



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	408
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7975
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	29
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Munnhelse og demens i sykehjem

Oral health and dementia in nursing home

Kandidatnummer: 408

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ institutt for helse-
og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 9 mai

Antall ord: 7975

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Most people living in nursing homes in Norway have a diagnosis of dementia, and research shows that patients with dementia have poorer oral health than cognitively healthy older people (Zenthöfer et al., 2016). Therefore, they can be considered as risk individuals when it comes to oral diseases and their consequences.

Many patients with dementia resist help with oral care, person-centred care is important in their nursing care. Compulsory decisions by law can be made when this is indicated. In this literature study, I chose the following problem: How can nurses contribute to looking after the oral health of patients with dementia in nursing homes?

A literature search was carried out in three databases using keywords listed in a PICO form. Five articles were selected according to inclusion and exclusion criteria, critically assessed using checklists and analyzed thematically.

The thematic analysis showed that there were two themes that were consistent in the articles: The effect of training for carers in nursing homes, and experienced challenges in providing oral care to residents in nursing homes. The effect of training in oral health, oral hygiene (Weintraub et al, 2018; Schwindling et al, 2018) and various trust-based techniques (Jablonski et al, 2018) in providing oral care to patients with dementia in nursing homes had a positive effect on the residents' oral health. Mapping tools were useful for the staff (Hoang et al., 2018), perceived challenges in providing oral care included the resident's autonomy (Weening-Verbree et al. 2021), lack of knowledge on the part of the carers and different attitudes (Weering-Verbree et al. 2021).

As a nurse, you can look after the oral health of nursing home residents with a diagnosis of dementia by having knowledge of oral health, using person-centred care or performing oral care under duress when this is indicated, using mapping tools, having good attitudes and acting in line with the laws and rules that apply.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema/ problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv.....	3
2.1 Demens.....	3
2.1.1 Definisjon, typer, klinisk bilde.....	3
2.1.2 Sykepleie til personer med demens.....	3
2.2 Oral helse.....	4
2.3 Oral helse og pasienter med demens.....	4
2.3.1 Demensplan, motstand mot munnstell.....	4
2.3.2 Lover, praksis og rettigheter.....	5
2.4 Munn- og tannstell på sykehjem.....	5
2.5 Orale sykdommer og følgetilstander hos eldre.....	6
2.5.1 konsekvenser av oral sykdom på generell helse hos eldre.....	6
2.6 Praktisk utførelse av munnstell og kartlegging.....	7
2.6.1 Tannrengjøring.....	7
2.6.2 Stell av tannproteser.....	7
2.6.3 Kartleggingsverktøy.....	8
2.7 Munn- og tannstell når pasienten motsetter seg helsehjelp.....	8
2.8 Virginia Hendersons sykepleieteori.....	9
2.9 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer.....	10
3.0 Metode.....	10
3.1 Design.....	10
3.2 Søkeprosess.....	11
3.2.1 PICO.....	11

3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.2.3	Søkeprosessen.....	13
3.2.4	Litteratursøk.....	13
3.3	Kritisk vurdering av artikler.....	14
3.4	Analyse og syntese.....	14
3.5	Etiske vurderinger.....	15
4.0	Resultater.....	15
4.1	Effekten av opplæring hos pleiere på sykehjem.....	15
4.1.1	Generell opplæring relatert til oral helse hos eldre.....	15
4.1.2	Opplæring i atferdsteknikker for å redusere motstand mot hjelp til munntell.....	16
4.2	Opplevde utfordringer ved å gi munnpleie til beboere på sykehjem.....	17
4.2.1	Beboerne.....	17
4.2.2	Personalet selv.....	18
4.2.3	Sykehjemmet.....	18
5.0	Drøfting	19
5.1	Resultater.....	19
5.1.1	Effekten av opplæring hos pleiere på sykehjem.....	19
5.1.2	Opplevde utfordringer ved å gi munnpleie til beboere på sykehjem.....	21
5.2	Metode.....	23
6.0	Konklusjon og implikasjoner for praksis.....	24
7.0	Referanseliste.....	25
Vedlegg.....		31
ROAG-	kartleggingsverktøy.....	31
Litteraturmatrise.....		32
Søkehistorikk.....		37

1.0 Innledning

Noen av Norges eldre bor på institusjon og i 2011 var det 11 prosent færre plasser innenfor institusjoner tilknyttet pleie og omsorg enn i 1991 (Gabrielsen, 2013, s. 93). Det har i denne 20-års perioden vært en betydelig vekst i antall plasser på somatiske sykehjem, mens samtidig har det vært en stor nedgang i plasser på aldershjem. Denne overgangen fra aldershjem til sykehjem må sees i sammenheng med utbyggingen av hjemmetjenesten som har funnet sted samtidig. En utbygging av ressursene i hjemmetjenesten fører til at flere kan bo hjemme lenger. Og en vil da forvente at pasienter som blir tilbudt institusjonsplass, gjerne vil ha et mer omfattende pleiebehov enn tidligere (Gabrielsen, 2013, s. 93). Færre eldre bor altså på sykehjem, og sykepleiere vil ha en viktigere funksjon da de har dårligere helse enn før og har behov for økt pleie.

Blant de eldre berøres noen av diagnosen demens. Eldre med demens er en stor gruppe i norske sykehjem. Litt over 80 prosent av de som har langtidsplass på sykehjem har demens (Strand, B. H. m fl., 2021). Om lag 101000 har en demensdiagnose i Norge i dag og det forventes at dette tallet vil mer enn fordoble seg frem mot 2050 pga. det økende antallet eldre (FHI, 2021). De fleste med demens i dagens Norge bor ikke på sykehjem, men hjemme. Én tredjedel av de ca. 100 000 med demens i 2020 bodde på sykehjem (Gjøra, 2021).

Forskning viser at pasienter med demenssykdom har dårligere munnhelse enn kognitivt friske eldre (Zenthöfer et al., 2016) og derfor kan betraktes som risikoindivider når det kommer til forskjellige orale sykdommer og konsekvenser av dette. Munnhulen er også en del av kroppen, og dårlig oral hygiene kan derfor hos svekkede eldre mennesker, deriblant pasienter med demens, få systemiske konsekvenser. Blant de eldre som er fysisk svekket og har redusert immunforsvar kan dårlig oral hygiene være livstruende og føre til sykdommer som sepsis, pneumoni og hjerte- og karsykdommer (Buljo, 2023). Derfor er det viktig å fokusere på hva en sykepleier kan bidra med for å bevare den orale helsen til pasienter med demens.

1.1 Problemstilling

Jeg har i denne oppgaven valgt følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem?*

1.2 Begrunnelse for valg av tema/ problemstilling

Jeg har valgt å skrive om demens og munnhelse da jeg gjennom praksis og lønnet arbeid på sykehjem har opplevd varierende fokus på oral helse. Selv har jeg forsøkt å gi munnstell til pasienter med demens hvor noen av dem godtok dette, mens andre utøvde motstand. Med denne oppgaven får jeg reflektere over hva jeg selv, som snart ferdigutdannet sykepleier, kan gjøre for å møte denne utfordringen på en god måte.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Da jeg kun har erfaring og praksis fra langtidsavdelinger på sykehjem og ønsker å skrive om utfordringer med demens, kommer jeg til å avgrense problemstillingen til å kun omfatte eldre personer ca. over 65 års- alder med demensdiagnose som har langtidsplass på sykehjem. I tillegg kommer jeg til å utelukke spesielt munnstell.

1.4 begrepsavklaringer

Oral helse er tilstanden til munn, tenner og orofasiale strukturer som gjør individer i stand til å utføre viktige funksjoner som å spise, puste og snakke, og omfatter psykososiale dimensjoner som selvtillit, velvære og evnen til å sosialisere og arbeide uten smerte, ubehag og forlegenhet (WHO, 2023).

Demens er en fellesbetegnelse på en gruppe hjernesykdommer som gjerne opptrer i høy alder og fører til symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsforandringer og endringer i atferd. Tilstanden fører til redusert evne til egenomsorg, personer som rammes har tiltagende problemer med å klare seg i dagliglivet (NHI, 2019).

Sykehjem er en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgnsopphold, behandling og pleie som ikke trenger å skje på sykehus, men som likevel krever mer helsefaglig innsats enn det som er mulig eller forsvarlig å gi i pasientens eget hjem (Braut, 2018).

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Demens

2.1.1 definisjon, typer

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som finner sted hos tidligere kognitivt fungerende personer (Bertelsen, 2014, s.326). Alzheimers sykdom er den hyppigste formen for demens og omfatter ca. 70% av alle demenstilfeller, mens vaskulær demens er den nest vanligste som omfatter ca. 20 %.

Personer med Alzheimers sykdom får diagnosen stilt på grunnlag av et typisk symptombilde med progredierende hukommelsessvikt, endret personlighet og nedsatt evne til å tenke hos en tidligere frisk person der andre årsaker til symptomene er utelukket. Karakteristiske degenerative forandringer i hjernevevet kan sees ved MR- undersøkelse (Bertelsen, 2014, s. 326).

Vaskulær demens skyldes hjernefunksjonssvikt og demens som følge av mange mindre infarkter spredt kortikalt og subkortikalt, også kalt lakunære infarkter (Bertelsen, 2014, s.326). Slike små infarkter vil som oftest ikke gi nevrologiske symptomer som lammelse eller sensibilitetsforstyrrelser, men over tid til de føre til demensutvikling. (Bertelsen, 2014, s.326-327)

2.1.2 Sykepleie til personer med demens

For å gi omsorg til pasienter med demens, så legges det stor vekt på personsentrert omsorg. En slik individualisert omsorg handler først og fremst om å møte hver enkelt person med demens som et unikt individ gjennom helse sykdomsforløpet. Man fokuserer stort på mennesket bak, ikke bare demenssykdommen (Helsedirektoratet, aldring og helse, nasjonalforeningen for folkehelse, 2022).

