



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	486
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7898
----------------------	------

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:	31
Andre medlemmer i gruppen:	452

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



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan vi som sykepleiere forbedre munnhelsen til geriatriske pasienter på sykehjem?

How can we as nurses improve the oral health of geriatric patients in the nursing home?

Kandidatnummer: 486 & 452

Bachelor i Sykepleie

Høgskolen på Vestlandet

27.04.22

Antall ord: 7898

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.

Sammendrag

Bakgrunn: Dårlig ivaretagelse av munnhelse kan få alvorlige konsekvenser. Eldre er ekstra utsatt grunnet fysiologiske endringer i munnen. Ved hjelp av egne erfaringer fra arbeidslivet og i praksis har vi erfart at behovet for munnstell sjeldent blir fulgt opp.

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere forbedre munnhelsen til geriatriske pasienter på sykehjemmet?

Hensikt: Hensikten er å få mer kunnskap om ivaretagelse av munnhelsen til geriatriske pasienter på sykehjem. Vi ønsker få kunnskap om hvordan sykepleiere kan forbedre munnhelsen til geriatriske på sykehjem.

Metode: Dette er en litteraturstudie. Søk i Cinahl, Pubmed og Medline Ovid førte frem til aktuelle forskningsartikler. Forskningsartiklene, pensum og Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg, legger grunnlaget for drøftingen sammen med egne erfaringer.

Funn og oppsummering: Vi ser på funnene i forskningen at det er manglende og varierende kompetanse rundt munnhygiene. Holdninger som påvirker pasienters helse, og tvetydig kommunikasjon personal seg imellom er faktorer som gjenspeiles i forskningsartiklene. Fire nøkkelpunkter for å bedre munnstell til geriatriske pasienter er å øke kompetansen på sin arbeidsplass for sikre at helsepersonell vet hva og hvorfor stellet skal utføres. Være flinke å dokumentere munnstatus og behov, som blant annet vil gi grunnlag for bedre personsentrert omsorg. Endre holdninger og prioriteringer slik at munnstell inkluderes i personlig pleie. Bedre kommunikasjon internt og tverrfaglig vil også være viktig for kvaliteten på pleien.

Nøkkelord: Geriatri, sykehjem, munnhelse, holdninger, kompetanse, kommunikasjon, personsentrert omsorg

Abstract

Background: Poor care of oral health can have serious consequences. The elderly are particularly vulnerable due to physiological changes in the mouth. With the help of our own experiences from working life and in practice, we have experienced that the need for oral care is rarely followed up.

Issue: How can we as nurses improve the oral health of geriatric patients in the nursing home?

Aim: The aim with the study is to gain knowledge in regards to the oral health of geriatric patients. We seek to find out what we as nurses can do to improve the oral health of geriatric patients in nursing homes.

Method: This is a literature study. Searches in Cinahl, Pubmed and Medline Ovid led to current research articles. The research articles, curriculum and Tom Kitwood's theory of person-centered care, is the base for the discussion together with our own experiences.

Findings and summary: Our findings suggest that there are substantial lacks in regards to competence related to oral health and care. Communication at the nursing homes, and interdisciplinary is more or less non-existent, both through documentation, deviation and need for interdisciplinary guidance and care.

Keywords: Geriatrics, nursing home, oral health, attitudes, competence, communication, person-centered care

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
Innledning	4
Bakgrunn for valg av tema	4
Teori	6
Personsentrert omsorgsteori - Tom Kitwood	7
Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	9
Problemstilling	10
Avgrensning	10
Hensikt med oppgaven	10
Inklusjon og eksklusjonskriterier	14
Metode- og kildekritikk	15
Metodekritikk	15
Kildekritikk	15
Etiske overveielser	16
Drøfting	21
Holdninger	21
Kompetanse	23
Kommunikasjon	26
Konklusjon/Avslutning	29
Referanser	30
Vedlegg 1: Søketabell	33
Vedlegg 2: PICO-skjema	36
Vedlegg 3: Vurdering av en kvalitativ studie	36

Innledning

Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne bacheloren er munnhelse blant geriatrike pasienter på sykehjem. Dette er relevant for helsepersonell, for å kunne bedre det helsetilbudet som tilbys denne pasientgruppen. Relevansen for helsepersonell har tilknytning til nasjonale retningslinjer som omtales i forsvarlighetskravet i § 4 i helsepersonelloven (1999). Det har også tilknytning til retningslinjene som NSF presenterer (2019). Punkt 2.1 viser at sykepleiere skal forebygge sykdom og fremme helse i praksisen som utøves, i en institusjon som et sykehjem (NSF, 2019). Jamfør punkt 4.1 skal sykepleieren bidra til å fremme godt tverrfaglig samarbeid, som i praksis vil være tannhelsetjenesten (NSF, 2019). Dersom munnhelsen ikke blir ivaretatt kan det føre til sykdommer som er farlige for geriatrike pasienter, blant annet pneumoni (Skaug, 2016, s. 71). Munnhelse er viktig uansett alder, men geriatrike pasienter kan ha et komplekst sykdomsbilde, i tillegg til fysiologiske endringer som skjer når man blir eldre.

Dette temaet er viktig for geriatrike pasienter som mottar helse- og omsorgshjelp på sykehjem. Pasientens velvære er en side av saken og funksjonen munnen har til å ta inn næring (Skaug, 2016, s. 71). Et annet viktig punkt som er aktuelt for oss sykepleiere, er at god munnhelse er viktig i forhold til forebygging av blant annet infeksjon i tannkjøtt, soppinfeksjon og tannrotsinfeksjon (Bertelsen, 2016, s. 364). Munnhelsen til geriatrike pasienter er viktig grunnet de fysiologiske endringene som skjer i munnhulen.

Spyttsekresjonen blir redusert og slimhinnene svekkes som gjør munnhulen tørrere, tannkjøttet trekkes tilbake, nedsatt muskelstyrke i tyggefunksjonen som får følger for svelgfunksjonen og sprø og misfargede tenner er vanlige forandringer (Samson & Strand, 2014, s. 317).

Erfaringer fra arbeidslivet og i praksis har gitt oss mange referanser på dårlig ivaretatt munnhelse, og tendenser til mangler av forebygging. Vanligvis steller vi vår munn og tenner med daglig tannpuss (Skaug, 2016, s. 71-76). De som ikke har sine egne tenner steller sine tannproteser, eller sitt gebiss. Det er like viktig uavhengig om tennene består av emalje eller krone (Skaug, 2016, s. 71-76).

Bakgrunnen for valg av tema er basert på våre egne erfaringer i praksis og i jobbsammenhenger, som vi har opplevd som neglisjert og nedprioritert. Et eksempel handlet om en pasient som ankom avdelingen, med en ny tannbørste innpakket i plast. Ved utskrivning etter tre ukers opphold var tannbørsten fortsatt i samme innpakning. Tannhygiene er et fast punkt helsepersonell skal dokumentere i de ulike programmene helsepersonell bruker til dokumentasjon. I praksis er det observert at dette oversees på samtlige pasienter. Ofte innebærer ikke kveldsstellet mer en å skifte til nattklær. Et annet viktig eksempel i vår avgjørelse av dette temaet var i praksis der en pasient hadde fått påvist en luftveisinfeksjon. Før stellet ble det observert lyder fra pasientens munn og svelg, jeg fikk låne en lommelykt og så at pasientens munn var full av slim, og munnhulen og tannkjøtt var rødt og betent. Et tydelig tegn på at pasientens munnhelse var blitt oversett.

Tidligere forskning viser at munnhelsen har vært et utfordrende tema før også, det kommer frem i en studie fra 2011 (Wårdh et al.). Flertallet mente blant annet at munnstell var en vanskelig oppgave, at tennene falt ut uavhengig av munnstell (Wårdh et al., 2011, s. 789). Kort fortalt konkluderte studien med at det var behov for forbedring i gjennomføring og kunnskap (Wårdh et al., 2011, s. 791). Til tross for at temaet har hatt oppmerksomhet tidligere, er mange av funnene som nevnes i denne studien aktuelle i dag også.

