

Anonym

Munnhelse på sykehjem

Litteraturbachelor

Antall ord: 7674

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2021

Anonym

Munnhelse på sykehjem

Litteraturbachelor

Antall ord: 7674

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I 2060 vil en femtedel av Norges befolkning være over 70 år. I tillegg øker antallet eldre som bevarer sine egne tenner, og færre har behov for tannproteser. Med økt antall tenner øker faren for konsekvenser som karies og plager i munnen, og i verstefall kan konsekvensene utvikle seg til livstruende sykdommer som blant annet sepsis. På sykehjemmet er det sykepleieren sitt ansvar å sikre at eldre pleietrengende får ivaretatt sitt behov for god munnhygiene, men likevel ser man at dette er en oppgave som blir forsømt og bortprioritert.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å se på hvordan sykepleiere på sykehjem kan sørge for at behovet for god munnhygiene blir ivaretatt hos eldre pleietrengende.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 7 kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Resultat: artiklene resulterer i fire gjengående temaer. Det første viser at munnhelsen til sykehjemspasientene er for dårlig, og krever tiltak. Det andre er at sykepleieren har behov for mer kompetanse om temaet munnhelse. Det tredje ser hvordan tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsepersonell og helsepersonell på sykehjem kan bidra til bedre munnhygiene, mens den siste er hvordan dårlige rutiner og ledelse påvirker sykehjemmets kapasitet til å ivareta munnhelsen.

Konklusjon: litteraturstudien satt lys på at gjennom å øke kompetansen, ta ansvaret, skape gode muligheter for tverrfaglig samarbeid, lage gode rutiner og få pleieteamet og ikke minst ledelsen med på laget, kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for god munnhygiene hos den eldre pleietrengende på sykehjemmet.

Nøkkelord: Munnhelse, Sykepleie, Munnhygiene, Sykehjem, Eldre pleietrengende

Innhold

1.	Innledning.....	6
1.1.	Introduksjon og bakgrunnskunnskap	6
1.2.	Teori.....	6
1.2.2	Konsekvenser av dårlig munnhygiene	7
1.2.3	Hva god munnhygiene er	7
1.2.4	Sykepleierens ansvar	8
1.3.	Formål og problemstilling	9
2.	Metode	10
2.1	Beskrivelse av metode	10
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.3	Søkehistorikk.....	10
2.4	Vurdering av artikler.....	13
2.5	Analyse.....	13
3.	Resultater	14
3.1	Artikkelmatrise	14
3.2	Presentasjon av resultater	17
3.2.1	Sykehjemspasienters munnhelse	17
3.2.2.	Sykepleierens kompetanse	18
3.2.3.	Tverrfaglig samarbeid	19
3.2.4.	Rutiner og ledelse.....	19
4.	Diskusjon	21
4.1	Resultatdiskusjon	21
4.1.1	Munnhelsen til eldre pleietrengende og sykepleierens kompetanse.....	21
4.1.2	Tverrfaglig samarbeid	23
4.1.3.	Rutiner og ledelse på arbeidsplassen.....	24
4.2	Metodediskusjon	25
4.3	Konklusjon	26
	Referanser.....	27

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
Tabell 2 PICO-skjema.....	11
Tabell 3 Søketablell	11
Tabell 4 Artikkelmatrise.....	14

1. Innledning

1.1. Introduksjon og bakgrunnskunnskap

Antall eldre i Norge øker for hvert år, og ifølge statistisk sentralbyrå vil en femtedel av Norges befolkning i 2060 være over 70 år (Gleditsch, 2020). I tillegg er det bare flere og flere som bevarer sine egne tenner. Det vil si at færre eldre har behov for tannproteser enn tidligere (Lyshol, Biehl, 2009). Når flere eldre beholder egne tenner gir dette også økt fare for karies og plager fra munnen. Det kan bli en stor utfordring i fremtiden å få dekt disse problemene (Lyshol, Biehl, 2009). Det kommer til et punkt der den eldre blir avhengig av hjelp fra andre. Da er sykepleieren en av de som får ansvaret for å ivareta deres daglige behov også med tanke på nødvendig munn- og tannstell (Kirkevold, Brodtkorb, Ranhoff, 2020). Dessverre ser man at mange eldre pleietrengende har dårlig munnhelse, og at munnstell er en oppgave som ofte blir forsømt på sykehjem (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2016b).

På sykehjemmet møter man pasientene som er blitt for pleietrengende til å kunne bo hjemme, og som nå er avhengig av hjelp fra andre som å få dekt sine behov. Det typiske for disse pasientene er høy alder, kompliserte sykdomsbilder og nedsatt funksjonsnivå. De som har ansvar for å dekke disse behovene er sykepleiere, sammen med annet helsepersonell. (Kirkevold, et.al., 2020). Et av disse behovene vil være hjelp til munnstell. Selv om det virker som en tilsynelatende enkel oppgave, så er dette likevel et sentralt oppdrag som i dag ofte blir forsømt (Kristoffersen et al., 2016b). Med alderdommen vil det skje naturlige endringer i munnhulen, og hvis munnstellet blir forsømt på sykehjem, vil faren for infeksjoner og sykdommer i munnhulen øke betraktelig (Kirkevold, et.al., 2020). Som sykepleier har du ansvaret for å hjelpe pleietrengende eldre med å ivareta sin munnhelse. Det handler blant annet om å gi godt munnstell og jobbe forebyggende for å unngå infeksjoner (Kirkevold, et.al., 2020). Hvorfor munnstell hos eldre blir forsømt er da et godt spørsmål. Noen av årsakene kan se ut til å skyldes lite tid, dårlige rutiner, manglende kompetanse hos helsepersonell og mangel på utstyr til å utføre godt munnstell (Kirkevold et al., 2020; Kristoffersen et al., 2016b). Av egne erfaringer har jeg gjentatte ganger opplevd i sykehjemspraksis at munnstellet uteblir, og med spørsmål om hvorfor, ble jeg møtt med svar som lite tid eller at det ble bortglemt. Derfor vil jeg i denne oppgaven undersøke om det er et gjentakende problem at munnhelsen blir forsømt og hva sykepleieren kan gjøre for å ivareta behovet for god munnhygiene hos eldre pleietrengende på sykehjem.

1.2. Teori

1.2.1 Aldersendringer

Med alderen vil det skje naturlige endringer i munnhulen som også vil føre til økt behov for godt munnstell (Kirkevold, et.al. 2020). Tennene vil bli sprøere slik at de tåler mindre, dermed blir man mer utsatt for karies og ødelagte tenner. Du kan få mer tilbaketrukket tannkjøtt, som fører til at rotoverflatene ikke lengere er beskyttet og blir mer sårbar. Slimhinnene forandrer seg og blir tynnere. I tillegg er det ikke uvanlig at

eldre rammes av redusert spyttsekresjon, noe som fører til munntørrehet. Spytten er viktig fordi det er med på å rense og fukte munnhulen, og uten kan det bli vanskelig å svelge, tygge, snakke og smake. Redusert spyttsekresjon kan også gjøre det ubehagelig å ha tannproteser, da det gjør at de fester seg dårligere og løsner lett. En annen aldersendring som kan forekomme er nedsatt muskelkraft, som kan påvirke tygge- og svelgefunksjonen og ramme munnens evne til å fjerne matrester (Kirkevold, et.al. 2020).

1.2.2 Konsekvenser av dårlig munnhygiene

Disse aldersendringene gjør altså at man blir mer utsatt for munnhuleinfeksjoner. Hos eldre pleietrengende hvor infeksjonsforsvaret allerede kan være svekket kan konsekvensene bli mange og alvorlige (Kirkevold et al., 2020). Hvis munnhygiene heller ikke blir ivaretatt kan det blusse opp et høyt antall av bakterier, sopp og virus. Dette kan føre til sykdommer som karies, tanntap, betennelser i slimhinnene eller tannkjøttet, eller soppinfeksjonen candidose (Kirkevold et al., 2020). I tillegg er det fare for at bakterieoppvekst i munnhulen sprer seg til andre deler i kroppen, som kan føre til mer alvorlige sykdommer som sepsis, lungebetennelse, endokarditt eller gastrointestinale infeksjoner (Kristoffersen et al., 2016b). I verstefall kan konsekvensene av dårlig munnhygiene være livstruende for sykehjemspasienten (Kirkevold et al., 2020).