Personens opplevelse av egen situasjon og behov skal danne utgangspunktet for omsorgen ved at pasienten med demens selv får være med på å bestemme hva som skal gjøres og hvordan (Helsedirektoratet, aldring og helse, nasjonalforeningen for folkehelse, 2022). Selv om den kognitive funksjonsevnen er svekket, er ikke personen med demens sin iboende verdi svekket av demenssykdommen. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011,§1-1) gir kommunene plikt til å sikre at tjenestetilbudet tilpasses den enkeltes behov og at det vises respekt for

integritet og verdighet, noe som kan tolkes som personsentrert.

2.2 Oral helse

I 2016 utarbeidet FDI World Dental Federation en definisjon av oral helse. De formulerte det slik: «oral helse er mangesidig og inkluderer, men er ikke begrenset til, evnen til å snakke, smile, lukte, smake, berøre, tygge, svelge og formidle et spekter av følelser gjennom ansiktsuttrykk med selvtillit og fri for smerte, ubehag og/ eller sykdom i det kraniofaciale kompleks» (FDI, 2020, sitert i Hauge & Alvenes, 2019)

Ytterligere tilbehør til definisjonen (FDI, 2020, sitert i Hauge & Alvenes, 2019) sier at: oral helse er en grunnleggende del av helse og psykisk og fysisk velvære, som blir påvirket av verdier og holdninger til samfunnet og enkeltmennesker. Oral helse reflekterer også de fysiologiske, sosiale og psykologiske egenskapene som er avgjørende for livskvaliteten og påvirkes av den enkeltes endringserfaring, oppfatninger, forventninger og evne til å tilpasse seg forholdene.

2.3 Oral helse og pasienter med demens

2.3.1 demensplan, motstand mot munnstell

Regjeringen har utarbeidet en demensplan for perioden 2020- 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 35). Her står det at tannhelsen har blitt betydelig bedre de siste 40-50 årene, men at mange personer med demens likevel har behov for hjelp til å ivareta egen munnhelse. Blant de ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten er det stor variasjon i kompetansen om tannhelse, og det er få ansatte som får undervisning om dette (Olsen & Ludvigsen, 2019).

Det er den offentlige tannhelsetjenesten som gir ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjenester opplæring og veiledning i munnhelse, men det er ulik praksis mellom fylkene (Hovden, Krona & Disch, 2017). Regjeringens demensplan peker på behov for læringsnettverk, flere møteplasser og tettere dialog mellom kommunene og tannhelsetjenesten for å heve kompetansen rundt munnhelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.35).

Mange pasienter med demens på sykehjem motsetter seg hjelp til munnstell. Slik atferd er situasjonsbetinget og forverres i takt med progresjonen av demenssykdommen (Aronsen, 2022). Fryktresponsen er nevrobiologisk, og pasienter med demens har en økt fryktrespons i

kraft av de patofysiologiske endringene i hjernen (Kirkevold, 2018). Derfor kan pasienter med demens tolke munnstell som noe truende og reagere med motstand (Aronsen, 2022). Det er viktig med tillit og en god relasjon til pasienten med demens for å komme i posisjon til å kunne utføre munnstell (Aronsen, 2022). Eksempler på tillitsskapende teknikker for å unngå motstand er å nærme seg pasienten med et smil, bruke språk og berøring for å etablere trygg kontakt og distraksjon (Jablonski et al., 2011).

2.3.2 Lover, praksis og rettigheter

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (2003, §3) står det at kommunen skal blant annet sikre et system av prosedyrer som søker å sikre at apparatet og tjenesteyterne tilstreber å gi brukerne de tjenestene de har behov for og i henhold til individuell plan når slikt finnes. For å løse dette skal kommunen utarbeide prosedyrer som sikrer at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får oppfylt sine grunnleggende behov. Med dette menes blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

Den offentlige tannhelsetjenesten kan gi nødvendig opplæring og veiledning til helse- og omsorgspersonell slik at disse er i stand til å hjelpe pasienter med demens med å ivareta sin munnhelse og vite når man skal henvise til tannlege (Helsedirektoratet, 2022). For å sikre et oppsøkende tilbud til pasienter, deriblant demente på sykehjem, som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, vil det være nyttig med en samarbeidssamtale mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunen. Dette kan være forankret på ledernivå eller som en overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og fylkeskommunen (Helsedirektoratet, 2022).

2.4 Munn- og tannstell på sykehjem

Munnstell er ofte en nedprioritert oppgave blant sykepleiere på sykehjem. Noen sykepleiere kan ha negative holdninger mot det å utføre munnstell fordi det kan oppleves som frastøtende, og mulige årsaker til dette kan være slim eller dårlig ånde. Slike sykepleiere overlater gjerne munnstellet til andre pleiere (Svensli, Flåskjer, Ryste & Helberget, 2019). På enkelte sykehjem kan de være ulike syn på hvem sitt ansvar det er for at munnstell blir gjennomført. Enkelte sykepleiere mener det er en del av den grunnleggende pleien og omsorgen og dermed et felles ansvar, noen sykepleiere mener det er opp til ledelsen å gi klare instruksjoner, mens

ledelsen på sin side kan mene at det er sykepleiernes hovedansvar (Lindqvist et al., 2013; Sonde et al, 2011).

Forskning viser at sykepleiere ofte har lite innsikt i og kunnskap om at dårlig tannhelse kan få alvorlige, helsemessige konsekvenser for eldre mennesker (Forsell et al.,2011; Wårdh et al., 2000; De Visschere et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Sonde et al., 2011; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012; Kullberg et al., 2010). Det å ha flere repeterende opplæringsprogrammer kan ifølge Flo (Flovik, 2005) føre til bedre munnhelse blant pasienter på sykehjem.

Flere studier viser at sykepleiere generelt er opptatt av pasientens autonomi og integritet (Forsell et al.,2011; Wårdh et al., 2000; De Visschere et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Sonde et al., 2011; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012; Kullberg et al., 2010). Noen mener at de som er avhengige av hjelp bør få beholde sin verdighet ved at de selv får mulighet til å delta i egen pleie (Brinchmann, 2012). Man kan som sykepleier oppleve at man i møte med pasienter med sviktende autonomi kan komme inn i etisk dilemma hvor man har pasientautonomi på den ene siden og myk paternalisme på den andre.

Mange pleiere påstår at andre sykepleieoppgaver ofte får høyere prioritet enn munnstell pga. tidsnød og motstand fra pasienten (Forsell et al.,2011; Wårdh et al., 2000; De Visschere et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Sonde et al., 2011; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012). Årsaken til tidspress varierte i en studie (De Visschere, 2015) mellom sykepleiere. Nevnte årsaker blant dem var redusert bemanning, økt arbeidsbelastning eller nedprioritering fra ledelsen.

2.5 Orale sykdommer og følgetilstander hos eldre

2.5.1 konsekvenser av oral sykdom på generell helse hos eldre

God oral helse har spesielt betydning for de som er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. Bakterier fra munnen kan aspireres eller spres via blodbanen gjennom inflammerte tannkjøttslommer (Rautemaa et al., 2007;Holmstrup et al., 2017) Dette kan så føre til systemiske sykdommer som lungebetennelse, hjerte- karsykdommer, endokarditt, sepsis og aterosklerose. God oral hygiene er ved disse tilstandene selvsagt (Strand & Kvalheim, 2021)

Videre kan selvfølelse, sosiale relasjoner, ernæring og måltider påvirkes av tannstatus og oral helse. Dårlig oral helse kan føre til smerter og problemer med å tygge og spise, noe som igjen kan føre til feilernæring og underernæring. Dårlig munnhelse og tannsett er også ofte forbundet med skam og lav selvfølelse, noe som igjen kan påvirke for eksempel livskvaliteten (Evensen, 2021).

2.6 praktisk utførelse av munnstell og kartlegging

2.6.1 Tannrengjøring

Målet med et munnstell er å hindre at slimhinner tørker ut, forebygge infeksjoner og belegg på tenner og tunge og motvirke tørre, sprukne lepper og munnviker (Strand og Samson, 2014, s. 319). Det er anbefalt at voksne pusser tenner x2 per dag (Helsedirektoratet, 2019). En elektrisk tannbørste rengjør mest effektivt, har et godt skaft å holde i og har et lite børstehode som er tilpasset plassforholdene. Det må børstes godt på tennenes frem- og bakside og spesielt langs tannkjøtsranden for å unngå karies på rotoverflatene. Under tannstøttede broer og i mellomrom mellom tennene brukes flaskekoster eller tanntråd festet på bøyle som føres frem og tilbake mens den presses lett langs tannflaten. Hvis den gamle plages med såre slimhinner bør man bruke en tannkrem uten sterke såpetilsetninger (Strand og Samson, 2024, s. 319).

2.6.2 Stell av tannproteser

Helproteser brukes når pasienten er totalt tannløs i en kjeve. Den dekker kjevekammen og i overkjeven dekker den også ganen. Delproteser erstatter tap av tenner i en kjeve og festes til gjenværende tenner med klammere i metall. Når beboeren ikke har protesen i munnen skal den oppbevares i egnet beholder (protesekopp). Tørr oppbevaring er anbefalt da det reduserer bakterieveksten på protesen (Manfredi og Polonelli 2013). Tannproteser kan rengjøres med oppvaskmiddel og gjerne med en neglebørste. En skal unngå tannkrem med slipemiddel da det kan lage riper i protesematerialet (Skaug, 2016) Delproteser fjernes ved å ta tak i klammere og skyve i tannens lengderetning.