Teori

Munnhelse er et sentralt begrep i oppgaven vår. For å få en bredere forståelse av begrepet, vil det være naturlig å definere helse. Helse er definert som en sammensetning av det å være frisk, oppleve velvære og sunnhet (Kristoffersen, 2016, s. 50). Det tas hensyn til alle sidene ved mennesket i denne definisjonen, hvor en høy grad av helse er avhengig av vedkommendes evne til å utnytte sine muligheter og potensial (Kristoffersen, 2016, s. 51).

Vår munnhelse påvirker kroppen vår hvis den ikke er i god tilstand. Hvis man starter ytterst og jobber seg innover innebærer det at man starter med leppene, de skal være lyserøde og fuktige (Skaug, 2017, s. 51-52). Nesens og munnens slimhinner skal være uten noe form for belegg, fuktige og rosafarget (Skaug, 2017, s. 51- 52). Stemmen kan eksempelvis blir hes om munnen er tørr. Vedkommendes ånde skal ikke være illeluktende. Tannkjøttet skal være lyserødt, fast i form, uten tilstedeværelse av ømhet (Skaug, 2017, s. 51- 52). Har pasienten proteser av noe slag så skal tannkjøttet være fritt for ytterligere merker og sår. Tungens papiller skal være synlige (Skaug, 2017, s. 51 - 52). Har den eldre egne tenner så skal de være fuktige og rene. Vedkommendes svelgefunksjon skal ikke være anstrengende (Skaug, 2017, s. 51-52).

Ringvirkningene av nedsatt munnhelse kan både være problematiske og omfattende. Vonde tenner, sår munnhule kan føre til at man ikke får spist eller drukket, og påvirke hvordan man administrerer medisiner (Samson & Strand, 2018, s. 316-317). Hva som innebærer et generelt munnstell er at man steller tennene og munnhulen, da ved bruk av tannkost og tannkrem og munnskyll. Spesielt munnstell kan gjelde personer med proteser og at de blir stelt på samme måte som ved vanlige tenner (Samson & Strand, 2018, s. 316-317).

Munnhelse har mange faktorer som skal tas vare på. Et godt munnstell skal i utgangspunktet sikre at munnens struktur holdes ren. Med munnens struktur menes det tenner og tannkjøtt, lepper, tunge og slimhinner (Skaug, 2017, s. 71). Et anbefalt og tilgjengelig verktøy for å kartlegge munnens strukturer og funksjoner ved hjelp av Revised oral assement guide (ROAG). I tillegg til de nevnte strukturene til munnen så tar også ROAG for seg svelgefunksjon og spytt (Skaug, 2017, s. 51-52).

En geriatrisk pasient har typisk en eller annen form for funksjonssvikt, aldersforandringer og/eller kroniske sykdommer (Ranhoff, 2018, s. 80). En geriatrisk pasient er ikke synonymt med det å være en eldre pasient. Så det betyr heller ikke at alle eldre pasienter har alle disse tre kjennetegnene samtidig (Ranhoff, 2018, s. 80). Man har tre klassiske begrep som gjerne brukes til å beskrive geriatriske pasienter (Ranhoff, 2018, s. 80). Multisyke betyr at man har to eller flere sykdommer av kronisk grad (Ranhoff, 2018, s. 80). Funksjonssvekkede er de pasientene med svikt i en eller flere hverdagslige funksjoner, også kalt ADL-ferdigheter (Ranhoff, 2018, s. 86). Skrøpelige er pasienter som er sårbare og svake (Ranhoff, 2018, s. 81). Våre erfaringer med samtlige geriatriske pasienter er at de har hatt en eller annen form for kognitiv svikt. Kognitiv svikt er normalt, det er aldersforandring som er vanlig blant eldre å utvikle (Ranhoff, 2018, s. 79). Demens vil være en form for kognitiv svikt som påvirker ADL funksjoner, deriblant opprettholding av oral munnhygiene og evnen til å ta imot hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 423).

Persontentrert omsorgsteori - Tom Kitwood

Vi har valgt teorien om persontentrert omsorg fordi alle har individuelle behov, og vi ser på dette som et verktøy for å lykkes med munnstell. Som sykepleiere skal vi gi en omsorg som er tilpasset pasienten, siden det er pasienten som har rett på god helsehjelp og pleie, særlig når det kommer til den personlige arenaen som munnen.

Kitwood sin persontentrerte omsorgsteori retter seg i hovedsak mot demente, siden boken tar for seg hvordan man ivaretar en demente pasienters personverd (Kitwood, 2019, s. 6-7). Ordet personverd kommer vi til å definere senere. Problemstillingen vår foretar seg geriatriske pasienter, ikke demente, men teorien er fortsatt relevant da mangen geriatriske pasienter som er innlagt på institusjoner har kognitive forandringer. Kognitive forandringer som får konsekvenser for egne evner til å opprettholde god munnhelse.

I den vestlige verden filosoferes det om at hver og en person på denne jorden har en egen verdi. Man skal se og møte mennesket på deres individuelle nivå, styrke deres kvaliteter og interesser. Dette er hovedfokuset i Kitwoods teori (Kitwood, 2019, s. 6). Den personsentrerte omsorgen kan forstås på ulike måter, selv om det på en måte kan virke selvforklarende. Ifølge Rokstad (2014, s. 22) kan personsentrert omsorg forstås som individualisert omsorg, eller som pasientsentrert omsorg. For Kitwood ville en person innebære å ha personverd (Kitwood, 2019, s. 6-7). Det er den norske oversettelsen til et viktig stikkord i hans teori; "personhood" (Kitwood, 2019, s. 6). Kitwood definerer en person ut ifra verdien og statusen andre mennesker gir til en person, gjennom sosiale relasjoner og mellommenneskelige forhold. Dette innebærer respekt, gjenkjennelse og tillit (Kitwood, 2019, s. 7). I praksis handler "personhood" (Kitwood, 2019, s. 6) om at vi skal tilrettelegge for god helse og tilstrebe at vedkommende får bruke sin personlighet. Vi som helsepersonell skal se personen for den de er, og ikke sykdommene de har (Kitwood, 2019, s. 6).

Geriatriske pasienter som blir eldre og allerede er aldrende får konsekvenser for pasientens egenomsorg. En reduksjon i både funksjonsnivå og krefter skjer med alle mennesker i aldringsprosessen (Kirkevold, 2018, s. 106-114). Dette får konsekvenser for allerede tilstedeværende behov for egenomsorg, i tillegg til at det kan oppstå nye behov for egenomsorg, som et resultat av sykdom og aldring (Kirkevold, 2018, s. 106-114).

Kitwood utviklet en modell som tar for seg behovene til en person med demens, Kitwood blomsten (Oliver & Guss, 2019, s. 101). Den personsentrerte omsorgsteorien til Kitwood består av fem behov, som overlapper hverandre. Selv om teorien er basert på mennesker med demensdiagnosen så mener vi at teorien er anvendbar (Kitwood, 2019, s. 92). Identitet, tilknytning, inkludering, komfort og yrke er de overlappende behovene (Kitwood, 2019, s. 92). Dette er 5 punkt som leder mot det sentrale behovet "kjærlighet", som Kitwood nevner at demente trenger (2019, s. 92). Vi mener dette vil gi pasienten en følelse av trygghet, som gir gjennomslag for å få til munnstell. Kitwood blomsten kan man ha til bakgrunn for å gi personsentrert omsorg. Gjennom denne blomsten kan man tildele et menneske verdi og status, som igjen styrker personverd (Kitwood, s. 2019, s. 6-7, s. 92).

Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Som sykepleier møter man på både juridiske og yrkesetiske retningslinjer. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleiere ivareta integritet og verdighet hos den enkelte pasient (NSF, 2019). Dette gjelder blant annet retten til medbestemmelse, retten til faglig forsvarlighet, retten til ikke å bli krenket og retten til omsorgsfull hjelp (NSF, 2019).

Autonomi, eller retten til medbestemmelse omtales i kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I § 3-1 står det blant annet at bruker/pasient har rett til medvirkning i valg av forsvarlige og tilgjengelige undersøkelser, tjenesteformer og behandlingsmetoder.

Helsepersonelloven tar for seg faglig forsvarlighet og retten til omsorgsfull hjelp jamfør § 4 (1999). I første ledd presiseres det at arbeidet som utføres av helsepersonell skal samsvare med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra arbeidets karakter, helsepersonellet sine kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999).

Ifølge 2 ledd i §4 i helsepersonelloven skal man som helsepersonell innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner (1999). Dersom det er mulig og nødvendig, skal man henvisse pasienter og innhente bistand. Denne bistanden skal være i form av kvalifisert personell dersom behovet tilsier det (Helsepersonelloven, 1999). Det kan for eksempel være henvisning til tannhelsetjenesten. Hvilke grupper som har krav på tannhelsehjelp bestemmes av § 1-3, gruppe c i tannhelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2019). Der er pasienter i institusjon lov pålagt en rett til nødvendig tannhelsehjelp, som skal være et oppsøkende og tilrettelagt tilbud (Helsedirektoratet, 2019)

Vi har også valgt å ta med dokumentasjonsplikten, som er omtalt i §39 i helsepersonelloven (1999). Dokumentering blir kanskje bare viktigere, da det moderne helsevesenet stadig blir mer sammensatt (Vabo, 2018, s. 35). Når det gjelder innholdet skal journalen jamfør § 40 "føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentering er viktig for å kunne gi gode, effektive pasientforløp med god kvalitet (Pasientjournalforskriften, 2019, § 1).

Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere forbedre munnhelsen til geriatriske pasienter på sykehjem?

Avgrensning

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på munnhelsen til geriatriske pasienter på sykehjem. Vi fokuserer på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forbedre og opprettholde helsen og hygiene til munnen og tennene. Vi tar ikke for oss tematikk knyttet til ernæring. Selv om pasientperspektivet er essensielt for en sykepleier, vil denne oppgaven ha et sykepleieperspektiv.

Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hva som skal til for at munnhelsen blir ivaretatt.

Metode

Ifølge Dalland (2017, s. 54) er metode et verktøy for innhenting og undersøkning av kunnskap. Metodene kan være forskjellige, men likheten er at de systematisk skal kunne bidra med å løse problem, samt finne frem til ny kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). I denne oppgaven vil det bli presentert litteratur som er både av kvalitativ og kvantitativ design. Vi har med en kvantitativ forskningsartikkel, samt en forskningsartikkel som har både en kvantitativ og kvalitativ design. Det er på grunnlag av hvordan kvantitativ metode presenterer sin forskning. Det er fordi vi var ut på utkikk etter omfanget av vår problemstilling. Kvantitativ metode har flere kjennetegn. Først og fremst innhenter den få opplysninger fra et bredt utvalg (Dalland, 2020, s. 55). Forskerne tilstreber nøytralitet, det er faste svaralternativ og man er ute etter data som er målbare (Dalland, 2020, s. 54-55). Vi har med to kvalitative forskningsartikler, og som nevnt den forskningsartikkelen med begge metoder. Det er fordi vi var ute etter å innblikk i helsepersonellens opplevelser og erfaringer rundt vårt tema, og problemstilling. På den andre siden vil man med en metode av kvalitativt design fokusere på meninger som ikke er målbare, og gjerne få fram meninger som avviker fra normalen (Dalland, 2020, s. 54). Her ønsker man å skape forståelse. Intervjuene er fleksible og kan være preget av forskeren sin delaktighet (Dalland, 2020, s. 55).

Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie fordi vi går gjennom forskning som bruker metoder som kvalitativ og kvantitativ, ut ifra en problemstilling (Christoffersen et al., 2015, s. 6). Litteraturstudie innebærer et arbeid med å søke i ulike databaser for innhenting av forskning og litteratur (Thidemann, 2019, s. 81). Ifølge Forsberg og Wengström vil en slik studie innebære systematiske søk, kritisk gransking og deretter å sette litteraturen opp mot en valgt problemstilling eller emne (2015, s. 30). Når man starter opp med innledende litteratursøk så starter man gjerne opp med å søke i de databasene som er tilknyttet ens profesjon eller studie. Søket er gjerne ikke like konkret og spesifisert som når man utfører et systematisk litteratursøk (Thidemann, 2019, s. 81-82). Når man begynner med systematiske litteratursøk så er den rettet inn mot den aktuelle problemstillingen oppgaven har. Når man søker i de ulike databasene så gjør man det i en gjentakende prosess. Det er fordi at når det

søkes i databaser så bruker man gjerne forskjellige søkeord i ulike kombinasjoner. Denne prosessen er også avhengig av hvilke artikler man finner, og deres relevans (Thidemann, 2019, s. 82).

Litteratursøk/fremgangsmåte

Vi startet med å få en grov oversikt over studier på Cinahl som tok for seg oral helse. Vi tok i bruk forskjellige søkeord til å finne relevante artikler. Disse ulike søkeordene og forskjellige kombinasjoner ga varierende resultater. Noen søk ga overveldende treff, spesielt de innledende søkene vi gjorde. De innledende søkene begynte med søkeordene *oral health or oral hygiene or dental health AND nursing home residents AND nursing home or long term care facility AND geriatric*. Det ga oss overveldende mange treff, 24955 treff fikk vi i databasen Cinahl, omfanget ble for bredt.

Vi startet å ta i bruk PICO-skjemaet for å komme mer til kjernen i problemstillingen (se vedlegg 2). PICO-skjemaet hjalp oss med å finne ut hvilken data vi hadde behov for. Dette gav grunnlaget for våre inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Skjemaet ga oss også en bedre måte å søke på (Thidemann, 2019, s. 82-84).

I databasen Cinahl brukte vi søkeordene i rekkefølgen; *geriatric or older adults or elderly AND nursing AND nursing homes AND oral health or oral hygiene or dental health*. Vi ville helst ha forskning og litteratur fra de 10 siste årene, fra år 2012 til år 2022. Som en måte å avgrense søkene enda mer, gikk vi inn på "advanced search" og krysset av for "peer review" og "research article". Da endte vi opp med 34 forskningsartikler. Vi leste overskriftene, og deretter abstraktene på 10, og leste 6 artikler (se vedlegg 1). Etter det endte vi opp med å ta med en kvalitativ forskningsartikkel fra dette søket. Artikkelen vi valgte heter "*Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes*". Den ble valgt for sitt kvantitative design og at den tar for seg helsepersonell sine holdninger og tro på egne evner til å utføre god munnhelse.

I databasen PubMed brukte vi søkeordene; *oral health AND nursing AND nursing home AND qualitative*. Vi fikk 79 treff, og leste 52 abstrakter for å finne en god kvalitativ forskningsartikkel. Av de 52 abstraktene endte vi opp med å lese 6 artikler som endte opp med at vi fant to kvalitative forskningsartikler av de 79 artiklene fra dette søket (se vedlegg

1). Artikkelen er av to *“The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study”*. Den ble valgt for sitt kvalitative design og sitt mål om å utforske faktorer og barrierer i sykehjem tilknyttet munnhelse og tannstell. Artikkelen to fra dette søket var *“Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly”*. Den ble også valgt for sitt kvalitative design og at den foretar seg perspektivet angående oral helse fra helsepersonell i sykehjem.

