

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 515

Antall ord: 8996

Hvordan forebygge munn og tannhelseproblemer hos den eldre pasient i sykehjem?

*English title: How can we prevent mouth and toothproblems for older patients in nursing
homes?*

Bachelor i sykepleie

HSH – Haugesund

Kull 2014

Antall ord: 8996

Sammendrag

Bakgrunn: Sykdom og vanlig alderdom fører ofte til at den eldre pasient ikke klarer å ivareta sin personlige hygiene. Denne gruppen pasienter trenger derfor hjelp og støtte til å utføre dette. Munn- og tannhelseproblemer hos den eldre pasient på sykehjem er utbredt og kan få store konsekvenser. Ved å utføre daglig munnstell kan en forebygge ulike munnsykdommer som kan påvirke den generelle helsen. Dessverre er dette et område av pleien som ofte blir forsømt. Barrierer for dette er mangel på kunnskap og opplæring, pleiernes holdninger, organisatoriske føringer og barrierer hos selve pasienten.

Problemstilling: «Hvordan forebygge munn og tannhelseproblemer hos den eldre pasient i sykehjem?»

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om munnhelse og hvilke forebyggende tiltak en kan gjøre for å unngå munn- og tannhelseproblemer.

Metode: Studien er en litteraturstudie basert på forskning, fag og pensumlitteratur. Funnene er vurdert etter holdbarhet, gyldighet og etiske hensyn.

Funn: Munn- og tannhelse får ikke nok oppmerksomhet. Studier peker på holdninger, kunnskap og ressurser som barrierer for at munnstell ikke blir utført på sykehjem. Det er også mangel på prosedyrer og individuelle tiltak. Eksisterende rutiner og struktur må også forbedres for at en skal kunne forebygge munn og tannhelseproblemer.

Avslutning: Munn- og tannhelse er et viktig tema som krever mer oppmerksomhet. Opplæring og økt kompetanse blant pleierne er nødvendig. Kunnskap vil også være med på å bryte barrierer og holdningene til pleierne om at munnstell er vanskelig. Organiseringen av munnstellprosedyrene må også bli bedre. Det må settes av tid til selve munnstellprosedyren, og til å bli kjent med pasientens individuelle behov og ønsker.

Nøkkelord: Munnhelse, munnstell, forebyggende sykepleie, munnhygiene, holdninger, tid, munnstelloplæring, kunnskap, kompetanse

Abstract

Background: Disease and common old age often leads to the elderly patients failing to take care of his personal hygiene. This group of patients therefore needs help and support to do this. Oral and dental problems in the older patients in nursing homes are widespread and can have major consequences. By conducting daily mouth care one can prevent various diseases that can affect overall health. Unfortunately, this is an area of care that is often neglected. Barriers to this is lack of knowledge and training in mouth care, nurse's attitudes and perceptions, organizational guidelines and barriers within the patients.

Question: How can we prevent mouth and tout problems for older patients in nursing homes?

Aim: The aim of this assignment is to increase the knowledge of oral health and what preventative measures one can take to prevent oral and dental problems.

Method: The study is a literature study based on research, subjects and curriculum literature. The findings are assessed for durability, validation and ethical consideration.

Findings: Oral and dental health does not get enough attention. Studies point to attitudes, knowledge and resources as barriers to oral care not being conducted in nursing homes. Lack of procedures and individual measures also accrues. Existing routines and structure must also improve in order to prevent mouth and dental problems.

Summary: Oral and dental health is an important topic that requires more attention. Training and knowledge among the nurses are necessary. Knowledge will also help break the barriers and attitudes of the caregivers that oral care is difficult. The organization of the oral procedures needs to be improved. Time must be set aside to do the oral procedures and to meet the patient's individual needs and wishes.

Keywords: oral health, mouth care, preventive nursing, mouth hygiene, attitudes, time, oral training, education, knowledge,

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens hensikt	6
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.4 Avgrensing og presisering	6
1.5 Ekskluderingskriterier	6
1.4 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Begrepsmessig rammeverk	7
2.1 Munn- og tannproblemer og konsekvenser	7
2.2 Forebyggende sykepleie	8
2.3 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde	9
2.3.1 Yrkesetiske retningslinjer	9
2.3.2 Sykepleieperspektiv	9
2.4 Lovverk og nasjonale føringer knyttet til munnstell	10
2.5 Kunnskapsbasert praksis	10
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.2 Forskningsetikk	13
3.3 Kildekritikk	13
3.4 Litteratursøk	14
4.0 Resultat	14
4.1 Presentasjon av artiklene	14
4.2 Oppsummering av hovedfunn	20
5.0 Drøfting:	21
5.1 Forebyggende sykepleie krever kunnskap og kompetanse	21
5.2 Mangel på tid hindrer sykepleierne i å utføre daglig munnstell	25
5.3 Holdninger og oppfatninger om munnstell må endres	26
6.0 Avslutning:	29
7.0 Kilder	30
8.0 Vedlegg	35
Vedlegg 1 Litteratursøk	35
Vedlegg 2 Oversikt over valgte artikler	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for dette prosjektet er munn og tannhelse hos eldre pleietrengende på sykehjem. Gjennom min praksiserfaring har jeg erfart at dette er et område som har lav prioritet. Årsaken til at dette skjer kan skyldes individuelle forhold og/eller organisatoriske forhold.

I dag har de fleste eldre egne tenner, med kroner og fyllinger. De har derfor større risiko for å utvikle infeksjoner og andre sykdommer i munnhulen. Katrine Gahre Fjeld, som har et doktorstipendiat i odontologi, understreker viktigheten av å se på nye tiltak for å møte den aldrende befolkningen (Carlsen, 2016).

En frisk munnhule er viktig for å spise, snakke, for utseende, selvfølelsen, fordøyelsessystemet og allmenntilstanden (Skaug, 2014, s. 354). Det er derfor svært viktig at den eldre får hjelp til munnstell for å opprettholde en god munnhygiene. Konsekvensene av dårlig munnstell er mange, og kan føre til store utfordringer for den eldre pasienten. Det kan føre til smerte og ubehag, en kan sette pasienten i en infeksjons- og ernæringsmessig risiko og det kan få en negativ effekt på livskvaliteten (Stout, Goulling, & Powell, 2009).

Et godt munnstell krever muskelstyrke og finmotorikk. De som bor på sykehjem er ofte fysisk og psykisk svekket, og har derfor behov for hjelp til det daglige munnstellet. Munnhelse er en del av den grunnleggende sykepleien og fokuset i denne oppgaven blir da å belyse hvordan sykepleier kan bidra til forbedring av munn og tannhelse hos pasienter i sykehjem slik at en kan forebygge munn- og tannhelseproblemer.

Munnstell til pasienter i sykehjem er stadfestet i lover og regelverk. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) skal sikre at de som mottar pleie- og omsorgstjenester skal få sine grunnleggende behov ivaretatt. Videre sier den at kommunene skal utarbeide skriftlige prosedyrer som skal sikre at pasientene får dekket sine grunnleggende behov, dette innebærer individuelle planer for nødvendig munnstell.

Helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forebyggende og helsebevarende hjelp på en faglig måte. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten presiseres det at det er blant annet ansatte i kommunens institusjoner som har ansvar for det forebyggende tannhelsearbeidet (Samson og Strand, 2010, s. 267).

Det er dessverre slik at det er når pasienten får ubehag og smerter på grunn av dårlig munnstell at det rettes oppmerksomhet mot tema. Da er det ofte for sent og en kan spare pasienten for unødvendig belastning om en hadde hatt fokus på munnstell på lik linje som en har fokus på for eksempel ernæring. Det handler altså om å drive forebyggende sykepleie, og jeg ønsker med dette prosjektet å sette søkelyset på hvilke faktorer som kan fremme god munnhelse slik at munnhelse problemer kan forebygges.

1.2 Oppgavens hensikt

Bacheloroppgaven er en avsluttende eksamen i min grunnleggende sykepleieutdanning. Hensikten med oppgaven er å sette fokus på hvordan en kan forebygge munn- og tannhelseproblemer hos den eldre i sykehjem. I tillegg ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap om munn- og tannhelseproblemer. Å sette fokus på munnhygiene hos eldre pasienter på sykehjem er et viktig tema som det må settes et større søkelys på.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er;

Hvordan forebygge munn og tannhelseproblemer hos den eldre pasient i sykehjem?

1.4 Avgrensning og presisering

På grunn av begrensninger i tid og omfang vil jeg knytte oppgaven til eldre pasienter over 65 år i sykehjem. Videre forutsetter problemstillingen at pasienten er hjelpetrengende og får hjelp av sykepleier for å ivareta grunnleggende behov. Årsaken til hjelpebehovet er ikke av betydning.

I denne oppgaven vil ordene munnhygiene, munnstell, munn- og tannhelse og oralhelse gå noe inn i hverandre ettersom litteraturen anvender disse ordene om samme begrep og definisjon.