1.2.3 Hva god munnhygiene er

God munnhygiene går ut på å holde munnen ren og er vesentlig for å forebygge infeksjoner, holde god munnstatus, og i tillegg opprettholde verdighet og velvære (Kirkevold et al., 2020). Munnstellet varierer ut fra pasientens behov, og går blant annet ut på tannpuss, stell av proteser eller rengjøring av munnhulen generelt (Kristoffersen et al., 2016b). Anbefalingen er at voksne bør pusse tennene sine minst to ganger daglig med fluortannkrem for å unngå infeksjoner samt holde tannstatusen vedlike (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg kan det hjelpe at pasientene får skylt munnen etter måltid for å få vekk matrester og for å fortynne suktermengdene (Kristoffersen et al., 2016b). Siden munnstell må tilpasses den enkeltes behov, bør det utarbeides en bestemt prosedyre som beskriver nødvendig utstyr og gjennomføringen av munnstellet. Slike prosedyrer kan utarbeides av tannhelsepersonell i form av et munnstellkort som kan henges på pasientrommet, eller av sykepleier som dokumenterer prosedyren i pleieplanen til pasienten. På den måten kan man sikre at pasienten får munnstell ut fra hans behov (Kristoffersen et al., 2016b).

Før gjennomføring av munnstell bør man kontrollere om pasientens lepper bør smøres. Dette siden tørre, sprukne lepper kan gjøre at munnstellet blir smertefullt og det kan dannes flere sprekker (Kristoffersen et al., 2016b). Tannpuss har som hensikt å fjerne plakk fra både tenner og tannkjøtt, og er det viktigste redskapet for å forebygge karies og ødelagte tenner. Som nevnt bør utstyret som benyttes være tilpasset den enkelte, men tannbørsten bør være myk for å unngå skade på tenner, tannkjøtt og slimhinner. Selve gjennomføringen bør ha en systematisk fremgangsmåte for å sikre at alle flater av tennene blir pusset, og det bør brukes små bevegelser på børsten slik at den kommer godt til mellom ujevnheter. Det viktigste under tannstellet er hensyn til pasientens ønsker, grundigheten samt tiden man bruker som minimum bør være på 3 minutter. (Kristoffersen et al., 2016b).

Selv om antall med egne tenner øker, vil det fortsatt være eldre pleietrengende på sykehjem som har tannproteser (Kristoffersen et al., 2016b). En viktig ting å bemerke seg som sykepleier er at tannprotesene bør brukes daglig for å unngå at kjeven forandrer seg og at protesen ikke lengere passer. Unntaket er hvis det er kvelningsfare, for eksempel når pasienten er bevisstløs eller svært syk. Stell av tannprotese er veldig likt som ved egne tenner, der de bør minst pusset to ganger for dagen. Protessene skal ikke vaskes med vanlig tannkrem, men i stedet kan det brukes spesiallaget tannkrem eller

vaskemiddel. Når pasienten har tannprotesene ute skal munnhulen rengjøres med egnet redskap som myk tannbørste eller lignende, samt munnen skyldes godt. Det er viktig at det gjøres observasjoner av munnhulen, for å kontrollere at den er tilstrekkelig rengjort og at det ikke er tegn til sårhet og infeksjoner (Kristoffersen et al., 2016b).

1.2.4 Sykepleierens ansvar

Under de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpekes det at sykepleieren skal sikre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Med tanke på alle konsekvensene hvis munnstell uteblir, kan det regnes som en oppgave som både fremmer helse og forebygger for utvikling av sykdommer (Kirkevold et al., 2020). Hos pleietrengende eldre er det altså sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med å få gjennomført munnstellet og få ivaretatt en god munnhelse (Kirkevold et al., 2020). I tillegg sier helsepersonelloven at sykepleiere skal sikre faglig forsvarlighet (Lovdata, 1999, §4), og ut fra sin kompetanse ta vurderinger og iverksette tiltak for å bedre pasientens situasjon eller hindre forverring (Kirkevold et al., 2020). Det betyr altså at sykepleieren må kunne observere og kartlegge pasientens munnhelse, deretter danne en forståelse for pasientens behov for munnhygiene (Kirkevold et al., 2020). I tillegg er sykepleieren pliktig til å holde seg faglig oppdatert, som vil si at man må innhente seg den kunnskapen samt de ferdighetene som forventes å ha som sykepleier (Norsk sykepleierforbund, u.å.) Sykepleieren kan alltid utvikle sin observasjonsevne, men det krever at man gjør seg opp egne erfaringer gjennom hva sansene fanger opp og hva pasienten beskriver. I tillegg må det foreligge en teoretisk bakgrunnskunnskap for å forstå hva man observerer (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2016a).

Virginia Henderson er en sykepleieteoretiker som la stor vekt på det at sykepleierens oppgave er å ivareta menneskets grunnleggende behov når de ikke er i stand til å gjøre det selv (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2016c). Hun var blant de første som formulerte en sykepleieteori og de 14 grunnprinsippene hun utarbeidet er fortsatt relevant i sykepleien. Disse 14 grunnprinsippene blir også omtalt som menneskets grunnleggende behov, som utgjør både fysiske og psykososiale behov. Et av disse behovene er behovet for å holde kroppen ren og velstelt, og huden beskyttet (Kristoffersen et al., 2016c). Hvert enkelt menneske vil ha ulik oppfatning av hva det å føle seg ren og velstelt handler om, men de fleste vil regne munnstell som en viktig del av den personlige hygien (Kristoffersen et al., 2016b). Selv om Henderson i sin teori ikke spesifikt nevner munnstell, er tann- og munnstell likevel forbundet til behovet for å holde kroppen ren og velstelt, og huden beskyttet for å bevare optimal helse.

Henderson påpeker at når en person ikke klarer å dekke sine grunnleggende behov på grunn av mangel på ressurser som kunnskap, krefter, vilje eller sykdom så er det sykepleierens oppgave å sørge for at de blir dekt. På den måten jobber sykepleieren både helsefremmende og forebyggende. Henderson jobbet etter en trinnvis tilnærming for å kunne gi god sykepleie ved å få dekt pasientens grunnleggende behov. Først måtte det foregå en datainnsamling for å kartlegge pasientens behov for sykepleie ut fra de grunnleggende behovene, deretter måtte de ses opp mot pasientens ressurser. Så måtte det vurderes hva som var årsaken til at pasienten ikke fikk dekt behovet, og løse dette med å finne tiltak. For Henderson var det viktig at pasienten fikk en individualisert pleie og omsorg tilpasset den enkeltes behov (Kristoffersen et al., 2016c).

I dag er kartlegging av pasientens behov for sykepleie fortsatt like sentral, hvor det blant annet bør kartlegges hva pasienten klarer selv, om det er behov for hjelp, og hvordan hjelpen skal gis (Kristoffersen et al., 2016b). Det er viktig at sykepleieren på best mulig måte tilrettelegger munnstellet etter den enkeltes ønsker og vaner. Det handler om hensyn til selve gjennomføringen, hvor det skal utføres, når det skal utføres, hvor ofte,

og hvilket utstyr pasienten er vant med å bruke (Kristoffersen et al., 2016b). I tillegg bør sykepleieren allerede fra første møte kunne observere og fange opp hvordan pasientens munnhelse er (Kirkevold et al., 2020). Det krever at sykepleier vet hva som er normalt og hva som er tegn på sykdom i munnhulen. Ved usikkerhet finnes det kartleggingsverktøy som gjør det lettere å fange opp munnhelse relaterte problemer. Det som bør undersøkes er tenner, tannkjøtt, slimhinner, tunge, lepper, spytt og stemme (Kristoffersen et al., 2016b). Der sykepleierens kompetanse ikke kan bidra med tilstrekkelig tiltak er vedkommende pålagt etter helsepersonelloven § 4 å innhente bistand fra kvalifisert personell (lovdata, 1999), som her vil være tannhelsepersonell.

Sykepleieren spiller en viktig rolle når det kommer til tverrfaglig samarbeid, dette fordi sykepleieren ofte er den som jobber pasientens nærmest og har best oversikt over situasjonen (Kirkevold et al., 2020). I tillegg er det forventet at sykepleieren etter endt utdanning skal være i stand til å delta på tverrfaglig samarbeid for å kunne gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieren skal også sørge for at pasientene får det de har krav på, og ut fra pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 har de rett på nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen (lovdata, 1999).

På sykehjemmene har sykepleierrollen et stort ansvarsområde, som blant annet kvaliteten på sykepleien som gis, ledelse av pleieteamet samt kontinuerlig fagutvikling (Kirkevold et al., 2020). Sykepleier sammen med helsefagarbeidere og ufaglærte pleieassistenter utgjør et pleieteam som skal ivareta pasientenes behov for sykepleie. Blant disse er det sykepleieren som ofte har høyest kompetanse, det vil si et større ansvar for å sikre høy faglig standard. Sykepleiere har som oppgave å dele sin kompetanse med sine kollegaer, samtidig skal de sikre god kvalitet på arbeidet som pleieteamet utfører. Det kan innebære å utfordre arbeidskulturen og satte rutiner, samt åpne opp for diskusjoner om forbedringspotensialet på avdelingen (Kirkevold et al., 2020). Når pasientens grunnleggende behov blir berørt fordi forholdene ikke strekker til, kan det regnes som uforsvarlig. Det kan blant annet skyldes manglende kompetanse, dårlige rutiner eller for lav bemanning. Ved slike tilfeller er det sykepleierens ansvar å ta tak i problemet og melde fra, for å unngå at pasienten blir mer berørt (norsk sykepleierforbund, u.å.).

