

# Munnhelse på sykehjem

Kandidatnummer: 757  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8768  
Dato: 02.01.2024



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel Munnhelse på sykehjem	
<p><u>Innledning</u> Tema for oppgaven er munnhelse hos eldre på sykehjem. Eldre på sykehjem er i mange tilfeller i behov for hjelp til å ivareta sin personlige hygiene, herunder munnstell. Dårlig oral hygiene kan ha store konsekvenser for eldre beboere på sykehjem. Tidligere studier viser at munnstell ikke er en prioritert sykepleieoppgave på sykehjem. Sykepleiere har et ansvar for å forebygge sykdom og fremme helse. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med å ivareta den orale hygien til eldre på sykehjem.</p> <p><u>Metode</u> Det ble utført en generell litteraturstudie med strukturerte søk i den vitenskapelige databasen Cinahl. Søkeordene er basert på nøkkelbegreper fra problemstillingen, som «oral health» og «nursing homes». Jeg avgrenset søket til artikler publisert mellom 2013-2023, engelsk språk. Det resulterte i 231 artikler, hvorav 5 ble inkludert i studien basert på inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble kvalitetsvurdert ved bruk av høyskolens sjekkliste for vurdering av artikler.</p> <p><u>Resultat</u> Resultatene viser at munnstell ikke er en prioritert oppgave. Det var mangel på kompetanse og kunnskap om munnstell. Resultatene viser også at det er manglende opplæring og uklare ansvarsforhold knyttet til beboernes munnhelse. Videre peker resultatene på utfordringer knyttet til beboere som motsetter seg hjelp til munnstell.</p> <p><u>Diskusjon</u> Å prioritere pleieoppgaver hos eldre beboere på sykehjem fordrer kunnskap om hvilke konsekvenser unnlattelse av disse oppgavene kan få. Manglende opplæring og trening i munnstell, sammen med uklare ansvarsforhold og dårlig kommunikasjon kan ses i sammenheng med sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, samt sykepleieren som faglig leder. Utfordringer knyttet til beboere som motsetter seg stell kan skape etiske dilemmaer i det å skulle ivareta beboernes integritet.</p>	

(Totalt antall ord:266)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Hensikt og problemstilling .....	2
1.2	Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	2
<b>2</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
2.1	Begrepsavklaring .....	3
2.2	Eldres munnhelse .....	3
2.2.1	Munnhelse hos eldre på sykehjem .....	3
2.2.2	Konsekvenser av sykdommer i munnhulen .....	5
2.3	Persontentrert sykepleie for eldre på sykehjem.....	5
2.4	Sykehjemmet som kontekst.....	6
2.4.1	Sykepleieren som faglig leder på sykehjem .....	6
2.4.2	Kvalitet og pasientsikkerhet .....	7
2.4.3	Sykepleierens undervisende og veiledende rolle .....	8
2.4.4	Juridiske rammer og etikk .....	8
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Generell litteraturstudie .....	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	10
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	12
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>14</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	14
4.2	Syntese.....	23
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>24</b>
5.1	Kompetanse om og prioritering av munnhelse .....	24
5.2	Sykepleiers rolle og ansvar på sykehjem .....	25
5.3	Beboernes selvbestemmelse .....	26
5.4	Metodediskusjon .....	28
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>36</b>
8.1	Vedlegg 1.....	36
8.2	Vedlegg 2.....	38
8.3	Vedlegg 3.....	40
8.4	Vedlegg 4.....	42
8.5	Vedlegg 5.....	44

# 1 Innledning

Tallet på antall sykehjemsbeboere på langtidsopphold var rundt 32 000 i 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2021). En undersøkelse gjort av 3440 sykehjemsbeboere i 2004 viste at 34% hadde bare egne tenner og 20% hadde en kombinasjon av egne tenner og protese. 43% hadde kun protese og 3% var helt tannløse. En sammenligning ble gjort fra en undersøkelse i 1996-1997 og 2004 som viste at andelen eldre som hadde egne tenner var høyere i alle aldersgrupper over 67 år, og andelen som bare hadde protese var lavere. (Folkehelseinstituttet, 2009). Tallene på antall eldre i Norge øker (Folkehelseinstituttet, 2014), og tatt disse tallene i betraktning vil antall eldre med egne tenner øke i takt. Eldre beboere med egne tenner stiller høyere krav til ivaretagelsen av munnhelsen hos eldre på sykehjem (Strand, 2020).