Før man setter protesen på igjen hos den gamle, skal gommene pusses med en myk tannbørste og munnhulen skylles eller gjøres ren med egnet hjelpemiddel, for eksempel tupfer i låsbar tang eller «swab». Det er viktig å følge med på tannkjøtt og gommer. Matrester og eventuell festelim for protesen kan, dersom de ikke blir fjernet, irritere og skape sårhet og fare for infeksjon. Alder og sykdom kan føre til endringer i gommens fason. Dersom det blir et lite misforhold mellom gommene og protesens fason, kan festemiddel brukes. Men dersom

avviket blir for stort, kan irritasjon og sårdannelse oppstå. En bør sjekke protesens tilpasning ved behov (Skaug, 2016).

2.6.3 Kartleggingsverktøy

Et eksempel på et kartleggingsverktøy som vil kunne bidra til en dekkende og systematisk kartlegging av munnhulens strukturer, er Revised oral assessment guide (ROAG) (Skaug, 2016, s. 51) (Vedlegg 1). Verktøyet innebærer observasjon av stemme, lepper, slimhinner, tunge, tannkjøtt, tenner, spytt og svelgfunksjon. Strukturene og funksjonene skal beskrives og vurderes på en skala fra 1-3 der 1 indikerer normale forhold, 2 at det er moderate problemer, og 3 vil si alvorlige problemer (Skaug, 2016, s. 51). Dersom beboeren har moderate eller alvorlige problemer, er det grunnlag for å kontakte lege eller tannlege.

2.7 Munn- og tannstell når pasienten motsetter seg helsehjelp

Pasienter med demens som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. I kapitlet står det at loven kan anvendes når helsepersonell gir helsehjelp til pasienter over 16 år som motsetter seg helsehjelpen og som mangler samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-2). Helsehjelpen kan eksempelvis omhandle ivaretagelse av pasientens munn- og tannhelse.

Kapitlet sier videre at tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd med mindre det er formålsløst å prøve dette. Dersom pasienten opprettholder sin motstand eller sannsynligheten er stor for at pasienten vil gjøre dette, kan det fattes tvangsvedtak om helsehjelp dersom a) en unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og b) helsehjelpen blir sett på som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3)

Selv om alle disse kriteriene er oppfylt, kan man bare gi helsehjelp under tvang dersom det fremkommer at dette er den klart beste løsningen for pasienten. Det må blant annet legges vekt på graden av motstand og hvorvidt det kan forventes at pasienten kan gjenvinne sin samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-5).

2.8 Virginia Hendersons sykepleieteori

Henderson var en amerikansk sykepleier som er kjent for sin teori om sykepleie og grunnleggende behov. Hun definerte det hun mente var sykepleierens særegne funksjon eller ansvarsområde:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson, 1960, s.9).

Definisjonen fremhever tre ideer hos Henderson: at noen gjøremål er nødvendige for helse, helbredelse og en fredfull død, at personer er normalt aktive og selvstendige i forhold til disse gjøremålene og at målet for sykepleie er gjenvinnelsen av selvstendighet for pasienten, eventuelt en fredfull død dersom dette er uunngåelig. Et annet viktig begrep i teorien hennes, universelle behov, kommer ikke tydelig frem i definisjonen. Henderson mener at sykepleierens grunnleggende gjøremål har sin rot i universelle menneskelige behov (Henderson, 1960, s.6). Å ivareta disse behovene er en forutsetning for de gjøremålene som fremmer pasientens helse eller fredfulle død (Henderson, 1960, s.6).

Henderson nevner 14 komponenter om sykepleierens grunnleggende gjøremål som hun mener inngår i generell sykepleie (Henderson, 1960, s.21; Henderson, 1995, s. 37). De komponentene som er relevante både direkte og indirekte for sykepleie og oral helse, er:

1. å hjelpe pasienten å puste normalt,
2. å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig,
3. å hjelpe pasienten å få fjernet kroppens avfallsstoffer,
8. å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte hud og slimhinner.

2.9 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer

Som sykepleier kommer man opp i viktige etiske problemstillinger. Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer er et eksempel på noe som kan være til god hjelp slike situasjoner. De slår fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og indre verdighet. Sykepleieutøvelse skal bygge på omsorg, respekt for menneskerettighetene og barmhjertighet (norsk sykepleieforbund, u.å. a).

Den retningslinjen som er relevant med tanke på sykepleie og oral helse, er retningslinje nr. 2 som lyder slik: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (norsk sykepleieforbund, u.å. b). Retningslinjen er videre delt inn i 14 underpunkter. Følgende underpunkter er viktige for sykepleie og oral helse:

- 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
- 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
- 2.4 Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.
- 2.8 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.
- 2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

3.0 Metode

3.1 design

Jeg har valgt å utforme oppgaven som en litteraturstudie. Dette er en type studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.77). Å systematisere vil si å samle sammen litteratur, vurdere den kritisk og gjengi det vesentligste i en kortfattet form til slutt. Ved å velge litteraturstudie som oppgavedesign, vil jeg få muligheten til å sammenlikne de nyeste studiene som er blitt utført på feltet for så å komme frem til ny kunnskap som jeg kan bruke i egen yrkesutøvelse.

For å svare på oppgavens problemstilling kan man både ta utgangspunkt i studier som bruker kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative data er målbare, harde og objektive (Thidemann, 2019, s. 75). Hensikten med en kvalitativ metodetilnærming er å få kunnskap om menneskelige meninger, erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger og å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s.76).

Å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta den orale helsen til sykehjemsbeboere, kan på den ene siden være målbart da man for eksempel i en studie kan måle den orale helsen før og etter en intervensjon med mål om å forbedre den. Men det er også mulig å se på for eksempel sykepleieres syn på ivaretagelse av den orale helsen blant sykehjemsbeboere og på denne måten få frem hvilke tiltak en sykepleier kan iverksette for å ivareta beboernes orale helse.

Etter min mening hører problemstillingen mest hjemme i den naturvitenskapelige tradisjonen med en kvantitativ tilnærming. Men for å få frem ulike dimensjoner ved problemstillingen, valgte jeg å søke etter både kvantitative og kvalitative studier med vekt på kvantitative.

3.2 søkeprosess

3.2.1 PICO

Tabell 1. PICO

Ettersom jeg tolker oppgavens problemstilling som et spørsmål som hovedsakelig kan besvares med kvantitative data, valgte jeg å utforme følgende PICO- skjema:

Problemstilling formulert som et konkret spørsmål:				
<i>Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem?</i>				
	P	I	C	O
	Populasjon/ Problem	Intervensjon / Tiltak	Sammenligning (hvis aktuelt)	Utfall

		Eksposisjon, Interesse		
Norske begrep	Pasienter med demens	Sykepleie på sykehjem		Ivaretagelse av oral helse
MeSH	Demens, dementia Alzheimers sykdom, alzheimers disease Eldre, aged	Profesjonell sykepleie, nursing care, nursing intervention Geriatrisk sykepleie, geriatric nursing Nursing home, long term care facility, sykehjem		Munnhelse, oral health Munnhygiene, mouth hygiene Tannhelse, dental health Oral hygiene, Oral hygiene Tannhygiene, Dental hygiene Dental care, Mouth care
Tekstord	Gamle, eldre, sykehjemsbeboere kognitiv svekkelse, cognitive impairment	Sykepleier, bidra		Oral helse, oral health maintenance

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Aktuelle forskningsartikler ble valgt ut etter følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehjem • Oral helse • Nyere forskning de siste 5 årene • Pasienter med demens • Pasienter fra 65 års- alder 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehus, hjemmesykepleie, korttidsopphold på sykehjem • Pasienter yngre enn 65 år • Forskningsartikler publisert før 2018 • Pasienter uten demens

3.2.3 Søkeprosessen

Artiklene kom jeg frem til ved å bruke søkeordene fra PICO- skjemaet til å gjøre systematiske søk i ulike databaser. Deretter ble artiklene kritisk analysert og vurdert ved hjelp av sjekklister med henblikk på oppgavens problemstilling. Deretter ble resultatene presentert tematisk og utenom i en litteraturmatrise som ble lagt ved som et vedlegg (vedlegg 2).

3.2.4 Litteratursøk

Ifølge kunnskapsbasert praksis kan man kategorisere en problemstilling som man ønsker å finne forskningslitteratur på ut ifra hvilket kjernespørsmål det er (Helsebiblioteket, 2017). Oppgavens problemstilling mener jeg går under effekt av tiltak ettersom effekt på eldre sin orale helse av ulike sykepleierintervensjoner kan gi svar på hva en sykepleier kan bidra med for å ivareta eldre sin orale helse. Det studiedesignet som svarer best på dette kjernespørsmålet er randomiserte kontrollerte studier (Helsebiblioteket, 2020a).

Problemstillingen kan også ansees som et spørsmål hvor man søker kunnskap om erfaringer og holdninger, da i form av sykepleieres refleksjoner rundt det å hjelpe personer med demens med å ivareta sin orale helse og hvordan sykepleiere selv tror de kan bidra til dette formålet. Studier som samsvarer med dette formålet, er studier som bruker kvalitativ metode.

Jeg valgte å gjøre litteratursøket mitt i databasene Medline Ovid, Embase og Cinahl (vedlegg 3) fordi de er viktige sykepleiefaglige databaser som ikke er for avanserte å søke i. Eksempler på søkeord som ble brukt under søket, er *dementia*, *Alzheimers disease*, *nursing home*, *nursing intervention*, *oral health* og *dental health*. Samme søkemetode ble brukt i alle tre databasene: Jeg satte inn alle emneordene fra PICO- skjemaet i søkefeltet, huket så av for det

emneordet som samsvarte i databasen, eventuelt tekstordet dersom det ikke fantes passende emneord og fikk treff på emneordene og tekstordene hver for seg. Så ble alle databasens emneord og eventuelt tekstord tilhørende hver kolonne Population, Intervention og Outcome hver for seg kombinert med OR. Så ble treffene av alle ordene som ble kombinert med OR i hver av PICO- kolonnene kombinert sammen med AND. Søket ble så avgrenset til å kun omfatte studier fra de siste fem årene.