1.5 Ekskluderingskriterier

Pasienter i livets slutfase og pasienter med diagnosen demens vil bli ekskludert da dette krever en annen tilnærming til munnhygiene.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 i denne oppgaven blir bakgrunnen og hensikten med oppgaven presentert. I tillegg presenteres oppgavens problemstilling, avgrensning og presisering, samt inkludering og ekskluderings kriterier. I kapittel 2 har jeg skrevet om begrepsmessige rammeverk, som inkluderer teori om munn- og tannhelseproblemer og konsekvenser av disse, om forebyggende sykepleie, sykepleiernes funksjon og ansvarsområder, lover, og teori om kunnskapsbasert praksis. Kapittel 3 er metodekapittel, der jeg presenterer metoden som er brukt i oppgaven, forskningsetikk, kildekritikk og hvordan jeg har søkt. I kapittel 4 er resultatene fra forskningssøk presentert, i tillegg til oppsummering av hovedfunn. I kapittel 5 drøftes funnene i litteratursøket opp imot teori og egne erfaringer. Til slutt kommer det en avslutning i kapittel 6.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Munn- og tannproblemer og konsekvenser

Dårlig munnhygiene kombinert med nedsatt immunforsvar og redusert spyttfunksjon er en risikofaktor for munn- og tannkjøttproblemer, samt for den generelle helsen. Når en blir eldre skjer det forandringer i munnhulen og helsetilstanden, og egenomsorgen reduseres. Dette fører til økt risiko for munnhuleinfeksjon. Spytt er med på å holde balanse i munnfloraen ved at det fukter slimhinnene og bidrar til mekanisk rensing (Flovik, 2005, s.33). Når spyttsekresjonen reduseres og slimhinnene i munnhulen tørkes ut vil plakk lett feste seg og bli grobunn for oppvekst av patogene mikroorganismer. De vanligste sykdommene i munnhulen er stomatitt, karies, gingivitt og periodontitt, og oppstår som følge av oppvekst av disse patogene mikroorganismer i slimhinnene. Fluor har forebyggende effekt på karies, mens den eneste forebyggende effekten på de øvrige sykdommene er å fjerne plakk som er grobunnen for mikroorganismer (Flovik, 2005, s. 31). Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene og kan føre til sykdom som pneumoni og andre luftveissykdommer (Samson og Strand, 2010, s. 268). Infeksjon og smerte i munnen kan også føre til problemer i forbindelse med spising og drikking, og det kan igjen føre til at den eldre blir underernært og dehydrert (Flovik, 2014, s. 94). Forholdene i munnen har direkte innflytelse på helsen. En ren og frisk munn har stor betydning for både fysisk og psykisk velvære.

2.2 Forebyggende sykepleie

Som sykepleiere skal en fremme helse og forebygge sykdom (Gammersvik og Larsen, 2014, s. 17). Forebyggende sykepleie går ut på å identifiserer forventede problemer før de oppstår, og kunnskap og erfaring gir sykepleier mulighet til å identifisere disse problemene.

Forebyggende munnstell fører til at en unngår ubehag og plager som kan utvikles til komplikasjoner. Målet med munnstellet er å unngå plakkdannelser og sår i munnhulen, og en må da etterstrebe å ha en normal munnflora og opprettholde hele, fuktige og smidige slimhinner (Flovik, 2005, s. 25-26). Munn- og tannhygiene er en del av stellet, og med munn- og tannstell inngår pasientens lepper, innsiden av kinnene, tunge, ganen og tennene (Borge, 2011, s. 629).

I følge helsedirektoratet deles forebyggende tiltak inn i primær-, sekundær-, og tertiærforebygging. Primærforebygging er at en setter i gang tiltak før problemene oppstår. For å klare dette må en være i stand til å identifisere risikofaktorer. Eksempel på primærforebygging kan være daglig bruk av fluorprodukter og opplæring i munnhygiene. Sekundærforebygging skal hindre tilbakefall og forebygge videre utvikling av sykdom. Tertiærforebygging vil si at en setter i gang tiltak for å vedlikeholde funksjonsnivå og hindre forverring av eksisterende problem. Eksempel på dette kan være å sette inn implantater for å gjenopprette funksjon og livskvalitet (Helsedirektoratet, 1999).

Flovik peker på at tannpuss gir flere helsemessige fordeler. Det stimulerer spyttsekresjonen og blodsirkulasjonen slik at belegg og skorper løsner og munnhulen blir renses. Tannpuss gjør også tennene pene utseendemessig, gir en følelse av velvære og forebygger dannelse av plakk og infeksjon i munnhulen (Flovik, 2005, s. 67).

Samson og Strand hevder at eldre pleietrengende har behov for hjelp til å vedlikeholde munnstell. Det er sykepleiers ansvar og plikt til å hjelpe pasienter med å holde tennene og munnslimhinnene rene, og forebygge infeksjoner og opprettholde verdighet og velvære (Samson og Strand, 2010, s. 267). I følge Flovik (2005, s. 18) er det dette området som oftest blir forsømt. Grunnen er mangel på tid, kunnskap, utstyr og rutiner. Vanskeligheter med å samarbeide med kognitivt svekkede pasienter spiller også inn (Samson og Strand, 2010, s. 267).

I følge Skaug (2014, s. 354) skal pasienter få tilbud om munnstell minst to ganger i døgnet, helst etter hvert måltid. Munnstell innebærer tannpuss, stell av tannproteser, rengjøring av munnhule og spesielt munnstell til pasienter med spesielle behov (Skaug, 2014, s. 354).

I 1999 gav helsedirektoratet ut en veileder om helsefremmende og forebyggende arbeid der de anbefaler tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem (Helsedirektoratet, 1999).

Helsedirektoratet skriver at for å kunne hjelpe pasientene med daglig munnstell er det viktig at pasientene, helsepersonell og tannhelsepersonell samarbeider for å finne tiltak som ivaretar pasientens integritet. Når en skal iverksette forebyggende tiltak må en sørge for at pasientene får god informasjon og blir tatt med i beslutningene om hvilke tiltak som skal iverksettes. Når en skal hjelpe pasienter som ikke er i stand til å utføre daglig munnstell selv er det viktig at personalet får tilstrekkelig informasjon og opplæring (Helsedirektoratet, 1999).

2.3 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde

2.3.1 Yrkesetiske retningslinjer

I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Som sykepleier skal en bruke sine kunnskaper og kompetanse til å forebygge sykdom og fremme helse (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). De ansatte på sykehjem har ansvar for å tilby helhetlig pleie og helsetjeneste til pasienter på sykehjem, og dette krever høy sykepleiefaglig kompetanse. De må også være godt kjent med kvalitetskravene og de skriftlige prosedyrene kommunen har utarbeidet. Som sykepleier skal en vise respekt, ivareta den eldre grunnleggende behov, ivareta den eldre spesielle behov som følger av sykdom og styrke deres ressurser (Haug, 2010, s. 219-223).

2.3.2 Sykepleieperspektiv

Munnstell hører til under hygiene og er et grunnleggende behov. I denne oppgaven blir derfor Virginia Hendersons sykepleieteori sentral. Hennes definisjon på sykepleie er:

«Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette.»
(Henderson, 1998, s. 10)

Sykepleierens rolle er altså å bistå pasienten med å kompensere for pasientens svikt i ressurser, og ivareta hans/hennes grunnleggende behov. Henderson har stilt opp 14 punkter hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper, og det er nummer 8, å holde kroppen

ren og velstelt og huden beskyttet, som gjør seg gjeldene for denne oppgaven (Kristoffersen, 2014, s. 226). I følge Henderson er det essensielt at en som sykepleier kan utføre munn- og tannstell til de syke og pleietrengende effektivt. Sykepleierne må rengjøre tennene for pasienten når pasienten ikke klarer dette selv. Tennene bør pusses minst to ganger daglig, helst oftere (Henderson, 1969, s. 36). For å kunne hjelpe pasientene med å dekke sine grunnleggende behov understreker Henderson (1998, s. 47) at sykepleierne har et ubegrenset behov for kunnskap.

2.4 Lovverk og nasjonale føringer knyttet til munnstell

I forskrift om vederlag for tannhelsetjenester §2 har pasienter på sykehjem og de som mottar hjemmesykepleie minimum en gang i uken i mer enn tre måneder rett på gratis tannbehandling. Den kommunale helsetjenesten er regulert av lov om kommunehelsetjeneste av 1982 (Kristoffersen, 2014, s.282).

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten står det at det skal utarbeides skriftlige prosedyrer som skal sikre at pasientens munnhygiene blir ivaretatt. Det presiseres at det er helsepersonalet som har ansvar for at dette blir gjort, og at den offentlige tannhelsetjenesten skal bidra til at helsepersonalet for den opplæringen som er nødvendig. Helsepersonellet skal samarbeide med pasienten og annet tannhelsepersonell for finne tiltak som ivaretar pasientens integritet. Pasienten skal få god informasjon og tas med i beslutningene (Helsedirektoratet, 2000).

Helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forebyggende og helsebevarende hjelp på en faglig måte. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten presiseres det at det er blant annet ansatte i kommunens institusjoner som har ansvar for det forebyggende tannhelsearbeidet (Samson og Strand, 2010, s. 267).