Eldre personer som bor på sykehjem har ofte sammensatte sykdomsbilder som preger deres mulighet til å ivareta egen hygiene. Selv om sykdomsbildene ofte er sammensatte er den vanligste årsaken til innleggelse moderat til langtkommen demens og utgjør ca. 40% av de som får langtidsopphold på sykehjem. Hjerneslag, psykiske lidelser og hjerte- og lungelidelser er andre innleggelsesårsaker. Demens sykdom kan gjøre hverdagslige gjøremål svært vanskelig, fordi det gir redusert hukommelse og evnen til å orientere seg svekkes (Brodtkorb & Hauge, 2020). Nedsatt situasjonsforståelse kan føre til at både det å pusse egne tenner, men også la andre hjelpe til med munnstell kan være svært utfordrende. Det krever at de som skal gi hjelp har god tid til å forklare hva som skal skje og hvorfor det er viktig. Smerter, ubehag og blødende tannkjøtt kan gjøre at munnstellet tar tid å gjennomføre på en tilfredsstillende måte.

Munnhelse hos eldre har i mange år blitt studert for å finne sammenhenger til generell helse (Flovik, 2005). Det har også vært et tema på den faglige arenaen til sykepleierne. Studier viser at det er en oppgave som ofte blir oversett (Svensli et al., 2019). I mine praksisstudier og arbeid på flere sykehjem over mange år har jeg vært vitne til et lavt fokus på munnhelse hos de eldre beboerne. Jeg oppdaget ikke sjeldent proteser som ikke var tatt ut for natten, mye gamle matrester i munnhulen hos de som var sengeliggende og så generelt at munnstell var en neglisjert oppgave. Jeg fattet tidlig interesse for å skulle hjelpe beboerne med oppgaven, og jo mer jeg satt meg inn i det jo mer la jeg merke til at de ofte ikke fikk hjelp.

Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenesten (1997) presiserer at brukere av tjenesten skal få ivaretatt munnhygiene. Ivaretagelse av munnhelse er en viktig sykepleieoppgave, da det kan ha store konsekvenser for pasienten (Strand, 2020). Sykepleiere skal utføre personsentrert omsorg, som handler om å gjennom en god relasjon til pasienten kunne se dens behov og helseutfordringer (Kirkevold, 2020). Det er behov for kunnskap om hvorfor oral hygiene er en neglisjert sykepleieoppgave (Flovik, 2005) og hvilke erfaringer sykepleieren har med å skulle ivareta de eldres orale hygiene.

### **1.1 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen belyser sykepleieres erfaringer med munnhygiene hos eldre på sykehjem. Basert på denne hensikten er derfor følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta den orale hygiene til eldre på sykehjem?

### **1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Jeg har i denne oppgaven valgt å avgrense problemstillingen til eldre over 67 år. Bakgrunnen for dette er at det i forskningen ikke er presisert alder på sykehjemsbeboere. I Norge regnes eldre som de over 67 år (Folkehelseinstituttet, 2014). Begge kjønn er inkludert. Oppgaven gjelder eldre både i somatikk- og demensavdelinger, da forskningen spenner seg over begge. Oppgaven er rettet mot beboere på langtidsopphold på sykehjem. Tidsaspektet er fra de kommer til sykehjemmet til de går inn i palliativ behandling. Bakgrunnen for dette er at rutine for munnstell endres ved palliativ omsorg og utelukkes derfor (Flovik, 2005).

## **2 Bakgrunn**

I dette kapittelet blir det først gitt en avklaring av relevante begrep i problemstillingen. Videre følger det teoretiske kunnskapsgrunnlaget.

### **2.1 Begrepsavklaring**

Oral hygiene er hygiene av munnhulen. Munnhulen inkluderer lepper, slimhinne i munnhulen, tenner, tunge og tannkjøtt.