I databasen Medline Ovid tok vi i bruk søkeordene *Oral health AND nursing AND nursing homes AND older people AND oral care*. Dette ga oss et resultat på 8 artikler. Vi leste alle åtte artiklene og vi valgte den ene for dens aktualitet (se vedlegg 1). Den som ble valgt heter *“Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff”*. Den ble valgt for sitt kvantitative design, og at den ved hjelp av spørreskjemaer utforsker tilrettelegging og barrierer til helsepersonellens erfaringer i sykehjem.

Inklusjon og eksklusjonskriterier

I tilknytning til litteratursøket vil det være hensiktsmessig å presisere inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Ved å tydeliggjøre litteratursøket, vil det bli enklere å finne det stoffet vi søker, da mengden litteratur avgrenses (Thidemann, 2019, s. 83). Et av inklusjonskriteriene er litteraturens språk, skrevet på norsk, svensk, engelsk og dansk. Videre var vi ute etter litteratur der utfordringene rundt oral helse var knyttet til holdninger, tidspress og helsepersonalet sin kompetanse. Litteratur med hovedfokus på ernæring ble ekskludert. Vi var hovedsakelig ute etter informanter i form av sykepleiere og annet relevant helsepersonell, og ikke for eksempel pårørende.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	Ønsker å finne litteratur som tar for seg utfordringer som tidspress, holdninger til helsepersonell og helsepersonell sin kompetanse	Litteratur som for eksempel viser at økonomi kan påvirke munnhelsen til pasientene. Årsaken er at dette er noe vi som sykepleiere ikke kan endre. Vi er ikke ute etter artikler som har stort fokus på ernæring.
Studiedesign	Både kvalitative og kvantitative artikler	Forskning utenfor Vesten.
Informanter	Hovedsakelig sykepleiere, siden problemstillingen vår er rettet mot dem.	Politikere, pårørende til pasienter
Språk	Engelsk, svensk, norsk og dansk	Artikler på andre språk enn de inkluderte
År	2012-2022	All forskning før 2012

Metode- og kildekritikk

Metodekritikk

En av styrkene til litteraturstudie som metode vil trolig være at den samler stoff om et emne og kan skape en slags samlet gjennomgang og oversikt (Thidemann, 2019, s. 77). Samtidig må det tas i betraktning at en slik gjennomgang kan innebære flere svakheter. Først og fremst kan utvalget være håndplukket etter forfatteren sine egne meninger. Forskere kan også komme frem til ulike konklusjoner, til tross for å operere på samme område. En annen svakhet er at det kan være begrenset tilgang på relevante studier (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

Kildekritikk

Ifølge Dalland er det to sider av kildekritikken (2020, s. 143). Den første tar for seg en kildesøking som handler om å finne den litteraturen som belyser problemstillingen best (Dalland, 2020, s. 143). Den andre siden handler om at litteraturen i oppgaven gjøres rede for (Dalland, 2020, s. 143). Kildekritikk har en vesentlig rolle i forhold til fagligheten og for å skape troverdighet (2020, s. 143).

I prosessen for å finne litteratur hadde avgrenset til litteratur etter 2012, men helst så ny som mulig. Når det gjelder teorien til Kitwood, publiserte han den i utgangspunktet i 1997. Boken ble revidert i 2019, noe som er positivt for å lettere kunne sammenligne med dagens sykepleiepraksis. Eneste unntaket vi har er en studie fra 2011 av Wårdh et al., som har til hensikt å vise tidligere forskning. Vi såg på det som relevant å presentere, da den viste hvilke holdninger og kunnskaper som var om oral helsehjelp før 2012-2022.

To av studiene vi har inkludert er fra 2013 (Visschere et al.; Lindqvist et al.). Selv om dette ikke er den nyeste forskningen, mener vi begge ville gi godt grunnlag for å belyse problemstillingen. For eksempel tok begge studiene for seg barrierer knyttet til oral helsehjelp. Ved å få oversikt over barrierene og dermed hva som kan ha gjort at oral helsehjelp har vært utfordrende, såg vi en god mulighet for å belyse hvordan helsepersonell kunne endre dette.

Et annet punkt som kan trekkes frem i forhold til kildesøkingen, er valget av studier og metoden de har. Det vi vil frem til er at en av studiene er en tverrsnittstudie. Det er en variant av kvantitativ metode som sier noe om prevelansen hos et utvalg (Helsebiblioteket, 2016). Utvalget i vår valgte tverrsnittstudie var begrenset til to sykehjem, og er derfor ganske begrenset. Spesielt om man sammenligner med en annen studie vi har valgt av kvalitativt design, som tar for seg 13 sykehjem (Visschera et al, 2013). Tross dette har vi valgt å inkludere den, da den tar for seg poeng som blir forsterket av de andre studiene.

Alle studiene vi har funnet er skrevet på engelsk, noe som potensielt sett er en svakhet. Årsaken til det er at det gir rom for feiltolkninger.

Vi har tatt i bruk sjekklisten fra Helsebiblioteket for kvalitative og kvantitative studier. I vedlegg 3 har vi tatt med et eksempel på kildekritikk av en kvalitativ studie fra denne bachelor besvarelsen (Helsebiblioteket, 2016).

Etiske overveielser

Forskningsetikk handler om å vurdere samfunnets normer og verdier opp mot forskningen som anvendes. Dette innebærer blant annet personvern og forebygging av unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168).

Når det skal skrives forskningsartikler så har det visse krav. Forskningsetikk er til for å sikre at sårbare grupper får ivaretatt sin sikkerhet. Det er det som er formålet til Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Helsinkideklarasjonen er laget av Verdens medisinske forening (WMA) for å sikre at etiske prinsipper ble fulgt når det ble gjort forskning som gjelder og inkluderer mennesker (WMA, 2018).

Hver forskningsartikkel er godkjent av sine respektive komiteer for etiske overveielser (Lindqvist et al., 2013; Sigurdardottir et al., 2022; Visschere et al., 2013; Weening-Verbree et al., 2021).

Når det gjelder kildehenvisning har vi sørget for å følge APA 7th. Dette vil være en del av det etiske, og Dalland skriver det skal komme tydelig frem hvem som står bak litteraturen (2020, s. 161)

Resultat

Presentasjon av artikler

Artikkel 1

Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes (Sigurdardottir et al., 2022).

Hensikt: Identifisere styrker og svakheter i utførelsen av oral omsorg. Dette skulle deretter gi grunnlag for å vurdere synet på oral omsorg og orale prosedyrer blant sykehjempersonell.

Metode: Ved hjelp av spørreskjema ble det utført en tverrsnittstudie på to sykehjem. 109 helsepersonell deltok.

Resultat: I studien kom det frem at den orale omsorgen sjelden ble opprettholdt to ganger for dagen. Det var heller ikke garantert at det var utstyr til oral omsorg tilgjengelig. Det viser også til en tvetydighet blant personal. Sykepleierne mener at munnhelsen var akseptabel mens helsepersonellet mente at munnhelsen ikke var adekvat. Helsepersonell med utdanning innen tannpleie hadde derimot liten tro på sin egen evne til å ivareta pasientens tannhygiene og kartlegging av oral helsen.

Artikkel 2

The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study (Visschera et al., 2013).

Hensikt: Utforske barrierer og faktorer knyttet til oral omsorg og legge til grunn data for å gjennomføre en protokoll for munnhelse på sykehjem.

Metode: Dette er en kvalitativ studie, der data ble samlet via ansikt til ansikt intervju og fokusgrupper. Studien ble gjennomført på 13 sykehjem og tok for seg sykepleiere.

Resultat: Funn i studien tok for seg barrierer som arbeidspress, dårlig tverrfaglig kommunikasjon, sykepleierens manglende kunnskap til å utføre munnstell, manglende evne til å observere pasientens orale munnhelse og respekt for pasienten sin selvbestemmelse.

Artikkel 3

Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly (Lindqvist et al., 2013).

Hensikt: Finne ut hva ulike fagpersoner så på som viktige faktorer for velfungerende daglig omsorg for eldre på sykehjem.