2.5 Kunnskapsbasert praksis

I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012, s.16) betyr kunnskapsbasert praksis at en bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Råd og tiltak som brukes i helsetjenesten bør baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap. For å jobbe kunnskapsbasert må en altså holde seg oppdatert og bruke forskningsbasert kunnskap når den foreligger. Når en skal ta beslutninger om hvordan helsetjenester skal gjøres må en likevel bruke mer enn forskningsbaserte kunnskap. En må også bruke faglig skjønn, noe en får

gjennom klinisk erfaring og etiske vurderinger. I tillegg må pasientens behov og ønsker tas hensyn til. En må legge til rette for at pasienten skal kunne ta velinformerte valg (Nortvedt et al. 2012, s. 16)). Forfatterne påpeker videre at ved å integrere kunnskap fra forskning sammen med egne erfaringer og ferdigheter oppnår en optimal pleie overfor pasientens behov. Da er empati og evne til kommunikasjon essensielt (Nortvedt et al., 2012, s. 20). Kristoffersen hevder at det å ha kunnskap vil si at en har kjennskap, viten, lærdom og innsikt. Å ha kompetanse vil si at en er kvalifisert til å ta beslutninger og handle innenfor et bestemt område (Kristoffersen, 2014, s. 162). Nortvedt et al. Hevder at det oppstår ofte barrierer når kunnskap skal overføres til praksis. Barrierene kan være selve forskningen, egenskaper hos helsearbeiderne, organiseringen eller profesjonen. For å kunne bruke forskningslitteratur må en ha god tilgang til forskningslitteraturen, kunnskap til å forstå forskningen, ledelsesforankring og kollegial støtte og oppmuntring til å anvende forskning i praksis. Kvalitet i helsetjenestene kjennetegnes ved at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, at de involverer brukerne og gir dem innflytelse, at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt, og at de er samordnet og preget av kontinuitet og god utnyttelse av ressursene. Praksis som er basert på pålitelig forskning og brukermedvirkning, har større sjans for å oppfylle disse kvalitetskriteriene (Nortvedt et al., 2014, s.22). Nortvedt og Grønseth peker på at sykepleiere har en undervisende funksjon. Det vil si at en har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, medarbeidere og studenter (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 22). I følge pasient og brukerrettighetsloven fra 1999, referert i Nortvedt & Grønseth (2013, s 22), har pasienter rett til informasjon, og sykepleiere kan derfor ikke velge bort denne oppgaven på grunn av mangel på tid.

3.0 Metode

I følge Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne (2015, s. 18) dreier metoder som brukes i sykepleieforskning seg om hvordan en skal få relevant og pålitelig informasjon om det vi vil undersøke, hvordan denne informasjonen kan analyseres og hva som er resultatet og konsekvensen av forskningen. Når en samler inn data skiller en mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at dataanalysen er basert på tall og datainnsamlingen er lite fleksibel. Kvalitative metoder er basert på tekst, lyd eller bilde, og datainnsamlingen har stor grad av fleksibilitet (Christoffersen et al. 2015, s. 18). De ulike metodene bidrar til en bedre forståelse av hvordan samfunnet, mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112).

Det er formålet med studien som avgjør forskning en vil innhente. Kvalitative forskningsmetoder er velegnet dersom en vil finne ut mer om pasientens og/eller personalets opplevelse eller oppfatning av sykdom eller helsetjenester. Dersom en vil kartlegge en bestemt forekomst er kvantitativ metode et godt valg (De nasjonale forskningsetiske komite, 2010).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode. Litteraturstudie går ut på å finne forskning som allerede er gjort på det området jeg vil finne mer ut om og se på hvilke metoder som er gjort. I sykepleieforskning gjøres det som regel systematiske litteraturstudier som baserer seg på data fra vitenskapelige artikler eller rapporter (Christoffersen, et al. 2015, s. 62). Fordelen med en litteraturstudie er at det en vil finne ut av er allerede innhentet og analysert. Det er tidsbesparende og en trenger ikke gå ut i feltet å innhente data. Ulempen er at en må bruke litteratur som allerede finnes og en kan ikke alltid få sin egen vinkling på det en vil finne ut. Utfordringen med denne metoden er å finne relevant forskning, at den er av nyere dato og har god kvalitet.

En litteraturstudie skal inneholde: problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materiale og en rapport (Christoffersen et al., 2015, s. 63).

For å besvare min problemstilling har jeg innhentet kvalitative data fordi jeg er interessert i å finne data som kan forklare hvordan en kan forebygge munn og tannproblemer. Jeg vil også

innhente kvantitative forskningsartikler for å understreke viktigheten av fokus på min problemstilling.

Når en driver helsefaglig forskning er det viktig å tenke på at det er en rekke lover og etiske retningslinjer en må følge. Forskningen bør redegjøre hvilke godkjenninger som er innhentet og hvordan disse er ivaretatt.

3.2 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene. En må også se til at pasientene ikke blir påført skade som følge av forskningen, og en må opprettholde pasientenes integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96). Ettersom dette er en litteraturstudie er de etiske overveielserne allerede tatt hensyn til, men jeg må likevel se til at de artiklene jeg har valgt ikke strider med god forskningsetikk.

I forhold til kildebruk er det viktig å ikke drive plagiat. Plagiat er å utgi andres arbeid for sitt eget (Dalland, 2012, s. 80). Ved å bruke APA-standarden som referansebehandling blir det lettere for leseren å følge tankegangen og en unngår fare for å begå plagiat.

3.3 Kildekritikk

Når en skal skrive en bacheloroppgave er det viktig å skaffe relevant informasjon og kritisk vurdere verdien denne informasjonen innehar. Hensikten med kildekritikk er å reflektere over hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen i oppgaven. En skal forholde seg kritisk til kildematerialet en bruker og vise hvilke kriterier en bruker under utvelgelsen. Relevans handler om hvorvidt studiene en har valgt henger sammen med problemstillingen i oppgaven. For å vurdere gyldighet må en se på når studien er gjort, hvem som har gjort den og hva formålet var med studien (Daland, 2012, s. 72).

Jeg har vært kritisk i utvelgelse av litteratur til min litteraturstudie. Jeg har valgt å ikke bruke forskningsartikler eldre enn 10 år og de må ha blitt publisert i et anerkjent tidsskrift. Jeg ønsket å bruke studier som beskriver norske forhold, men har også valgt å bruke studier utført i Europa da jeg antar at disse forholdene er nokså like. Jeg tar forbehold om at jeg kan ha tolket engelsk teori og litteratur feil. Jeg har valgt å ta med artikler skrevet av odontologer da jeg fant disse artiklene relevante for min problemstilling.

3.4 Litteratursøk

For å finne forskningsartikler til denne oppgaven har jeg gjort et systematisk litteratursøk i skolens helsefaglige databaser. Søkekriteriene jeg brukte var at de fortrinnsvis skulle være sykepleiefaglige, full tekst, og utført mellom 2006 og 2017. Etersom teorien sier at godt munnstell og munnhygiene forebygger munn- og tannhelseproblemer valgte jeg å finne forskning som omhandlet dette. Jeg foretok først et søk i CINAHL. Søkeord som ble brukt der var «oral hygiene», «prevention» og «nursing home». Søket gav 9 treff og jeg valgte å bruke 2 av disse artiklene. Jeg gjorde også søk i Idunn og PubMed. Søkeord jeg brukte i Idunn var «munnhygiene», «munnstell», «tannhelse» og «oral hygiene» i kombinasjon med «sykehjem», men jeg fant ingen artikler jeg ville bruke i denne oppgaven der. I PubMed brukte jeg søkeordene «oral hygiene», «nursing home» og «prevention», men heller ikke her fant jeg noen artikler som belyste min problemstilling. På sykepleien.no søkte jeg på «tannhelse» og fant et sammendrag av artikkelen til Willumsen et al. (2012). De øvrige forskningsartiklene har jeg funnet i referanselistene til andre artikler og bacheloroppgaver.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

Artikkel 1 av Lindqvist et al. (2013)

Hensikten med studien er å finne ut hva sykepleierne og andre helsefagarbeiderne mener er viktig i forhold til å få til et velfungerende munnstell.

Studien er en kvalitativ studie der data ble innhentet ved individuelle intervjuer.

Deltakerne gav seks spesifikke kategorier som de mente var viktige for å kunne få til et velfungerende daglig munnstell. Det var prosedyrer, kommunikasjon, prioritering, kompetanse, god oral helse og autonomi. Deltakerne sa at det fantes ressurser og ulike nivå av ansvarsfordeling, men munnstell var ikke like definert som andre sykepleieprosedyrer. Det ble også klart at det for det meste var assistentene som var mest involvert i å utføre munnstell på pasientene, til tross for at det er sykepleierne som er ansvarlige for at dette blir gjort. I forhold til kommunikasjon svarte deltakerne at dokumentasjon var en viktig informasjonskilde og at det ikke alltid ble dokumentert om munnstell var blitt utført eller ikke. Informantene mente at munnstell var en viktig del av den daglige pleien og er et område med rom for forbedring. Andre oppgaver ble ofte prioritert, og mangel på tid og ansatte ble et

hinder for at tannstell ble utført. Noen uttalte også at de syntes munnstell var vanskelig å utføre, da de syntes det var ubehagelig og ekkelt. Studien viser også at noen av deltakerne mente de trengte mer opplæring i munnstell, da det var lite av det i grunnopplæringen.