Ivaretagelse av oral hygiene innebærer observasjoner og hygienetiltak man kan gjøre med det utstyr tilgjengelig på sykehjem og den kunnskap det er forventet at man skal ha som autorisert sykepleier. Dette inkluderer observasjon av munnhulen, tannpuss, tanntråd/tannstick, fukt og munnskyllevann (Flovik, 2005).

### **2.2 Eldres munnhelse**

#### **2.2.1 Munnhelse hos eldre på sykehjem**

Munnhulen består av leppene, kinnene, ganen, tungen, gummene og tennene (Flovik, 2005).

Ifølge Verdens Helseorganisasjon er oral helse, eller munnhelse, munnhulens tilstand som gjør mennesker i stand til å spise, puste og snakke, men munnhelse omfatter også psykososiale aspekter som selvtillit, velbehag og muligheten til å leve livet uten smerte og ubehag (WHO, u.å.). Mennesker har en rekke funksjoner i munnhulen som skal beskytte mot sykdommer og skader. Tennene er sterke og tannkjøttet ligger som en beskyttelse for tennenes rotoverflate (Flovik, 2005). Sykehjemsbeboere har levd et langt liv og det er mange kroppslige funksjoner som endres i takt med alderen. I munnhulen kan eldre oppleve redusert spyttsekresjon, tilbaketrukket tannkjøtt og svekkede slimhinner. Sykehjemsbeboere blir innlagt på grunn av manglende evne til å ivareta sine grunnleggende behov selv, og er derfor avhengig av bistand for å ivareta sin orale hygiene (Strand, 2020).

I innledningen ble det presentert tall som viser at antall eldre på sykehjem med egne tenner øker, og i rapporten "Tannhelsestatus i Norge" viser at de fleste eldres nå med egne tenner i munnen (Lyshol et al., 2009). Det betyr at de aller fleste som nå bor, eller som flytter inn på sykehjem i årene fremover, vil ha egne tenner.

Den største risikofaktoren for problemer knyttet til munnhulen er munntørrehet (Strand, 2020). Munntørrehet kan komme av aldersforandringer, dehydrering, legemiddelbruk og pusting med åpen munn, som ved dyspné. Sykehjemsbeboere er ikke utsatt bare på grunn av alder, men eldre er følsomme for bivirkninger og interaksjoner mellom legemidler som vanddrivende

midler, og spyttsekresjonen er mer følsom for dehydrering. Spyttet bløter opp maten og renser munnen etter inntak av væske og mat. Munntørrhet kan derfor føre til karies, da sukker og syre ikke blir med spyttet ned i magesekken og nøytraliseres der, men blir i munnen og setter seg fast på tennene. Dette belegget løser opp tannvevet og skader tennene (Willumsen et al., 2008), som på folkemunne kalles hull i tennene eller tannråte (Brusevold, 2022). Karies kan føre til ising, tannverk, hevelser og tannbyller, eller abscesser. Som nevnt kan eldre ha tilbaketrukket tannkjøtt, og siden tannkjøttet ikke er der som en beskyttelse, kan kariesen angripe roten og det trenger ikke ta lang tid før tannen faller av ved roten. Munntørrhet kan også føre til soppinfeksjoner, spesielt hos de med proteser fordi det gir god grobunn for soppen. Sopp finnes naturlig i vår orale flora, men blir ikke munnen renses vil soppen kunne vokse og skape problemer som sviende slimhinner og sprekker i munnvikene (Willumsen et al., 2008). Den kan også bli sykdomsfremkallende ved at soppen sprer seg til luftveiene og spiserøret (Flovik, 2005). Foruten å se på legemiddelbruken og forebygge dehydrering kan ikke munntørrhet aktivt behandles, men sykdommene som kan oppstå av munntørrhet kan forebygges ved bruk av fluor og godt munnstell (Willumsen et al., 2008).

