problemstilling.

Jeg har valgt Cinahl og PubMed som databaser. Cinahl har jeg valgt da den dekker forskning på sykepleie og det er essensielt for min problemstilling da den spesifikt går på hva sykepleier kan gjøre, så jeg trengte forskning direkte fra sykepleierfaget. PubMed valgte jeg da det er den mest brukte databasen i klinisk medisin og andre helsefag, her fikk jeg info både om sykepleie spesifikt, men fikk også sett på studier fra andre ståsteder innen helsefag (Tholens og Legaard, 2016). Dette var nyttig blant annet for å finne forskning på munnhelse generelt, og det kan alltid være nyttig å se noe fra et annet ståsted enn ets eget. Begge databasene er anerkjente og har artikler av god kvalitet fra mange ulike tidsskrifter. Et annet viktig kriterie for valg av søkemotorer av god kvalitet er at de fleste studier man finner da vil være fagfelleverdert, noe alle artiklene jeg har valgt ut er.

Jeg har valgt ut studier som går på eldre (65 år og eldre) etter WHO's definisjon (WHO, 2002). Jeg har også valgt ut studier som går på sykehjem da det er der en i stor grad finner pasientgruppen og samhandler med dem på jevnlig basis. Når det kom til

munnhelse og helsekonsekvenser måtte dog søkets inkluderingskriterier utvides til å gjelde den eldre befolkningen som helhet. Jeg har og valgt ut studier som går på pleiepersonell og ansatte i sykehjem.

Jeg har valgt litteratur som er 10 år gammel eller nyere for å sikre kvalitet og oppdatert forskning. Se kapittel 3 empiri for kildekritikk for ytterligere info om min vurdering av de utvalgte studienes kvalitet.

2.3. Fremgangsmåte

Jeg har brukt Cinahl og PubMed som databaser. Jeg har brukt søkeord som er relevante for problemstillingen og brukt databasenes forhåndsbestemte søkeord (MESH)(Tholens og Legaard, 2016). For å se hvilke søkeord som eksakt ble brukt se søketabell. Jeg har valgt å presentere søketabellen i den reelle rekkefølgen de ble søkt i, istedenfor å dele inn etter nettsted for å vise hvordan jeg gikk frem. Som tabellen viser slet jeg litt i begynnelsen med å finne ut hvilke søkeord jeg skulle bruke eller hva fokuset på oppgaven skulle være, jeg hadde ikke spisset problemstillingen eller fokuset for drøftingen. Jeg tenkte først jeg skulle lete etter lett overførbare tips og triks til virkeligheten, slik som bruk av elektrisk tannbørste, men fant ut at temaet var mer komplekst enn som så. Etter hvert som jeg søkte mer og leste mer fant jeg ut at jeg måtte se nøyere på barrierer for munnstell og hva som kan gjøres med dette.

Jeg ble etter hvert også bedre kjent med å bruke Cinahls egne søkeordforslag og muligheten til å bruke OR og AND for å få fram flere studier enn hvis man kun søkte på en formulering (f.eks. bare bruker ordet attitudes istedenfor attitudes or opinions) og fant slik fram til flere og mer relevante studier. Jeg prøvde meg etter hvert litt fram på pubmed også for å se om jeg kunne få fram mer relevante søk ved bruk av trunkering. Jeg var i starten ikke klar over at denne funksjonen var effektiv også i pubmed og skulle jeg begynt fra starten av hadde jeg gjort dette også helt i begynnelsen.

3. Empiri

3.1. Resultat av literatursøk

I dette litteraturstudiet har jeg brukt 11 artikler. Alle artiklene setter på et vis lys på eldre demente i sykehjem og tannhelse. Jeg har tatt med flere ulike artikler for å sette lys på forskjellige ting som kan drøftes ift. problemstillingen. Jeg har valgt ut studier som omhandler 1) sammenheng mellom munnhelse og ulike helseplager 2) hva som kan brukes som verktøy for å gjennomføre munnstell 3) artikler som går på prevalens 4) studier som går på sykepleieres holdninger samt barrierer for å gjennomføre munnstell. De fleste studiene går på pasienter med demens i sykehjem og ansatte i sykehjem, med unntak av konsekvenser ved dårlig munnhelse som gjelder flere pasientgrupper. Studiene som ser på sykepleieres holdninger, innebærer også beboere på sykehjem generelt i tillegg til pasienter med demens da det ikke var mulig å finne enkeltstående studier som gikk kun på demens.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
A) van de Rjir LJM, Feast AR, Vickerstaff V, Lobezoo F, Sampson EL (2019)	Målet med denne studien var å sammenligne orofacial smerte hos eldre i sykehjem med og uten demens samt undersøke assosiasjonen med orofacial smerte og helsefaktorer	Et tversnitt studie ble utført i britiske sykehjem. Orofacial pain scale for non verbal individuals ble brukt for deltakerne med demens og deltakerne som hadde evne til å kommunisere oppga smerte via selvrapportering. Det ble brukt ulike kartleggingsverktøy for å vurdere	Orofacial smerte var mer prevalent hos beboere med demens. Myk mat, tørr munn og dårlig munnhygiene var signifikante prediksjoner for orofacial smerte.	Munnpleie bør være en del av rutinen til alle beboere i sykehjem, særlig de med demens da de virker til å være særlig utsatt for orofacial smerte.

		helsetilstanden til deltakerne.		
B) Jablonski RA, Kolanowski AM, Azuero A, Winstead V, Jones-Townsend C, Geisinger ML, Randomized clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care(2018)	Hovedmålet ved denne studien var å teste gjennomførbarheten av å bruke MOUTH (managing oral healthcare using threath reduction) for å redusere CRB (care resistant behaviour). Det ble sett på om det ble redusert forekomst og intensitet av CRB (care resistant behaviour), om det ble bedring av munnhelse samt tidsbruk og om munnstell ble gjennomført.	Studiet brukte randomiserte gjentatte tiltak og deltakere ble tilfeldig valgt til kontroll eller eksperimentgruppen. Det ble brukt 9 sykehjem i USA med alt fra 60-240 plasser. Det var i alt 100 deltakere i studien. MOUTH står for managing oral hygiene using threat reduction.	Studien viste at det var større sjanse for at munnstell ble gjennomført i gruppen pasienter som var i eksperimentgruppen (der mouth ble brukt), men det var kun små reduksjoner i CRB og små differensielle forbedringer i munnhelse.	Mouth kan være en metode å få gjennomført munnstell hos pasienter med demens som motsetter seg hjelp til munnstell i sykehjem
C) Moghadam SA, Shirazi M, Risbaf, S. The associations between periodontitis and respiratory disease(2017)	Hensikten bak dette studiet var å se på sammenhengen mellom periodontitt og sykdommer i luftveiene, som kols og lungebetennelse.	Det ble gjort en analyse av publiserte artikler om periodontitt og sykdommer i luftveiene, publisert fra 1994-2015. Søkeordene som ble brukt var inkludert : periodontal disease, periodontitis, periodontium and respiratory illnesses/infections, asthma,	Periodontitt påvirker risikoen for luftveissykdom og kan være en faktor som bidrar til aspirasjon av væsker fra munnen til lungene. God munnhelse kan redusere risikoen for oppvekst av patogener og dermed risikoen for luftveisinfeksjoner.	Dette er en systematisk oversikt, av nyere dato, som viser sammenheng mellom luftveissykdommer og munnhelse som igjen setter lys på hvor viktig dette er.