1.3. Formål og problemstilling

Munnhelse på sykehjem er svært relevant for sykepleierfaget, fordi det har stor innvirkning på pasientens generelle helse. Med bakgrunn i dette valgte jeg å gå for temaet «munnhelse på sykehjem». For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ikke gå inn på pasientgruppene med alvorlig demens eller terminale, selv om sykepleier møter disse på sykehjem. Begrunnelsen for avgrensingen er at de pasientgruppene ofte er forbundet med store etiske problemstillinger, og med begrenset antall ord måtte de bli valgt bort. Formålet for denne oppgaven er at jeg ut fra et sykepleieperspektiv vil undersøke hvordan sykepleierrollen med sitt kompetanseområde kan påvirke munnhelsen til pasientene. Så med utgangspunkt i dette resulterte det i problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier ivareta behovet for god munnhygiene hos eldre pleietrengende på sykehjem?

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Jeg har utført en systematisk litteraturstudie. Den går ut på å oppsummere og sammenfatte relevant forskning og eksisterende kunnskap innen et forskningsområde. Det gjøres ved å først innsamle litteratur, gå kritisk gjennom den, deretter samle det hele til en tekst (Thidemann, 2019). Det første som ble gjort var å fordype seg i valgt tema og deretter utarbeide en problemstilling. Etterfulgt ble det iverksatt søk etter relevant litteratur, der 7 forskningsartikler ble valgt ut. Hvordan jeg kom frem til valgte artikler presenteres i underkapitlene «inklusions- og eksklusjonskriterier», «søkehistorikk» og «analyse». Artiklene som ble valgt ut består både av kvalitative og kvantitative studier. I underkapittelet «vurdering av artikler» beskrives det hvordan artiklene ble kontrollert og kvalitetssikret.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Munnhelse hos eldre pasienter i sykehjem	fra sykehus eller hjemmetjeneste
Land med tilnærming til det norske helsevesenet	land utenfor Europa
Fagfellevurdert	
IMRAD-struktur	
Vitenskapelig artikkel	
Helst nyere enn 5 år	eldre enn 10 år
Norsk eller engelsk språk	

2.3 Søkehistorikk

For å kunne utføre et systematisk søk etter forskning ble søkeordene satt inn i PICO-skjema. PICO-skjemaet er et hjelpemiddel for å presisere samt begrense søkeord etter valgt problemstilling, og gjør det lettere å utføre et systematisk søk (Thidemann, 2019). Siden min problemstilling ikke tar utgangspunkt i å sammenligne to tiltak ble kun P, I og O brukt i PICO-skjemaet. Søkeordene ble hovedsakelig valgt ut fra relevante ord i problemstillingen. I tillegg ble folkehelseinstituttet sin nettside MeSH bruk for å finne frem til gode synonymer på ordene (Folkehelseinstituttet, 2018). Det ble gjort systematiske søk med bruk av søkeordene fra PICO-skjemaet i databasene Embase, Cinahl og Pubmed, som alle er søkebasert relevante for medisin, sykepleie, helse og omsorgsfag. Det ble forsøkt å gjøre søk ut fra norske søkeord, men det ga ingen treff. Ordene ble derfor fjernet fra PICO-skjemaet. I tillegg ble søkeordet «nursing home» lagt til der det var behov for å begrense søkene enda mer. Etter å ha begrenset søkene mine slik vist i tabell 3, ble søkene gjennomgått ved å først lese overskrift. Søkene ga mange treff, men det gikk fort å se over alle, da de fleste artiklene avslørte allerede i tittelen

hvis de ikke var relevant for min problemstilling. Artikkene med relevant overskrift fikk deretter abstraktet lest for å se om den møtte mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til slutt ble de artiklene som fortsatt virket aktuell lest gjennom, som resulterte i valget av 6 forskningsartikler. Den siste artikkelen ble funnet ved et avansert søk i Oria, der jeg kun valgte å søke etter ord i tittel. Søket fikk opp flere av artiklene jeg allerede hadde valgt ut, mens de artiklene jeg ikke var kjent med ble gjennomgått slik beskrevet over. Se søketabell (Tabell 3) for hvordan søkeordene ble satt sammen og hvilke avgrensinger som ble brukt.

Tabell 2 PICO-skjema

P	I	C	O
Population Patient Problem	Intervention or Exposure	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elderly ▪ Elderly people ▪ Nursing home residents ▪ Institutionalized elderly ▪ Frail elderly 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nursing ▪ Nursing care 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oral Hygiene ▪ Oral Health ▪ Oral care ▪ Dental hygiene ▪ Mouth care

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Embase	13.04.2021	S1	Frail elderly OR nursing home patient OR aged		3179858	
		S2	Nursing OR nursing care		367416	
		S3	Mouth hygiene OR oral health (nøkkelord)		51797	
		S4	S1 AND S2 AND S3		244	

		S5	S4 AND nursing home	År 2011-2021	39	3 (A,B,C)
Cinahl	13.04.21	S1	Frail elderly OR nursing home patients OR Aged		872941	
		S2	Nursing OR nursing care		767838	
		S3	Oral health OR oral hygiene OR mouth care		19783	
		S4	S1 AND S2 AND S3	År 2011-2021 Full tekst	169	2 (D, E)
Pubmed	15.04.21	S1	Elderly OR elderly people OR nursing home residents OR frail elderly	År 2016-2021 Free full text	522722	
		S2	Nursing OR nursing care	År 2016-2021 Free full text	75273	
		S3	Oral hygiene OR oral health OR oral care OR dental hygiene OR mouth care	År 2016-2021 Free full text	48963	
		S4	S1 AND S2 AND S3	År 2016-2021 Free full text	825	
		S5	S4 AND nursing home	År 2016-2021 Free full text	213	1(F)
Oria	18.04.21	S1	Oral health OG nursing home	Ord i tittel Fagfelleurdert 2011-2021	69	1(G)

Inkluderte artikler:

A: Rantzow, V. Andersson, P., Lindmark, U. (2018) Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *Journal of clinical nursing* 27 (23-24) 4381-4389 <https://doi.org/10.1111/jocn.14584>

B: Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., Bültzingslöwen, I. v. (2013) «Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International journal of dental hygiene*. 11(4) 298-305 <https://doi.org/10.1111/idh.12016>

C: 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>

D: Aagaard, K., Meléndez-Torres, G. J., Overgaard, C. (2020) Improving oral health in nursing home residents: A process evaluation of a shared oral care intervention. *Journal of clinical nursing*. 29(17-18) 3392-3402 <https://doi.org/10.1111/jocn.15373>

E: Johansson, I., Torge, C. J., Lindmark, U. (2020)

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) 107-115 <https://doi.org/10.1111/idh.12421>

F: Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., Tsakos, G. (2015) The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and quality of life outcome*. 13 (102) <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0300-y>

G: Hoeksema, A. R., Peters, L. L., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Vissink, A. Visser, A. (2017) Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral invest* 21 2189-2196 <https://doi.org/10.1007/s00784-016-2011-0>

2.4 Vurdering av artikler

Alle de syv forskningsartiklene som ble funnet følger IMRAD-struktur, og holder nivå 1 eller 2 ut fra NSD sitt register over publiseringskanaler (NSD, 2021). Artiklene består både av kvalitative og kvantitative forskningsartikler, der de kvantitative gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative får frem opplevelser og meninger (Dalland, 2020). Både de kvantitative og de kvalitative artiklene ble kvalitetssikret ved å bruke sjekklister laget for å kontrollere at forskningsartiklene holder god standard (Helsebiblioteket, 2016). I tillegg er 5 av artiklene etisk godkjent, mens forskningen til Aagaard et.al. (2020) og Hoeksema et.al (2017) ikke krevde etisk godkjenning. De valgte likevel å innhente samtykke fra alle deltagerne, og fulgte etiske retningslinjer.

2.5 Analyse

I analysearbeidet ble det tatt utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell. Denne modellen går systematisk gjennom fire faser for analyse og fremstilling av data.

Trinn 1 er innsamling av data (Evans, 2002). Hvordan jeg kom frem til de ulike artiklene er beskrevet i underkapitlene «inklusions- og eksklusjonskriterier» og «søkehistorikk». Det resulterte i syv forskningsartikler som etterfulgt ble kontrollert etter vurderingskriteriene. For bedre oversikt ble forskningsartiklene merket med bokstav fra A til G ut fra hvilken rekkefølge artiklene ble funnet i.

Trinn 2 går ut på å identifisere hovedfunn (Evans, 2002). Her ble de valgte artiklene gjennomgått ved å lese nøye gjennom å markere med tusj under de funnene som var viktige for artikkelen. I tillegg ble hovedfunnene vurdert etter hvor relevant de var i forhold til problemstillingen jeg har valgt. For å holde oversikt over hva hver enkelt artikkel inneholdt, ble det valgt å notere ned korte sammendrag fra hver artikkel i et eget dokument.