Metode: Denne studien hadde et kvalitativt design. Totalt var det 23 intervjuobjekter. De ble stilt noen demografiske spørsmål, i tillegg til åpne spørsmål som skulle gi individuelle oppfatninger i henhold til hensikten med studien

Resultat: Det kom frem at det kunne være uklart hvem som hadde ansvaret i forhold til den orale omsorgen. Autonomi var noe som kunne gjøre det utfordrende å opprettholde god oral munnhelse. Kommunikasjon, kompetanse og prioriteringer var andre faktorer. Disse faktorene ble delt inn i temaene; organisasjon, personalets syn på beboernes behov og tilnærming fra personalet. Som en oppsummering kom det frem at den orale omsorgen ble sett på som en perifer prioritering/rolle i sykepleien, og ikke som en integrert del.

Artikkel 4

Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff (Weening-Verbree et al., 2021)

Hensikt: Utforske oppfatninger, holdninger og opplevde barrierer, samt hva som var tilretteleggere for ivaretagelse av daglige oral helserutiner. Det var også ønskelig å finne ut i hvilken grad den daglige orale helserutinen ble ivaretatt.

Metode: Denne studien var en blanding av både kvalitative og kvantitative metoder fordelt på 21 sykehjem. Kvantitativt i form av spørreskjema, og kvalitativt i form av fokusgruppeintervju.

Resultat: Funn i studien var blant annet at flere opplevde barrierer knyttet til beboeren. Dette kunne for eksempel være kognitive forandringer, som førte til dårligere samarbeidsevne. Mangel på utstyr, kunnskapsnivå, tidspress og beboerens autonomi var andre barrierer som kom frem. I forhold til holdninger var det varierende meninger om oral

omsorg var en primæroppgave eller en tilleggstjeneste. Innad i institusjonen var ikke alltid den interne pasient dokumenteringen godt nok rapportert. Videre var det også dårlig tverrfaglig samarbeid mellom pleiepersonell og tannhelsepersonell.

Analyse og hovedfunn i artiklene

Da vi gjennomgikk artiklene markerte vi fortløpende det som var likt med fargekoder. Vi hadde fokus på sykepleieperspektivet i artiklene. Hvordan opplevelsen og erfaringene til sykepleiere i forhold til munnhelse og pleie. Også omfanget av nivået av kompetanse og kommunikasjonen på avdelingen, til pasientene og evt. tverrfaglig samarbeid, var viktige elementer vi var på utkikk etter.

Generelt sett tar artiklene for seg barrierer og muliggjørende faktorer for god munnhygiene. Alle artiklene introduserer innledende årsaken til i det hele tatt å opprettholde god munnhygiene. Det nevnes forebygging av sykdommer, sammenhengen mellom dårlig oral helse og generell helse, opplevelse av velvære og at det kan påvirke både utseende, prating og tygging (Lindqvist et al., 2013; Sigurdardottir et al., 2022; Visschere et al., 2013; Weening-Verbree et al., 2021). Når det gjelder resultatene i artiklene kan de grovt deles inn i 4 punkter; holdninger blant ansatte, kompetanse blant personalet, kommunikasjon og samarbeid og pasienten sin autonomi.

Holdningene var noe delt. Visschere et al. legger for eksempel frem at sykepleiere ønsker å gi pasientene en opplevelse av å føle seg ren, samt å vise pårørende at pasientene blir tatt vare på. Samtidig omtalte noen sykepleiere oral helsehjelp som tortur (2013, s. 118). Som nevnt skriver Sigurdardottir et al. om hvilke tro ulikt personell i det hele tatt har på oral helsehjelp (2022, s. 141). Mens det i en studie kommer frem en viss usikkerhet om hvem som har ansvaret for oral helsehjelp av sjef/sykepleier/assistent (Lindqvist et al., 2013, s. 300), uttrykkes det også en usikkerhet om oral helsehjelp i det hele tatt er en del av primærhelsetilbudet (Weening-Verbree et al., 2021, s. 802).

Kompetanse om oral hygiene fremstår som utilstrekkelig i flere av studiene. Det ble både nevnt manglende utdanning/opplæring (Sigurdardottir et al., 2022, s. 141; Lindqvist et al., 2013, s. 301) og usikkerhet rundt retningslinjer og anbefalinger til oral helsehjelp (Visschera et al., 2013, s. 118).

Autonomien ble respektert, men ble sett på som en barriere. Dette var spesielt frustrerende for de som var motivert til å gjennomføre munnstell, samtidig som autonomien måtte respekteres (Weening-Verbree et al., 2021, s. 802). Autonomien var også utfordrende for intervjuobjektene til Lindquist et al., samtidig som noen i studien synes oral hygiene var et sensitivt tema å i det hele tatt ta opp med tidligere selvstendige pasienter (2013, s. 301).

Dårlig samarbeid ble fremhevet som en negativ faktor. Først og fremst mente 77,5% av sykepleierne i studien til Sigurdardottir et al. at "oral health service was lacking in the nursing home" (2022, s. 141). I en annen studie spesifiserer pleiepersonalet at det er var negativt at beboerne måtte oppsøke tannhelsetjenesten og ikke motsatt. Videre skriver Weening-Verbree et al. at oralt munnstell ikke alltid var godt nok dokumentert i det interne pasientsystemet, og at det ofte var uklart hvilken hjelp som skulle gis (2021, s. 802-803). Lindquist et al. tar også opp at dokumenteringen kan være dårlig til tider, og en begrunnelse var av gjentakende problemer "kind of becomes run of the mill" (2013, s. 301). For deltids sykepleiere i en annen studie ble det uttrykt misnøye rundt dårlig kommunikasjon, som ble satt i sammenheng med lite kunnskap om en ny orale helsetilnærming (Visschere, 2013, s. 118).

Ut ifra vår analyse ønsker vi å ta med oss følgende tema inn i drøftingen; holdninger, kompetanse og kommunikasjon.

Drøfting

Vi har valgt å sette opp vår drøfting med å starte med holdninger siden det handler om hvordan vi er som sykepleiere i møte med pasienter, og at det er forskjell på hva vi føler og hva vi har en plikt til å gjøre. Kompetansen kommer etterpå for å belyse de ulike manglene som helsepersonell opplever å ha i møte med å ivareta god munnhelse, og hvordan dette kan gjøres i praksis i form av økt kunnskap, prioriteringer og fagdager. Til slutt tar vi for oss kommunikasjon som tar for seg ulike områder vi kommuniserer på som sykepleiere. Siden vi kommuniserer med våre ledere, medarbeidere, pasienter og tverrfaglige instanser. Våre funn i forskningsartiklene drøftes med hjelp av Kitwoods personsentrerte omsorgsteori, lovverk og pensum. Retningslinjer og lovverk er til for å sikre at pasientens helse kommer i første rekke.

Holdninger

Holdningene knyttet til ivaretagelsen av munnhelsen var, slik det ble nevnt i hovedfunnene, noe delt. Weening-Verbree et al. presenterte helsepersonell som var motivert til å utføre munnstell, men ble frustrert da de ikke kom i posisjon til å gjøre det (2021, s. 802). Andre unngikk munnstell på grunn av at de ble kvalme (Visschere et al., 2013, s. 118). Noen hadde personlig interesse relatert til fine tenner, mens et intervjuobjekt omtalte det som tortur (Visschere et al., 2013, s. 118). Dette ubehaget ble forsterket i studien til Lindqvist et al., der noen opplevde tannstell som frastøtende (2013, s. 301). Det kan virke som om det er flere som kjenner ubehag knyttet til munnstell. Likevel skal ikke følelsene komme i veien for pleien som gis, da det er krav om at helsepersonell skal arbeide faglig forsvarlig (helsepersonelloven, 1999, § 4). Det har store konsekvenser dersom arbeidet ikke blir gjort, for eksempel pneumoni (Skaug, 2016, s. 71). På den ene siden er naturlig at alle jobber knyttet til helse ikke er like flatterende, på den andre siden må ikke egne holdninger gå på bekostning av pleien som gis. Dessuten vil være svært negativt dersom slik holdning sosialiseres inn på arbeidsplassen, plutselig påvirker det de som har "personlig interesse relatert til fine tenner" også. Vi må passe på at en slik ukultur ikke sprer seg

og at heller personverd blir opprettholdt. Når holdningene knyttet til denne typen pleie er negativ, oppnår man egentlig det motsatte av personsentrerte omsorgen. I stedet for å møte pasienten med gjenkjennelse, tillit og respekt, blir det å se pasienten basert på "sykdommen".