		<p>COPD and pneumonia. Det ble utført søk i forskjellige databaser. Det ble valgt ut kun studier på mennesker. Det ble brukt kasus-kontroll studier, kohort studier og kross seksjonelle studier.. Det var 51 artikler totalt, 34 relevante og 10 ekskluderte. Man satt dermed igjen med 26 som kunne analyseres.</p>		
<p>D)Liccardo D, Cannavo A, Spagnuolo G, Ferrara N, Cittadini A, Rengo C, Rego G. Periodontal disease: A risk factor for diabetes and cardiovascular disease(2019)</p>	<p>Å se på sammenhengen mellom periodontitt og hjertekarsykdom og diabetes.</p>	<p>En oversikt med oppdatert informasjon og kunnskap om sykdom i tennene og sammenhengen med diabetes og hjerte og karsykdommer</p>	<p>Det finnes sammenheng mellom hjerte og karsykdommer og peridontale sykdommer</p>	<p>Dette studiet setter fokus på konsekvenser av dårlig munnhelse og dermed hvor viktig det er å sikre god tannhelse.</p>
<p>E)Deutsch A, Siegel E, Cations M, Wright C, Naganathan V, Brodaty H, A pilot study on the feasibility of</p>	<p>Målet med studien var å finne ut hvor gjennomførbart det var at sykepleiere i sykehjem (med 12 timer undervisning i munnstell) kunne</p>	<p>Fire ledersykepleiere ble lært opp i å bruke diverse munnhelse kartleggingsverktøy for å lage munnhelsepla</p>	<p>Sykepleierne var i stor grad enig med OTH intervensjonen. Etterlevelsen av å gjennomføre intervensjonen blant ufaglært</p>	<p>Denne studien viser at man ikke nødvendigvis trenger å være fullstendig avhengig av å ha mange</p>

<p>training nurses to formulate multicomponent oral health interventions in a residential aged care facility(2017)</p>	<p>formulere og gjennomføre og følge med på munnstellplaner for pasienter med tidlig demenssykdom.</p>	<p>ger. Sykepleierne valgte ut og satte av tid til forebyggende tannstell flere ganger ila. Dagen i tillegg til vanlig munnstell.</p>	<p>helsepersonell var veldig høy. Det kan hende sykepleiers tradisjonelle rolle kan måtte utvides til å gjelde flere områder som følge av vekst i behov for hjelp med munnhelse hos pasienter. Kunnskapen var overførbart til de ufaglærte.</p>	<p>sykepleiere for å kunne gjennomføre denne intervensjonen.</p>
<p>F)Willumsen T, Karlsen T, Næss R, Bjørntved S, Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients(2011).</p>	<p>Å finne ut av statusen til munnhelsen til beboere i sykehjem og barrierene for å forbedre tannhelsen</p>	<p>Tannhelsen til 358 pasienter i 11 sykehjem ble vurdert. Det ble og rekruttert 494 sykepleiere i de samme sykehjemmen for å delta i en spørreundersøkelse.</p>	<p>Mer en 40% av deltakerne hadde en uakseptabel munnhygiene. Majoriteten av sykepleierne syntes at munnhelse var viktig, men 9.1% de syntes også at det var ubehagelig å ta vare på tennene til beboerne. Tidsbruk og at pasientene motsatte seg behandling ble dratt fram som faktorer som hindret munnstell.) 97% hadde opplevd at pasienter motsatte seg behandling. 21% av sykepleierne hadde vurdert</p>	<p>Viser at pasienter som motsetter seg tannstell, tidsbruk kan være mulige barrierer for å få gjennomført tannstell. Også pleierens eget ubehag kan være en faktor. Særlig pasienter med demens motsatte seg hjelp.</p>

			lovlige midler eller tvang eller andre midler for å forhindre motsettelse av tannstell.	
G) Botngård A, Eide A H, Mosqueda L, Malmedal W, Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study(2020)	Undersøke prevalensen av misbruk/forsømmelse av sykehjemsansatte mot sykehjemsbeboere i norske sykehjem.	Metoden som ble brukt var et kryss-seksjonalt studie. 100 sykehjem ble valgt ut tilfeldig. Sykehjems ansatte fylte ut en spørreundersøkelse om hvor ofte de hadde enten sett andre, eller selv hadde, opplevd forsømmelse, psykisk, fysisk, finansielt eller seksuelt misbruk mot beboerne. Dette ble igjen sammenlignet opp mot de ansattes alder, kjønn og utdanning.	60.1% av deltakerne svarte, 76% hadde observert en eller flere tilfeller av misbruk denne perioden. Psykisk mishandling og forsømmelse var det som var vanligst, og det var de med høyest utdanning som rapporterte mest misbruk. Når det kommer til forsømmelse var den mest forsømte aktiviteten å forsømme munnhelse.	Denne studien viser at munnhelse ofte forsømmes av pleiere i norske sykehjem.
H) Forsell M, Sjøgren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, Hoogstraate J, Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among	Å undersøke holdninger og oppfatninger hos helsepersonell som gjennomfører munnhelsestell hos eldre i sykehjem både før og etter opplæring.	En spørreundersøkelse ble sendt ut til 105 sykehjem ansatte i et sykehjem i Stockholm. Sykehjemmet er velorganisert og har hyppig kontakt med	87% av sykehjemsansatte sa at de syntes det var ubehagelig å gjennomføre munnstell. Hovedgrunnen var en opplevelse av at pasientene motsatte seg munnstellet.	Denne studien undersøker grunner for hvorfor munnstell ikke blir gjennomført og viser hvordan økt kunnskap potensielt kan hjelpe.

<p>geriatric nursing home staff (2011).</p>		<p>profesjonelt tannhelsepersonell</p>	<p>Denne opplevelsen ble redusert etter opplæring. Majoriteten av de sykehjemsansatte anså og sine egne kunnskaper som gode nok til å gjennomføre daglig munnstell</p>	<p>Studien peker og på noen paradokser som at de ansatte anså seg selv som å ha god nok kunnskap om munnstell, selv om dette ofte ikke er tilfellet blant sykehjemsansatte. Et annet paradoks er at respondentene sa de hadde nok tid til gjennomføring av munnstell, men likevel er ofte munnhelsen til beboere i sykehjem ikke god nok.</p>
<p>I)Wang T.F, Huang C.M, Chou C, Yu s. Effect of oral health education programs for caregivers of oral hygiene of the elderly, (2015).</p>	<p>Målet med denne studien er å se på effekten av undervisningsprogrammer som retter seg mot helsearbeidere som har ansvar for munnhelsen til eldre.</p>	<p>Studiet er en metaanalyse og systematisk gjennomgang. Det ble gjort søk i flere databaser og inklusjonskriteriene var at det var forskningsartikler om pasienter over 65 år, de bodde i sykehjem eller andre slags institusjoner. I tillegg var det forskningsartik</p>	<p>Det fantes bevis for, dog i begrenset omfang, for at munnhelse undervisningsprogram for de ansatte kan være effektivt for å forbedre munnhelsen til eldre</p>	<p>Viser at kunnskap kan være et viktig verktøy for å få gjennomført munnstell</p>

		ler om enten effekt av et program for de ansatte eller en randomisert kontrollert studie som så på resultater før og etter intervensjon. 5 studier møtte kriteriene.		
J)Wårdh I, Jonddon M, Wickstrom M, Attitudes and knowledge about care among nursing home personnel -an area in need of improvement(2012)	Målet med studien var å utforske kunnskapen og holdningene til svenske sykehjem personell 5 år etter en lovgivning i Sverige	Et spørreskjema ble fylt ut av 454 personer som arbeider på sykehjem. Spørreskjema et hadde 16 spørsmål som gikk på holdninger og kunnskap til munnhelse	89% syns munnhelse er et viktig område, likevel var området lavt prioritert og var en aktivitet som pleierne ikke syntes noe om å gjennomføre, da særlig pga. at beboere motsetter seg behandling. 35% svarte også at de har ingen formell kompetanse innen munnstell.	Studien viser hvordan holdninger og kunnskap potensielt kan påvirke sykepleieutøvelsen. Den utforsker også hva som gjør at pleierne syns at munnpleie er en ubehagelig oppgave.
K)Zuluaga D J, Ferreira J, Montoya J A G, Willusen, Oral health in institutionalized elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment(2012)	Å se på sammenhengen mellom munnhelse og kognitiv svikt	En gruppe eldre pusset tennene selv og en gruppe fikk hjelp av en pleier. Det var 135 deltakere. De som fikk hjelp av pleiere, ble kategorisert som hjelpsomme og ikke hjelpsomme. Deretter ble	51% av deltakerne hadde dårlig munnhygiene, dette gjaldt særlig de som fikk hjelp til å pusse tennene av pleiere og de som ikke var hjelpsomme under tannstell. Det var en høy korrelasjon mellom å være avhengig av	Denne studien viser både at det er et utbredt problem med dårlig tannhelse blant eldre i institusjon i Norge, men også at det er en sterk sammenheng mellom kognitiv svikt

		tannrøtter, stomatitt og karies og munnhygiene status vurdert	hjelp til påkledning, vask og kognitiv svikt og dårlig tannhelse.	og dårlig tannhelse.
--	--	---	---	----------------------

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

3.2. Sammenheng mellom munnhelse og ulike sykdommer

To av studiene ser direkte på sammenhengen mellom munnhelse og ulike sykdommer. Dette gjelder Moghadam et.al (2017) og Liccardo et.al (2019).