Trinn 3 er sammenligning og sortering i kategorier på tvers av artiklene (Evans, 2002). Etter å ha lest grundig gjennom artiklene hver for seg og markert hovedfunnene, startet prosessen med å knytte hovedfunnene sammen til gjengående temaer. Det ble gjort ved å se på hovedfunnene, der hvert funn fikk en fargekode. Deretter ble artiklene lest igjen og markert med farge etter hvilket resultat de fikk. På den måten ble det enkelt å se hvilke temaer som var gjengående i flere artikler, samt hvordan temaene ga ulike eller like resultater.

Trinn 4 handler om å lage en beskrivelse og syntese ut av funnene (Evans, 2002). Analysen resulterte i fire temaer, nemlig sykehjemspasientenes munnhelse, sykepleierens kompetanse, tverrfaglig samarbeid og rutiner og ledelse. Disse temaene blir presentert nærmere i kapittel 3.

3. Resultater

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 4 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A: Rantzow, V. Andersson, P., Lindmark, U. (2018) Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. <i>Journal of clinical nursing</i> 27 (23-24) 4381-4389 https://doi.org/10.1111/jocn.14584</p>	<p>Hensikten med studien var å se på munnhelse-relaterte problemer og planlagte tiltak hos eldre på sykehjem.</p>	<p>En tverrsnittstudie basert på eksisterende data. Dataen var basert på identifiserte problemer i munnhulen og planlagte tiltak mot disse. ROAG-J skjemaet ble benyttet for å kartlegge munnhelsen til pasientene. Studien omhandlet 2567 deltagere fra sykehjem.</p>	<p>Resultatene påpekte at munnhelseproblemer var et hyppig funn, der det vanligste problemet var knyttet til tennene. Artikkelen viste at planlagte tiltak ikke var tilstrekkelige i forhold til problemene fra munnhulen. Undersøkelsene tydet på at de eldre hadde større behov munnstell og behov for mer hjelp. Der årsaken kunne skyldes mangel på kompetanse fra helsepersonellet.</p>	<p>funnene viser dårlig munnhelse hos sykehjemspasienter . I tillegg var tiltakene som sykepleiere hadde iverksatt ikke tilstrekkelig. Studien påpeker også at helsepersonellet på sykehjemmet har for lite kunnskap om ivaretagelse av munnhelse hos de eldre. Den fikk også frem at tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell kan føre til bedre munnhelse på sykehjem.</p>
<p>B: Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., Bültzingslöwen, I. v. (2013) Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. <i>International journal of</i></p>	<p>Hensikten var å se på hva helsepersonell på sykehjemmet opplevde som viktige faktorer for å daglig opprettholde et godt munnstell hos pasientene.</p>	<p>En kvalitativ studie der data ble samlet gjennom individuelle intervjuer med helsepersonellet på sykehjem. intervjuene foregikk på sykehjem i 3 kommuner. Deltagerne var 4 avdelingsledere,</p>	<p>Studien resulterte i seks forskjellige problemområder, nemlig nøkkelprosesser, kommunikasjon, prioriteringer, kompetanse, god munnhelse og autonomi. Problemene viste behov for å forbedre det daglige munnstellet for</p>	<p>Artikkelen viser hva sykepleier opplever som hindringer og utfordringer når det kommer til daglig munnstell hos pasientene. Studien foregår på sykehjem og pasientgruppen er hovedsakelig eldre pleietrengende. I tillegg svarer den på problemstillingen</p>

<p><i>dental hygiene.</i> 11(4) 298-305 https://doi.org/10.1111/idh.12016</p>		<p>5 sykepleiere der 3 hadde det daglige ansvaret for medisiner, og 13 pleieassistenter.</p>	<p>pleietrengende eldre. I tillegg til behov for bedre pleierutiner allerede tidlig i pleieplanleggingsprosessen, bedre dokumentering, bedre opplæring og tydelige retningslinjer.</p>	<p>ved å komme med spesifikke tiltak for å forbedre munnhygiene til pasientene.</p>
<p>C: 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? <i>Gerodontology</i> 29(2) 748-755 https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x</p>	<p>Hensikt var å se på om pasientenes tannhelsestatus var akseptabel, samt kliniske observasjoner og sykepleierens vurderinger rundt det å ivareta pasientens behov for god munnhygiene.</p>	<p>En tverrsnittstudie med spørreskjema utfyllt av sykepleiere/helsepersonell, samt klinisk undersøkelse av pasientene utført av tannpleier. 358 sykehjemspasienter deltok, og 494 sykepleiere/helsepersonell.</p>	<p>Studien viste at over 40% av pasientene hadde uakseptabel munnhygiene. 80% av sykepleierne mente at kunnskap om munnhelse var viktig, mens 9% syntes munnstell var en ubehagelig oppgave. Halvparten av sykepleierne/helsepersonellet sa at dårlig tid var en hindring for å utføre munnstell. Mens nesten alle sykepleiere/helsepersonell opplevde at pasientene ofte ikke var samarbeidsvillige under munnstell.</p>	<p>Får frem sykepleierens rolle og ansvar når det kommer til munnstell. I tillegg viser forskningen at sykepleierens holdninger og kunnskap rundt munnstell kan påvirke om det blir utført eller ikke. Også relevant siden artikkelen tar for seg sykehjemspasienter som er avhengig av helsepersonell for å få utført tannstell. Studien ble gjennomført i Norge.</p>
<p>D: Aagaard, K., Meléndez-Torres, G. J., Overgaard, C. (2020) Improving oral health in nursing home residents: A process evaluation of a shared oral care intervention. <i>Journal of clinical</i></p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere hvordan innføring av munnhelseintervensjon på sykehjem fungerte og hvordan det ble gjennomført.</p>	<p>En case-studie/kvalitativ studie bestående av observasjoner og seks gruppeintervjuer med 22 deltagere bestående av tannleger, tannpleiere, sykehjemsledere, helsepersonell og pasientene.</p>	<p>Forskningen resulterte i tre hovedpunkter som var viktig for intervensjonen. Det ene var relatert til beboerne i form av nye rutiner for munnstell, det andre var profesjonelle holdninger rundt det å utføre tilstrekkelig munnstell. Det siste var endringer i organisasjonsnivå</p>	<p>Relevant for problemstillingen fordi den får frem den positive virkningen av tverrfaglig samarbeid på sykehjem med tannhelsepersonell og sykepleiere. Får også frem at sykepleiere har behov for mer kompetanse om munnhelse. I tillegg</p>

<p><i>nursing.</i> 29(17-18) 3392-3402 https://doi.org/10.1111/jocn.15373</p>			<p>med økt tverrfaglig samhandling. Forskingen viste også at intervensjonen ga helsepersonellet bedre kompetanse til å ivareta og vurdere pasientenes munnhelse. I tillegg må ledelsen på sykehjemmet være involvert for at det skal skje endringer.</p>	<p>kom det frem at det var behov for nye rutiner for tannstell og at nåværende tiltak ikke var tilstrekkelige.</p>
<p>E: Johansson, I., Torge, C. J., Lindmark, U. (2020) Is an oral health coaching programme a way to sustain oral health for elderly people in nursing homes? A feasibility study. <i>International Journal of dental hygiene</i> 18(1) 107-115 https://doi.org/10.1111/idh.12421</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om et opplæringsprogram om munnhelse til sykepleierne arrangert av tannhelsepersonell påvirket munnhygien til sykehjemspasientene.</p>	<p>En intervensjonsstudie/RCT-studie. Basert på 3 sykehjemsavdelinger. 48 ansatte og 58 pasienter deltok. Helsepersonellet utførte en spørreundersøkelse ved oppstart og etter 9 måneder. Pasientene ble vurdert etter screeningsverktøyene ROAG og MPS ved oppstart, etter 3 måneder, 6 måneder og etter 9 måneder.</p>	<p>Pasientene hadde dårlig munnhelse når det kom til tenner og tannkjøtt. Resultatet viste at tannlegers opplæring av sykepleiere/helsepersonell hadde positiv effekt med tanke på sykehjemspasienters munnhelse. Dette fordi det både ga økt kompetanse og bedre holdning til munnstell fra sykepleiernes/helsepersonellens side og ved at det skapte bedre rutiner for munnstell på avdelingen.</p>	<p>Forskingen kartlegger munnhelsen til sykehjemspasientene, og får frem de vanligste problemene. Den har også et sykepleiefokus og får frem hvordan sykepleier kan påvirke sykehjemspasienters munnhelse ved å øke sin kompetanse.</p>
<p>F: Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., Tsakos, G. (2015) The impact of oral health on the quality of life of nursing home</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere munnhelse, samt munnhelse-relatert livskvalitet hos eldre på sykehjem. De ville også se på sammenhengen mellom</p>	<p>En tverrsnittstudie. 9 sykehjem var involvert. 325 beboere ble klinisk undersøkt, og 180 beboere ble intervjuet for å vurdere symptomer fra munnhulen.</p>	<p>Forskingen kom frem til at over halvparten av pasientene opplevde problemer som munntørrhet, ømme sprukne lepper, ødelagte tenner, tannpine og feiltilpasset proteser. Den munnhelse-relaterte</p>	<p>Forskingen handler om munnhelsen til eldre sykehjemspasienter. I tillegg får den frem at mange av pasientene hadde dårlig munnhelse, og at det kan påvirke pasientens helse negativt. Forskingen har</p>