Funnene i studien viser at det er rom for forbedring i det daglige munnstellet. For å forbedre munnstell kan en arbeide med eksisterende rutiner og strukturer, samt skape klarhet i hvem som har ansvar. Munn hygiene er ikke en prioritert oppgave, men dette kan forbedres ved at ledelsen blir mer involvert, bedre tilrettelegging av ressursene, kompetanseheving og opplæring. For å takle de etiske dilemmaene og unngå å bryte med pasientenes autonomi kan prosedyrene bli videreutviklet ved å involvere pårørende og tilgang til og samarbeid med tannhelsetjenesten. Studien peker også at sykepleiere har for liten kunnskap og innsikt i hvordan en skal vurdere munnhygiene og hvor fatale konsekvenser dårlig munnhygiene har. Munnstell bør også ha eget punkt i sykepleiedokumentasjonen.

Kritisk vurdering av artikkel 1

Studien er relevant for min oppgave da den understreker behovet for kompetanseheving, bedre tilrettelegging av ressurser og holdninger blant pleierne. Dette er viktige faktorer for å kunne forebygge munn og tannhelseproblemer. Studien ble godkjent etisk komite, og de involverte i studien ble garantert anonymitet, og de fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Studien er svensk og utgitt i 2013 i *International Journal of Dental Hygiene*.

Artikkel 2 av Coker et al. (2013)

Hensikten med studien er å rapportere om en konseptanalyse om munnstell hos eldre.

Studien er en konseptanalyse. Det ble utført et søk i elektroniske databaser fra 2002 til 2012. De gjennomgikk 66 forsknings studier, litteraturgjennomganger og praktiske retningslinjer.

For å kunne utføre munnstell må en kjenne pasienten, inspisere munnhulen, fjerning av plakk, rengjøring av munnhulen, fjerne hull, bruke fluorprodukter og opprettholde en fuktig munn. Et effektivt munnhelseprogram inkluderer å vurdere munnhulen, gi tannbehandling og daglig munnstell. Pleiernes kunnskap, bevissthet, holdninger og selvsikkerhet gjør at de har mulighet til å påvirke munnhelsen til pasientene og forebygger munn og tannhelseproblemer hos den eldre. Ved å ha en håndterlig arbeidsmengde og flyt, godt samarbeid med andre yrkesutøvere, pleieplaner og retningslinjer vil en også klare å påvirke munnhelsen. Pleiere bruker ulike termologier på samme prosedyrer når de dokumenterer pleien de utfører. Ved å bruke

standardiserte pleiespråk i pleieintervensjoner kan det ha en fordel. En felles forståelse av munnpleie kan forbedre kommunikasjonen. Klarhet i hva et munnstell innebærer som en sykepleie intervensjon kan gjøre pleiere i stand til å påvirke munnhelse utfallet og sannsynligvis forebygge systematiske sykdommer hos den eldre pasient.

Kritisk vurdering av artikkel 2.

Studien har tatt for seg forskning fra 2002 til 2012, en jeg velger å ta den med i min oppgave likevel fordi jeg mener den har validitet for min oppgave. Den understreker hva som inngår i munnstell og hva som bidrar til at det kan bli gjort av pleiere på sykehjem. Studien er publisert i *Journal of Advanced Nursing*.

Artikkel 3 av Kullberg et al. (2010)

Hensikten var å evaluere effekten av repetert opplæring i tannstell for sykepleiere på sykehjem.

Studien er en kvantitativ studie der plakk og tannkjøttblødninger ble målt og evaluert ved bruk av skalaer på pasienter i sykehjem før og etter repetert opplæring av pleiepersonalet. En kvalifisert tannpleier undersøkte pasientenes tannstatus før og tre uker etter at personalet hadde gjennomgått et munnhygiene program. 43 sykehjemspasienter, i alder 69-99, var med på studien. De hadde fått opplæring 1 - 5 år tidligere. 41 av de 43 deltakerne deltok på evalueringen etter 3 uker. Opplæringen skjedde ved at hovedkontaktene til pasientene fikk individuelle instruksjoner i forhold til pasientens behov for munnstell. De fikk også trening i tannbørstingsteknikker med en elektrisk tannbørste. Pasienter med egne tenner ble anbefalt å bruke klorhexidine glukonat 1% gel i en uke hver måned, to ganger daglig, istedenfor vanlig tannkrem. I tillegg ble det satt opp grupper med pleiere og tannpleiere der de diskuterte munnstell til pasienter med kognitiv svikt, forskning på mulige assosiasjoner mellom munnhelse og generell helse til eldre pasienter ble lagt fram, og praktiske råd om munnstell ble gitt. Tannpleiere var tilgjengelige en dag i uken på sykehjemmet etter tannpleie programmet og ellers tilgjengelige på telefon.

Tre uker etter opplæringsprogrammet så de en signifikant forbedring i plakk og tannkjøttblødning hos pasienten. Under diskusjonen kom det fram at pleierne mente de hadde tilstrekkelig med tid til å utføre munnstell og nok kunnskap til å utføre det. Det kom fram at pleierne var fornøyd med munnstellet som ble gitt både før og etter opplæringen, noe som er

alarmerende med tanke på hvordan munnhygienen til beboerne var før munnstelloplæringen. Dette tilsier at det må legges større vekt på opplæring i hvordan pleierne kan evaluere deres eget arbeid i forhold til å redusere plakk i tennene til pasientene.

Repetert tannhygiene opplæring forbedrer munnhygienen til sykehjemsbeboerne. For å lykkes legges det i artikkelen vekt på å adressere holdninger og persepsjoner om munnstell. Kunnskapsbasert data om hvordan munnhygiene påvirker generell helse bør inngå i munnhelseopplæringen, da pleierne kan få en bedre forståelse for viktigheten med godt munnstell.

Kritisk vurdering av artikkel 3.

Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den trekker fram hva som skal til for å forebygge sykdommer som følge av utilstrekkelig munnstell. Deltakerne i studien hadde egne tenner. Studien er 9 år gammel, men jeg mener likevel den er like relevant i dag. Ledelsen på sykehjemmet godkjente og samarbeidet i studien. Sykehjemsbeboerne gav samtykke til å være med på studien. Det er usikkert om resultatet hadde blitt det samme dersom de ikke hadde brukt klorhexidin glukonat 1% gelen og dette er noe å ta høyde for når en analyserer studien. Sykehjemmet er et velorganisert demens senter det pleierne har jevnlig kontakt med profesjonelle tannpleiere, noe som ikke er representativt for alle sykehjem. En må også ta høyde for at studien hadde ingen kontrollgruppe. Artikkelen er publisert i *Journal of Advanced Nursing*.

Artikkel 4 av Willumsen et al. (2012)

Hovedhensikten med studien var å utforske om pasientenes munnhygiene var tilfredsstillende, og utforske kliniske observasjoner og pleiernes vurdering om behov for forbedring i pasientenes munnhygiene. Videre ville en finne ut om barrierene for forbedring i munnhygienen var relatert til vanskeligheter med pasienten, motstand, kunnskap og holdninger om munnstell blant pleiere med ulik helseutdanninger, eller organiseringen av munnstellrutinene.

Studien er en tverrsnittstudie der en brukte spørreundersøkelse blant pleierne og klinisk undersøkelse av sykehjemspasientene. Munnhygienen til 353 pasienter i 11 sykehjem i Norge ble undersøkt av tannpleier. 494 pleiere fra de samme sykehjemmene deltok i en spørreundersøkelse, 114 sykepleiere, 243 hjelpepleiere og 136 assistenter

Resultatet viste at 40% av pasientene hadde uakseptabel munnhygiene. De som har mer enn 10 tenner hadde dobbel risiko for dårlig munnhygiene. Pleierne mente det var vanskelig å hjelpe pasienter som ikke ønsket hjelp til munnstell, og at dette var et daglig problem. De fleste syntes ikke det var ubehagelig å gjennomføre munnstell, men de syntes det var vanskelig å gjennomføre til tider. Studien viser også at sykepleierne (96,4%) oftere mente at munnhygiene var en del av deres plikt enn det hjelpepleierne (88,2%) og assistentene (85,3%) gjorde. Samtlige pleiere hadde holdning om at kunnskap var viktig. Det var bare 24,6% av pleierne som mente at deres kunnskap var god nok, 27,7% av hjelpepleierne, 22,8% av sykepleierne og 18,2% av assistentene. Likevel mente flere sykepleiere, enn hjelpepleiere og assistenter, at deres kunnskaper var tilstrekkelige.

Studien viser at pleierne har behov for mer kunnskap og opplæring i munnhelse. Også sykehjemmenes rutiner og utstyr er en utfordring for tilstrekkelig pleie. Mangel på tid til tannpleie var et vanlig utfordring. Også motstand fra pasientene skaper hindringer for at munnstell ikke blir gjennomført, og en må forbedre metoder og rutiner for å håndtere dette.