Det ble i Moghadam et.al (2017) studiet sett på 26 artikler. Den systematiske gjennomgangen viste at det var en sammenheng mellom periodontitt og astma, kols, lungebetennelse og infeksjoner i øvre luftveier. Periodontitt er igjen assosiert med andre sykdommer slik som nyresykdom, anemi, overvekt, metabolsk syndrom visse typer kreft og kognitiv svikt, men studiet går ikke videre inn på disse sykdommene, men setter søkelys på luftveissykdommene som oppstår. Periodontitt er en inflammatorisk sykdom som påvirker vevet rundt tennene (tannkjøtt, ben og etter hvert tannen 60% av mennesker som hadde periodontitt i studiene som ble sett på hadde en slags respiratorisk sykdom ila. Sykdomsprosessen. Det ble i studien konkludert med at at det var sammenheng mellom periodontitt og luftveissykdommer og dårlig munnhygiene

Liccardo et.al (2019) har laget en oversikt som peker på sykdomsmekanismer som kan ligge bak periodontitt og et utvalg av sykdommer. Oversikten peker på sammenhengen mellom munnhelse og sykdommer som diabetes, hjerteinfarkt, slag og hjertesvikt.

3.3. Verktøy for å gjennomføre munnstell

Flere av studiene har sett på intervensjoner/verktøy som kan brukes for å forbedre munnhelse og lettere få gjennomført tannstell. Disse studiene er Deutsch et.al (2017), Jablonski et. Al (2019) og Wang et.al (2015).

Deutsch et.al (2017) ser på hvor gjennomførbart det er å trene opp sykepleiere til å formulere tannhelseintervensjoner i fasiliteter der det bor eldre. Studien hadde 8 deltakere som hadde tidlig demens, som påvirket ADL. Sykepleierne fikk opplæring i 12 timer i metoden, og den innebar avansert trening i å vurdere tannhelse og spyttprøver. Deretter ble det satt opp plan for og gjennomført forebyggende prosedyrer og produkter flere ganger om dagen for å gjøre munnhulen mer basisk. Dette i tillegg til hjelp med å pusse tennene og bruke en tannkrem med høyt innhold av fluor. Det var en høy etterlevelse av å gjennomføre intervensjonen, også hos ufaglærte pleiere. Planen ble validert mot profesjonelle tannpleieres planer og var veldig lik deres planer. Målet med tannhelseplanen

var å motvirke munntørrhet og for acidotisk miljø i munnhulen, som kombinert med andre faktorer kan påvirke munnhelse og dermed også kroppens helse generelt. Det påpekes også i dette studiet at beboere som motsetter seg munnstell ofte ikke får adekvat munnhelsehjelp. Studien påpeker også at den, i motsetning til mange andre studier, setter søkelys på effekten av flere tiltak og ikke kun ett. Studien trekker fram at det kan være høyere etterlevelse av å gjennomføre en plan som er utarbeidet av en selv i motsetning til en profesjonell tannpleier, fordi man føler større eierskap over arbeidet. Studien trekker og fram at sykepleiers rolle og ansvar i forhold til munnstell kanskje må endres i tiden framover ettersom helsetjenestens behov endrer seg.

Studien av Jablonski et.al (2019) så på effekten av å bruke MOUTH (managing oral hygiene using threat reducton). Denne metoden ble målt opp mot en kontrollgruppe. Det ble sett på pasienter med demens som motsatte seg munnpleie, og om det skjedde en reduksjon i intensiteten og mengden CRB (care resistant behaviour, altså å motsette seg pleien) og om munnhelsen ble forbedret. Det ble også sett på hvor lenge munnstellet varte og om det ble gjennomført. Studien peker på at de pasientene med demens som motsetter seg munnstell har høy risiko for og ikke få adekvat munnstell, som igjen kan føre til sykdom. Det ble rekruttert deltakere fra 9 forskjellige sykehjem og til sammen 100 deltakere. MOUTH metoden består av 3 komponenter, evidensbasert munnpleie protokoll, identifisering av CRB og strategier for å redusere deltakernes opplevelse av trussel under munnstellet. Disse strategiene går blant annet ut på å tilnærme seg pasienten under øye høyde med en rolig og vennlig tilnærming (f.eks. kommentere at beboer har på en fin genser, leve seg inn i beboerens «verden» ved å si at f.eks. «jeg vet du har pusset tennene i dag, men du skal møte dommeren» hvis pasienten er tidligere advokat). Munnstellet skulle også utføres foran en vask og foran et speil (for å få tilgang til minner knyttet til munnstell), unngå såkalt «elder speak» en måte å snakke på som kan minne om hvordan man snakker med babyer, at pleieren starter munnstellet og den eldre pasienten avslutter. Under munnstellet brukes også miming, og andre fysiske handlinger for å vise hva man skal gjøre. Samt at man bruker korte 1 stegs instruksjoner. Distraksjoner som at pasienten holdt i en tannbørste ble også brukt. Hvis CRB eskalerte ble pleierne byttet ut. En annen del av strategien var at man kunne få den eldre pasienten til å føre sin hånd over den eksperimentelle pleierens munn ved at man forsiktig førte hånden til den eldre dit. Pleierne ble bedt om å velge verktøy ut ifra prøving og feiling. Munnstell ble ikke alltid gjennomført. Når pleierne fikk mulighet til å gjennomføre munnstell hadde eksperimentgruppen (de som brukte MOUTH metoden) dobbelt så stor sjanse til å få tilgang til å gjennomføre munnstellet og gjennomføre munnstellet. Eksperimentgruppen hadde også en større økning i lengden på munnstellet. CRB økte hos begge gruppene under eksperimentet, men intensiteten av CRB gikk ned. Studiet påpeker at manglende tid og oppmerksomhet på lavgradig CRB kan eskalere slik oppførsel, og at målet ikke nødvendigvis er å eliminere CRB men å håndtere de på en så god måte som mulig. Studiet kunne og tyde på at kvalitet av munnstell var vel så viktig som kvantitet, da begge grupper munnhelse ble forbedret på tross av at ingen av pasientene fikk tannstell to ganger om dagen.

Wang et.al (2015) ser på effekten av munnhelse programmer for å øke ansattes kunnskap og effekten dette har på munnstellet. Dette var en gjennomgang som så på randomiserte kontrollerte studier som så på resultater før og etter intervensjon. Resultatene ble målt etter om pasientene hadde normale slimhinner, plakk og stomatitt. 5 studier som

inkluderte 602 eldre ble analysert. Gruppen med manglende plakk og stomatitt hadde økt i flere av studiene etter personellet som utførte tannstell hadde fått opplæring. Det ble trukket fram at opplæring om munnhelse og dets assosiasjoner til infeksjonssykdommer og degenerative sykdommer kan forbedre holdninger til ansatte når det kommer til munnstell. Noen studier fant dog ikke like sterk sammenheng mellom opplæring i munnstell og forbedring i munnhelse, dette kan det være flere grunner til (f.eks. mindre sensitive kartleggingsverktøy, bedre tannhelse hos de man ser på i utgangspunktet, dårlig tid til gjennomføring, teoretisk opplæring, men ikke praktisk osv.)

3.4. Prevalens

Tre av studiene ser på prevalens, med henhold til forsømmelse av tannstell og smerter i orofacial regionen, samt hvor mange i sykehjem i Oslo som har dårlig tannhelse. Dette gjelder van de Rjir et.al (2019) Botngård et.al (2020) og Zuluaga et.al (2012).