3.3 kritisk vurdering av artikler

Søkene gav 20 treff i Medline Ovid, 38 i Embase og 23 i Cinahl. Etter å ha skimlet overskrifter og abstract på alle artikkeltreffene med hensyn til problemstillingen og inklusjonskriteriene, ble rundt 10 artikler valgt ut. Etter en noe grundigere gjennomlesning og kritisk vurdering, ble de endelige artiklene valgt ut basert på at de omhandlet demente pasienter over 65 år på sykehjem og var av nyere dato. Det ble kun valgt ut randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier i tråd med kunnskapsbasert praksis om at disse studietypene vil kunne svare best på oppgavens problemstilling (vedlegg 2).

Til å vurdere disse artiklene, tok jeg utgangspunkt i sjekklister funnet på Helsebiblioteket.no om å vurdere randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2020c; Helsebiblioteket, 2020d). Jeg tok hver og en artikkel og gikk systematisk gjennom studiedesign, metode, resultater og reflekterte over om resultatene kan brukes i egen praksis som sykepleier.

3.4 Analyse og syntese

Jeg startet analysearbeidet med å først ta for meg studienes problemstilling og de tilhørende forskningsspørsmålene. Disse spørsmålene ble brukt som veiviser og analyseredskap ved å se i hovedteksten etter tekstenheter som har samme meningsinnhold som det forskningsspørsmålet det tilhører. Så kodet jeg tekstenhetene ved å benevne dem ved ulike hovedpoeng. Hovedpoengene som liknet på hverandre, ble så samlet inn under samme tema. Etter å ha lest igjennom resultatdelen i alle studiene samtidig, ble de sammenfattet og syntetisert under hvert tilhørende tema. I tillegg til tematisk analyse og syntese, ble det utarbeidet en litteratormatrise for å gi en god og enkel oversikt over inkluderte artikler (vedlegg 2).

3.5 Etiske vurderinger

Jeg har ikke utført et eget forskningsprosjekt og derfor er det ikke innhentet godkjenning fra etisk komite og tatt hensyn til regler. Men inkluderte studier er etisk vurderte og har blant annet sørget for informert samtykke blant deltakerne (vedlegg 2). Igjennom hele litteraturstudien overholdt jeg Høgskolen på Vestlandet sine akademiske normer for kildehenvisning, som er referansestilen APA 7th (Høgskulen på Vestlandet, 2022).

4.0 Resultater

Alle de fem artiklene ble satt inn i en litteraturmatrise hvor studienes forfattere og tidsskrift de ble publisert i, hensikt, design og metode, utvalg, resultater og kommentarer om styrker, svakheter og etiske betraktninger ble presentert oversiktlig i en tabell (vedlegg 2). Den tematiske analysen viste at det var to temaer som var gjennomgående i artiklene, et i de kvantitative studiene og et i de kvalitative. Temaene kan deles opp i undergrupper:

4.1 Effekten av opplæring hos pleiere på sykehjem

4.1.1 Generell opplæring relatert til oral helse hos eldre

Flere av studiene viste at opplæring av personalet på sykehjemmet hadde en positiv effekt på beboernes orale helse. I studien til Weintraub et al. (2018) hadde plakk- og gingivale registreringer i kontrollgruppen forverret seg etter 24 måneder, mens proteseregistreringen (proteseplakk- indeks) hadde forbedret seg. I kontrast til dette så hadde alle tre variablene (plakkindeks, gingivalindeks, proteseplakk- indeks) forbedret seg på 24 måneder i den eksperimentelle gruppen. Beboerne i den eksperimentelle gruppen hadde fått munnstell av personell som hadde fått opplæring i MCWB (Mouth Care Without a Battle). Dette programmet ble utviklet for å lære personalet hvordan å behandle gingivitt, fjerne plakk, forhindre karies, sørge for protesestell, møte atferdsmessige utfordringer og vurdere og overvåke omsorg.

Schwindling et al. (2018) observerte i sin studie at det etter 6 og 12 måneder var signifikante forbedringer i målevariablene plakkkontroll- registrering og protesehygiene- indeks i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen hvor det ikke var signifikante

forandringer. I den eksperimentelle gruppen hadde beboerne fått munnstell av personale som hadde fått en powerpoint- presentasjon med mål om å forebygge orale sykdommer og øke kunnskap om oral helseomsorg. Temaene i forelesningen var vanlige orale problemer hos eldre, børsteteknikker for tenner og proteser, håndtering av mellomromsbørster og tips om andre hjelpemidler. I tillegg ble støtteark til forelesningen delt ut, en film med praktiske eksempler ble også vist. Personellet som deltok fikk prøvd ut kunnskapen i praksis og på beboere under veiledning av en tannlege.

I 2010 ble personell på sykehjem i Australia trent opp i BOHRC (the better oral health in residential care) – modellen (Hoang et al., 2018). Denne treningspakken inkluderte informasjon om orale sykdommer, oral screening vurderingsteknikker, praktisk demo av orale hygieneteknikker og orale helseprodukter og adressering av problemer med munnhygiene. De deltakerne i studien til Hoang et al. som var involvert i BOHRC- treningen mente at den var nyttig. Det gav dem strategier for å administrere munnhelse til personer med demens, oppmuntre beboere til å delta i oralt stell og informasjon om orale helseprodukter.

Noen deltakere nevnte at BOHRC- modellen utvidet deres kunnskaper om tannhelseproduktene som hjalp å løse beboernes orale helseutfordringer. Å delta på BOHRC- treningen gjorde deltakerne mer klar over viktigheten av oral helse som hjalp personale å forstå behovene hos sykehjemsbeboerne. Opplæring i bruken av verktøyet OHAT (Oral Health Assessment Tool) var en del av BOHRC- opplegget, men kun to av åtte deltakere i studien til Hoang og medarbeidere som deltok på BOHRC- treningen, nevnte bruken av verktøyet på sitt sykehjem.

4.1.2 Opplæring i atferdsteknikker for å redusere motstand mot hjelp til munnstell

Jablonski et al (2018) gjennomførte en studie hvor den eksperimentelle gruppen med sykehjemsbeboere fikk munnstell fra forskerassistenter som hadde fått trening i MOUth (Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction) - intervensjonen. Dette er en ikke-farmakologisk, relasjonsbasert intervensjon. Intervensjonen inneholdt tre komponenter: en evidensbasert munnpleieprotokoll for eldre voksne med naturlig tannsett og proteser, gjenkjennelse av CRB (care resistant behavior) og strategier for å redusere trusseloppfatning under munnstell.

Disse relasjonsbaserte teknikkene omfattet blant annet å tilnærme seg beboeren i eller under øyehøyde med en rolig og behagelig oppførsel, gi munnstell foran en vask og et spill for å

vekke minner hos pasienten om tannstell, unngå «babysnakk», kjeding (chaining) ved at pleieren startet munnpleien for å så få den eldre beboeren til å fullføre, korte kommandoer, miming, distraksjon og brobygging ved å la pasienten holde en tannbørste i den ene hånden mens pleieren ledet pasienten i den andre hånden til å pusse tennene. Den orale helsen til beboerne ble vurdert ved hjelp av et verktøy kalt Oral Health Assessment Tool (OHAT).

I studien fant Jablonski og bedarbeidere at sykehjemsbeboere i den eksperimentelle gruppen hadde dobbelt så stor sjanse for å samtykke til munnstell sammenliknet med beboerne i kontrollgruppen. Beboerne i den eksperimentelle gruppen hadde også dobbelt så stor sjanse for å fullføre munnstell. Disse forskjellene var statistisk signifikante.

I løpet av de tre intervensjonsukene, økte tiden brukt på munnstell i begge gruppene til over fire minutter. Men størrelsen på økningen generelt var høyere i den eksperimentelle gruppen med 0,72 minutter. Dette funnet var også statistisk signifikant. Intensiteten av CRB ble redusert i begge grupper, men reduksjonen var litt høyere i den eksperimentelle gruppen. Forekomsten av CRB økte i begge grupper på liknende nivå. Selv om effekten av MOUth-intervensjonen på CRB- intensitet så ut til å indikere nytte, var effektstørrelsen liten og derfor ikke statistisk signifikant.

OHAT – gjennomsnittsregistreringer forbedret seg for begge grupper fra baseline til uke tre. Når man sammenliknet baseline med intervensjonsukene, hadde den eksperimentelle gruppen litt større forbedring i OHAT- registreringer sammenliknet med kontrollgruppen. Størrelsen på intervensjonseffekten var liten og derfor ikke statistisk signifikant.

Noen deltakere i studien til Hoang og medarbeidere (2018) nevnte at BOHRC- treningen var nyttig i forhold til å vise dem teknikker og tilnærminger for å gi hjelp med oral hygiene til pasienter med demens.

4.2 Opplevde utfordringer ved å gi munnpleie til beboere på sykehjem

4.2.1 Beboerne

Deltakere i studien til Hoang et al (2018) rapporterte dårligere orale helseforhold hos nye beboere som krevde mer stell og behandling fra personell på sykehjem og andre helseprofesjoner. Deltakerne mente også at det var vanskelig å hjelpe beboere som hadde egne tenner med munnstell fordi mange av disse ikke var i stand til å ta vare på tennene sine selv. Mange syntes det var utfordrende å gi munnstell til pasienter med demens, og dette ble

sett på som den største utfordringen på grunn av deres atferdsmessige problemer. Noen av beboerne så ikke oral helse som en prioritet og som noe viktig, dette gjorde det vanskelig for personellet å hjelpe dem i å ivareta den orale helsen.

Atferdsmessige problemer hos beboerne var også en utfordring for personalet som ble intervjuet i studien til Weening- Verbree et al. (2021). Dette var for eksempel pga. kognitive lidelser som blant annet demens. Fysisk og emosjonell motstand fra beboerne og unngåelse av munnstell var opplevde barrierer.