Kritisk vurdering av artikkel 4

Artikkelen er relevant for min problemstilling da den tar opp hva som skal til for å bryte barrierer for at munnstell ikke blir gjort. Det er tatt etiske hensyn i studien. Deltakerne ble anonymisert og den ble godkjent av en etisk komite. Pasientene gav også samtykke til at de kunne bruke informasjon fra deres tannjournal i studien. Fagansvarlig avgjorde om pasientene kunne gi samtykke. Pårørende gav tillatelse for de pasientene som ikke kunne dette selv. Over halvparten av deltakerne hadde normal til mild tap av kognitiv funksjon. Studien viste likevel at de med normal kognitiv funksjon hadde samme munnhygiene som de med kognitiv svikt. Artikkelen tar for seg forhold i norske sykehjem og er publisert i *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*.

Artikkel 5 av Catteau et al. (2013)

Hensikten med studien var å vurdere kunnskapen om munnhelse og opplæringsbehovet blant helsearbeidere i geriatiske sykehjem.

Studien er en kvantitativ studie der pleiere fra 8 sykehjem i Frankrike utførte en spørreundersøkelse med 58 spørsmål. Kunnskap om munn- og tannsykdommer, munnhygiene

og tannstell ble vurdert. 203 pleiere var med i studien, og 99 fullførte. 66,7% av deltakerne var sykepleiere.

Det generelle kunnskapsnivået blant deltakerne var ikke tilstrekkelig, og opplæring og kunnskap må økes. Nivået på kunnskap kunne knyttes opp til kvalifikasjonene til pleierne. Sykepleierne og de som hadde fått opplæring fikk høyere score enn de andre pleierne. Dette er med på å underbygge viktigheten av opplæring av helsearbeidere og indikerer at de må få mer kunnskap om tann og munnhelseproblemer. Prosedyrene må også bli mer individualisert og bli tilpasset pasienten etter deres samarbeidsvilje og daglige behov. I tillegg bør pleierne få opplæring i hvordan de evaluerer egen innsats i forhold til munnstellet de gir pasientene.

I forhold til ubehaget de opplever ved å utføre munnstell, bør en også fokusere på å redusere disse oppfatningene ved å lære seg kognitiv oppførsels metoder. Hovedgrunnen til dette ubehaget er at pleierne har en oppfatning om at det er ubehagelig for pasienten under munnstellet og redsel for å skade pasienten under munnstellet. For å fjerne disse psykologiske problemene kan diskusjonsgrupper koordinert av tannpleiere og psykologer være nyttige.

Pleierne trenger opplæring i å forstå hvilken virkning munnhelse har på den generelle helsen til pasientene. Teoretisk kunnskap om munn- og tannsykdommer må forbedres for at pleierne kan forstå munnstell prosedyrene og hjelpe dem med å identifisere disse sykdommene tidlig.

Kritisk vurdering av artikkel 5

Studien er relevant for min oppgave da den belyser behovet for økt kunnskap om munnhelse og hygiene på sykehjem. Den belyser også hvilken kunnskap som bør vektlegges. Studien er gjort i Frankrike, men jeg velger likevel å ta den med da jeg mener funnene i denne artikkelen også gjør seg gjeldende i Norge. Studien er ikke godkjent av en etisk komite, men deltakerne var anonymisert og godkjennes derfor ifølge mine kriterier. Studien er publisert i *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*.

Artikkel 6 av De Visschere et al. (2013).

Hensikten med studien er å utforske barrierer og hindrende faktorer for å implementere en munnhygiene protokoll i sykehjem.

Studien er en kvalitativ studie der data ble innhentet fra 66 pleiere i syv fokusgrupper mellom 2005 og 2009, og ansikt til ansikt intervju i 2009. Intervjuene ble gjort med 36 sykepleiere og assistenter som daglig var involvert i munnstell på sykehjem.

I studien kom det fram barrierer funnet i tidligere studier, som mangel på kunnskap, refleksjon, kommunikasjon og motstand fra pasientene. Studien viser at respekt for pasientens selvbestemmelse, hvordan pleien oppleves for pasienten, pasientens tannhelsestatus og pleiernes manglende evne til å se pasientens munnhelsestatus også er barrierer for at tannstell ikke ble tilstrekkelig eller ikke utført i sykehjem. Mangel på tilgang til profesjonell tannpleier har og en negativ effekt på pleiernes holdning til munnstell.

Kritisk vurdering av artikkel 6:

Studien støtter opp om de andre artiklene jeg har valgt, men legger også til noen barrierer for at munnstell ikke blir gjort tilfredsstillende. Studien var godkjente av en etisk komite, og deltakerne gav samtykke til å være med i studien. Studien er utført i Belgia, men jeg velger å ta den med i min oppgave, da den belyser barrierer for munnstell funnet i andre artikler jeg har valgt, samt at den nevner andre barrierer som ikke kom fram i de andre studiene. Studien ble publisert i *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Funn som går igjen i de studiene jeg har valgt er holdninger, kunnskap og ressurser. I samtlige studier kommer det fram at kompetanseheving må til for at munnstell skal bli utført, og gjort tilfredsstillende. Munn og tannhelse får ikke nok oppmerksomhet, i form av tid og opplæring. Det kommer også fram at pleierne har en holdning om at munnstell er vanskelig å gjennomføre fordi pasientene motsetter seg hjelpen de tilbyr. Noen peker også på at de synes det er ubehagelig å utføre munnstell på andre, og at de har en redsel for å skade pasientene under munnstellet. Mangel på prosedyrer og individuelle tiltak fører til at det er opp til hver enkel pleier om tannstell blir gjort, om det blir gjort i det hele tatt. Eksisterende rutiner og strukturer må forbedres og dokumentasjonen må forbedres.

5.0 Drøfting:

Hvordan forebygge munn og tannhelseproblemer hos den eldre pasient i sykehjem?

Forskning, erfaring og teori viser at munnstell er et område som ofte blir forsømt. I samtlige studier kommer det fram at kompetansenivået blant sykepleierne må forbedres for at munnstell skal bli utført, og utført tilfredsstillende. Det kommer også fram at dårlige holdninger, og mangel på eller feilprioritering av tid er barrierer for at dette ikke blir gjort. Følgende forskningsfunn vil bli drøftet videre:

- Forebyggende sykepleie krever kunnskap og kompetanse
- Mangel på tid hindrer sykepleierne å utføre daglig munnstell
- Holdninger og oppfatninger om munnstell må endres

5.1 Forebyggende sykepleie krever kunnskap og kompetanse

Det kommer fram i forskningen at sykepleiere og annet helsepersonell har for liten kunnskap om munnhygiene, og at kompetansenivået må økes (Lindqvist et al., 2013, Willumsen et al., 2011, De Visschere et al., 2013, & Catteau et al., 2013). I følge Flovik (2005, s. 18) er mangel på kunnskap er en av grunnene til at munnstell ofte blir forsømt. Funnene i studien til Lindqvist et al. (2013) viser at det er rom for forbedring i det daglige munnstellet. Det pekes på at munnhygiene er en lite prioritert oppgave, men at det kan forbedres ved å ha fokus på kompetanseheving og opplæring. I følge Helsedirektoratet må en ha tilstrekkelig informasjon og opplæring for å kunne hjelpe pasienter som ikke er i stand til å utføre daglig munnstell (Helsedirektoratet, 1999). Henderson (1998) skriver at en sykepleier skal bistå pasientene med å kompensere for pasientens svikt i ressurser, og ivareta pasientens grunnleggende behov. Flovik (2005, s. 17) skriver at det er sykepleiernes ansvar og plikt å hjelpe pasienter med å holde munnslimhinnene og leppene rene, myke, fuktige og hele, for å forebygge eventuelle komplikasjoner. For å kunne gjøre dette må en ifølge Flovik (2005) ha praktiske ferdigheter til å kunne utføre tekniske prosedyrer, og kunnskaper om hvordan aldring, funksjonshemming og sykdomsforløp påvirker de grunnleggende behovene (Flovik, 2005, s. 17).

I studien til Coker et al. (2013) kommer det fram at sykepleierne kan påvirke munnhelsen til pasientene dersom de har kunnskaper om hva munnstell innebærer. I følge Nortvedt et al.

(2012, s.20) vil en ved å integrere kunnskap fra forskning sammen med egne erfaringer og ferdigheter oppnå optimal pleie. Helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forebyggende og helsebevarende hjelp på en faglig måte (Samson og Strand, 2010, s. 267). Dette står også i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Der står det at sykepleiere skal bruke sine kunnskaper og kompetanse til å forebygge sykdom (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). For å kunne gjøre dette må en som sykepleier jobbe kunnskapsbasert. Å jobbe kunnskapsbasert vil si at en tar faglige avgjørelser ut i fra systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap og pasientens ønsker og behov (Nortvedt et al., 2012, s. 16). I følge Nortvedt et al. (2012, s. 16) bør råd og tiltak som brukes i helsetjenesten baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap. Ved å jobbe kunnskapsbasert er en med på å kvalitetssikre helsearbeidet. I følge Nortvedt et al. (2012, s. 23) er det avstand mellom det en burde gjøre og det en faktisk gjør, og kunnskapsbasert praksis er et virkemiddel for å redusere dette spriket mellom forskning og praksis.