Van de Rjir et.al (2019) undersøkte prevalensen av orofacial smerte (smerte i ansikts og munn regionen) hos eldre beboere med demens i sykehjem ved å bruke et kross seksjonelt studiedesign. Studiet konkluderte med at orofacial smerte var signifikant mer vanlig hos pasienter med demens enn de uten. En myk diett, munntørhet og dårlig munnhygiene var også nært knyttet til orofacial smerte. Munnhelse bør, ifølge studiens konklusjon, være en del av rutinen i sykehjem, særlig for pasienter med demens.

I studien av Botngård et.al(2020) ble det sett på misbruk og forsømmelse av eldre. Studiet var et tversnitt studie og inkluderte resultater fra 100 sykehjem med 3696 pleiere som svarte på en spørreundersøkelse. I denne studien ble det trukket fram at den vanligste formen for forsømmelse blant sykehjemsansatte (35.4% av ansatte svarte at dette var noe de hadde gjort/observert siste året) var forsømmelse av munnstell og at dette kan skyldes faktorer som manglende tid, lite erfaring/kunnskap i utføring av munnstell og at beboere motsetter seg munnstell og ikke nødvendigvis negative holdninger hos pleiepersonell.

Zuluaga et.al (2012) er et tversnitt studie som ser på sammenhengen mellom munnhelse og kognitiv svikt. I studien var det 135 deltakere fra to sykehjem i Oslo. Studien trekker frem at flere pasienter nå har egne tenner og vil være avhengig av hjelp til munnstell i tiden framover. Målet med studien var både å se på munnhelsestatusen til de eldre og sammenhengen mellom munnhelsestatus og kognitiv svikt. 51% av beboerne hadde enn uakseptabel munnhelsestatus og beboerne som ikke samarbeidet godt hadde høyest forekomst av dårlig munnhelse og karies.

3.5. Holdninger og barrierer

De tre studiene som går på sykepleiers holdninger og barrierer til munnstell er Willumsen et.al (2011), Forsell et.al (2011), Wårdh et.al (2012).

Willumsen et.al (2011) er et tversnitt studie som ser på om barrierene til god munnhelse i sykehjem i hovedsak ligger hos pasientene eller hos pleierne. Studiet inkluderte 358 pasienter og 494 sykepleiere i 11 norske sykehjem. 40% av beboerne hadde uakseptabel munnhelse. En grunn til dette som studiet peker på kan være at beboerne i sykehjem har dårlig helse generelt og høy forekomst av demens og dermed har høyere sjanse for å forsømme sin egen tannhelse og motsette seg hjelp. En annen faktor kan være pleiernes holdninger i seg selv. Kunnskap om munnhelse kan ha positive effekter for munnhelse, mange sykepleierstudenter får opplæring under studiet, likevel er tannhelsestatusen til eldre i sykehjem dårlig. Dette kan skyldes manglende opplæring hos personellet da ikke alle har formell kompetanse eller opplæring på området. Dårlig tid og mangel på utstyr kan være en tredje faktor. Alle disse faktorene ønsket studiet å undersøke. 9.1% av pleierne synes det var ubehagelig å utføre munnstell, 97% opplevde motstand fra pasientene, 21% av pleierne hadde vurdert å bruke tvang. Når det kom til kunnskap om munnhelse anså majoriteten av pleierne i studiet det som viktig, men kun ¼ oppga at de hadde nok kunnskap på alle områder og syntes det var vanskelig å gjennomføre tannpleie i praksis. Mangel på tid ble også trukket fram som et problematisk område.

Forsell et.al (2011) er en studie der det ble sendt ut spørreskjema til 105 ansatte på et sykehjem i Stockholm. Målet med spørreundersøkelsen var å undersøke holdninger og oppfatninger ift. Munnhelse både før og etter opplæring. 83% svarte på spørreundersøkelsen og av dem oppga 87% at de syntes det var ubehagelig å gjennomføre munnstell, og den oppgitte grunnen til dette var i hovedsak motstand fra pasientene. Majoriteten av pleierne opplevde ofte eller alltid motstand under munnstell. Den oppfattede motstanden ble redusert etter opplæring. De fleste pleierne (92%) sa de hadde nok tid til å gjennomføre munnstell). 83% anga at de hadde nok kunnskap til å gjennomføre munnstell, men kun 30% sa at de alltid var fornøyd, men munnstellet de ga.

Wårdh et.al (2012) ser på holdninger og kunnskap hos svenske ansatte på sykehjem når det kommer til munnhelse. 454 ansatte fikk et spørreskjema på 16 spørsmål. 89% av de som svarte sa at munnhelse var en viktig del av sykepleien, men kun 35% sa de ikke hadde noen formell utdanning innen munnhelse. 60% syntes det var problematisk å gjennomføre munnstell og de fleste sa at dette var pga. at pasienten motsatte seg tannstellet. Mer en halvparten trodde tennene til eldre ville falle ut uansett hva man gjorde når man ble eldre. Munnstell ble oppgitt som den aktiviteten de hadde minst lyst til å gjennomføre. De fleste kunne ikke oppgi grunnen til at man fikk gingivitt og trodde at man kunne la gebiss bli i munnen over natten (men de fleste var dog klar over sammenhengen mellom sukker og karies og dårlig tannhygiene og karies). Mange oppga og at de trodde pasientene selv ville si fra om de hadde behov for å få hjelp til munnstell. Det blir trukket fram av forfatterne i studien at dette er en mulig mekanisme for å unngå å utføre munnstell.

3.6. Kildekritikk

Under dette punktet skal jeg forklare litt hva jeg, og de som har utført studiene selv, anser som styrker og svakheter ved studiene. Alle studiene er fagfellevurdert og utgitt i tidsskrifter.

Studiet av van de Rjir et.al (2019) har noen svakheter, for eksempel er den avhengig av observasjoner av demente og da er det alltid en viss sjanse for mistolking av det man observerer. Det var også et mål om 94 per gruppe (de med demens og de uten demens), denne ble ikke nådd. Man kan dermed ikke si om studiet er representativt. Studiet er også fra Storbritannia og ikke Norge, det kan hende forholdene er annerledes her hva angår prevalens av smerter.

Jablonski et. Al (2018) er et randomisert kontrollert studie som kan gi svar om årsakssammenheng. Det var 100 deltakere, som er et minimum for å kunne trekke konklusjoner, men kunne gjerne vært større. Plakk ble ikke observert, som det har blitt i mange lignende studier, som kan være en mer pålitelig måte å måle effekt på. Det kan også hende at OATH ikke er ideell for å måle forverring, da det ikke er sensitivt for plakk og gingivitt.

Moghadam et.al (2017) er en systematisk oversikt, det kan man trekke flere konklusjoner fra enn en enkelt studie. Oversikten ser på mange studier over et lengre tidsrom.

I et.al (2019) har flere svakheter, dette er ikke en studie eller en systematisk oversikt som sådan da den mangler en klart formulert metodedel om hvordan de forskjellige studiene er kommet fram til, her har det blitt valgt ut artikler basert på at de skal underbygge teorien om at det er en sammenheng mellom periodontitt og kardiovaskulære sykdommer. Jeg valgte likevel å inkludere den da jeg ikke hadde anledning til å ha med mange forskjellige studier som viser effekt på hvert enkelt hjerte og karsykdom og andre systematiske oversikter hadde jeg enten ikke tilgang til eller var på et annet språk.

Deutsch et.al (2017) har kun åtte deltakere og man kan dermed ikke trekke konklusjoner fra den eller overføre resultatene til en større gruppe. I tillegg er selvrapporing av munntørrhet en utfordring hos demente pasienter. Studiet så heller ikke på effekt av et tiltak vs. Et annet, det trengs flere studier med større grupper. Likevel er studiet interessant da man ser på spesifikt effekten av hva sykepleiere kan gjøre, og det hadde vært interessant å se flere større studier på området.

Willumsen et.al (2011) ser på relativt mange deltakere på flere sykehjem, dette er en klar styrke. Studiet foregår også i Norge. Studiet er dog bygget på selvrapporing, som har visse svakheter.

Botngård et.al (2020) har en stor andel deltakere fra flere sykehjem, men har likevel visse svakheter, som at noen sykehjem avsto å være med i studien, kanskje kan det hende at de sykehjemmene som har verst forhold ikke vil være med i undersøkelsen? Denne studien er og bygget på selvrapporing, og dermed og personlig tolkning av spørsmål, dessuten rapporterte ansatte oftere om forhold mht. medarbeidere enn en selv, kanskje underrapporterer man sine egne handlinger?