85% av sykehjems-personellet som svarte på spørreskjema (Weening- Verbree et al. 2021) opplevde barrierer relatert til beboerne, inkludert svekkelse på grunn av kronisk sykdom og/eller ikke-samarbeidende atferd på grunn av, for eksempel, kognitiv svekkelse. Andre barrierer (8% av rapporterte barrierer) som ble nevnt i spørreskjemaet var blant annet beboernes autonomi. Pasientens autonomi ble også nevnt i fokusgruppeintervjuene som en barriere. De hadde en holdning om å ikke presse pasienten, fokuset var at pasientens velvære var det viktigste.

4.2.2 Personalet selv

I studien til Weening- Verbree (2021) svarte sykehjems-personellet (43%) gjennom spørreskjema at opplæring i oral helse ble tilbudt av sykehjemmet. Majoriteten av personalet (585) sa at de ville gjerne likt å få mer kunnskap og ferdigheter i oral omsorg. I fokusgruppeintervjuene i samme studie kom det frem at mangel på kunnskap eller utdanning ofte ble nevnt som en barriere, men utdanning fungerte også som en tilrettelegger i enkelte sykehjem. Personalet nevnte at de ville likt å øke kunnskapen deres om bruk av orale produkter og friske opp kunnskapen regelmessig. Det ble i tillegg belyst at personalet mangler praktiske ferdigheter i relasjon til å utøve oral omsorg.

Sykehjems-personellet sa i fokusintervjuene at de forstod viktigheten av oral helse, men likevel forelå ulike oppfatninger (Weening- Verbree et al. 2021). Noen mente at oral omsorg var en del av ADL (activities of daily living), mens andre mente det var mer som service gitt til beboerne og derfor ikke betraktet oral omsorg som noe med primær prioritet. Barrierer relatert til dette var at oral omsorg ikke var inkorporert i den daglige arbeidsrutinen og var oppfattet av noen som å være en ubehagelig oppgave.

4.2.3 Sykehjemmet

Tidsbegrensninger var en utfordring for mange av personalet som skulle hjelpe med oral hygiene, fordi det var mye å gjøre på kort tid og dette var spesielt merkbart når det var sykdom blant personellet (Hoang et al., 2018). Selv om deltakerne visste at personell i eldreomsorgen spilte en viktig rolle i å gi hjelp til oral hygiene hos beboere, hadde de ofte ikke formell trening i oral helse. Noen hadde ikke fått informasjon eller trening gjennom jobben. Opplæring i oral helse var ofte neglisjert til fordel for andre tema som skulle bidra til profesjonell utvikling (Hoang et al., 2018). Tidspress, at det ikke var nok tid til å utføre daglig munnstell, var også nevnt som en barriere blant personalet som gjennomførte fokusgruppeintervju (Weerning- Verbree et al. 2021).

En barriere nevnt i intervjuene (Weerning- Verbree et al. 2021) var at munnstell ikke alltid var rapportert i det interne pasientsystemet og det var knapt noe samarbeid mellom sykehjemmene og interne tannpleiere og tannleger. Sykehjemspersonalet nevnte at det ofte var usikkert hvilket munnstell som skulle gis til beboerne. Videre manglet sykehjemmene, som institutter, utdanning av personalet i oral helse.

5.0 Drøfting

5.1 resultater

5.1.1 Effekten av opplæring hos pleiere på sykehjem

Alle de kvantitative studiene viste at ulike typer opplæring av sykehjemspersonalet hadde positiv effekt på beboernes orale helse, nærmere bestemt plakkregistreringer. De kvalitative poengterte mangelen på kunnskap og utdanning i oral helse og et ønske blant sykehjemspersonalet om å øke sin kunnskap i oral helse. Økt kunnskap om et emne gir ofte bedre evne til å takle ulike faktorer knyttet til dette emnet. Flere studier viser dessuten at det er behov for opplæring av sykepleiere (Forsell et al., 2011; Wårdh et al., 2000; De Visschere et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Sonde et al., 2011; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012; Kullberg et al., 2010).

Årsaker til at opplæring i studiene hadde effekt, kan være pga. innlemmelse av tannpleiere og tannleger (Schwindling et al., 2018) og at personalet selv fikk prøve ut den nye kunnskapen i praksis (Weintraub et al., 2018). I den norske studien til Aronsen (2022) sa sykepleierne som ble intervjuet at kunnskapsnivået om munnhelse burde heves. Det er altså grunn til å tro at opplæring blant sykepleiere kan ha relevans også i Norge. I studien til Weintraub et al. (2018)

kom tannpleieren og spesialisten i demens som til å begynne med presenterte MCWB-programmet, på besøk månedlig på sykehjemmene for å gi innspill og veiledning. Dessuten ble en hjelpepleier på hvert sykehjem utnevnt til å være dedikert og støtte annet personell. Dette kan være noe av årsaken til de positive resultatene på beboernes orale hygiene i denne studien. Jevnlig fokus og oppfriskning av oral helse er nyttig i forhold til å opprettholde god oral hygiene over tid.

Når tannhelsepersonell ikke er til stede på sykehjem her i Norge, kan sykepleiere ha en viktig funksjon i å lære opp annet sykehjemspersonell, spesielt assistenter uten helsefaglig bakgrunn. Dette er et spørsmål om tid og ressurser, men dersom dette er mulig er dette et viktig tiltak mot å bedre den orale helsen til beboere på sykehjem. Eventuelt kan sykepleiere støtte helsefagarbeidere i kunnskap om oral helse som så videreformidler dette til den nyansatte uten helsefaglig bakgrunn.

Både demensplanen fra 2020- 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) og retningslinjer fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022) omtaler opplæring gitt av tannhelsepersonell til personell på sykehjem, men denne praksisen varierer fra fylke til fylke. Årsaken til dette ligger sannsynligvis i politikken og hvor mye ressurser hvert enkelt fylke og kommune får til tannhelse. Et mulig problem er at kommunhelsetjenesten er forankret på kommunalt nivå, mens den offentlige tannhelsetjenesten er forankret på fylkeskommunalt nivå. Dersom organiseringen av begge enheter hadde vært på samme nivå, ville et samarbeid trolig ha ligget mere til rette. Det å la tannhelsepersonell komme på sykehjemmet er ressurskrevende og tidkrevende.

Når sykepleiere i liten grad har mulighet til å påvirke ressursbruken og muligheten til å få et kunnskapsløft, er det viktig for enhver sykepleier å ha gode holdninger individuelt i forhold til munnstell og reflektere over lover og regler som sykepleiere er pliktige å handle ut ifra. Dessuten er det viktig for sykepleiere å ta vare på den kunnskapen som læres på studiet og selv føle et ansvar når det gjelder å vedlikeholde denne på ulike måter. Eksempler på lover og regler er retningslinjen fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022) og kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003, §3).

Studien til Jablonski et al. (2018) viste at atferdsmessig tilnærming under munnstell til pasienter med demens som motsetter seg munnstell, hadde en viss effekt ved at personene med demens i den eksperimentelle gruppen hadde dobbel så stor sjanse for å samtykke til og

fullføre munnstell. En faktor som kan ha påvirket dette og gitt systematisk skjevhet, er at det var forskerassistenter som gav munnstellet, ikke vanlig sykehjemspersonell. De som utfører munnstellet har da ekstra god kunnskap om relasjonsbygging og atferdsteknikker relatert til MOUth- intervensjonen, noe som ikke gir et reelt bilde. Men likevel peker Jablonski på noe som understøttes av kjent sykepleieutøvelse, at personsentrert omsorg og relasjonsbygging fungerer på pasienter med demens (Helsedirektoratet, aldring og helse, nasjonalforeningen for folkehelse, 2022)

For sykepleiepraksis har dette betydning for om man skal velge tvang som løsning dersom en pasient med demens motsetter seg munnstell. Denne studien viser at ikke- farmakologiske metoder har en viss effekt, og derfor bør man prøve denne metoden først og velge tvang som siste utvei. Det er dessuten lovpålagt å prøve tillitsbaserte tiltak så langt dette går, før man vurderer tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3).

5.1.2 Opplevde utfordringer ved å gi munnpleie til beboere på sykehjem

Gjennom spørreskjema i studien til Weening- Verbree et al. (2018) nevnes autonomi som en barriere, i fokusgruppeintervjuene kommer det frem at personellet hadde ulike syn på det å gi munnstell. I praksis lærte vi at pasienten skal utføre munnstell, og stell generelt, selv dersom han er i stand til dette basert på autonomiprinsippet og menneskeverdet. Men dersom pasienten av ulike grunner har problemer med å ivareta seg selv, er det sykepleieres plikt til å dekke dette slik som blant annet Virginia Henderson sier i sin definisjon. (Henderson, 1960, s.9).

Dette finner vi også i sykepleieres etiske retningslinjer, nærmere bestemt under retningslinjen nr 2, sykepleieren og pasienten (Norsk sykepleierforbund, u.å. b). Underpunktene sier at sykepleiere skal respektere pasientens integritet og pasientens rett til selv å foreta valg, legge til rette for pasientens selvstendige valg, men skal samtidig ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og yte omsorgsfull hjelp. Sykepleiere skal med andre ord ikke hjelpe pasienten dersom dette krenker pasienten, for eksempel pasienter på sykehjem som klarer munnstellet godt nok selv.

Når det gjelder pasienter med demens, er det mer utfordrende å legge stor vekt på autonomi, spesielt hvis pasienten har kommet langt i sykdomsforløpet. Pasienten tolker gjerne munnstellet som noe truende og reagerer med motstand på grunn av frykt. Dersom man har manglende forståelse for dette og baserer seg for mye på autonomi, kan man i en travel

hverdag ende opp med å avstå fra å hjelpe pasienten med munnstell fordi hun eller han «ikke ville». Men man må som sykepleiere ha prinsippene for personsentrert omsorg i bakhodet med pasientens integritet som en vesentlig del og prøve å utføre munnstell til tross for tidspress.