I studien til Catteau et al. (2013) kommer det fram at nivået på kunnskap kan knyttes opp til kvalifikasjonene til pleierne. I studien svarte pleiere på en spørreundersøkelse om opplæring og munnstell på avdelingene de arbeidet på. Det viste seg at sykepleierne og de pleierne som hadde fått opplæring i munnstell fikk høyere score enn de andre pleiere i spørreundersøkelsen. Dette er med på å underbygge viktigheten av opplæring av helsearbeidere og indikerer at de må ha mer kunnskap om tann- og munnhelseproblemer. I studien til Kullberg et al. (2010) gjennomgikk pleierne et opplæringsprogram som hadde stor innvirkning på pasientenes munnhygiene. Opplæringen foregikk ved at hovedkontaktene til pasientene fikk individuelle instruksjoner i forhold til pasientens behov for munnstell, pleierne fikk opplæring i tannstell og de fikk teoretisk opplæring. Resultatet var mindre plakk og tannkjøttblødninger blant pasientene. Det viser seg altså at repetert opplæring og undervisning i tannhygiene forbedrer munnhygien til sykehjemsbeboere, og det har en forebyggende effekt på plakk og tannkjøttblødning. Utfordringene blir å få tid til dette i kommunehelsetjenesten. Bakken (2009) peker på utfordringene med at de fleste jobber skift, det er mange deltidsansatte og arbeidsmengden er stor.

Det kommer fram i studiene til Lindqvist et al., 2013, og Willumsen et al., 2012, at pleierne mente kompetanse var viktig for å få til et daglig munnstell. Deltakerne i studien til Lindqvist et al. (2013) mente de trengte mer opplæring i munnstell da det var lite av det i

grunnopplæringen. Dette kan jeg kjenne igjen og si meg enig i, da det var viet liten tid til opplæring i munnstell og undervisning om munn- og tannsykdommer under utdannelsen. I studien til Willumsen et al. (2012) mente bare 23% av sykepleierne at de hadde nok kunnskap. I tillegg var det flere sykepleiere enn hjelpepleiere og assistenter som mente deres kunnskaper var tilstrekkelige. Til tross for at det er sykepleiernes ansvar at munnstell blir utført kommer det fram i studien til Lindqvist et al. (2013) at sykepleierne ikke er involvert i det daglige munnstellet, og at det ofte er assistentene og andre helsearbeidere som utfører stelleprosedyrer. I løpet av mine praksisperioder i sykehjem, hjemmetjenesten og sykehus har jeg lagt merke til at det gjør seg gjeldende. Sykepleierne gjør som regel andre oppgaver, som å dele ut medisiner og administrasjonsarbeid. Det er da skremmende å tenke på at en så liten andel av sykepleiere mente de hadde nok kunnskap, og de som utfører selve munnstellet mente de hadde enda mindre kunnskaper. Funnene er med på å underbygge viktigheten av grunnleggende opplæring av helsearbeidere, og indikerer at de må få mer kunnskap om munnstell, og om tann- og munnhelseproblemer i utdanningene.

I følge Nortvedt og Grønseth har en som sykepleier en undervisende funksjon. Sykepleiere er ansvarlig for å informere og veilede andre helsepersonell når de ser at det trengs (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 22). For at sykepleierne skal klare dette må de ha kunnskap selv og være med i stell for å observere behov og vurdere tiltak. En kan ikke overføre ansvaret på andre uten at en selv, eller de andre har tilstrekkelige kunnskaper. En annen sentral sykepleieroppgave er ifølge Hauge (2010, s. 234) å lede sykepleiefaglige team med ulike yrkesgrupper og ufaglærte på en slik måte at kvaliteten i tjenestetilbudet blir optimalt. Det innebærer å fordele arbeidsoppgavene slik at de ansattes kunnskaper og kompetanse brukes til pasientenes beste (Hauge, 2010, s. 234). Det er sykepleierne som har høyest kompetanse og dermed ansvar for at det utvikles og vedlikeholdes et aktivt fagmiljø i sykehjemmet. Ufaglærte trenger opplæring og sykepleiefaglig innføring, og tilbud om veiledning er nødvendig for å sikre kvalitet i tjenestetilbudet (Hauge, 2010, s. 235). Hauge (2010, s. 235) skriver at en som sykepleier kan oppmuntre til faglige diskusjoner ved å ta opp problemstillinger den enkelte pasient har, diskutere hvordan dette kan løses og hvordan arbeidet dokumenteres.

I studien til Lindqvist et al. (2013) mente deltakerne at dokumentasjon var en viktig informasjonskilde, og at det ikke alltid ble dokumentert om munnstell ble utført eller ikke. Coker et al. (2013) skriver i sin studie at pleiere bruker ulike termologier på samme prosedyrer når de dokumenterer pleien de utfører. For å vurdere om tiltak har virkning og

endringer i munnhulen må det dokumenteres, og pleierne må ha en felles oppfatning og språk om hva og hvordan de dokumenterer. Det vil ifølge Coker et al. (2013) være fordel om alle brukte standardiserte pleiespråk, at en bruker samme terminologier på samme prosedyre. Helsepersonelloven, referert i Flovik (2005), krever også at sykepleiere dokumenterer den helsehjelpen som gis. Det vil si at pasienter skal ha skriftlig plan, der også de individuelle behovene og ønskene for munnstell er beskrevet. Dokumentasjon skal bidra til å sikre en kvalitetsmessig hygiene, hvor observasjon og tiltak er samordnet. (Flovik, 2005, s. 22-23). Prosedyrer for hvordan munnstell skal utføres bør ifølge Strand et al. (2017) foreligge skriftlig på alle avdelinger på alle sykehjem, og avvik fra disse prosedyrene skal dokumenteres. Når pleierne har kunnskapsbaserte, kliniske fagprosedyrer å forholde seg til skaper det bedre kvalitet i helsetjenesten (Strand et al., 2017).

Det kommer også fram i studier at sykepleiere har for liten kunnskap og innsikt i hvordan en skal vurdere munnhygiene, og konsekvensene av dårlig munnhygiene (Lindqvist et al., 2013 & Catteau et al., 2013). I følge Catteau et al. (2013) trenger pleierne opplæring i hvilken virkning munnhelse har på den generelle helse, og teoretisk kunnskap om munn- og tannsykdommer for at de skal forstå munnstellprosedyrene, og kunne identifisere sykdommer i munnhulen tidlig. På den måten kan en forebygge munn- og tannproblemer før problemer oppstår (Flovik, 2005, s. 25). Dette støttes også opp i studien til Kullberg et al. (2010). Studien peker på at kunnskapsbasert data om hvordan munnhygiene påvirker generell helse bør inngå i munnhelseopplæringen, da pleierne kan få en bedre forståelse for viktigheten med godt munnstell. Under sykepleierutdanningen erverver en ifølge Kristoffersen (2014, s. 164) ulike former for kunnskap, som teoretisk kunnskap, verdier/holdninger og ferdigheter, men som sagt tidligere er det lite fokus på munnstell i sykepleierutdanningen. For å forebygge munn- og tannhelseproblemer må en som Kullberg et al. (2010) presiserer i sin studien integrere tilstrekkelig munnhygiene opplæring, inkludert trening på munnstell, i profesjonelle videreutdanninger for sykehjems personell.

5.2 Mangel på tid hindrer sykepleierne i å utføre daglig munnstell

I studiene til Lindqvist et al. (2013) og Willumsen et al. (2012) kom det fram at mangel på tid og ansatte var et hinder for at munnstell ble utført. I motsetning mente deltakerne i studien til Kullberg et al. (2010) at pleierne hadde tilstrekkelig med tid til å utføre munnstell. En kan ut i fra disse funnene anta at dette varierer fra avdeling til avdeling, alt etter som hvordan de tilrettelegger de tilgjengelige ressursene. Flovik (2005, s. 18) peker på at mangel på tid en av grunnene til at munnhygiene er en forsømt oppgave. I studien til De Visschere et al. (2013) peker pleierne ikke på mangel på tid som grunn for at munnstell ikke ble utført, men at det ikke ble gjort på grunn av dårlig prioritering og feil bruk av tid. Funnene i studien til Lindqvist et al. (2013) viser at munnhygiene er ikke en prioritert oppgave, men det kan forbedres ved å arbeide med eksisterende rutiner og struktur og bedre tilrettelegge ressursene. Uansett om det er mangel på tid eller mangel på prioritering av tid viser det seg at munnstell ikke får nok oppmerksomhet i sykehjem. Jeg har selv erfart at munnstell ikke blir gjort i sykehjem, men jeg har observert at det skyldte ikke mangel på tid, men heller feilprioritering av tid. Om morgenen er det nokså hektisk med tanke på at alle pasientene skal opp, bli stelte og kledd og få frokost. I tillegg skal de helst få morgenmedisinene sine før frokost. Da blir det dessverre slik at en dropper munnstellet. I følge Samson og Strand (2010, s. 267) er munnstell den første pleieoppgaven som blir nedprioritert når pleierne er overarbeidet. Likevel ser jeg at etter at frokosten er ferdig er tempoet på avdelingen roligere, og en hadde hatt tid til å utføre munnstell da. Det kan tenkes at etter frokost er kanskje den gamles krefter mer mobilisert og en er mer samarbeidsvillig til å få hjelp til munnstell, da det er roligere, og en har bedre tid til samtale og oppmerksomhet. I følge Hauge (2010, s. 230) kan bedre tid og tilpasset tempo i forhold til den enkeltes krefter, ønsker og behov være avgjørende for å lykkes med gjennomføringen av munnstellet. Stellesituasjonen og personalets tidsbruk må altså tilpasses den enkelte gamles krefter, dagsform og situasjon.