Forsell et.al (2011) er en studie fra Sverige, det kan godt hende at forholdene i svenske sykehjem (og dermed også holdningene) er annerledes enn her. Det var 105 deltakere som er et relativt bra antall, men de er kun fra et sykehjem. Man kan ikke dermed si at holdningene og forholdene på dette sykehjemmet nødvendigvis er likt alle andre sykehjem.

Wang et.al. (2011) sin oversikt hadde en del studier som ikke var randomiserte, men heller så på før og etter resultater. De forskjellige studiene brukte også forskjellige skalaer, som kan sette søkelys på forskjellige resultater. Det var også et lite antall studier som ble tatt med til slutt, som gjør det vanskeligere å trekke konklusjoner. Alle studiene til sammen hadde dog 602 deltakere som er et relativt stort antall og dermed lettere å trekke konklusjoner fra.

Wårdh et.al (2012) studiet er fra Sverige, og igjen kan forhold og holdninger være annerledes der fra i Norge. Studiet har dog et høyt antall deltakere og fra flere sykehjem som er en styrke. Det er dog ikke mange sykepleiere med i studien, så det er vanskelig å svare på om sykepleiers holdninger er veldig annerledes fra andre ansattes.

Zuluaga et.al (2012) har et lavt antall deltakere, dette kan gjøre at andre steder vil kunne få forskjellige resultater. Dessuten ser studiet kun på Oslo, forholdene kan være annerledes ellers i landet. Studiet er dog fra Norge, som er hvorfor jeg valgte det ut.

4. Teori

4.1. Demens

Siden jeg i min oppgave har valgt å sette søkelys på gruppen demente pasienter skal jeg her ta for meg kort litt kunnskap om demens. Jeg vil ikke gå inn på kognitiv svikt vs. Demens eller ulike undertyper av demens pga. oppgavens begrensinger.

Det finnes ca. 71000 personer med demenssykdom i Norge i dag, risikoen for demens øker med alder og 40% av de i gruppen 80-90 år har demens, dette kombinert med at antallet 90 åringer i befolkningen kommer til å øke kraftig betyr at forekomsten av demens vil øke til 135000 i 2040. (Skovdahl og Berentsen, 2015).

Vanlige symptomer ved demens er redusert hukommelse og læringsevne, særlig korttidshukommelse (Evnen til å lagre informasjon i 20 sekunder). Dette fører til vansker med å lære nye ting samt oppfatte og forstå ord, objekter og sanseopplevelser. Forstyrrende stimuli kan føre til at man glemmer det man skulle gjøre. Det er og vanlig å få problemer med å orientere seg i rom, en person med demens kan f.eks. glemme hvor toalettet er. I tillegg kan demente slite med apraksi (glemme hvordan man gjør praktiske handlinger), agnosi (å tolke sanseinntrykk). ASPD (atferdsforstyrrelse og psykiske symptomer ved demens) er og vanlig, som f.eks. aggresjon og angst. Det er anslått at 70% av beboere på norske sykehjem har ASPD.(Skovdahl og Berentsen,2015).

4.1.1. Kommunikasjon ved demens

Å kommunisere med pasienter som har demens kan være utfordrende, da den progredierende demenssykdommen vil påvirke kognitive og etter hvert også språklige evner, de kan få utfordringer både med å forstå og gjøre seg forstått. Likevel har personer med demens et behov for å kommunisere med andre, dette er noe som ligger dypt i oss. (Wogn-Henriksen, 2009).

Noe av det viktigste en kan gjøre når en kommuniserer med pasienter med demens er å ta seg tid, være tydelig og tilrettelegge sin atferd slik det passer til den enkelte. Man må snakke tydelig og rolig og være var for sanseforstyrrelser som nedsatt hørsel (snakke høyt og tydelig), syn (bruke berøring og annen sansestimulering). Man bør unngå å bruke for lange setninger. Man bør holde seg til en ting av gangen og bruke konkrete ord og uttrykk og helst ikke abstrakte. Kroppsspråk kan med fordel også brukes, man bør og bruke forenklet språk (uten at det blir helt banalt) og supplere med bilder og visuelt stimuli. Man må dog også være var på at kommunikasjon ikke er statisk og at det ikke finnes noe oppskrift en kan følge som fungerer hos alle en møter. Kommunikasjon og samspill er mer komplekst enn som så. Det er viktig å ta innover seg, og at kunnskap om kommunikasjon med demens er ment som et verktøy heller enn en oppskrift som skal følges slavisk. God tid og engasjement er kanskje de viktigste faktorene. (Wogn-

Henriksen, 2009).

4.2. Munnhelse

Mange pasienter med demens får ikke til å uttrykke smerte fra munnhulen og har sviktende egenomsorg.. Endring av atferd kan være et tegn på at en bør vurdere å hente inn tannhelsepersonell da dette kan være et uttrykk for smerte, blant annet fra munnhulen. Det kan være utfordrende å gi denne pasientgruppen tilstrekkelig godt munnstell. (Samson og Strand,2015).

Det er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten å ivareta sin munnhelse, ved å rengjøre og fukte munnslimhinner og tenner for å forebygge infeksjoner og for å opprettholde velvære og verdighet. (Samson og Strand,2015)

Når man blir eldre oppstår det aldersforandringer i munnhulen. Ofte vil mange eldre ha misfargede sprø tenner, tilbaketrukket tannkjøtt, svekkede slimhinner, redusert spyttsekresjon og nedsatt muskelstyrke som kan gi dårlig tygge og svelgefunksjon, Mange vil også trenge større grad av hjelp til å ivareta behovet for godt tann og munnstell ved sviktende egenomsorg og redusert helsetilstand. (Samson og Strand,2015).

4.3. Sykepleieteori

4.3.1. Travelbee relasjonsteori

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 2007,s.29)

Dette er Joyce Travelbees definisjon av sykepleie.. Sykepleie er en mellommenneskelig prosess og det vil alltid være kontakt med andre mennesker, enten direkte eller indirekte. Sykepleie er likevel ikke statist, det er en flytende og dynamisk prosess, konstant i endring fordi man har med mennesker å gjøre. Sykepleieren vil og alltid jobbe for å endre pasientens tilstand, sykdom, dårlig hygiene og lidelse sees ikke på som akseptabelt og skal forebygges og høyeste mulige nivå av helse opprettholdes. (Travelbee 2007).

Travelbee beskriver all form for interaksjon mellom sykepleier og som en form for sykepleier-pasient interaksjon. Man har flere typer interaksjon mellom sykepleier og pasient. Ofte verdsettes sykepleieren som “får ting gjort”. Dette kan igjen komme av at utdanningen har mye fokus på fysiske prosedyrer og mindre på kommunikasjon, ifølge Travelbee.(Travelbee, 2007).

Å bruke seg selv terapeutisk går ut på å være bevisst hvordan ens egen atferd påvirker

andre. Man bruker seg selv og sin kunnskap og personlighet for å påvirke andre bevisst for å hjelpe og bidra hos forandring hos den andre. Når en oppnår lindring, kan en si man har brukt seg selv terapeutisk. (Travelbee 2007).

4.3.2. Henderson og grunnleggende behov

Virginia Henderson sin sykepleie definisjon bygger på menneskers grunnleggende behov. Teorien hennes ble utviklet i 1950 årene og jeg har valgt å ha med denne i tillegg til Travelbees definisjon da det er vanskelig å fange essensen av sykepleie og hva det innebærer kun med en teori.