Likevel, etter tillitsskapende forsøk gjentatte ganger, vil man hos noen pasienter med demens ikke lykkes med munnstell. Dersom dette gjentar seg over lengre tid, kan man som sykepleier vurdere om tvang er til det beste for pasienten. Sykepleiere har ifølge de yrkesetiske retningslinjene plikt til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, u.å. b). For svekkede pasienter kan dårlig oral helse få systemiske, langt alvorligere konsekvenser i form av pneumoni, sepsis, endocarditt osv. (Strand & Kvalheim, 2021). Dette argumentet kan veie mot et tvangsvedtak, spesielt dersom pasienten har svekket generell helse og er spesielt utsatt.

I lovverket står det at det kan fattes tvangsvedtak dersom unnlattelse av helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, helsehjelpen blir sett på som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Her tror jeg mange undervurderer betydningen av dårlig oral helse. Dårlige holdninger blant sykepleiere kan spille inn, oral hygiene kan bli sett på som unødvendig og tvang kan da bli sett på som et tiltak som ikke samsvarer med behovet. Tvangsvedtak i forbindelse med munnstell på pasienter med mild demens og ellers god helse, mener jeg kan være utfordrende. Dersom akutte tannproblemer oppstår eller pasienten ellers er svekket, mener jeg at et tvangsvedtak kan være mere forsvarlig. Men dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

I de kvalitative studiene (Weening- Verbree et al., 2021; Hoang et al., 2018) bestod opplæringen blant annet av vurderingsteknikker og verktøy. Deltakere som var involvert i BOHRC- treningen fikk denne opplæringen som en del av den totale opplæringen, og de mente at dette var nyttig i forhold til å gi hjelp med oral hygiene til pasienter med demens. Men kun to av disse sa at de brukte OHAT- verktøyet på sitt sykehjem. Videre ble ikke munnstell alltid rapportert i det interne pasientsystemet (Weening- Verbree et al. (2021)). Det å ikke bruke kartleggingsverktøy og rapportere tilstrekkelig, mener jeg sier noe om holdninger og prioriteringer. Det er ofte travelt for sykepleiere som gjør at andre viktigere oppgaver må komme foran munnstell og det blir ikke ansett som like viktig som andre sykepleieoppgaver (Svensli et al., 2019). En annen mulig årsak kan være stor utskiftning blant de ansatte som bidrar til ustabilitet og vanskeligheter med å utarbeide felles rutiner.

Å kartlegge beboeres orale helsestatus og rapportere daglig om dette, er likevel en viktig funksjon som sykepleiere har og som er en viktig del av det å sikre beboernes grunnleggende behov. Dersom beboernes orale helse ikke kartlegges eller rapporteres, blir det vanskelig å få oversikt, ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, u.å. b). Det blir også vanskelig å vite når man eventuelt må sende pasienten videre til tannlege. I tillegg til dette finnes det lovverk som regulerer dette og som sykepleiere og sykehjemsledere må forholde seg til: I retningslinjen til helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022) står det at det er nødvendig å kartlegge en pasient med demens, og et verktøy som da kan brukes er ROAG- verktøyet (vedlegg 1). Og ved behov bør rutiner for å opprettholde god oral helse blant beboerne legges ned i en individuell pleieplan.

Det å ha en formening som sykepleier om at munnstell er en ubehagelig oppgave (Weerning-Verbree et al. 2021), mener jeg er svært uprofesjonelt. I dagens Norge lever vi i et flerkulturelt samfunn med sykepleiekolleger som har andre tanker rundt munnstell, noe som kan forklare ulike holdninger. Men likevel skal man som sykepleier handle objektivt og tenke på ivaretagelse av grunnleggende behov, lover og regler og utøve personsentrert omsorg for pasienter med demens (Helsedirektoratet, aldring og helse, nasjonalforeningen for folkehelse, 2022; Helsedirektoratet, 2022; Henderson, 1960, s.9; kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3) .

5.2 metode

Ved å velge litteraturstudie som metode, begrenses resultatene til de som fremkommer av litteratursøket. Og ved å avgrense søket til de fem siste årene, vil man få oppdatert forskning, men eldre studier som kanskje svarer bedre på problemstillingen vil da utelates. En svakhet med dette relatert til de kvantitative studiene som ble funnet i søket, var at de stort sett handlet om effekten av opplæring hos personalet på beboernes orale helse.

Dette gjorde at resultatene i denne studien kan betraktes som noe ensidig og homogent. Men samtidig vil liknende funn i ulike studier øke troverdigheten til dette funnet. Altså så kan man muligens konkludere med at opplæring blant sykehjempersonell er viktig for å ivareta den orale helsen hos pasienter med demens. Dersom det hadde vært mulighet for selvstendig forskning, kunne metoden vært mere spisset inn mot problemstillingen slik at man kunne fått et fyldigere resultat med mere dybde.

Men det som styrker denne studien er at den bygger på resultater funnet i studier av god kvalitet som ble funnet i viktige sykepleiefaglige databaser. Det ble for det meste brukt MeSH- ord i søket, noe som er nyttig når det gjelder å få treff på relevante studier. Studiene ble publisert de siste fem årene og kan derfor betraktes som relevante for dagens samfunn. Å søke etter både kvalitative og kvantitative studier gjorde at både den humanistiske og naturvitenskapelige dimensjonen ble representert i resultatene.

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Denne litteraturstudien har vist at opplæring av sykehjemspersonell gav positive resultater på beboernes orale helse. Det er ikke alltid enkelt for sykepleiere å få økt sin kunnskap om munnhelse på grunn av politikk og ressursfordeling, men de kan selv føle på et ansvar for å ta vare på beboernes orale helse ved å tilegne seg kunnskap selv. Autonomiprinsippet har stor vekt for den sykepleien som gis på generell basis, men ved pasienter med demens som motsetter seg munnstell kan man ikke ha like stort fokus på dette. Da må man heller handle ut ifra personsentrert omsorg og integritet. Dersom pasienter med demens motsetter seg hjelp til munnstell over lengre tid, kan tvangsvedtak vurderes som siste utvei.

Å kartlegge, vurdere og rapportere er viktige funksjoner som sykepleiere har i forhold til pasienter med demens og munnstell. Kartlegging hjelper sykepleiere å ha oversikt over munnhelsen til beboere og iverksette tiltak når dette er indisert. Det er viktig som sykepleier å opptre profesjonelt overfor beboere og ha gode holdninger overfor det å utføre munnstell. Å ivareta pasienters grunnleggende behov er både en del av sykepleiefaget og nedfelt i lov, noe som betyr at sykepleiere må handle etter de lover og regler som foreligger i Norge om blant annet dette temaet.

Som sykepleier kan man ivareta den orale helsen til pasienter med demens på sykehjem ved å delta på kurs i regi av den offentlige tannhelseforeningen, være bevisst på egen kunnskap, bruke personsentrert omsorg fremfor å unnlate å hjelpe med munnstell hos pasienter med demens, bruke tvang der det er indisert, observere ved å bruke kartleggingsverktøy og rapportere, utøve yrket i tråd med de relevante lovene og reglene som finnes og være profesjonell med objektive og gode holdninger.

7.0 Referanseliste

- Aronsen, C K (2022, 18 oktober). Kommunene må ta større ansvar for munnhelsen til pasienter med demens. *Sykepleien*, 2022; 110 (90323): e- 90323
- Braut, G S. (2018, 4. desember). *Sykehjem*. Store medisinske leksikon, <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Brinchmann BS (2012). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. Brinchmann BS, red. *Etikk i sykepleien*. (s. 81–96). Gyldendal Norsk Forlag.
- Buljo, M G. (2023, 20 januar). *Tannlege slår alarm – dårlig tannhelse kan være livstruende for eldre*. Nrkr. <https://www.nrkr.no/sapmi/onsker-mer-fokus-pa-munnstell-blant-eldre-institusjonsbeboere-1.16179156>
- De Visschere L, De Baat C, De Meyer L, Van der Putten GJ, Peeters B, Vanobbergen J (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*. 2015;32(2):115–22. DOI: [10.1111/ger.12062](https://doi.org/10.1111/ger.12062)
- Evensen, K B (2021). *Munnen er også en del av kroppen*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2021/munnen-er-ogsaa-en-del-av-kroppen/>
- Flovik AM (2005). *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Akribe
- 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. *Int J Dent Hyg*, 2011;9(3):199-203. DOI: [10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x)
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor på sykehjem. Jorun Ramm (Red.). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Statistisk sentralbyrå, ISBN 978-82-537-8706-0
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannesen, A., Kvello- Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S., Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226. doi:10.3233/jad-201275

- Hauge, M S & Alvenes, M E (2019). Tannhelsebegrepet i endring.
- Helsebiblioteket. (2017, 28. august). 3.2 Kildevalg. Folkehelseinstituttet. Lastet ned 14. februar 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2020a, 14. november). 2.3 Forskningsmetode. Folkehelseinstituttet. Lastet ned 14.02.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2020b, 14. november). 2.2 Kjernespørsmål. Folkehelseinstituttet. Lastet ned 14.02.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket (2020c) Randomiserte kontrollerte studier. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Helsebiblioteket (2020d). Kvalitativ studie. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Helsedirektoratet. 2019, 02 mai. *Tannhelse- Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>
- Helsedirektoratet (2022, 03 mai). 9. *Ernæring og oral helse ved demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-tilby-individuelt-tilrettelagt-hjelp-til-munn-og-tannstell-til-mottakere-av-helse-og-omsorgtjenester-herunder-personer-med-demens-praktisk>
- Helsedirektoratet, aldring og helse, nasjonalforeningen for folkehelsen (2022, 18 oktober). *Personsentrert omsorg*. Veiviser Demens. <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/personsentrert-omsorg/>
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2020). *Demensplan 2025*, regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/deme>

[nsplan-2025.pdf](#)

- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Henderson, V. (1960). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk sykepleierforbund.
- Henderson, V.A. (1995). *The Nature of Nursing. En definition og dens implikasjoner for praksis, forskning og utdanning. Overvejelser 25 år etter*. Munksgaard.
- Hoang H, Barnett T, Maine G & Crocombe L. (2018). Aged care staff's experiences of 'Better Oral Health in Residential Care Training': a qualitative study. *Contemporary Nurse, 2018, Vol. 54, No. 3*, 268-283. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1493348>
- Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, Hansen PR (2017). Komorbiditet ved marginal parodontitis: To sider av samme sak. *Nor Tannlegeforen Tid 2017; 127: 20–9*.
- Hovden ES, Krona ER, Disch PG. (2017). *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 03/2017. Oslo: Senter for omsorgsforskning.
- Høgskulen på Vestlandet (2022, 11. september). *Tekniske rentingslinjer for oppgaveskriving*. Høgskulen på Vestlandet. <https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>
- Jablonski, R A, Therrien B, Mahoney E K, Kolanowski A, Gabello M & Brock A (2011). An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Spec care in dentist, 2011;31(3):77-87*.
- 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, 2018; 35: 365- 375*.
- Kirkevold, Ø (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. K H Engedal & P K Haugen (Red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. Aldring og helse akademisk.