En annen viktig faktor for utvikling av sykdom i munnhulen er plakk. Plakk er en hinne som dannes av spyttets proteiner og legger seg på tennene, tungen og slimhinnen. Denne hinnen kan bare fjernes mekanisk med tannbørste, og blir den ikke fjernet vil den etter noen dager bli hard og kan ikke lengre fjernes med vanlig munnstell, men må ha en tannlege eller tannpleier til å fjerne det (Willumsen et al., 2008). Hos eldre på sykehjem kan det av ulike årsaker gå mange dager mellom hvert tannstell, eller at man på grunn av fysisk eller kognitiv svikt kan ha vanskelig for å pusse tennene på en optimal måte og plakk får festet seg. Toksiner som kommer fra plakket sammen med bakterielle proteiner fører til betennelser i munnhulen (Flovik, 2005). Bare etter noen dager vil plakket forårsake tannkjøttbetennelse som sees ved rødt og hovent tannkjøtt og som blør lett ved munnstell. Blir plakket da fjernet vil betennelsen gå tilbake, men hvis det ikke blir fjernet kan det oppstå periodontitt, eller tannløsning. Sykdommen angriper tenneses festeapparat og utviklingen tar tid og kan gå ubemerket hen før tennene er løse eller tannkjøttet har trukket seg påfallende mye tilbake. Periodontitt kan føre til tannvandring, pussdannelse og dårlig ånde. Plakket gir også økt risiko for karies (Willumsen et al., 2008). Også her er munnstell med vanlig bruk av tannbørste det beste for å forebygge plakk, og det kan også stimulere spyttproduksjonen (Flovik, 2005).

### **2.2.2 Konsekvenser av sykdommer i munnhulen**

Sykdom i munnhulen kan føre til smerter, løse tenner, nedsatt smak og svelgeproblemer. Disse symptomene kan ha direkte innflytelse på næringsinntaket da det blir utfordrende å spise og svelge mat. Nedsatt næringsinntak fører til underernæring som igjen fører til nedsatt immunforsvar som kan forverre sykdommen i munnhulen (Jacobsen & Bye, 2015). FHI-rapporten (Lyshol & Biehl, 2009) viser til at periodontal sykdom, samt smerter og spiseproblemer er utbredt blant eldre. Videre vil nedsatt næringsinntak også påvirke spyttets kvalitet. Spyttets evne til å bløte opp maten før man svelger, hemme bakterievekst og fjerne mikroorganismer reduseres, da spyttet endrer bakterieflora og blir mer seigt når det ikke får tilført næring (Flovik, 2005).

Selv om de eldre eldes med egne tenner i munnen er det mange eldre på sykehjem som har en kombinasjon av egne tenner og delproteser (Lyshol & Biehl, 2009, s. 33). De gjenværende tennene er viktig å ivareta for å ha optimal tyggefunksjon, unngå smerter og å unngå at tennene faller ut. Hvis man mister de siste tennene, vil også festet for delprotesen forsvinne. Det å lære seg å bruke helprotese er krevende og kan sees på som en umulig oppgave for en med kognitiv svikt eller funksjonsnedsettelse. Konsekvensen kan da bli at man går fra å ha et fungerende tannsett til å bli helt tannløs (Willumsen et al., 2008).

Forskning peker på sammenhengen mellom dårlig oral hygiene og systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (Strand, 2020). Studier viser også at munnstell reduserer risikoen for lungesykdommer og dødeligheten ved lungebetennelser hos eldre beboere på sykehjem med dårlig immunforsvar (Sjögren et al., 2008). Ved økt alder blir immunforsvaret redusert og infeksjonsfaren øker (Mensen, 2020). Hos eldre med redusert immunforsvar kan derfor dårlig munnhelse i ytterste konsekvens være dødelig (Strand, 2020). Soppen *Candida albicans* er et eksempel på hvordan sykdom i munnhulen kan få alvorlige konsekvenser. Soppen finnes i munnens normale flora, men ved dårlig munnstell, spesielt ved munntørrhet og protesebruk, kombinert med nedsatt immunforsvar kan denne soppen blir sykdomsfremkallende. Infeksjonen kan spre seg nedover i spiserøret og trenge gjennom til blodbanen og spres til andre organer som lungene og forårsake luftveisinfeksjoner (Willumsen et al., 2008).