Hendersons teori går ut på å kompensere for mangler og svakheter. Virginia sin beskrivelse av sykepleierfunksjonen er som følger «å hjelpe enkeltmennesker, syke eller friske, til så raskt som mulig å gjenvinne sin selvstendighet når det gjelder å utføre gjøremål som er forbundet med ivaretagelse av de grunnleggende menneskelige behovene. Selvstendighet er her nær knyttet til overordnede mål som god helse og helbredelse. Hvis selvstendighet ikke er et realistisk mål, som ved kronisk og langvarig funksjonssvikt, må sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke de grunnleggende behovene, slik at han kan få en optimal helse» (Kristoffersen s.38, 2016)

Henderson kom originalt med en teori som innebar 14 forskjellige grunnleggende behov

1. å puste normalt, å spise
2. drikke tilstrekkelig
3. få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. å opprettholde riktig kroppstilling når han ligger, stitter, går og står, og med å skifte stilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær og sko, og kle av og på seg
7. å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for egne følelser
11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe
13. å finne underholdning og fritidssysler
14. å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling (Kristoffersen, side 39, 2016)

4.4. Relevante lover og foreskrifter

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenester sier at både tjenesteapparatet og tjenesteyter skal tilstrebe at den enkelte får de tjenester har behov for til rett tid. (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Helsepersonelloven §4 sier at helsepersonell skal utøve omsorgsfull hjelp og møte kravet til faglig forsvarlighet, dette innebærer å innhente bistand der det er nødvendig. (Helsepersonelloven §4, 2000).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 4.2 sier også at sykepleierne ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet. (NSF,2019).

5. Diskusjon

5.1. Innledning Diskusjon

Her skal jeg drøfte problemstillingen min. Jeg har delt inn etter punkter for å gjøre det ryddigere å drøfte. Det ene punktet er kunnskap og tid, det andre er ansvarsområde, deretter om problemet med å oppnå god munnhelse ligger i hovedsak hos pasient eller pleier og til slutt andre barrierer. Studiene som går på forekomst kommer jeg ikke til å drøfte i stor grad, men jeg bruker disse for å sette lys på at flere pasienter i sykehjem har uakseptabel munnhelse og at dette derfor er et problem som bør rettes oppmerksomhet mot. Selv om problemstillingen min setter søkelys på sykepleiere vil jeg også bruke ordet pleier i drøftingen da de fleste studiene ikke inkluderte kun sykepleiere, men annet pleiepersonell også, da det ikke kun er sykepleiere som gjennomfører munnstell.

5.2. Kunnskap og tid

Et tema som gikk igjen i mange av studiene jeg har brukt i litteraturstudiet er kunnskap. Har sykepleiere, og annet pleiepersonell, nok kunnskap om munnhelse? Hjelper mer kunnskap på området å bedre munnhelse? Kan det hende at munnhelse blir forsømt fordi sykepleiere ikke vet at det kan gi problemer slik som lungebetennelse og muligens også kols slik Moghadam et.al (2017) påpeker? I tillegg til økt risiko for hjerte og karsykdommer, jmf. Liccardo et.al (2019). Kun ¼ av pleierne i studiet av Willumsen et.al (2017) sa de hadde all kunnskapen de trengte for å gjennomføre munnstellet, dette på tross av at det er økt søkelys på dette under studiene. Det ble pekt på at det var vanskelig i praksis. Forsell et.al (2011) pekte på at 83% av pleierne mente de hadde god nok kunnskap til å gjennomføre munnstell, men paradoksalt nok var bare 30% fornøyde med munnstellet de ga. Betyr dette at munnstellet nedprioriteres? Er det ikke nok tid? Eller anser ikke pleierne det som viktig, enten som følge av manglende kunnskaper eller dårlige holdninger? Kanskje overvurderer pleierne sin egen kunnskap? Ifølge studien av Wårdh et.al (2011) så hadde pleierne flere feilaktige holdninger, slik som at tenner faller ut i gammel alder uansett hva man gjør og at tanngebiss kan sitte i munnen over natten. Hvis man tror det ikke spiller noen rolle om man utfører munnstell eller ikke fordi tennene faller ut uansett kan man kanskje lett la være å gjennomføre et godt munnstell. Et annet svar på hvorfor så få er fornøyde med tannstellet de gir kan være at de har teoretisk kunnskap, men, av en eller annen grunn, ikke klarer å utføre dette i praksis. Kan dog pleiere si de har nok kunnskap om kunnskapen om munnstell hvis de ikke får gjennomført den? Går ikke kunnskap også på hvordan man praktisk sett skal gjennomføre munnstellet? Jeg vil påstå at det gjør det.

Kanskje spiller dog tid en rolle også da man kan trenge tid for å gjennomføre et godt tannstell, og kanskje er det for lite pleiere til å få gjennomført tannstellet ordentlig, uansett hvor mye kunnskap man har? Kanskje har ikke arbeidsplassen rutiner som gjør at man får nok tid til å kunne gi god pleie, og dermed faller dette utenfor hva sykepleier kan gjøre noe med? Studien av Forsell et.al (2011) tyder dog ikke på dette. Hele 92% av pleierne oppga at de hadde nok tid til å gjennomføre munnstellet. Det kan tyde på at tid ikke er hovedproblemet med å få gjennomført et godt munnstell og skape god

munnhelse. Dessuten, ville man brukt mangel på tid som et argument for og ikke skifte på en pasient som har avføring i bleien? Ville man slått seg til ro med at pasienten går rundt i lang tid med avføring på seg? Kan det hende at pleierne tenker at når man har dårlig tid så går det greit å la være å gjennomføre munnstellet nettopp fordi de (feilaktig) tror det har få konsekvenser? Wang et.al (2015) sin systematiske gjennomgang pekte på at å gi pleiere opplæring og kunnskap om infeksjose og systemiske sykdommer kunne bedre deres holdninger og bedre munnhelsen, andre studier i gjennomgangen fant dog ikke samme sammenheng mellom bedret munnhelse og bedre opplæring. Som nevnt under empiri kan det være flere grunner til dette, og man kan derfor ikke utelukke at det er tilfellet at bedret opplæring og kunnskap gir bedre munnhelse, men man kan ikke helt sikkert bekrefte det heller. Flere randomiserte kontrollerte studier, med større pasientgrupper, bør gjennomføres på området.

5.3. Ansvarsområde

Er munnstell hovedsakelig sykepleiers ansvarsområde? Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenester sier at både tjenesteapparatet og tjenesteyter skal tilstrebe at den enkelte får de tjenester har behov for til rett tid. (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).. Tjenesteapparat og tjenesteyter kan være mange flere enn sykepleier. Man vil ha helsefagarbeidere og assistenter som og utfører stell hos pasienter. Man har og ledere som har ansvar for opplæring av nye ansatte. Kanskje er det leder som har ansvar for opplæring, og hver enkelt pleier for seg selv og sitt? Under helsepersonelloven så står det beskrevet at helsepersonell skal yte omsorgsfull og forsvarlig hjelp, og det er ikke kun sykepleiere som telles som helsepersonell (Helsepersonelloven, 2000). Dette kan dog føre til ansvarsfraskrivelse, hvis alle har et ansvar kan det lett bli slik at ingen tar ansvar.

Men likevel så er også sykepleier i en særstilling da sykepleiere har et særskilt ansvar for de områder som faller inn under pasientens grunnleggende behov, jmf. Hendersons sykepleierteori. Å holde kroppen ren og velstelt faller inn under dette området, og da vil og munnstell. Dessuten peker også sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer på at sykepleiere har et faglig veiledningsansvar i kollegiet.

Man kan argumentere for at tannleger og tannpleiere har hovedansvaret for pasientens munnhelse, men samtidig er det ikke de som har ansvaret for pasientens grunnleggende behov på daglig basis. Dermed vil det daglige ansvaret for munnhelse hos eldre demente falle på pleierne i institusjonen, og når det er noe sykepleier selv mangler kompetanse til så skal hjelp hentes inn.

Travelbee sier også at sykepleieren vil og alltid jobbe for å endre pasientens tilstand, sykdom, dårlig hygiene og lidelse sees ikke på som akseptabelt og skal forebygges og høyeste mulige nivå av helse opprettholdes. Om man går rundt med smerter og ubehag i munnen kan det vel ikke sies at man har oppnådd høyeste mulige nivå av helse, da det er en form for lidelse. Også Samson og Strand peker på at munnstell er en del av sykepleiers ansvarsområde.