<p>residents. <i>Health and quality of life outcome.</i> 13 (102) https://doi.org/10.1186/s12955-015-0300-y</p>	<p>symptomer fra munnhulen og livskvalitet.</p>	<p>Munnhelse-relatert livskvalitet ble målt ut fra skjemaet OIPD. I tillegg ble 36 personell bestående av ledelsen og helsepersonell intervjuet.</p>	<p>livskvaliteten ble berørt, der rundt 20-30% hadde de siste 6 månedene opplevd minst et problem fra munnhulen. Intervjuet med Helsepersonellet og ledelsen viste at de hadde gode rutiner for å kartlegge pasientenes munnstatus.</p>	<p>også med sykepleierens synspunkter rundt munnhelsen til sykehjemspasientene.</p>
<p>G: Hoeksema, A. R., Peters, L. L., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Vissink, A. Visser, A. (2017) Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. <i>Clin Oral invest</i> 21 2189-2196 https://doi.org/10.1007/s00784-016-2011-0</p>	<p>Hensikten med forskningen var å kartlegge munnstatus og munnhelsen til pasienter med langtids plass på sykehjem fra innleggelse til pasientens død. Studien ville spesielt fokusere på om det var noe forskjell mellom tannløse pasienter og pasienter med egne tenner.</p>	<p>kvantitativ studie der tannleger utførte en standardisert screening av munnhulen til sykehjemspasientene innen 6 uker etter innleggelse. Mellom januar 2009 og desember 2013 ble 725 pasienter screenet ved innleggelse og videre fulgt opp under oppholdet.</p>	<p>Munnhelsen til pasientene viste seg å være dårlig allerede ved innleggelse på sykehjemmet. Pasienter med gjenværende tenner hadde dårligere munnhelse og munnhygiene, samt stort behov for bedre munnstell sammenlignet med tannløse pasienter. Studien viste også at det var behov for mer fokus og kunnskap om munnhelse hos sykepleiere på sykehjemmet.</p>	<p>Forskningen tar for seg munnhelsestatusen til eldre sykehjemspasienter. I tillegg påpeker den at sykepleiere på sykehjem bør ha mer fokus og kunnskap om munnhygiene og munnhelse.</p>

3.2 Presentasjon av resultater

Resultatene fra de 7 forskningsartiklene blir her presentert ut fra de temaene som var mest fremtredende. De fleste studiene viste at sykehjemspasienter har dårlig munnhelse og at det var behov for mer kompetanse hos sykepleierne. I tillegg fremhevet de at tverrfaglig samarbeid kunne virke positivt for å ivareta behovet for munnhelsen til de eldre, og at rutiner og ledelsen på sykehjemmet spilte en viktig rolle.

3.2.1 Sykehjemspasienters munnhelse

Flere av forskningsartiklene kom frem til at sykehjemspasienter har dårlig munnhelse (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018; Willumsen et al., 2012). I studien til Willumsen et.al. (2012) der tannleger

undersøkte munnhulen til sykehjemspasientene, konkluderte de med at over 40% hadde så uakseptabel tannhelse at det krevde tiltak. Mens i forskningen til Porter et.al (2015) hadde over halvparten av de med egne tenner og de tannløse opplevd minst et problem fra munnhulen de siste seks månedene som hadde påvirket deres livskvalitet. En kvantitativ studie oppdaget at sykehjemspasientene sin munnhelse var dårlig allerede ved flytting til sykehjemmet, dermed forble den også dårlig gjennom oppholdet (Hoeksema et al., 2017). Ulikt fra disse forskningsartiklene fikk Johansson et.al (2020) frem at over 80% av sykehjemspasientene hadde en akseptabel munnhelse ved oppstart av studien, og derfor var lite tegn til bedring underveis.

Mange av artiklene viste at pasientene med gjenværende tenner hadde flere plager knyttet til munnhelsen enn de som var tannløse (Hoeksema et al., 2017; Porter et al., 2015; Willumsen et al., 2012). De vanligste problemene var nemlig knyttet til tannpine, karies eller ødelagte tenner (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018), men munntørrehet og tørre, såre lepper var også et vanlig problem (Porter et al., 2015). I en kvantitativ studie ble det blant annet vist at pasientene med egne tenner hadde et høyere behov for behandling av tannhelsepersonell enn de som var tannløse (Hoeksema et al., 2017).

Hos pasientene som var tannløse rapporterte 30% i forskningen til Porter et. al (2015) at de hadde dårlig tilpasset gebiss, og i en annen artikkel var dette en av hovedgrunnene til dårlig munnhelse der en tredjedel måtte få nytt gebiss etter undersøkelsen (Hoeksema et al., 2017). I tillegg uttrykte helsepersonellet i studien til Porter et.al. (2015) at de gjentatte ganger opplevde at pasientene klaget over problemer knyttet til dårlig tilpasset gebiss og plager i tannkjøttet.

I studien der over 40% hadde uakseptabel munnhelse var 70% av pasientene avhengig av hjelp fra helsepersonell for å få utført munnstell (Willumsen et al., 2012). De fleste av sykehjemspasientene i artikkelen til Aagaard et.al. (2020) var fysisk svekket og klarte dermed ikke å ivareta sitt behov for god munnhygiene. I en tverrsnittstudie ble det planlagt tiltak ut fra hvor dårlig munnhelse pasienten hadde. Der ble moderate problemer behandlet av helsepersonellet på sykehjem, mens alvorlige ble håndtert av tannhelsepersonell. Til tross for tiltakene konkluderte studien likevel med at for få pasienter fikk behandling, siden nesten halvparten av pasientene hadde blitt kategorisert med dårlig munnhelse (Rantzow et al., 2018).

3.2.2. Sykepleierens kompetanse

Tre av forskningsartiklene viste at sykepleierne hadde kompetanse om munnstell og munnhelse, men likevel gjentok det seg at de ønsket mer kunnskap (Johansson et al., 2020; Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012). I en studie ble helsepersonellens kunnskap kartlagt ved oppstart og etter 9 måneder med opplæring fra tannhelsepersonell. Resultatet viste da at helsepersonellet hadde høyt kunnskapsnivå allerede ved starten av studiet (Johansson et al., 2020). En tverrsnittstudie påpekte det samme der sykepleierne rapporterte at de hadde god kompetanse om munnstell, men bare 23% kunne si at de alltid følte den kompetansen strakk til (Willumsen et al., 2012). To av studiene fikk frem at sykepleierne anså kunnskap om munnhelse som viktig og at det burde være en del av det daglig stellet (Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012). I tillegg hadde sykepleierne innsikt i både konsekvensene hvis det ikke ble utført, samt hvordan det påvirket pasientens liv (Lindqvist et al., 2013). Derimot påpekte studien til Aagaard et.al (2020) at munnstatusen sjeldent ble regnet som en mulig årsak

hvis pasienten plutselig fikk dårlig allmenntilstand, dermed ble det heller ikke undersøkt i den sammenhengen.

En tverrsnittstudie viste at helsepersonellet hadde behov for mer opplæring i temaet munnhelse, og i en kvalitativ studie påpekte helsepersonellet selv at de ønsket grundigere undervisning samt bedre opplæring fra tannhelsepersonellet (Lindqvist et al., 2013; Porter et al., 2015). I forskningsartikkelen til Aagaard et.al. (2020) hadde tannhelsepersonell årlig undervisning om munnhelse til helsepersonellet, men likevel opplevde mange at de manglet kunnskap på flere områder i temaet.

Det ble rapportert om både dårlige og gode holdninger til munnstell (Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012). I en kvalitativ studie fortalte enkelte av helsepersonellet på sykehjemmet at de opplevde munnstellet som en ubehagelig oppgave, der de følte de invaderte pasientens personlige rom eller selv hadde tannskrekk. Disse holdningene kunne resultere i at de unngikk å utføre munnstellet (Lindqvist et al., 2013). Studien til Willumsen et.al. (2012) kunne vise det motsatte, der over 70% av sykepleierne svarte at de aldri eller svært sjeldent opplevde det som ubehagelig å utføre munnstell hos de eldre.