### **2.3 Personsentrert sykepleie for eldre på sykehjem**

Personsentrert omsorg for eldre på sykehjem kan være ulik for andre aldersgrupper da de ofte preges av sykdom og kognitiv svikt. Uansett er prinsippene de samme, herunder helhetlig



omsorg tilpasset hver enkelt person, respekt for mennesket og deltakelse i eget liv (Kirkevold, 2020). Munnstell krever individuell tilpasning og respekt for pasientens ønsker for hvordan munnstellet skal gjennomføres. Det kan oppstå etiske dilemmaer for sykepleiere når pasientene ikke lenger klarer å ivareta sin egen munnhelse (Flovik, 2005). I noen tilfeller kan de motsette seg munnstell (Strand, 2020). Sykepleieren står da ovenfor utfordringer når det kommer til ansvaret de har for å forebygge sykdom i munnhulen (kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenesten, 1997). Munnstell er en viktig sykepleieoppgave og tiltak må planlegges og gjennomføres for den enkelte pasient på en måte som ivaretar pasientens integritet og selvbestemmelse (Kirkevold, 2020).

Personsentrert sykepleie for eldre bygger på prinsippene om integritetsbevarende sykepleie, herunder de eldres personlige integritet. Personlig integritet handler om å respektere mennesket som et unikt individ og ha respekt for dens selvbestemmelse. Det å skulle leve et verdig liv på sykehjem krever at hver enkelt interaksjon man har med pleiepersonalet baserer seg på respekt for individet man har foran seg, menneskets selvbestemmelse og myndighet over eget liv. I innledningen ble det beskrevet at personsentrert sykepleie for eldre kan være ulik andre aldersgrupper, da sykdom kan skjule hvem man egentlig er eller at de har nedsatte krefter og kroppslige funksjoner, ofte i sammenheng med nedsatt syn og hørsel. Dette kan gjøre egenomsorg og hverdagsaktiviteter vanskelig og i mange tilfeller er de "avhengige av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og personlige holdninger" (Brodtkorb & Hauge, 2020) for å ha et verdig og godt liv. Sett opp imot ivaretagelse av munnhulen blir personsentrert sykepleie viktig i det å se personen i et helhetsperspektiv og forstå hvordan dårlig munnhelse kan forårsake at man ikke fungerer optimalt i hverdagen og dermed ikke får sin verdighet ivaretatt (Kirkevold, 2020).

## **2.4 Sykehjemmet som kontekst**

### **2.4.1 Sykepleieren som faglig leder på sykehjem**

Alle offentlig autoriserte sykepleiere er i kraft av sin utdanning faglige ledere med oppgaver knyttet opp mot den faglige virksomheten. Dette innebærer oppfølgingsansvar ovenfor den pleie og omsorg som gis av medarbeidere, kontrollere at tiltak som er iverksatt har ønskelig effekt, veilede og gi råd til medarbeidere og holde seg faglig oppdatert (Kristoffersen, 2016). Beboerne på sykehjem har som tidligere nevnt komplekse og sammensatte sykdomsbilder og utfordringer, og det er derfor stort behov for koordinering, ledelse og samhandling for å sikre god kvalitet på tjenestene. På et sykehjem er sykepleieren stort sett den med høyest grad av

utdanning og kompetanse og blir derfor en naturlig lederrolle i en arbeidsgruppe eller team. Arbeidsgruppen kan bestå av ansatte med ulik kompetanse og bakgrunn, og mange jobber deltid. For sykepleiere på sykehjem holder det ikke bare å være gode klinikere, man må også ha organisatorisk kompetanse for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester. For å ivareta pasientsikkerhet og god faglig kvalitet på tjenestene er det behov for god ledelse, gode rutiner og ikke minst god kultur. En sykepleier i form av å være leder vil påvirke andres holdninger og adferd (Ingstad, 2019).

#### **2.4.2 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §4-2 heter det at «enhver som yter helsetjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Pasientsikkerhet kan defineres som «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Stubberud, 2018). Kvalitetsforbedring betyr å identifisere forbedringsområder, teste og justere tiltak til man får et ønskelig resultat som varer over tid. Kvalitetsarbeid spenner seg fra de små, enkle tingene til de større forbedringsprosjektene. På et sykehjem skal sykepleieren sørge for at tjenestene er forsvarlige, som vil si at tjenestene skal være kvalitativt gode ut fra brukerens behov og hva som til enhver tid blir definert som god sykepleiepraksis (Flovik & Rokseth, 2015). Utøvelse av sykepleie på et sykehjem skjer gjennom det direkte pasientarbeidet, som for eksempel det forebyggende og behandlende arbeidet, og det indirekte pasientarbeidet. Her kommer kvalitetsarbeidet inn, sammen med blant annet undervisning, veiledning og ledelse. God kvalitet på helsehjelpen brukeren mottar avhenger av at de får hjelp på alle områder de har behov for (Stubberud, 2018). En bruker kan få god sykepleie på de fleste områder, men blir ikke munnstellet tilstrekkelig gjennomført og pasienten får negative konsekvenser av dette er ikke kvaliteten tilstrekkelig og det er behov for forbedring.