Så hvem har ansvaret? Flere parter har ansvar for å sikre at pasientene har god munnhelse og får den helsehjelpen de har krav på, både leder for sykehjem (tjenesteapparatet) og tjenesteyter (sykepleiere og annet pleiepersonell, tannpleier, tannlege) men sykepleier har et særskilt ansvar i forhold til grunnleggende behov og faglig veiledningsansvar, og bør derved ta en ekstra aktiv rolle i å sikre pasientene hjelp til å opprettholde god munnhelse. Men både utdanningen og arbeidsplassen til sykepleiere bør lære sykepleierstudentene og sykepleiere om munnhelse, da dette kan bedre munnhelsen til eldre demente. De bør også gjøres oppmerksom, gjennom utdanning og jobb, hvordan ens egne holdninger kan påvirke munnstellet man gir og gi kunnskap om hvordan munnstell lettere kan gjennomføres i praksis (via kommunikasjon og MOUTH metoden).

5.4. Pasient som motsetter seg helsehjelp eller sykepleiers holdninger, hvor ligger problemet?

Flere av studiene peker på at det pleiere syns er mest problematisk når det kommer til å gjennomføre munnstell i sykehjem er pasienter som motsetter seg helsehjelp. Eldre demente mangler ofte språk og forståelse ovenfor handlinger som foregår, og kan dermed ha vansker med å forstå hva som skal skje når pleierne prøver å gjennomføre munnstellet. Jeg har drøftet pleiernes kunnskaper, men kanskje er det ikke kunnskapene det går på men utfordrende atferd hos pasientene som er problemet? Både studiet av Willumsen et.al (2011), Forsell et.al (2011) og Wårdh(2012) peker på at en veldig stor andel av pleierne opplevde at pasientene motsatte seg munnstellet. Dette kombinert med at teoriendelen som peker på at demente lett kan tolke sanseinntrykk feil og ikke lengre skjønner funksjonen til alle redskaper (Som f.eks. en tannbørste) gjør at det sannsynligvis er en stor del av problemstillingen.

87% av pleierne oppga også i Forsell et.al sin studie at de selv opplevde ubehag ved munnstell, og at dette i stor grad var knyttet til at pasienten motsatte seg munnstell. Men studiet oppdaget også at dette ubehaget ble redusert ved bedret kunnskap, og at den opplevde motsettelsen av munnstellet ble redusert. Dette kan tyde på at pleiernes holdninger og kunnskaper kan være med å påvirke munnstell av pasienten. Kanskje mistolker pleierne enkelte signaler fra pasienten og tolker dette som motstand, og ved mer kunnskap så klarer pleierne å tolke signalene rett, og dermed virker det som motstanden til tannstellet blir mindre? Eller kanskje så får pleierne nok kunnskap til å kunne minimere uønsket atferd? En tredje mulighet kan være at sykepleier sitt ubehag blir mindre av å ha mer kunnskap, og dermed oppleves situasjonen som mindre truende for pleier, dette kan igjen berolige pasienten. Uansett kommer det fram at også pleierne sannsynligvis kan påvirke pasientenes atferd. Dette kan være både negativt og positivt. Negativt ved at «feil» holdninger kan bli en barriere, men positivt om man får til en god interaksjon basert på gode holdninger. Da kan man bruke seg selv terapeutisk slik Travelbee trekker fram.

I Wårdh et.al (2012) sin studie kommer det også fram at 60% av pleierne syntes tannstell var problematisk å gjennomføre, pleierne selv peker på motstand fra pasientene som hovedgrunnen til dette. De peker derimot også på at dette er den oppgaven de har minst lyst til å gjennomføre, selv om (tilsynelatende) at 40% av pleierne ikke synes det er problematisk å gjennomføre tannstell. Kan det være at pleierne sin manglende lyst til å gjennomføre munnstellet gjør at de selv føler de opplever mer motstand fra pasientene og at det er problematisk å gjennomføre munnstell? Kan det hende deres eget ubehag gjør at de lettere gir opp og slik ikke får gjennomført munnstell? Mange av studiene i denne litteraturstudien er basert på selvrappotering, og det er ikke alltid like lett å være bevisst sine egne holdninger og tanker og hvordan de kan påvirke interaksjonen mellom pasient og pleier. Det er dog ikke mulig å trekke sikre konklusjoner på bakgrunn av disse studiene at det helt sikkert er sykepleiers holdninger som er viktigste faktor, men det er verd å ha med seg i bakhodet at det kan påvirke. Flere av pleierne i samme studiet trodde også at pasientene selv ville si fra når de trengte hjelp. Forfatterne av studien pekte på at dette kunne være en mulig mekanisme for å unngå munnstellet. Botngård et.al(2020) trekker dog ikke fram holdninger men erfaring, tid og pasienter som motsetter seg munnstell som hovedproblem for forsømt munnstell. Som nevnt tidligere i drøftingen kan og sykepleiers kunnskaper også påvirke om man får opprettholdt god munnhelse hos pasientene, og at flere pleiere har manglende kunnskaper på enkelte områder knyttet til munnhelse.

Deutch et.al peker også på at holdninger kan være med å påvirke munnstell. Studiet er fra USA, men trekker fram at tannhelse er sett på som tannpleiers/tannleges domene og ansvar og at denne holdningen kanskje blir med inn i sykehjemmet, det er ikke sikkert dette kan overføres til norske sykehjem, eller at antagelsen er korrekt i utgangspunktet, men det kan være en faktor til hvorfor munnhelse i sykehjem er et forsømt område, studiet brukte en metode som økte fokuset hos pleiepersonellet på munnhelse og munntørrhet og intervensjoner i forhold til dette en periode. Kanskje kan fokuset på munnhelse i seg selv gi positive effekter?

Det finnes ikke et klart å tydelig svar på hva som er hovedproblemet med å opprettholde god munnhelse hos pasienter i sykehjem, pleieres kunnskap og holdninger eller at pasientene motsetter seg munnstellet, men det framkommer uansett at munnstell er et forsømt område (Botngård et.al 2020) og at eldre demente har særlig høy forekomst av orofacial smerte (Van de rjir et.al, 2019) og at svært mange pasienter i sykehjem har uakseptabel munnhelse og at det er en sammenheng mellom dårlig munnhelse og kognitiv svikt(Zuluaga et.al) og at sykepleier på et eller annet vis må prøve å møte dette for å kunne opprettholde god munnhelse hos eldre demente i sykehjem.

5.5. Mulige løsninger for å skape god munnhelse

Flere av studiene tyder på at mange pasienter motsetter seg munnstell, dermed oppstår det et behov for at sykepleiere og annet pleiepersonell kan møte denne atferden på en måte som fortsatt muliggjør at man kan opprettholde god munnhelse. Hvordan kan man gjøre dette?

Jablonski et.al (2019) sin studie kan gi en pekepinn. Der brukes MOUTH metoden for å kunne gjennomføre munnstell hos demente pasienter som motsetter seg munnstell. Det brukes trussel reduserende atferd for å kunne gjennomføre munnstellet, og tilsynelatende

ganske effektivt. Dette kan tyde på at kommunikasjon er et viktig middel for å få gjennomført munnstell. Både Rokstad og Smebye og Travelbee trekker frem kommunikasjon som et virkemiddel i sykepleien, Rokstad og Smebye snakker spesifikt om hvordan man bør møte pasienter med demens og Travelbee snakker om at kommunikasjon er et område med lite fokus i sykepleiefaget. Kanskje er det for stort fokus på sykepleiers tekniske egenskaper og teoretisk kunnskap om munnstell? Kanskje bør det rettes mer fokus på hvordan man skal møte mennesker, og kunnskap om demens og hvordan dette kan påvirke kommunikasjon? Samtidig er det ikke lett å gi opplæring i kommunikasjon da dette er en mellommenneskelig prosess uten noen spesifikk fasit. Det som virker trygt og godt for en person kan virke truende på en annen. Likevel trekker både Jablonski et.al studiet og teorien fra Rokstad og Smebye fram noen verktøy man kan bruke, og begge vektlegger at kommunikasjonen må tilpasses den enkelte. Jablonski et.al studiet tyder på at kommunikasjon og kroppsspråk kan være et effektivt verktøy for å gjennomføre munnstell og kan gjøre det lettere å gjennomføre i praksis. Studiet trekker også fram at kvalitet kan være like viktig som kvantitet, i og med at pasientenes munnhelse ble forbedret selv om man ikke utførte munnstell to ganger om dagen. Travelbee trekker også fram at man kan bruke seg selv terapeutisk i sin sykepleierteori, og at dette krever at man er oppmerksom på hvordan ens egen atferd påvirker andre. Kanskje bør kommunikasjon med pasienter med demens og kunnskap om dette få et enda større fokus både under sykepleierstudiet, og under opplæring på arbeidsplassen? Travelbee trekker fram at dette er et område det er lite fokus på i sykepleien som er noe paradoksalt da sykepleieryrket innebærer kommunikasjon med mennesker i alt en gjør.