Noe som kan forebygge negative holdninger om munnstell, er å sørge for at det er tilgjengelig utstyr. Funn fra artiklene viser derimot at ledelsen ikke prioriterer munnstell. Denne konklusjonen drar vi på grunnlag av studien til Sigurdardottir et al., som viser til at sykehjemmet ikke sørger for utstyr til munnstell (2022, s. 143). Manglende utstyr og utilstrekkelig lys ble nevnt i studien til Weening-Verbree et al. (2021, s. 802-803), som hindrer sykepleiere i å utføre munnstell. Det har blitt nevnt at ledelsen har et overordnet ansvar i forhold til omsorg, men også finansiering, og utstyr er noe de kanskje burde prioritert. Med andre ord ligger ikke munnstellet på sykepleieren sine skuldre alene. Hva kan den enkelte sykepleier gjøre med dette? Kort sagt er avvik stikkordet, som forteller om en uønsket hendelse som har eller kan føre til pasientskade (Ingstad, 2019, s. 142). Dette er for øvrig en plikt det enkelte helsepersonellet har i § 17 i helsepersonelloven (1999). På den andre siden er det ikke sikkert ledelsen i det hele tatt vet at utstyr mangler.

Prioriteringer kan påvirke holdningene, det kan også ansvarsforholdene. Ansvarsforhold kommer frem i studien til Lindqvist et al (2013, s. 299-300). Ledelsen hadde for eksempel det overordnede ansvaret for blant annet omsorg, finansiering og personalsaker. Samtidig ble det sagt i studien at det var sykepleiere som var tett på pasienten (Lindqvist et al., 2013, s. 299-300). En sykepleier sa derimot at det hovedsakelig var assistentene som utførte munnstell (Lindqvist et al., 2013, s. 299-300). § 4 i helsepersonelloven tar for seg den faglige forsvarligheten, men retter seg generelt mot helsepersonell (1999). Ifølge NSF har sykepleiere ansvar i forhold til praksisen som fremmer helse og forebygger sykdom (2019). Basert på dette har sykepleiere et ansvar i forhold til munnstell. Likevel kan munnstell bli utelatt ved underbemanning, det mente 72.2% av de registrerte sykepleierne i studien til Sigurdardottir et al. (2022, s. 141). Også Visschere et al. tar for seg arbeidspresset som barriere (2013, s. 117). God arbeidsfordeling i form av assistenter som tar seg av munnstell vil trolig være en fordel, men sykepleieren med gruppeansvar bør likevel ha oversikt over hvordan det ser ut, siden det er han/hun som gir rapport.

Noe som kan påvirke holdningene ut over mangelfull prioritering og dårlig arbeidsfordeling, er pasienten sin autonomi. I intervjuene i studien til Weening-Verbree et al. kom denne respekten for autonomi frem, på den måten at pasienter som ikke ville pusse tennene ble respektert. Ifølge studien var ikke lenger munnstell alltid en del av pasientens rutine lenger. En sa den først ble iverksatt munnstell når pasienten selv uttrykte et ønske om det (2021, s. 802). Autonomi og medbestemmelse er for øvrig omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Medbestemmelse om blant annet behandlingsmetoder omtales som en rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1). Dette betyr likevel ikke at helsepersonell skal skåne pasient eller bruker for oppfølgingsspørsmål. Det er tross alt geriatriske pasienter på sykehjem. De kan som sagt være multisyk, noe som blant annet kan innebære kognitive forandringer. Kognitiv svikt kan, avhengig av hvor langt den er kommet, påvirke hukommelse, dømmekraft planlegging og lignende (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 409-411). Dette legger press på sykepleiere, siden sykepleiere skal "hjelp mennesker i alle aldre og livsfaser med å dekke grunnleggende behov når helseutfordringer oppstår" (NSF, u.å.). Vi kommer tilbake til hvordan sykepleiere kan tilnærme seg pasienter med fokus på autonomi og kognitiv svikt under avsnittet "Kommunikasjon".

Kompetanse

90 prosent av helsepersonellet utførte munnstell, men på den ene siden hadde halvparten fått praktisk opplæring (Sigurdardottir et al., 2022, s. 140). På den andre siden hadde 36 prosent av helsepersonellet bare fått teoretisk opplæring (Sigurdardottir et al., 2022, s. 140). NSF sine retningslinjer for sykepleiere gir oss en måte å jobbe på etter visse premisser for å sikre god helsehjelp (2019). Alle retningslinjer er aktuelle, men med tanke på problemstillingen skal vi nevne noen. Helsehjelpen som utøves skal være omsorgsfull, og lindrer ubehag og plager (NSF, 2019), og her er blant annet personsentrert omsorg en god måte å tenke på (Kitwood, 2019, s. 6-7). Sykepleiere skal utøve hjelp som er grunnet i oppdatert forskning, som sykepleierne selv har ansvar for å oppdatere seg om (NSF, 2019). Funnene på de ulike arbeidsplassene i forskningsartiklene viser til en rekke faktorer som påvirker de geriatriske pasientene negativt, deriblant manglende kompetanse (Lindqvist et

al., 2013; Sigurdardottir et al., 2022; Visschere et al., 2013; Weening-Verbree et al., 2021). Ledere må ta ansvar for å gi korrekt og praktisk opplæring i forhold til munnstell, til både sykepleiere og helsepersonell. En leder kan derimot ikke tilby slik opplæring uten konkrete tilbakemeldinger fra sine arbeidstakere, eller manglende dokumentasjon i de respektive programvarene for dokumentering.

Som sykepleiere skal vi ha kompetanse på forskjellige områder som omfatter våre pasienter. God kompetanse henger sammen med god utøvelse i praksis, som igjen er faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). På den ene siden så kan pasienter potensielt bli sykere av å være på sykehjem på grunn av faktorer som manglende kompetanse og uklare retningslinjer (Visschere et al., 2013, s. 118). På den andre siden kreves det fra sykepleierne at det kommuniseres til sine ledere at det er manglende og varierende kompetanse (Sigurdardottir et al, 2021, s. 140), som igjen kan bidra til fagdager rettet mot munnhelse.

Av egne erfaringer har vi hørt hvordan munnstell blir bagatellisert, og hvordan det inntrykket forsterkes av ulik forskning (Lindqvist et al., 2013; Sigurdardottir et al., 2022; Visschere et al., 2013; Weening-Verbree et al., 2021). Det er interessant at man eksempelvis prioriterer å vaske en rygg, fremfor det å ta et munnstell. Er det slik at helsepersonell ikke vektlegger munnstell fordi kompetansen ikke er der? Dersom dette er tilfelle må sykepleiere henvise pasienter til den offentlige tannhelsetjenesten jamført § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Pasienter på sykehjem har tross alt krav på nødvendig tannhelsehjelp, jamfør § 1-3 første ledd, gruppe c (Helsedirektoratet, 2019). Samtidig kan det være utfordrende å vite når man skal henvise videre, dersom man ikke evner å se problemene. Likevel skal man som sykepleier ha et klinisk blikk (Kristoffersen, 2016, s. 156), og tenner som faller ut vil eksempelvis være relevante. På denne måten anerkjenner man pasientens behov og gir utgangspunkt for henvisning. En slik identifisering vil for øvrig være personsentrert i form av å anerkjenne pasientens unike behov (Kitwood, 2019, s. 144).