I følge Skaug (2014, s. 354) skal pasienter få tilbud om munnstell minst to ganger i døgnet, helst etter hvert måltid. Dette blir også anbefalt av Helsedirektoratet (1969, s. 36). Dette er tidkrevende, men som det kommer fram i forskningen til Lindqvist et al. (2013) er det snakk om prioritering. I lov om tannhelsetjenesten fra 1983 skal forebyggende tiltak prioriteres framfor behandling (Tannhelsetjenesteloven, 1983). I følge Strand, Stenerud og Hede (2017) er det samfunnsøkonomisk og individuelt helsemessig viktig å lykkes med det forebyggende arbeidet slik at behandlingsbehovet ikke øker. Munn- og tannhelseproblemer kan lett forhindres dersom det blir satt av tid til daglig munnstell. I tillegg unngår en økt pleiebehov,

økt behov for tannhelsetjenester og helsebelastning for pasientene, som er mer tidkrevende (Strand, Stenerud & Hede, 2017).

Det kommer fram i forskningen til Lindqvist et al. (2013) at mange av pasientene motsetter seg hjelp til munnstell. Studien til De Visschere et al. (2013) viste at pleierne mente noen pasienter hadde gitt opp sin daglige munnhygiene, og ikke så nytten av munnstell, og at det var med på å skade tennene. Det var et ønske blant deltakerne i studien til Lindqvist et al. (2013) å ha mer tid til avslappende samtaler for å få til munnstell. I følge Nortvedt og Grønseth (2013, s. 22) er sykepleiere ansvarlig for å informere og veilede pasientene. Sykepleierne skal fremme trygghet og hjelpe pasientene til å forstå og mestre konsekvensene (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 22). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til medvirkning ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Loven sier at pasientene skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten, og sykepleiere kan derfor ikke velge bort denne oppgaven på grunn av dårlig tid.

5.3 Holdninger og oppfatninger om munnstell må endres

Det kommer fram i forskningen at det er ulike holdninger og oppfatninger som gjør at munnhygiene er et forsømt område i pleien på sykehjem (Kullberg et al, 2010, Coker et al., 2013, Lindqvist et al., 2013, & Willumsen et al., 2012). Kullberg et al. (2010) sier at for å lykkes med munnstell må det legges mer vekt på å adressere holdningene og oppfatninger om munnstell. I følge Flovik (2005, s. 14-15) er holdninger til munnhygiene ikke innarbeidet på samme måte som forebygging av for eksempel decubitus, lungebetennelse og blodpropp. Grunnen til dette mener forfatteren er tradisjon, kultur og begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser det får, dersom pasientens munnhygiene ikke blir ivaretatt (Flovik, 2005, s. 14-15). Funnene som kommer fram er holdninger og oppfatninger om at pleierne synes det er ubehagelig og ekkelt, vanskeligheter hos pasientene, og redsel for å skade pasientene under munnstellet. Disse holdningene og oppfatningene kan endres ved at pleiepersonalet har kunnskap og kompetanse om munnhygiene og stell.

I forskningen til Coker et al. (2013) kommer det fram at pleiernes holdninger og selvsikkerhet kan være med på å påvirke munnhelsen til pasientene, og forebygge munn og tannhelseproblemer hos den eldre. Noen av deltakerne i forskningen til Lindqvist et al. (2013) syntes munnstell var vanskelig å utføre, da de syntes det var ubehagelig og ekkelt. I

motsetning mente de fleste i studien til Willumsen et al. (2012) at det ikke var ubehagelig å gjennomføre munnstell, men de syntes det var vanskelig å gjennomføre til tider på grunn av motstand fra pasientene. Disse motsettende funnene kan skyldes, som det kommer fram av Flovik (2005, s. 14-15), kulturelle forskjeller i de ulike sykehjemmene. At pleierne synes det er ekkelt er indre holdning som hver enkelt må arbeide med. I følge Henderson (1998) har en som sykepleier ansvar for å dekke pasientenes grunnleggende behov. For å kunne ta ansvar og handle ansvarlig sier Kristoffersen (2014, s. 306) at en må være bevisst hva en har ansvar for. Videre sier forfatteren at ansvar og kyndig utøvelse av sykepleie er et resultat av både den holdningsmessige utviklingen hos sykepleieren, og tilegnelsen av kunnskaper og ferdigheter (Kristoffersen, 2014, s. 306).

Flere studier peker på motstand fra pasientene som en hindring for munnstell (Willumsen et al., 2012, Lindqvist et al., 2013 & De Visschere et al., 2013). I studien til Willumsen et al. (2012) kommer det fram at pleierne mente det var vanskelig å hjelpe pasienter som ikke ønsket hjelp til munnstell, og at dette var et daglig problem. Videre kommer det fram at en må forbedre metoder og rutiner for å håndtere denne motstanden fra pasientene. For å takle de etiske dilemmaene og unngå å bryte med pasientenes autonomi kommer det i forskningen til Lindqvist et al. (2013) fram at prosedyrene kan bli videreutviklet ved å involvere pårørende, og tilgang til og samarbeid med tannhelsetjenesten. Grunnene til at pasientene avviser hjelp til munnstell kan være sjenanse, manglende ønsker om eller vilje til å stelle seg, eller manglende forståelse for nødvendigheten av å stelle seg. Å finne en løsning i slike situasjoner krever både faglig og etiske overveielser, samt stor grad av varhet, for ikke å krenke pasientens verdighet (Skaug, 2014, s. 341). I en studie av Forsell et al. (2010) kom det fram at motstanden fra pasientene ble redusert etter at personalet hadde gjennomgått praktisk trening i munnstell, fått opplæring i konsekvenser av dårlig munnstell og kognitiv terapi. Opplevelser knyttet til det å bli stelt av andre mener Skaug (2014, s. 340) handler både om møtet med hjelperen og hjelperens håndlag. Willumsen, Wenaasen, Armingohar og Ferreira (2008, s. 80) skriver at når pasienten sier han ikke ønsker munnstell er dette ikke noe argument for å ikke se til at vedkommende er ren i munnen. Som sykepleiere har en ansvar for å utrede pasienten i samarbeide med tannhelsepersonell dersom han/hun motsetter seg hjelp. Dersom pasienter med samtykkekompetanse motsetter seg munnstell må en prøve å motivere, på lik linje som en motiverer til å ta medisiner. En skal alltid prøve tillitsskapende tiltak før en tar i bruk tvang (Willumsen et al., 2008, s. 80). I studien til Catteau et al. (2013) kommer det fram at en bør fokusere på å redusere oppfatninger om at det er ubehagelig å utføre munnstell ved å fokusere

på å lære seg kognitive atferds metoder. Det kommer fram i studien at ubehaget med å utføre munnstell skyldes pleiernes oppfatning om at det er ubehagelig for pasienten under munnstellet, og redsel for å skade pasientene under munnstell. Disse psykologiske problemene mener Catteau et al. (2013) kan reduseres ved å danne diskusjonsgrupper koordinert av tannpleiere og psykologer. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) beskriver at sykepleierne har et personlig ansvar for sine egne vurderinger og sitt valg av handlinger. Dette understreker viktigheten med å jobbe med egne holdninger for å se til at disse ikke står i veien for å handle.

Det framkommer i studien til De Visschere et al. (2013) at mangel på profesjonell tannpleier har vist seg å ha negativ effekt på pleiernes holdninger til munnstell. Strand et al. (2017) understreker også dette, da de peker på at manglende profesjonell oppfølging påvirker pleiernes holdninger til munnstell, og som dermed resulterer i dårlig munnhelse. Tverrfaglig samarbeid er ifølge Kristoffersen (2014, s. 311) en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon. Yrkesgruppene arbeider mot et felles mål for pasienten, og de påvirker hverandre og forsterker hverandres tiltak. For at samarbeidet skal fungere må den enkelte yrkesutøver oppleve trygghet i egen funksjon, og har evne til å lytte til å ta inn over seg de andre yrkesutøvernes perspektiv (Kristoffersen, 2014, s. 311).