En mulig ulempe med MOUTH metoden er dog at den krever at flere personer er tilgjengelig samtidig da en del av metoden går ut på å bytte ut personell underveis. I dagens helsetjeneste er det allerede mange pasienter som motsetter seg tannstell, og mange demente pasienter. Forekomsten av demens øker. Vil man per dags dato, og ikke minst i framtiden, ha nok personell med tilstrekkelig tid til å utføre en slik metode? Samtidig kan også kunnskap om god kommunikasjon også gjøre at man raskere får utført sine sykepleieroppgaver.

Det siste studiet jeg skal diskutere ser også på en mulig løsning som kan være interessant. Her har en håndfull sykepleiere fått et ekstra ansvar for å gjennomføre intervensjoner med tanke på munntørrhet og intervensjoner i forhold til dette. Som nevnt i empirien fikk pleierne opplæring i 12 timer for å kunne gjennomføre kartlegginger å sette i gang intervensjoner. Intervensjonene hadde høy etterlevelse og satte et økt fokus på noe som ellers kanskje ikke ville vært i så høyt fokus hos pleiepersonellet. Studiet er dog for lite til å trekke noen konklusjoner og har for lite brukere, men viser at sykepleierrollen kan utvides i framtiden og at man kan tenke nytt mtp. Intervensjoner og det man prøver ut. Igjen kommer dog tidsaspektet inn, 12 timer opplæring er tidskrevende og i starten ble det brukt mye tid på gjennomføring av kartleggingene. Kommer man til å ha tid til en slik intervensjon i en hverdag der sykepleier allerede har mange andre arbeidsoppgaver å utføre? Samtidig blir det pekt på i studiet at selve intervensjonene, som å tygge tyggis, ikke er særlig tidkrevende, men er effektive for å bøte på munntørrhetsproblemet. Pasientenes munnhelse ble dog ikke direkte målt før og etter i studiet, og det var heller ikke kontrollert opp mot en kontrollgruppe og hadde kun 12 deltakere, så det må utføres flere studier for å se om slike tiltak kan hjelpe.

6. Konklusjon

Da jeg startet på denne oppgaven, hadde jeg håpet på å finne klare svar og enkle praktiske løsninger for sykepleier å bedre eldre demente i sykehjem sin munnhelse.. Man kan dog ikke nødvendigvis trekke definitive konklusjoner fra studiene og teorien, da særlig med tanke på at enkelte studier var små eller ikke hadde en metode som viser direkte årsakssammenheng mellom tiltak og resultat og flere større studier bør gjøres på områdene tid, kunnskap, sykepleiers holdninger og metoder som MOUTH og andre metoder for å bedre munnhelse hos eldre demente. Likevel vil jeg prøve å komme med noen anbefalinger på bakgrunn av drøftingen jeg har gjort av de vitenskapelige artiklene og teorien som finnes på området.

Både tid, kunnskap og holdninger påvirker munnpleien man gir, men tid virket til å spille en mindre rolle ifølge studiene i denne litteraturstudien. Det er viktig at sykepleiere selv er oppmerksom på hvordan ens egne holdninger kan vær med å bidra til at man gir et dårligere munnstell til eldre demente pasienter, og dermed også føre til dårligere munnhelse. Det samme gjelder kunnskap, flere av studiene pekte på at bedret kunnskap kan føre til bedre tannhelse hos eldre demente i sykehjem. Sykepleiere bør derfor selv også innhente kunnskap om hvorfor munnstell er så viktig og hvordan man gjennomfører den, og via sin veiledende funksjon i kollegiet også videreformidle denne kunnskapen til andre ansatte, og også leder om sykepleier selv tenker det er for lite fokus på dette på arbeidsplassen. Sykepleier kan også bruke kommunikasjon og teknikker for å virke mindre truende for å lettere få gjennomført munnstell hos pasienter som motsetter seg dette og videreformidle denne kunnskapen til andre. Sykepleiere kan og ta initiativ til å sette i gang tiltak for å forebygge munntørrhet og bedre munnhelse på denne måten, slik som i studiet i denne litteraturstudien, da det så ut til å ha en viss effekt og høy etterlevelse.

Referanser

Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>

Deutsch, A., Siegel, E., Cations, M., Wright, C., Naganathan, V., & Brodaty, H. (2017). A pilot study on the feasibility of training nurses to formulate multicomponent oral health interventions in a residential aged care facility. *Gerodontology*, 34(4), 469–478. <https://doi.org/10.1111/ger.12295>

Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(3), 199–203. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x>

Helsepersonelloven.(2000). Lov om helsepersonell(LOV-2019-04-10-11). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, 35(4), 365–375. <https://doi.org/10.1111/ger.12357>

Kristoffersen, N. J. (2016). Kapittel 19 Sykepleierfagets faglige utvikling, Kristoffersen N.J., Nortvedt F, Skaug E(Red), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Gyldendal Norsk Forlag.

Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie-og omsorgstjenestene for tjenesteyting.(LOV-1982-11-19-66-§6-9,LOV-1991-12-13-81-§2-1, LOV 1991-12-13-81-§4-6 jf. LOV-2011-06-24-30-§13-2). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>

Liccardo, D.; Cannavo, A.; Spagnuolo, G.; Ferrara, N.; Cittadini, A.; Rengo, C.; Rengo, G. (2019)Periodontal Disease: A Risk Factor for Diabetes and Cardiovascular Disease. *Int. J. Mol. Sci.*, 20(6), 1414. [10.3390/ijms20061414](https://doi.org/10.3390/ijms20061414)

Moghadam SA, Shirzaiy M, Risbaf S.(2017) The Associations between Periodontitis and Respiratory Disease. *J Nepal Health Res Counc.*15(1):1-6. [10.3126/jnhrc.v15i1.18023](https://doi.org/10.3126/jnhrc.v15i1.18023)

NHI. (2020). *Demens—En kort oversikt*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>

NSF.(2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Samson, H., & Strand, V., Gunhild. (2015). Kapittel 22- Munnhelse.Kirkevold M, Brodtkorp K, Ranhoff A. H(red).*Geriatrisk Sykepleie* (2. utg.). Oslo:Gyldendal Norsk Forlag.

Skaug, E. A. (2016). Kapittel 10 kroppspleie (3. utg.). Kristoffersen N.J., Nortvedt F, Skaug E(Red),*Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skovdahl, K., & Berentsen, D., Vigdis. (2015). Kapittel 29 Kognitiv svikt og demens, Kirkevold, Brodtkorp, Ranhoff(Red),*Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tholens, B og Legaard, M (2016). *Forskningens ABC*. Oslo: Sykepleien Forskning.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg). Oslo:Gyldendal Norsk Forlag.

van de Rijt, L. J. M., Feast, A. R., Vickerstaff, V., Lobbezoo, F., & Sampson, E. L. (2019). Prevalence and associations of orofacial pain and oral health factors in nursing home residents with and without dementia. *Age and Ageing*, 49(3), 418-424
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz169>

Wang, T.-F., Huang, C.-M., Chou, C., & Yu, S. (2015). Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1090–1096.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.015>

WHO. (2002). *Health statistics and information systems*. Hentet fra
<https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WHO. (2020). *Oral health*. Hentet 7. mai 2020, fra https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_2

Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), 748–755. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>

Wogn-Henriksen, K. (2009) Kapittel 5 kommunikasjon, Rokstad A.M.M, Smebye K.L(Red). *Personer med demens-Møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Akribe AS.

Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), 787–792. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

Zuluaga, D. J. M., Ferreira, J., Montoya, J. A. G., & Willumsen, T. (2012). Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*, 29(2), 420–426. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x>