3.2.3. Tverrfaglig samarbeid

Tre av forskningsartiklene fremhevet at tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsepersonell og helsepersonell ga økt kompetanse om munnhelse på sykehjem (Johansson et al., 2020; Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). En av disse artiklene fikk frem at fast undervisning og opplæring ble opplevd som nyttig og lærerik av noen, mens andre opplevde at temaene repeterte seg og ønsket mer variasjon (Lindqvist et al., 2013). Helsepersonellet kunne likevel si at samarbeidet hadde gitt mer fokus, samt bedre kvalitet på munnhelsen det siste året (Lindqvist et al., 2013). Forskingen til Aagaard et.al. (2020) viste også at samarbeidet mellom sykepleiere og tannhelsepersonell ga økt fokus på munnhelse. I tillegg bidro det til innføring av nødvendig utstyr ut fra pasientens munnstellrutiner. Det førte blant annet til at enkelte pasienter fikk en mykere tannbørste, som gjorde at flere pasienter faktisk ville utføre tannstell (Aagaard et al., 2020).

I to av forskningsartikler hadde tannhelsepersonellet utarbeidet prosedyrer for munnstell tilpasset pasientens behov (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020), som bidro til at helsepersonellet lettere kunne utføre korrekt munnstell (Lindqvist et al., 2013). I en tverrsnittstudie viste resultatet at tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell kunne bidratt til å sikre flere tiltak til pasienter med dårlig munnhelse (Rantzow et al., 2018). Det ble påpekt i en kvalitativ studie at hvis det tverrfaglige samarbeidet skulle fungere var det behov for god kommunikasjon og tillitt mellom helsepersonellet og tannhelsepersonellet (Aagaard et al., 2020). I forskningsartikkelen ga tannhelsepersonellet tilbakemeldinger til helsepersonellet underveis i munnstellet, og hvordan det ble formidlet avgjorde reaksjonen til pleieren. Mange opplevde tilbakemeldingene som betryggende og ga selvtillit under munnstellet, mens andre kjente på skuffelse og irritasjon (Aagaard et al., 2020).

3.2.4. Rutiner og ledelse

En kvalitativ studie hadde dårlige rutiner for å ivareta munnhelsen, blant annet gjennom dårlig definerte og lite brukte prosedyrer, dårlig dokumentering av utført munnstell og lite fokus på munnstell i pleieplan (Lindqvist et al., 2013). En annen artikkel innførte faste tider hvor pasienter skulle ha munnskyllvann med fluor, der helsepersonellet

måtte signere ved gjennomføring. Innføringen skapte et press om å følge rutinene og hadde en positiv effekt (Johansson et al., 2020).

I forskningen til Lindqvist et.al. (2013) kom det frem at ingen ville påta seg ansvaret for å sikre at pasientens munnhelse ble ivaretatt. Lederen mente det var sykepleierens ansvar, mens sykepleieren mente det var mer pleieassistentenes område (Lindqvist et al., 2013). I en annen studie sa derimot 90% av sykepleierne i en spørreundersøkelse at ivaretagelse av pasientens munnhelse var en viktig del av deres ansvarsområde (Willumsen et al., 2012).

Både mangel på personell og travle arbeidsdager viste å være årsaken til at munnstell ofte ble bortprioritert i forskningen til både Lindqvist et.al (2013) og Aagaard et.al (2020). Dessuten ble det sett i en spørreundersøkelse at kun halvparten av sykepleierne kunne garantere at de alltid fikk tid til å utføre munnstell (Willumsen et al., 2012). Studiene fikk frem at munnstell ble sett på som en tidskrevende oppgave, som lett ble bortprioritert av andre oppgaver som ble sett på som viktigere (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020).

To av forskningsartiklene påpekte at ledelsen på sykehjemmet måtte være deltagende for å få munnhelse til å bli prioritert (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). De deltok sjeldent på undervisning (Lindqvist et al., 2013), og hvis de ikke tilrettela for ledig tid og ekstra personell ble det også vanskelig for personalet å delta (Aagaard et al., 2020). Det som viste seg i studien til Aagaard et.al (2020) var at ledelsens deltagelse hadde stor innvirkning på personalet, og påvirket samarbeidet mellom helsepersonellet og tannhelsepersonellet. Der ledelsen var godt involvert og motivert resulterte det i bedre opplæringsmuligheter, både med tanke på tid og ved at lederen oppfordret til refleksjon blant sine ansatte (Aagaard et al., 2020).

4. Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere funnene fra artiklene opp mot problemstillingen, og samtidig se hvordan resultatene påvirker implikasjonene for sykepleie. Problemstillingen det skal drøftes rundt er: «hvordan kan sykepleier ivareta behovet for god munnhygiene hos eldre pleietrengende på sykehjem?»

4.1.1 Munnhelsen til eldre pleietrengende og sykepleierens kompetanse

Det kom frem i forskningsartiklene til Johansson et.al. (2020), Lindqvist et.al. (2013) og Willumsen et.al (2012) at selv om sykepleierne ønsket mer kunnskap om munnstell og munnhelse, så hadde de allerede en del kompetanse. De kjente godt til viktigheten bak munnstell, konsekvensene ved å la det utebli og påpekte at det burde være en del av det daglige stellet (Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012). Likevel viste det seg i flere av forskningsartiklene at sykehjemspasientene hadde dårlig munnhelse (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018; Willumsen et al., 2012). Artiklene til Rantzow et.al (2018) og Willumsen et.al. (2012) fikk frem at munnhelsen var i så dårlig stand ved undersøkelsen at det krevde strakstiltak enten utført av tannhelsepersonell eller av helsepersonellet. Derfor kan det undres over om sykepleierkompetansen virkelig er tilstrekkelig slik artiklene påpeker, når det måtte en forskningsartikkel til for å få kartlagt at pasienten hadde dårlig munnhelse.

Som sykepleier er du pliktig ut fra helsepersonelloven å sikre faglig forsvarlighet, som vil si at du ut fra din kompetanse skal kunne ta vurderinger og iverksette tiltak for å bedre pasientens situasjon og hindre forverring (Lovdata, 1999, §4; Kirkevold et.al., 2020). Sykepleierne fra artiklene burde altså tidligere ha fanget opp at pasientene hadde dårlig munnhelse og så iverksatt tiltak (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018; Willumsen et al., 2012). Henderson la stor vekt på at sykepleierens oppgave var å ivareta menneskers grunnleggende behov når de ikke var i stand til å gjøre dette selv. Et av hennes grunnprinsipper er behovet for å holde kroppen ren og velstelt, og huden beskyttet (Kristoffersen et al., 2016c). Henderson går ikke spesifikt inn på hva hun legger i det behovet, men for mange er tannstell en viktig del av den personlige hygien (Kristoffersen et al., 2016b). På en måte kan det tenkes at pasientene i flere av artiklene ikke fikk dekt sitt grunnleggende behov om å holde kroppen ren og velstelt, og huden beskyttet (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018; Willumsen et al., 2012). Derfor kan det tenkes at sykepleierne må bli mer bevisst på hvordan de skal klare å dekke behovet for god munnhygiene.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleier sier at sykepleieren skal sikre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Sykepleierforbundet, 2019). Med tanke på hva konsekvensene kan bli hvis tannstell uteblir (Kristoffersen et al., 2016b), så burde det absolutt regnes som en oppgave som forebygger sykdom. Konsekvensene er blant annet sykdommer i munnhulen som karies, tanntap og betennelse i slimhinner eller tannkjøtt (Kirkevold et al., 2020). Det som da viste seg i flere av artiklene var at sykehjemspasientene allerede var rammet av nettopp disse konsekvensene, der flere hadde karies, ødelagte tenner og plager i tannkjøttet

(Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018). Kanskje tyder dette på at munnstellet på sykehjemmene ikke blir prioritert ofte nok. På en annen side er disse konsekvensene også typiske tegn på naturlige aldersendringer (Kirkevold et al., 2020), og med tanke på at et stort antall av deltagerne var over 80 år så må det tas hensyn til dette (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018). Dessuten ble det sett i studien til Hoeksema et.al. (2017) at munnhelsen til sykehjemspasientene allerede var dårlig ved flytting til sykehjemmet. Dermed er ikke helsepersonellet på sykehjemmet den eneste årsaken til dårlig munnhelse hos pasientene. Likevel burde sykepleieren se på god munnhygiene som både helsefremmende og forebyggende, og legge det høyere på prioriteringslisten på et ellers travelt sykehjem.

Både aldersendringene og dårlig munnhygiene kan føre til alvorlige konsekvenser som sepsis, lungebetennelse, endokarditt eller gastrointestinale infeksjoner (Kristoffersen et al., 2016b). Med slik informasjon lett tilgjengelig kan man imidlertid stille spørsmål til hvorfor det i en studie ble sagt at sykehjemmene ikke regnet munnstatus som en mulig årsak når pasienten plutselig fikk dårlig allmenntilstand (Aagaard et al., 2020). Som sykepleier har du hele tiden ansvar for å holde deg faglig oppdatert, og det kan se ut som munnhelse burde få et høyere fokus på sykehjem (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Det kan altså tenkes at hvis sykepleieren hadde hatt gode teoretiske bakgrunnskunnskaper slik som påpekes i Kristoffersen et.al. (2016a), så kunne sykepleier sett på munnhelse som en viktigere del av pasientens helhetlige sykdomsbilde.