- Kullberg E, Sjögren P, Forsell M, Hoogstraate J, Herbst B, Johansson O (2010). Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1273–9. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x)
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november. (LOV-1982-11-19-66-§6-9). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lindqvist L, Seleskog B, Wårdh I, Bulzingerlöwen I (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(4):298–305. DOI: 10.1111/idh.12016
- Ludvigsen AF, Olsen ID. (2019). *Kunnskap om Eldres munnhelse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten.* (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet.
- Manfredi, M., Polonelli, L., Aguirre- Urizar, J.M., Carazzo, M. Og McCullough, M.J. (2013). Urban legends series: oral candidosis. *Oral diseases*, 19(3): 245- 261.
- Mariann Saanum Hauge, Maria E. Alvenes (2019), Tannhelsebegrepet i endring. *Norske tannlegeforeningens tidende, 2020; 130: 867-68.*
- NHI. (02.01.2019). *Ulike demensformer.* Nhi.no. <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>
- Norsk sykepleierforbund, (u.å., a). *Etikk.* Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-00>
- Norsk sykepleierforbund, (u.å,b). *Yrkesetiske retningslinjer.* Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven- pbrl (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter,* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5
- Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP, Seymour GJ (2007). Oral infections and systemic disease -an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13: 1041–1047.
- Samson, H & Strand, G V. (2014). Munnhelse. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2 utg. s. 317). Gyldendal Akademisk.

- Schwindling F S, Krisam J, Hassel A J, Rammelsberg P & Zenthöfer A. (2018). Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors. : Findings from a controlled clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018; 46: 109-117.
- Skaug, EA (2016). Kroppspleie. I NJ Kristoffersen, F Nortvedt, EA Skaug & GH Grimsbø (red.), *grunnleggende sykepleie, grunnleggende behov* (s. 46-86). Gyldendal akademisk.
- Sonde L, Emami A, Kiljunen H, Nordenram G (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(1):92–9. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
- Strand, B. H. m fl. (2021, 23 februar). *Demens*. Fhi.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#demens-i-sykehjem-og-hos-de-som-bor-hjemme>
- Strand G V, Kvalheim S F (2021). Risiko og forebygging av oral sykdom blant eldre. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 132: 348-55. DOI:10.56373/2021-4-3
- Svensli G, Flåskjer A, Ryste T O & Helberget L (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. *Sykepleien* 2019; 107(78077):e-78077
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Universitetsforlaget
- Weening- Verbree L F, Schuller A A, Cheung S L, Zuidema S U, Van Der Schans, C P & Hobbelen J S M. (2021). Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. *Geriatric Nursing* 42 (2021) 799- 805
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.012>
- Weintraub J A, Zimmermann S, Ward K, Wretman C J, Sloane P D, Stearns S C, Poole P & Preisser J S. (2018). Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial. *Jamda* 19 (2018) 1086- 1091.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.036>
- Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology.* 2012;29(2):748–55. DOI: [10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x)

- Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S (2000). Oral health care – a low priority in nursing: in depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(2):137–42
- 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.* 2012;29(2):787–92. DOI: [10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x)
- Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ. (2016). Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging mental health.* 2016;20(3):303–8. DOI: [10.1080/13607863.2015.1008986](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1008986)

Vedlegg 1: ROAG- kartleggingsverktøy

februar 2014

ROAG munnvurderingsinstrument norsk versjon					
Lokalisasjon	Metode	Gradert symptombeskrivelse			Tiltak ved symptomer
		1	2	3	Ved grad 2
Stemme	Snakke, lytte	Normal stemme	Tørr, hes, smattende	Vanskelig å snakke	Fukt munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukning med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.
Lepper	Observer	Myke, lyserrøde, fuktige	Tørre og sprukne, sår i munnvikene	Såre og lettblødende	Lokal smertelindring. Smør med fet krem/ salve
Munnslimhinner Fjerne ev. protese	Bruk belysning og munnspeil* Observer: ha kinn, innside leppe, overkjeve, ve. kinn, innside leppe, underkjeve, gomme, munnulv	Lyserrøde, fuktige	Røde, tørre eller områder med belegg	Sår med eller uten blødning	Lokal smertelindring. Rengjøring (ta bort skorper). Etterfukt.
Tunge	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserrød, fuktig med papiller	Ingen papiller, rød og tørr, belegg	Sår med eller uten blødning, blømer	Lokal smertelindring. Fjerne belegg og skorper. Etterfukt
Tannkjøtt	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserrødt og fast	Hovent og rødt	Spontan blødning	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene. Skyll med antibakterielt middel
Tenner	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Rene, intet synlig belegg eller matrester	Belegg eller matrester lokalt, dårlige tenner	Belegg eller matrester generelt	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene. Passende fluoritforseel
Protese	Observer	Rene og fungerende	Belegg eller matrester, fungerer dårlig	Brukes ikke	Hjelp med proteserengjøring, og rengjøring mellom tennene
Saliva/spytt	Dra med munnspeilet* langs med kinnets innside	Glir lett	Glir tregt	Glir ikke i det hele tatt	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukt med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.
Svelging Relatert til smerte og munntørhet	Be pasienten svelge, observer og spør	Uhindret svelging	Ubetydelige svelgproblemer	Uttalte svelgproblemer	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukt med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.

*Dersom ikke munnspeil er tilgjengelig, anbefales bruk av trespatel

Tiltak tilsvarende grad 3i ROAG: henvisning eller konsultasjon tannlege/ tannpleier, alternativt lege

Med tillatelse fra Pia Andersson, Leg. tandhyg., dr.odont.vet. / RDH, ph.d., Høgskolan Kristianstad, Seksjonen for Hals og Samhåll

februar 2014

ROAG munnvurderingsinstrument norsk versjon					
Lokalisasjon	Metode	Gradert symptombeskrivelse			Tiltak ved symptomer
		1	2	3	Ved grad 2
Stemme	Snakke, lytte	Normal stemme	Tørr, hes, smattende	Vanskelig å snakke	Fukt munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukning med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.
Lepper	Observer	Myke, lyserrøde, fuktige	Tørre og sprukne, sår i munnvikene	Såre og lettblødende	Lokal smertelindring. Smør med fet krem/ salve
Munnslimhinner Fjerne ev. protese	Bruk belysning og munnspeil* Observer: ha kinn, innside leppe, overkjeve, ve. kinn, innside leppe, underkjeve, gomme, munnulv	Lyserrøde, fuktige	Røde, tørre eller områder med belegg	Sår med eller uten blødning	Lokal smertelindring. Rengjøring (ta bort skorper). Etterfukt.
Tunge	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserrød, fuktig med papiller	Ingen papiller, rød og tørr, belegg	Sår med eller uten blødning, blømer	Lokal smertelindring. Fjerne belegg og skorper. Etterfukt
Tannkjøtt	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserrødt og fast	Hovent og rødt	Spontan blødning	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene. Skyll med antibakterielt middel
Tenner	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Rene, intet synlig belegg eller matrester	Belegg eller matrester lokalt, dårlige tenner	Belegg eller matrester generelt	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene. Passende fluoritforseel
Protese	Observer	Rene og fungerende	Belegg eller matrester, fungerer dårlig	Brukes ikke	Hjelp med proteserengjøring, og rengjøring mellom tennene
Saliva/spytt	Dra med munnspeilet* langs med kinnets innside	Glir lett	Glir tregt	Glir ikke i det hele tatt	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukt med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.
Svelging Relatert til smerte og munntørhet	Be pasienten svelge, observer og spør	Uhindret svelging	Ubetydelige svelgproblemer	Uttalte svelgproblemer	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukt med spyttstimulerende eller spytterstansningsmidler.