Kvaliteten på helsehjelpen er også avhengig av helsepersonellens kompetanse på de oppgavene de skal løse. Kompetanse er situasjonsbasert og utvikles for og med de situasjonene man trer inn i. Kompetansen er også avhengig av en persons kunnskap, ferdigheter og holdninger mot det de skal gjøre (Stubberud, 2018). Sett dette opp imot ivaretagelse av pasientens munnhelse betyr det at helsepersonellet må tilegne seg kunnskap om både hvordan munnstell skal utføres på en god måte, samtidig som man kjenner pasienten godt og kan tilpasse seg situasjonen og pasienten man skal hjelpe. Dette stiller først og fremst

krav til sykepleierens egen kompetanse om det arbeidet som skal gjennomføres, men også evnen til å videreføre denne kunnskapen til andre som er i behov for å kunne det for å ivareta brukerens behov.

### **2.4.3 Sykepleierens undervisende og veiledende rolle**

En av sykepleierens funksjoner er undervisning og veiledning. Dette er knyttet både til pasienter og pårørende, men ikke minst til medarbeidere (Kristoffersen, 2016). Sykepleierens medarbeidere innehar alle en viss kompetanse, men for å sikre tjenester av god kvalitet er man avhengig av at kompetansen til den enkelte er tilstrekkelig. Gjennom undervisning og veiledning av medarbeidere vil sykepleieren heve kunnskapsnivåer og ferdigheter som er viktige ressurser for å kunne utføre munnstell. Gjennom utvikling av ferdigheter og kunnskap vil en yrkesutøver føle mestring ovenfor det de skal gjennomføre og på denne måten kunne utføre en handling basert på tilstrekkelig kompetanse. Undervisning og veiledning av medarbeidere vil ikke bare øke kompetansen enkeltvis, men også organisasjonens kompetanse, som er viktig for god kvalitet av tjenestene (Tveiten, 2019). Veiledning handler blant annet om å kunne reflektere kritisk over egen praksis, og dette skaper muligheter til å se egne behov for forbedringer. Sett dette opp imot ivaretakelse av munnhelse hos beboere på sykehjem må kunnskapen og kompetansen om munnstell være tilstrekkelig på alle nivå for at kontinuiteten av munnstellet ivaretas og kvaliteten opprettholdes.

### **2.4.4 Juridiske rammer og etikk**

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet og kvalitet for brukere i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleieren skal utføre sitt arbeid i tråd med krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Norsk Sykepleierforbund (2023) presiserer at sykepleieren selv skal ta ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Videre skal sykepleieren fremme helse og forebygge sykdom, samtidig som den ivaretar den enkeltes verdighet og integritet, og retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal blant annet sikre tilgang på tjenester av god kvalitet, fremme tillitsforholdet mellom brukere og helse- og omsorgstjenesten og ivareta respekten for den enkeltes verdighet. Loven omhandler brukere som motsetter seg helsehjelp og presiserer at tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før man har adgang til å gi helsehjelp til de som motsetter seg det. Vedtak om helsehjelp kan treffes dersom unnlattelse av helsehjelpen kan gi vesentlig skade for pasienten eller helsehjelpen anses nødvendig. Nortvedt

(2016) peker på hvordan ordlyden av «vesentlig skade» og «nødvendig helsehjelp» stiller krav til faglig og etisk refleksjon og hvordan man som sykepleier ivaretar respekten for pasientens integritet i disse situasjonene.

### **3 Metode**

I dette kapittelet blir det først gitt en beskrivelse av generell litteraturstudie, etterfulgt av beskrivelse av søkeprosessen og prosessen for utvelgelse av artikler inkludert tabeller for inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1) og søkehistorikk og utvelgelse av artikler (tabell 2). Avslutningsvis begrunnes bruk av øvrig fag og forskningslitteratur.