Et funn som gikk igjen i flere av studiene var at de med egne tenner ofte hadde dårligere munnhelse sammenlignet med tannløse pasienter (Hoeksema et al., 2017; Porter et al., 2015; Willumsen et al., 2012). Hvorfor de har det er et godt spørsmål, men mulig det har sammenheng med hva som kreves av sykepleieren for å utføre munnstell til de med egne tenner. Jeg har selv erfart i sykehjemspraksisen at helsepersonellet nesten alltid husket på å ta ut tannprotesene ved kveldsstellet, men hvis pasienten hadde egne tenner ble munnstellet gjerne glemt. Hos pasienter med tannproteser er kanskje munnstellet enklere å gjennomføre siden man tar protesene ut av munnen for å pusse de. Tannpuss av pasienter med egne tenner krever at man står tett inntil de for å nå alle flater av tennene (Kristoffersen et.al., 2016a). Dette kan forklare hvorfor mange av helsepersonellet i forskningen til Lindqvist et.al. (2013) unngikk å utføre munnstellet, fordi de følte de invaderte pasientens personlige rom. Derimot viste en tverrsnittstudie det motsatte der over 70% av sykepleierne sa at de aldri eller svært sjeldent opplevde tannstellet som en ubehagelig oppgave (Willumsen et al., 2012). Det kan også tenkes at munnstell av pasienter med egne tenner er mer tidskrevende, der det i forskningsartikkelen til Lindqvist et.al (2013) kom frem at sykepleierne oppga at et munnstell kunne ta opptil 20-30 minutter å gjennomføre. Altså kan det se ut til at dårligere munnhelse hos de med tenner skyldes at munnstellet oftere uteblir på grunn av dårlige holdninger fra helsepersonellet eller at tannpussen tar for lang tid. Så her burde sykepleieren ta grep slik at både munnstellet hos de tannløse og de med egne tenner blir gjennomført.

Som nevnt tidligere ble pasientenes munnhelse kartlagt og vurdert i flere av artiklene, både av tannhelsepersonell og av sykepleiere (Hoeksema et al., 2017; Johansson et al., 2020; Porter et al., 2015; Rantzow et al., 2018; Willumsen et al., 2012). En viktig del av sykepleierens oppgave i møte med pasienten er nettopp det å observere og vurdere pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen et al., 2016b). Det samme kommer frem i

Hendersons teori der hun påpeker viktigheten av at pasienten får en individualisert pleie og omsorg tilpasset den enkeltes behov (Kristoffersen et al., 2016c). I tverrsnittstudien til Rantzow et.al. (2017) der helsepersonellet kartla munnhelsen til de eldre ut fra et kartleggingsverktøy, skulle man gjerne sett at hver enkelt pasient fikk en munnstellrutine tilpasset den enkelte ut fra deres behov. Dessverre ble det heller sett at sykepleierne sammen med pleieassistenter og helsefagarbeidere vurderte at kun et fåtall hadde behov for tiltak, når kartleggingen egentlig viste at over halvparten av pasientene hadde dårlig munnstatus (Rantzow et al., 2018). Allerede ved første møte burde sykepleier observere og fange opp problemer relatert til pasientens munnhelse (Kirkevold, et.al., 2020). Likevel viste en forskningsartikler at over 40% av pasientene hadde behov for bedre tiltak (Willumsen et al., 2012). I tillegg viste forskningen til Porter et.al. (2015) og Hoeksema et.al. (2017) at flere av pasientene hadde for dårlig tilpasset tannprotese. Hvorfor sykepleierne på sykehjemmene ikke har tatt tak i disse problemene tidligere er vanskelig å svare på, men mye kan tyde på at det skyldes mangel på kompetanse. Sykepleieren må vite hva som er normalt og hva som er tegn på sykdom i munnhulen, i tillegg til hva som burde observeres og undersøkes (Kristoffersen, et.al., 2016a). Selv om flere at sykehjemmene viste at helsepersonellet hadde god kompetanse (Johansson et al., 2020; Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012), ser det ut til at de har behov for mer kunnskap rundt temaet munnhelse. Dessuten er sykepleiere lovpålagt etter helsepersonelloven § 4 å innhente bistand når sykepleierens kompetanse ikke strekker til, og da må tannhelsepersonell komme på banen (Lovdata, 1999).

4.1.2 Tverrfaglig samarbeid

Det kan se ut til at det er behov for økt tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell, der de kommer inn på sykehjemmet for å undervise og veilede helsepersonellet i temaet munnhelse slik sett i flere av forskningsartiklene (Johansson et al., 2020; Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). Som Henderson påpeker er det tross alt sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med å få dekt sine grunnleggende behov, herunder sikre pasienten god munnhyggiene (Kristoffersen et al., 2016c). Derfor er det også viktig at sykepleiere har kompetansen til det, og ved mangel bør disse hullene fylles (Norsk sykepleierforbund, u.å.). I de studiene der tannhelsepersonell hadde undervisning med helsepersonellet, resulterte det i mer kompetanse og økt fokus på munnhelse på sykehjemmet (Johansson et al., 2020; Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). Samarbeidet førte blant annet til at det ble laget munnstellrutiner tilpasset den enkelte pasienten, og nødvendig utstyr ble tatt i bruk (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). For å ha et godt tverrfaglig samarbeid spiller sykepleieren en viktig rolle, nettopp fordi sykepleieren ofte er den yrkesgruppen som jobber pasienten nærmest og da har best oversikt over pasientens situasjon (Kirkevold, et.al., 2020). En annen faktor som er nødvendig for at tverrfaglig samarbeid skal fungere, kan se ut til å være god kommunikasjon og tillitt mellom tannhelsepersonellet og helsepersonellet (Aagaard et al., 2020). Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og tannhelsepersonell kan bidra til å styrke kompetansen til sykepleieren, og gjennom god kommunikasjon kan det resultere i bedre munnhelse hos sykehjemspasientene.

På sykehjemmene samarbeider sykepleierne tett med helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter, da de sammen utgjør et pleieteam som skal ivareta pasientens behov for sykepleie (Kirkevold et.al, 2020). Sykepleieren er ofte den i teamet som har høyest kompetanse, dermed størst ansvar for å sikre høy faglig standard og god kvalitet på pleien som gis (Kirkevold et.al, 2020). Teorien sier altså at sykepleieren har stort ansvar, og i tverrsnittstudien til Willumsen et.al. (2011) svarte 90% av sykepleierne at

ivaretagelse av pasientens munnhelse var en del av deres ansvarsområde. Derimot ble det sett i en annen forskningsartikkel at det var uklarheter om hvem som hadde ansvaret, der ledelsen mente det var sykepleieren, og sykepleieren mente det var pleieassistentene (Lindqvist et al., 2013). Selv om det ofte er pleieassistentene som utfører munnstellet slik en ser i studien til Lindqvist et.al. (2012), må sykepleieren sørge for å dele sin kompetanse, da pleieassistentene ofte ikke har noe helsefaglig bakgrunn fra før. Hvis sykepleieren tar på seg ansvaret og sørger for at pleieteamet holder høy faglig kvalitet, kan det bli lettere å sikre pasienten en god munnhygiene.

4.1.3. Rutiner og ledelse på arbeidsplassen

Det kom frem i forskningen til Lindqvist et.al. (2013) at de hadde dårlige rutiner både når det kom til ufullstendige og lite brukte munnstellprosedyrer, dårlig dokumentering samt lite fokus på munnstell i pleieplanen. Ved slike tilfeller burde sykepleieren ta grep og vurdere om det hele regnes som uforsvarlig. Svikt i rutiner kan nemlig føre til at pasientens behov blir berørt, og da er det sykepleierens sitt ansvar å sørge for at det skjer en endring (norsk sykepleierforbund, u.å.). Gode prosedyrer rundt munnstellet som munstellkort tilpasset den enkelte, kan gjøre det lettere for pleierne å utføre korrekt munnstell, slik forskningen til Aagaard et.al (2020) og Lindqvist et.al (2013) også påpeker. Prosedyrene kan dessuten bidra til å sikre pasienten et munnstell ut fra den enkeltes behov (Kristoffersen et al., 2016b). Dette støttes også av Henderson som var opptatt av å gi en individualisert pleie og omsorg tilpasset den enkelt (Kristoffersen et al., 2016c). I tillegg bør det på sykehjemmet lages en plan for hvordan sykepleierne kan sikre at rutinene blir fulgt. En løsning på det problemet kan være å lage skjemaer der pleierne må signere hver gang munnstellet er utført, slik forskningen til Johansson et.al (2019) viste. Der måtte helsepersonellet signere hver gang pasientene fikk munnskyllevann, og det skapte et press på å følge rutinene samt hadde en positiv effekt (Johansson et.al., 2019). Det kan altså se ut til at sykepleieren gjennom utarbeidelse av grundige prosedyrer og faste rutiner kan påvirke sine kollegaer til å bedre ivareta munnhygiene til pasientene.