6.0 Avslutning:

Hensikten med denne oppgaven var å sette fokus på hvordan en kan forebygge munn- og tannhelseproblemer hos den eldre pasient i sykehjem. Forebyggende sykepleie handler om å identifisere problemer før de oppstår, og utføre tiltak før skade skjer. For å kunne gjøre dette krever det kunnskap og kompetanse. For å forebygge munn- og tannhelseproblemer er grunnleggende munnstell et effektivt forebyggende tiltak. Problemet er at munnstell ofte er et forsømt område i sykehjem. Grunnene som kommer fram i studiene er mangel på kunnskap, holdninger og tid. Det kommer fram at det mangler kunnskaper om både hvordan munnstell skal utføres og konsekvensene av dårlig munnstell. Mangel på kunnskap vises også igjen i holdningene til pleiepersonalet. Funnene viser holdninger og oppfatninger om at pleierne synes det er ubehagelig og ekkelt, vanskeligheter hos pasientene, og redsel for å skade pasientene under munnstellet. Disse holdningene og oppfatningene kan endres ved at pleiepersonalet har kunnskap og kompetanse om munnhygiene og stell. Munnstell er tidkrevende, og skal som regel gjøres i den mest hektiske tiden på sykehjemmene, om morgenen og kvelden. Ved å tilrettelegge tiden og lage skikkelige systemer for munnstell vil dette kunne bidra til at en klarer å forebygge munn- og tannhelseproblemer. Som sykepleiere har en ansvar for å at pasientene får ivaretatt sine grunnleggende behov, og dette krever kompetanse, tid og gode holdninger.

7.0 Kilder

Borge, A. M. (2011). Personlig hygiene. I T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. utg, s. 614-639). Oslo: Akribe.

Carlsen, K. E. (2016, 13. desember). *Eldre blir syke av dårlig tannhelse*. Hentet fra:
<http://www.odont.uio.no/iko/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2016/eldre-blir-syke-av-darlig-tannhelse.html>

Catteau, C., Piaton, S., Nicolas, E., Hennequin, M. & Lassauzay, C. (2013). Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required. *The Gerodontology Association and John Wiley & Sons A/S*, 33, 11-19. doi:10.1111/ger.12094.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S. & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360–2371. doi: 10.1111/jan.12107

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O. (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 62-93). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. Januar). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Hentet 16. januar 2017 fra:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>

De Visscher, L., de Baat, C., De Meyer, L., van der Putten, G-J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2013). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *John Wiley & Sons A/S and The Gerodontology Society*, 32, 115-122. doi: 10.1111/ger.12062

Flovik, A. M. (2005). *Munnstell – Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe AS.

Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. & Hoogstraate, J. (2010). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hygiene*, 9, 199-203. doi: 10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (1999). *Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hentet 11.01.2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf> Statens helsetilsyn [Veiledningsserie 1:1999](#)

Henderson, V. (1998). *Sykepleierens natur – En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Henderson, V. (1969). *Basic Principles of Nursing Care*. Sveits: International Council of Nurses.

Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleie – Kunnskap og kompetanse. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar - Bind 1* (2. utg, s. 161-206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar - Bind 1* (2. utg, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar - Bind 1* (2. utg, s. 281-342). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1273-1279. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05298

Kunnskapsbasert praksis (2012). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 19.03.2017 fra:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.* Hentet 17. januar 2017 fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & von Bültzingslöwen, I. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for elderly. *Int J Dent Hygiene*, 11, 298-305. doi: 10.1111/idh.12016

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 13.04.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Samson, H & Strand, G. V. (2010). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 267-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Samson, H., Strand, G. V. & Haugejorden, O. (2008). Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 66 (6), 368-73. doi: 1080/00016350802378654

Sjogren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansen, O. & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 56(11), 2124-2130. doi:[10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x).

Skaug, E-A. (2014). Personlig hygiene. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Grunnleggende behov - Bind 2* (2. utg., s. 331-370). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stout, M., Goudding, O. & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. *Nursing Standard*, 23(49), 42-48. doi: 10.7748/ns2009.08.23.49.42.c7206

Strand, G. V., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid.*, 127, 138-43. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e925>

Tannhelsetjenesteloven. (1984). *Lov om tannhelsetjenesten*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=tannhelse>

Urke, H. B. (2014). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (1. utg. s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. & Bjørntvedt, S. (2011). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?. *The Gerodontology Association and John Wiley & Sons A/S*, 29(2), 740-755. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse – Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonsvikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). ICNs etiske regler. Hentet 07.03.2017 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Litteratursøk

Søkebase	Søkeord	Tr eff	Brukte artikler	
Sykepleien.no (Ekskl: Forskning og årstall 2007- 2017)	«Munnstell» «Munnhygiene» «Tannhelse» «Oral helse»	11 5 9 13	0 0 1 0	«Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?»
CINAHL (Ekskl: full text, 2006-2017, academic journal)	«Oral hygiene» + «prevention» + «nursing home»	9	2	«Dental hygiene for nursing staff in a nursing home for older people». «A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults»
Idunn	«Munnhygiene» + «Sykehjem» «Munnstell» + «sykehjem» «Tannhelse» + «Sykehjem» «Oral hygiene» + «nursing home» «Dental health» + «nursing home»	3 3 2 3 6	0 0 0 0 0	
PubMed	«Oral hygiene» + «Nursing home» + «prevention»	10	0	
Søk i referanselister				«Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly» «Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required» «The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study»

Vedlegg 2 Oversikt over valgte artikler

Artikkel	Hensikt:	Metode:	Utvalg:	Resultat/funn:
Artikkel 1: «Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly» (Lindqvist, Seleskog, Wårdh & von Bültzingslöwen, 2012).	Finne ut hva sykepleiere og andre helsefagarbeidere mente var viktig i forhold til et velfungerende munnstell.	Kvalitativ studie.	Intervju med 23 informanter fra tre kommuner i Sverige.	Det kom fram seks kategorier; nøkkelprosesser, kommunikasjon, prioritering, kompetanse, god oral helse og autonomi. Det er rom for forbedring, og det kan gjøres ved å jobbe med eksisterende rutiner, å få klarhet i ansvarsfordelingen, tilrettelegging av ressurser og kompetanseheving. Munnstell bør ha eget punkt i sykepleiedokumentasjon.
Artikkel 2: «A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults! (Coker, Ploeg, Kaasalainen & Fisher, 2013).	Å vurdere holdninger og persepsjon om munnhygiene oppgaver blant sykepleiere på sykehjem, før og etter undervisning i tannhygiene.	Kvantitativ studie.	En spørreundersøkelse ble utdelt til 105 sykepleiere på et geriatrisk sykehjem i Stockholm.	83% svarte på undersøkelsen. 87% av sykepleierne syntes det å utføre munnstell var ubehagelig, da de oppfattet uvilje fra beboerne. Sykepleiernes oppfatning ble redusert etter tannstell opplæring.
Artikkel 3: «Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people» (Kullberg, Sjögren, Forsell, Hoogstraate, Herbst & Johansson, 2010).	Å evaluere effekten av repetert opplæring for sykepleiere på sykehjem for eldre pasienter.	Kvantitativ studie der de målte plakk og tannkjøttblødning på pasientene.	43 beboere på sykehjem var med på studien	Repetert tannhygiene utdanning forbedrer munnhygien til eldre beboere på sykehjem.

<p>Artikkel 4: «Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?» (Willumsen, Karlsen, Næss & Bjørntvedt, 2012).</p>	<p>Å utforske sykehjems pasienters munnhygiene og sykepleiernes vurdering av barrierer for forbedring.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p>	<p>358 pasienter i 11 norske sykehjem deltok i undersøkelsen. 494 sykepleiere på samme sykehjem deltok i en spørreundersøkelse.</p>	<p>40% av pasientene hadde uakseptabel munnhygiene. 80% av mente kunnskap om oral helse var viktig. Få mente at det ofte var ubehagelig å behandle andres tenner. 50% av sa de ikke hadde tid til vanlig tannstell. 97% opplevde motstridende oppførsel fra pasientene. Kunnskap om munnhygiene og hvordan dette skal gjøres i praksis må forbedres på sykehjem.</p>
<p>Artikkel 5: «Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required» (Catteau, Piaton, Nicolas, Hennequin & Lassauzay, 2013).</p>	<p>Å vurdere kunnskapen om munnhelse og opplæringsbehovet i geriatrisk sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>203 pleiere fra 8 sykehjem i Frankrike deltok i spørreundersøkelse.</p>	<p>Det generelle kunnskapsnivået var utilstrekkelig, og opplæring og kunnskap må økes. Nivået av kunnskap kan knyttes til utdanning. Opplæring i hvordan de vurderer egen innsats er nødvendig. Pleierne oppfatter det som ubehagelig for pasientene. Det kan være fordel å få opplæring i kognitiv atferds metoder og danne diskusjonsgrupper for å endre disse oppfatningene.</p>
<p>Artikkel 6: «The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study» (De Visscher, de Baat, De Meyer, van der Putten, Peeters, Soderfelt & Vanobbergen, 2013).</p>	<p>Å utforske barrierer og hindrende faktorer for å implementere en munnhygieneprotokoll i sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>Data ble innhentet fra 66 pleiere i 7 fokusgrupper mellom 2005-2009, og ansikt til ansikt intervjuer med 36 sykepleiere i 2009.</p>	<p>Barriere var mangel på kunnskap, refleksjon, kommunikasjon og motstand fra pasientene. Respekt for pasientens selvbestemmelse og hvordan pleien opplevdes var også barrierer. Mangel på profesjonell tannpleier har også negativ effekt på pleiernes holdninger.</p>