For sykepleiere kan det ha positive ringvirkninger med tanke på å prioritere annerledes. Med tanke på prioriteringer henviser Lindqvist et al. til forslag av prioriteringer når det kommer til munnhelse (2013, s. 303). Prioriteringer på sykehjem kan være å øke kompetansen, effektivisere tidsbruken og implementering av en målrettet plan knyttet til munnhelse, peker seg ut som viktige elementer (Lindqvist et al., 2013, s. 303). På den andre siden vil det være viktig å kvalitetssikre at munnhelsen blir ivaretatt av å samarbeide tverrfaglig i undervisningssammenheng og at tannhelsepersonell er med i munnstellet, som gjenspeiles etter ønske fra helsepersonell (Lindqvist et al., 2013, s. 304).

Når man ser på hva arbeidsplassen kan tilby av opplæring og å øke kompetansen, så kan man se for seg at det er forskjellig på ulike arbeidsplasser. Wenning-Verbree et al. opplyser om at det er ulike kompetanseforskjeller i sin undersøkelse (2021, s. 801). Av helsepersonell som har svart på undersøkelsen, mener 99% at sin egen munnhelse var viktig, og at 94% pusser tennene sine i hvert fall to ganger om dagen (Weening-Verbree, 2021, s. 801). På en annen side er det forundrende å se på statistikken over hva helsepersonell mener om sin egen kompetanse å gi munnpleie til pasienter. 17% mener at deres egen kompetanse er meget god, 66% føler seg godt kompetanse mens 13% føler seg ikke spesielt kompetent til å utføre munnpleie (Weening-Verbree, 2021, s. 801). Man ser en korrelasjon mellom status på kompetansen og status på munnen til geriatiske pasienter, Visschere et.al viser til etter en 5 års implementering at deltakerne fortsatt var usikre på ulike aspekter knyttet til munnhelse (2013, s. 118). I studien til Lindqvist et al. kom det frem ønske om en mer detaljert undervisning slik at forståelsen for hva god munnhelse er, ble mer konkret, dermed ville kompetansen øke (2013, s. 304). Dette betyr at sykepleierne må være konkret på hva som mangler av kompetanse, for å få rett undervisning.

Kommunikasjon

I forhold til kommunikasjonen mellom pleiepersonalet kom det frem at oralt munnstell ikke alltid ble dokumentert i det interne pasientsystemet (Weening-Verbree et al., 2021, s. 803). Dersom oral helsehjelp var utilstrekkelig, sa en sykepleieassistent at dokumenteringen kunne bli dårlig, dersom dette var noe som gjentok seg dag etter dag (Lindqvist et al., 2013, s. 301). Fra praksis og egne jobber i helse har vi merket at tannhelse ofte ikke er et eget punkt, men blir inkludert i morgenstell i dokumentasjonssystemene. Noe lignende kom frem i studien til Lindqvist et al. på den måten at det vanligvis ikke er noen tydelig plan for oral helsehjelp, men blir antatt å inkluderes i stellet generelt (2013, s. 300). På den andre siden er ikke dokumentering opp til enkeltpersoner, men det er en plikt som omtales i §39 i helsepersonelloven (1999).

Ifølge §40 skal journalen inneholde relevante og nødvendige opplysninger (Helsepersonelloven, 1999). Likevel er det ikke nødvendigvis slik at ansatte vet hva som er relevant og nødvendig. Ifølge studien til Visschere et al. klager deltidssykepleiere på dårlig kommunikasjon seg imellom, som ble satt i sammenheng med manglende kunnskap om en ny oral helsetilnærming (2013, s. 118). Samtidig trenger det ikke være så vanskelig. For eksempel er det mulig å ta utgangspunkt i teorien vi presenterte i forhold til tankkjøttet, det skal være lyserødt, fast og ikke ømt (Skaug, 2017, s. 71). Munnvurderingsinstrumentet ROAG kan være et annet alternativ. Uansett hva som er utgangspunktet for dokumentasjonen, er det viktig for å kunne "bidra til å ivareta pasientens sikkerhet, samt kvalitet, forsvarlighet og kontinuitet av sykepleie og behandling" (Vabo, 2018, s. 33). I denne settingen vil det også være viktig å understreke at det kan bidra til en mer individualisert omsorg, som er viktig i teorien til Kitwood (2019, s. 6-12). Med dette mener vi at dokumentering kan bidra til en kollektiv forståelse om hvilke kvaliteter og interesser den enkelte pasient har behov for.

Hvordan vi kommuniserer og samarbeider med pasienter er essensielt. Siden det er vi som sykepleiere som utøver pleien, og har dermed ansvaret for å starte og bevare relasjonen. For å ivareta medbestemmelsen kan et alternativ være å benytte seg av en tilnærming basert på de 5 overlappende behovene; identitet, tilknytning, komfort, inkludering og yrke (Kitwood, 2019, s. 92). Identitet handler om selvoppfatning, og tildeles til en viss grad av andre (Kitwood, 2019, s. 94). Selv om sykepleiere skulle være motivert for å styrke identiteten, var 25-44% uenig i at alle beboere ville ha hjelp til munnstell (Sigurdardottir et al., 2022, s. 141). Dette betyr likevel ikke at man skal innføre tvang, som for øvrig kan gi ytterligere isolering grunnet manglende inkludering (Kitwood, 2019, s. 93-94). Samtidig har geriatriske pasienter, basert på våre erfaringer, variasjoner av kognitive svekkelser. Dette kan gjøre dem avhengig av å få identiteten tildelt av andre. En annen inngang kan være å fokusere på yrke, det vil si styrker og egenskaper (Kitwood, 2019, s. 94). Dette kan igjen kombineres med behovet for komfort i form av nærhet (Kitwood, 2019, s. 93). I en studie ble takknemlighet fra beboere sett på som en positiv faktor for at sykepleiere skulle ivareta munnstell (Visschere et al., 2013, s. 119). Målet er likevel ikke takknemlighet fra pasienten, men å få gjennomslag for munnstell med ivaretagelse av autonomien og medbestemmelsen.

Avvik ble nevnt under holdninger, et alternativ kan være å ha en dialog med ledelsen og høre hvilke muligheter som finnes. For eksempel nevnes det i studien til Weening-Verbree et al. at munnpleieplaner og visuelle instruksjonskort kunne være positive bidragsyttere for ivaretagelse av munnhelse (2021, s. 802). En mulighet kunne vært at ledelsen eller virksomheten tok ansvar for å lage instruksjonskortene. Ifølge helsepersonelloven skal tross alt virksomheten sørge for at helsepersonellet blir i stand til å opprettholde sine lovpålagte plikter (1999, § 16), og dette kan trolig være et steg i rett retning.

Et annet viktig aspekt ved kommunikasjon er den tverrfaglige kommunikasjonen. Denne kommunikasjonen bidrar til rett kompetanse kommer på rett plass. Manglende tverrfaglig samarbeid blir også et problem når det heller ikke kommuniseres at munnhelse og pleie er en utfordring fra før (Weening-Verbree et al., 2021, s. 803). På den ene siden rapporteres det om helsepersonellens usikkerhet knyttet til munnstell, men på den andre siden så er kommunikasjonen til tannhelsepersonell mer eller mindre ikke å finne (Weening-Verbree, 2019, s. 803). Dette betyr at den tverrfaglige kommunikasjonen og samarbeidet som kan sørge for å gi pasienter tilsyn og undervise helsepersonell blir fraværende (Weening-Verbree et al., 2021, s. 803). Fra sykepleierperspektivet så kan man stille spørsmål om det er verdig helsehjelp. Det er heller ikke personsentrert omsorg siden man ser ikke hva den enkelte pasienten har behov for (Kitwood, 2019, s. 12), siden pasienter på sykehjem har ulik status i sin munnhelse (Lindqvist et al., 2013; Sigurdardottir et al., 2022; Visschere et al., 2013; Weening-Verbree et al., 2021).