Et annet funn som viste seg å være en årsak til at munnstellet ble bortprioritert var mangel på personell og travle arbeidsdager på sykehjemmet (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). Her spiller ledelsen og organiseringen av sykehjemmet en viktig rolle, slik studiene viste der ledelsen måtte være deltagende for at munnhelse skulle bli prioritert (Lindqvist et al., 2013; Aagaard et al., 2020). Sykepleieren har som nevnt et ansvar å bidra til kontinuerlig fagutvikling og sikre god kvalitet på sykepleien som gis. Det kan blant annet innebære å utfordre arbeidskulturen som er på sykehjemmet (Kirkevold et.al., 2020). Sykepleieren bør altså åpne opp for faglig diskusjoner om forbedringspotensialer, og utfordre ledelsen til å ta tak i problemet (Kirkevold, et.al., 2020). Hvor viktig ledelsens involvering er ser man i artikkelen til Aagaard et.al. (2020) der de legger til rette for at avdelingen er godt bemannet og har god tid, som igjen skapte gode muligheter for tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell (Aagaard et al., 2020). Med god ledelse påvirket det de ansatte, og hadde en positiv effekt på munnhelsen (Aagaard et al., 2020). Sykepleieren burde dermed påvirke ledelsen til å tilrettelegge bedre, samt få hele avdelingen til å være bevisst på problemet. På den måten kan muligens de i fellesskap skape en forandring som sikrer ivaretagelse av pasientens munnhygiene.

4.2 Metodediskusjon

Jeg har skrevet oppgaven med Thidemann (2019) og Evans (2002) som utgangspunkt for oppgavens tekniske utforming og analyse av valgte artikler. En styrke med oppgaven er at den både bygger på kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Dette gjør at man både får gått i bredden ved å få resultater presentert som målbare enheter, og i tillegg gått i dybden ved å se på hva den enkelte tenker og mener (Dalland, 2020). Siden oppgaven har et sykepleieperspektiv var de kvalitative artiklene til Lindqvist et.al (2012) og Aagaard et.al (2020) viktige for å få frem sykepleierens tanker om munnhelsen på sykehjemmet. En fordel er at flere av artiklene ser på resultater fra ulike land, men som likevel er fra land med tilnærmet likt helsevesen som i Norge. En annen styrke er at artiklene er publisert fra 2012 til 2021, der over halvparten er publisert innen de 5 siste årene. Artikkelen til Willumsen et.al fra 2012 er den eldste i oppgaven, men siden studien er fra Norge og er svært relevant for min problemstilling, ble den likevel tatt med.

En svakhet med oppgaven er at artiklene tar for seg helsepersonell generelt på sykehjem, og ikke spesifikt ser på yrkesgruppen sykepleiere. Det var vanskelig å finne forskning med kun sykepleiefokus, og med erfaringer fra sykehjemspraksis er det kjent at det ofte er få sykepleiere på vakt sammenlignet med helsefagarbeidere og pleieassistenter. Det er likevel i resultatdiskusjonen trukket linjer fra resultatene opp mot sykepleierrollen. En annen svakhet er at artiklene er skrevet på engelsk, og med engelsk kun som andrespråk gir det margin for feiltolkninger av resultatet i artiklene.

Opgaven tar for seg sykepleieteoretikeren Virginia Henderson. På grunn av Covid-19 situasjonen har jeg dessverre hatt dårlig tilgang til bibliotek, og derfor er kun sekundærkilder tatt i bruk. Mye av faglitteraturen er også basert på pensumbøker og nettbaserte kilder. Til tross for sekundærkilder føler jeg likevel at teoridelen holder høy standard.

4.3 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan sykepleieren kan ivareta behovet for god munnhygiene hos eldre pleietrengende på sykehjem. Resultatene kom frem til at munnhelsen til eldre pleietrengende er i for dårlig stand, og når antall eldre med egne tenner på sykehjem bare øker må det fattes en endring. Derfor må sykepleieren bli mer bevisst på hvordan de skal dekke behovet for god munnhygiene. Munnstell er tydeligvis en oppgave som blir forsømt eller bortprioritert. Sykepleieren må få øynene opp for at ivaretagelse av god munnhygiene virker både helsefremmende og forebyggende, slik at det få en høyere prioritering fremover. Til tross for at mange sykepleiere hadde god kompetanse fra før, viste studiene at flere opplevde mangler rundt temaet munnhelse. Sykepleieren har selv et ansvar for holde seg faglig oppdatert. Det innebærer blant annet å innhente seg gode bakgrunnskunnskaper, samt vite hva konsekvensene blir hvis det munnstell uteblir. Ved at sykepleieren skaffer seg god kompetanse om temaet munnhelse vet de bedre hva som skal observeres og undersøkes. Det gjør at de tidligere kan fange opp problemer og iverksette tiltak for å bedre pasientens munnhygiene.

Dessuten viste resultatene at tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell bidro til bedre kompetanse hos helsepersonellet på sykehjemmet. Det betyr at hvis sykepleieren ser et behov og tar ansvar for at det tverrfaglige samarbeidet blir satt i gang, vil det på sikt kunne gjøre pleierne i bedre stand til å sikre god munnhygiene til de eldre pleietrengende. Uansett er sykepleieren ofte den med høyest kompetanse i pleieteamet, og det gjør at sykepleieren må ta ansvar for at pleieteamet holder høy kvalitet. Ved å dele sin kompetanse og legge opp til høy faglig standard kan det gi en positiv effekt på pleieteamet. Slik at alle kan jobbe sammen for å dekke pasientens behov for god munnhygiene. I tillegg kom det frem i studiene at det var behov for bedre prosedyrer og rutiner på arbeidsplassen, så hvis sykepleieren tar ansvar for å utarbeide dette kan det gjøre det lettere å sikre at munnstellet blir utført. Videre ble det poengtert at ledelsen har stor innvirkning på hvordan munnhygien på sykehjemmet blir prioritert, dette med tanke på tilrettelegging av tid, nok personale og innflytelse på pleieteamet. Med tanke på dette bør sykepleieren forsøke å få ledelsen med på laget, der de får øynene opp for hvilke endringer som bør skje og dermed åpne opp for forbedringer. Sykepleieren spiller altså en viktig rolle for å sikre at behovet for god munnhygiene hos eldre pleietrengende blir ivaretatt. Denne systematiske litteraturstudien setter lys på at ved å øke kompetansen, ta ansvaret og skape gode muligheter for tverrfaglig samarbeid. I tillegg til å lage gode rutiner, få pleieteamet og ikke minst få ledelsen med på laget, kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for god munnhygien hos den eldre pleietrengende på sykehjemmet.

Referanser

- Aagaard, K., Meléndez-Torres, G. J., Overgaard, C. (2020) Improving oral health in nursing home residents: A process evaluation of shared oral care intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3392–3402. <https://doi.org/10.1111/jocn.15373>
- Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving* (7.utgave) Oslo: Gyldendal akademisk
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing* 20(2) 2002-2003. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2018) *MeSH (Medical Subject Headings) oversatt til norsk* <http://mesh.uia.no/>
- Gleditsch, R. F. (2020, 3.juni) *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Helsebiblioteket (2016, 3.juni) Sjekklister. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet (2019, 2.mai) *Voksne bør pusse tennene to ganger daglig med fluortannkrem*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar/rad/voksne-bor-pusse-tennene-to-ganger-daglig-med-fluortannkrem#referere>
- Helsepersonelloven – hpl (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hoeksema, A. R., Peters, L. L., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Vissink, A., Visser, A. (2017) Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: From admission to death. *Clinical Oral Investigations*, 21(7), 2189–2196. <https://doi.org/10.1007/s00784-016-2011-0>
- Johansson, I., Torgé, C. J., Lindmark, U. (2020) 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), 107–115. <https://doi.org/10.1111/idh.12421>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (2020) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utgave) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (2016a) *Grunnleggende sykepleie: Bind 1, Sykepleie – fag og funksjon*
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (2016b) *Grunnleggende sykepleie: Bind 2, Grunnleggende behov* (3.utgave) Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (2016c) *Grunnleggende sykepleie: Bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave) Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., Bültzingslöwen, I. von. (2013) Oral care perspectives of professionals in nursing homes for elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(4), 298–305. <https://doi.org/10.1111/idh.12016>

Lyshol, H., Biehl, A. (2009) *Tannhelsestatus i Norge: En oppsummering av eksisterende kunnskap* (rapport 2009:5) Nasjonalt folkehelseinstitutt <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20095-pdf-.pdf>

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund (uten år) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

NSD (2021) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., Tsakos, G. (2015) The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(102) <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0300-y>

Rantzow, V., Andersson, P., Lindmark, U. (2018) Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23–24), 4381–4389. <https://doi.org/10.1111/jocn.14584>

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave) Oslo: Universitetsforlaget

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>