*Dersom ikke munnspeil er tilgjengelig, anbefales bruk av trespatel

Tiltak tilsvarende grad 3i ROAG: henvisning eller konsultasjon tannlege/ tannpleier, alternativt lege

Med tillatelse fra Pia Andersson, Leg. tandhyg., dr.odont.vet. / RDH, ph.d., Høgskolan Kristianstad, Seksjonen for Hals og Samhåll

Litteratormatrise

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Hoang et al. (2018) Contemporary nurse, 2018 <i>Aged care staff's experiences of "Better Oral Health in Residential care Training": a qualitative study</i>	Å undersøke personnellets syn på implementeringen av BOHRC- opplæringen ved deres sykehjem, utfordringer de møtte på når det gjaldt å tilby oral helsehjelp til beboere og deres opplæringsbehov	Kvalitativ metode Semistrukturerte intervjuer	20 deltakere fra 13 sykehjem	Hovedbarrierer: - Mangel på tid - Konkurrerende prioriteter - Arbeidsbelastning - Bemanningsspørsmål De fleste fikk ikke BOHRC- trening direkte. Deltakere foretrakk å ha praktisk trening gitt på stedet minst hver 12. måned.	Styrker: BOHRC- treningen i 2010 forbedret deltakernes kunnskap om beboernes orale helse. Svakheter: - Kun 8 deltakere hadde deltatt på opprinnelig BOHRC- opplæring - Relativt lite utvalg, utført i kun én stat Etikk: intervjuer fikk skriftlig informert samtykke fra deltakere før intervju, godkjent av etisk komité.

<p>Jablonski et al. (2018) Gerodontology</p> <p><i>Randomised clinical trial : efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care</i></p>	<p>Teste effekten av MOUTH på to primære utfall: reduksjon i forekomst og intensitet av CRB og forbedring i oral helse. To sekundære utfall ble også undersøkt: varigheten av munnomsorg og fullføring av orale hygieneaktiviteter</p>	<p>Randomisert kontrollert studie, kvantitativ metode</p>	<p>101 sykehjemsbeboere:</p> <p>Eksperimentell gruppe: 55</p> <p>Kontrollgruppe: 46</p>	<p>eksperimentell gruppe: dobbelt så stor sjanse for å tillate munnstell og fullføre orale hygieneaktiviteter, tillot også lenger durasjon av orale hygieneaktiviteter en kontrollgruppe.</p> <p>Kun små reduksjoner i intensiteten av CRB og små differensielle forbedringer i oral helse sammenliknet med kontrollgruppe.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protokoller og atferdsteknikker enkelt lært bort til pleiere - Kun lett tilgjengelige reseptfrie munnpleieprodukter = økologisk validitet. - Mangfoldighet i utvalgte sykehjem: bidro til at funnen ble generalisert <p>Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beboere med dysfagi ekskludert - Tann- eller proteseplakk ikke målt - Bruk av OHAT til å kvantifisere oral helse <p>Etisk godkjent</p>
--	--	---	---	---	--

<p>Schwindling et al. (2018) Community Dentistry and Oral Epidemiology</p> <p><i>Long- term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial</i></p>	<p>Undersøke langsiktig effektivitet av oral helseopplæring av omsorgspersoner i sykehjem på den orale helsen til omsorgsavhengige og kognitivt svekkede beboere.</p>	<p>Kontrollert klinisk studie med én intervensjonsgruppe og én kontrollgruppe</p>	<p>Baseline: 14 sykehjem. 8 sykehjem med 178 deltakere i intervensjonsgruppen, seks sykehjem med 91 deltakere i kontrollgruppen</p>	<p>Kontrollgruppe: ingen endringer i målevariabler etter 6 og 12 mnd.</p> <p>Intervensjonsgruppe: PCR (plaque control record) og DHI (denture hygiene index) signifikant forbedret etter 6 og 12 mnd.</p> <p>Ingen statistisk signifikant effekt på GBI (gingival bleeding index) eller CPITN (community periodontal index of treatment needs)</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omhandlet høyt omsorgsavhengige beboere - Adresserer et relevant problem på en pragmatisk og rimelig måte. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kun fysiske parametere for å vurdere effekten av en helseintervensjon - Gingival blødningsparameter mulig påvirket av blodfortynnende - Høyt deltakerfracfall pga. Dødsfall <p>Etikk:</p> <p>Godkjent av lokal etisk komité, informert samtykke</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Weintraub et al. (2018) JAMDA 19.</p> <p><i>Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial</i></p>	<p>Toårig randomisert studie av MCWB for å bestemme om anbefalt munnstellpraksis utført av sykehjemspersonell kunne forbedre beboernes orale hygiene og proteseresultater.</p>	<p>Klynge- randomisert kontrollert studie, kvantitativ metode</p>	<p>Syv MCWB-sykehjem, seks kontroll, 219 sykehjemsbeboere gjennomførte baseline og 24 måneders kontroll. 98 sykehjemsbeboere i kontrollgruppen, 121 i intervensjonsgruppen</p>	<p>Etter 24 måneder: signifikant forbedringer i protese- og oral hygiene i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Av de som deltok ved baseline, levde 28,7% fremdeles og deltok 24 måneder senere. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kun den mest berørte tannen ble vurdert - Diabetesstatus ble ikke vurdert - Ukjent hvilken form for standard munnpleie beboerne fikk - Tannpleieren ble ikke blindet for behandlingstilstanden i andre halvdel av studien - Analytisk prøve ikke representativ for totale sykehjemspopulasjonen. <p>Etisk godkjent, skriftlig informert samtykke fra deltakere eller lovlig autoriserte representanter.</p>
---	--	---	--	---	---

<p>Weening-Verbree et al. (2021) Geriatric nursing</p> <p><i>Barriers and facilitators of oral health experienced by nursing home staff</i></p>	<p>Å utforske holdninger, oppfatninger og opplevde barrierer for og oppfattede tilretteleggere av daglig oral helsehjelp og faktiske orale helsetjenester blant ansatte på sykehjem</p>	<p>Kvalitativ metode, innsamlede data vha. spørreskjema og fokusgruppeintervju.</p>	<p>Spørreskjema: 2000 spørreskjema til sykehjemspersonale, et spørreskjema til hver sykehjemsleder på 21 sykehjem.</p> <p>Intervju: Alt sykehjemspersonale ved 21 sykehjem</p>	<p>Holdninger var ikke en barriere, munnpleie ble ikke utført i henhold til retningslinjer. Pleiepersonell rapporterte mangel på produkter, men tannbørster var tilgjengelige. De hyppigste nevnte barrierene var mangel på støtte fra tannhelsepersonell, munnpleie for pasienter med kognitiv svikt og mangel på utdanning. Økende tilretteleggere kunne være mer (praktisk) utdanning kombinert med skreddersydd rådgivning fra internt tannhelsepersonell.</p>	<p>Svakheter: responsbias og sosial ønskelighet, skiftarbeid blant deltakerne ble ikke tatt hensyn til, manglende rapportering av oral helsehjelp,</p> <p>Spørreskjemaene ble ikke analysert før intervjuene</p> <p>Styrker:</p> <p>Blandet metode som gav utvidet synsvinkel, tannpleiestudenter som intervjuere som var uavhengige fra sykehjemspersonellet</p> <p>Etikk: godkjent av etisk komité, møtte alle kriterier ifht. personvern. Informert samtykke blant deltakere.</p>

Vedlegg 3: søkehistorikk



DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Medline Ovid	20.03.23	1. Dementia/	60721	Skråstrek bak søkeordet betyr at det er et emneord. «.mp.» vil si at søkeordet er et tekstord. I søk 15 ble søket avgrenset ved å justere publiseringsår til de siste fem årene. Databasens egne emneord ble brukt.
		2. Alzheimers Disease/	115994	
		3. Cognitive impairment. mp.	79626	
		4. 1 or 2 or 3	225900	
		5. Nursing care/	30982	
		6. nursing intervention.mp.	3218	
		7. Geriatric Nursing/	13845	
		8. nursing home.mp	25671	
		9. Long- Term care/	28260	
		10. 5 or 6 or 7 or 8 or 9	97719	
		11. Oral Health/	19986	
		12. Dental Care/	22759	
		13. Oral Hygiene/	13749	
		14. 11 or 12 or 13	50284	
		15. 4 and 10 and 14	51	
	15. 15 and 2018:2023.(sa_year).	20		
Embase Ovid	20.03.23	1. dementia/	142698	Skråstrek bak søkeordet betyr at det er et emneord. «.mp.» vil si at søkeordet er et tekstord. I søk 15 ble søket avgrenset ved å justere publiseringsår til de siste fem årene.
		2. Alzheimers disease/	245675	
		3. cognitive impairment.mp.	132525	
		4. 1 or 2 or 3	432515	

		5. nursing care/ 6. nursing intervention/ 7. geriatric nursing/ 8. nursing home/ 9. long term care facility.mp. 10. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 11. oral health.mp. 12. dental health/ 13. oral hygiene.mp. 14. mouth hygiene/ 15. dental hygiene.mp. 16. 11 or 12 or 13 or 14 or 15 17. 4 and 10 and 16 18. 17 and 2018:2023.(sa_year).	36111 2727 12429 60955 3391 111026 36164 4996 17446 31446 3438 69163 110 38	Databasens egne emneord ble brukt.
Cinahl	20.03.23	S1: (MH «Dementia») S2: (MH «Alzheimer´s Disease») S3: «cognitive impairment» S4: S1 AND S2 AND S3 S5: (MH «Nursing Care») S6: (MH «Nursing Interventions») S7: (MH «Gerontologic Nursing») S8: (MH «Nursing Homes») S9: (MH «Long Term Care») S10: S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 S11: (MH «Oral Health») S12: «mouth hygiene» S13: (MH «Oral Hygiene»)	46350 37776 42648 944 24284 9776 13751 25831 28083 91225 14942 10394 6588	«MH» vil si MESH – term Ord kun med anførselstegn er tekstord. Søk S4 er feil, det skulle vært kombinert med OR, rett søk er gjort i S18. I søk nr 20 ble det gjort begrensning i publiseringdato til de siste fem årene. Databasens egne emneord ble brukt.

		S14: (MH «Dental Hygiene»)	5455	Limiters – Published Date: 20180101- 20231231
		S15: (MH «Dental Care»)	11623	
		S16: (MH «Mouth Care»)	1252	
		S17: S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	34583	
		S18: S1 OR S2 OR S3	110675	
		S19: S10 AND S17 AND S18	60	
		S20: S10 AND S17 AND S18	23	