Konklusjon/Avslutning

Målet vårt for denne litteraturstudien var å finne ut hvordan sykepleierne kan forbedre munnhelsen til geriatrike pasienter på sykehjem. Vi ser at ved å bruke teorien om personsentrert omsorg så vil det øke fokuset på personen, som kan gjøre at å få hjelpe til med munnstell får større gjennomslag for oss helsepersonell. Geriatrike pasienter har et behov for å både bli sett for hvordan de er som personer, og få hjelp til å få tildelt sin identitet av oss helsepersonell. Vi må passe på pasientens personverd som ikke får ivaretatt sin egen munnhelse, får store konsekvenser dersom det blir neglisjert. Funnene viser store sprik når det kommer til kompetansen knyttet til munnstell og munnhelse, som vi ser er med på å prege holdningene til sykepleiere og helsepersonell på sykehjem. Funnene viser at personalet synes det er ekkelt. Våre plikter og helsehjelp skal ikke forsømmes på bakgrunn av personlige holdninger. De viser til barrierer som kognitive forandringer blir en utfordring, og at manglende kompetanse er en årsak til at det ikke blir utført eller prioritert i stell. Det kreves en felles kompetanseøkning slik at helsepersonell stiller likt til å utføre samme prosedyre for munnstell, i tillegg til at alt av utstyr er på plass. For sykepleierne så har de et ansvar for å kommunisere mangler både til sine ledere, men også tverrfaglig. Det krever at det blir satt et større fokus på munnhelse og forebygging av sykdom. Det gjelder via dokumentasjon, skrive avvik og at man oppretter forbindelse med tverrfaglige instanser som tannhelsetjenesten. Pasienter i denne gruppen har et lovverk som sikrer at de får hjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, og det må ansvarliggjøres slik at munnhelsen ikke blir forsømt. Vi mener at å øke kompetansen på sykehjemmene vil være med på å forme holdningene til noe mer positivt, slik at det blir et større fokus på munnhelse. Det vil få positive endringer i forhold til hva som kommuniseres helsepersonell seg imellom, men også viktigst av alt; hvordan man ser pasienten, og tar vare på pasienten.

Referanser

Bertelsen, A. K. (2016). Øre-, nese- og halssykdommer. I S. Ørn & E. B.- Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 359-369). Gyldendal Norsk Forlag.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7 utg.). Gyldendal.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 utg.). Natur og Kultur.

Forskrift om pasientjournal. (2019). *Pasientjournalforskriften* (FOR-2019-03-01-168).

Lovdata. [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) - Lovdata](#)

Førde, R. (2014, 9. juli). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. [Sjekklistor - Helsebiblioteket.no](#)

Helsedirektoratet. (2019, 28. oktober). *Tannbehandling til pasienter i gruppe c*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-til-pasienter-i-gruppe-c#pasienteriinstitusjon>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2018). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-121). Gyldendal Akademisk.

Kitwood, T. (2019). On being a person. I D. Brooker (Red.). *Dementia reconsidered, Revisited: the person comes first* (2. utg., s. 6-16). Open University Press.

Kitwood, T. (2019). The experience of dementia. I D. Brooker (Red.). *Dementia reconsidered, Revisited: the person comes first* (2. utg., s. 83-96). Open University Press.

Kitwood, T. (2019). Requirements of a caregiver. I D. Brooker (Red.). *Dementia reconsidered, Revisited: the person comes first* (2. utg., s. 143-155). Open University Press.

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 29-87). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 139-191). Gyldendal Akademisk

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

Norsk sykepleierforbund. (U.å.). *Hva gjør en sykepleier*. Hentet 25. april 2022 fra [Hva gjør en sykepleier? \(nsf.no\)](https://www.nsf.no/gjor-en-sykepleier/)

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 17. mars 2022 fra [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](https://www.nsf.no/yrkesetiske-retningslinjer/)

Oliver, K. & Guss, R. (2019). The experience of dementia. I D. Brooker (Red.). *Dementia reconsidered, Revisited: the person comes first* (2. utg., s. 97-103). Open University Press.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63)

- Ranhoff, A. H. (2018). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.
- Samson, H. & Strand, G. V. (2018). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 316-323). Gyldendal Akademisk.
- Sigurdardottir, A. S., Geirsdottir, O. G., Ramel, A. & Arnadottir, I. B. (2022). Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 43, 138–145.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.010>
- Skaug, E. -A. (2017). Kroppspleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 2. Grunnleggende behov* (3. utg., s. 45-86). Gyldendal Akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens . I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Cappelen Damm Forlag.
- Visschere, L. D, Baat, C. D, Meyer, L. D., Putten, G-. J. V. D., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2013). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontologi*, 32(2):115-122.
<https://doi.org/10.1111/ger.12062>

Weening-Verbree, L. F., Schuller, D. A. A., Cheung, S.-L., Zuidema, P. D. S. U., Schans, P. D. C. P. V. D., & Hobbelen, D. J. S. M. (2021). Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. *Geriatric Nursing*, 42(4), 799–805.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.012>

WMA (2018, 9. juli). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. WMA. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wårdh, I., Jonsson, M. & Wikström, M. (2011). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement.

Gerodontology 29(2), 787-792. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

Vedlegg 1: Søketabell

Tabell 1

Søkeord	Søkedato	Database	Treff	Sammendrag lest	Artikler r lest	Artikler tatt med
<i>geriatric or older adults or elderly AND nursing AND nursing homes AND oral health or oral hygiene or dental health</i>	10.03.22	Cinahl	94			
Avgrenset søket til:	10.03.22	Cinahl	34	10	6	<i>“Cross-sectional study of oral health care</i>

2012-2022						<i>service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes”.</i>
Research article						
Peer review						

Tabell 2

Søkeord	Søkedato	Database	Treff	Sammendrag lest	Artikler lest	Artikler tatt med
<i>oral health AND nursing AND nursing home AND qualitative</i>	10.03.22	PubMed	100			
Avgrenset søket til: 2012-2022	10.03.22	PubMed	79	52	7	<i>“The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study”.</i>

Tabell 3

Søkeord	Søkedato	Database	Treff	Sammendrag lest	Artikler lest	Artikler tatt med
<i>oral health</i>	10.03.22	PubMed	100			

<i>AND nursing AND nursing home AND qualitative</i>						
Avgrenset søket til: 2012-2022	10.03.22	PubMed	79	52	7	<i>“Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly”</i>

Tabell 4

Søkeord	Søkedato	Database	Treff	Sammendrag lest	Artikler lest	Artikler tatt med
<i>Oral health AND nursing AND nursing homes AND older people AND oral care</i>	14.03.22	Medline Ovid	8	8	8	
Avgrenset søket til: 2012-2022	14.03.22	Medline Ovid	8	8	8	<i>“Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff”</i>

Vedlegg 2: PICO-skjema

P: Problem/ Hvem/ Hvilke	Munnhelse til geriatriske pasienter Geriatriske pasienter på sykehjem
I: Hva/ Tiltak	Forbedring av munnhelse Kartlegging av munnstatus
C: Alternativer	Sammenligne forskning med andre vestlige land i forhold til kartlegging, undersøkelser og tiltak
O: Resultater	Forebygge mot infeksjoner Vedlikeholde og forbedre munnhelse

Vedlegg 3: Vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study (Visschera et al., 2013).

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Vi mener resultatene kan være til hjelp. Årsaken til dette er at vi kan lære av de barrierene og erfaringene fra helsepersonell, som har gjort at daglig munnstell ikke har fungert. Sammen med medvirkende faktorer til munnstell, mener vi denne studien kan bidra til en bedre sykepleie.