#### **3.1 Generell litteraturstudie**

Denne oppgaven har en metodisk utforming som en litterær studie. Dataene som hentes inn kommer fra allerede publiserte studier og er en analyse av resultatene av disse forskningsartiklene for å finne sammenhenger mellom resultatene av studiet og hvordan kunne anvende disse i praksis (Popenoe et al., 2021). Oppgaven følger høgskolens rammeverk for bacheloroppgaven. Min oppgave baseres på fire kvalitative forskningsartikler og en mixed metode mellom kvalitativ og kvantitativ studie, samt annen anerkjent forskning, relevant litteratur og erfaringer fra egen praksis, da dette kan bidra til å belyse problemstillingen ytterligere.

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

Søket ble utført i databasen CINAHL. CINAHL er en database som refererer til engelskspråklig sykepleielitteratur (Helsebiblioteket, u.å.). Mye av forskningen på området, spesielt i Skandinavia er eldre enn 10 år. Jeg ønsket å finne artikler 10 år eller nyere. Søket hadde ingen andre avgrensninger da jeg opplevde at dette begrenset søket unødvendig. Etter noen søk i databasen så jeg at det å kun skulle fokusere på sykepleiers erfaringer ikke holdt. Derfor er inklusjonskriteriene ikke bare sykepleiers erfaringer, men også erfaringer fra andre ansatte på et sykehjem, som ledere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Dette for å få et bredere perspektiv på problemstillingen og se på sykepleierens flere roller på et sykehjem. Artiklene ble avgrenset til å være fagfellevurdert og omhandlet eldre beboere på sykehjem. Jeg satte ikke en spesifikk aldersgruppe, da de som bor på sykehjem ofte er eldre enn 67 år og en slik avgrensning i søket ville gitt begrensninger i søkeresultatene. Det ble i søket ikke inkludert spesifikke type sykdommer beboerne måtte ha, da jeg ønsket å inkludere alle beboere og deres utfordringer. Jeg ønsket å finne forskning som kunne sammenlignes med forhold i Norge, så inklusjonskriteriene var å finne artikler som kunne knyttes opp mot forhold i Norge selv om dette ikke ble lagt inn som en direkte avgrensning i søket. Eksklusjonskriteriene ble derav artikler som ikke hadde nok relevans og likhet til norske forhold.

Søkeprosessen i CINAHL begynte med å finne ulike søkeord relatert til problemstillingen. Søkeordene var ((MH “Oral Health”) OR (“oral health care”) AND ((MH “Nursing Homes+”) OR (“nursing home”) OR (“day to day care”) OR (“aged care”). Et av søkeordene var sykehjem, da det er den konteksten problemstillingen er i. Jeg forsøkte først søkeordet «nursing home», men sykehjem har mange ulike navn basert på hvor i verden man ligger så jeg fant de som var relevante for de områdene jeg ønsket å finne artikler fra. Videre var et av søkeordene oral helse, så jeg inkluderte alle søkeordene som kunne dekke problemstillingen, da det er mange ulike beskrivelser av dette. Søkeordet sykepleier ble også tatt med i søket da jeg ønsket å ha et sykepleierperspektiv på oppgaven. Disse søkeordene resulterte i svært få treff. Mange av søkeordene ble først forsøkt som mapheading, men måtte etter hvert inkludere ulike søkeord som keyword da det ikke ble dekkende nok.

Jeg brukte søkeord beskrevet i andre forskningsartikler for å finne relevante artikler. Alle overskriftene ble lest og 15 abstrakt og 7 fulltekstartikler ble skimlet for å finne de som var relevante for min problemstilling.

**Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studier gjennomført på sykehjem	Studier som ikke inkluderer sykehjem
Artikler 2013-2023	Artikler eldre enn 10 år
Studier ved beboeren flytter inn på sykehjem til de går over i palliativ omsorg	Studier ved palliativ omsorg
Kvalitative studier, kvantitative studier eller mixed method mellom kvalitative og kvantitative studier	Fagartikler
Eldre over 67 år	Artikler som utforsker en annen personellgruppe på sykehjem enn eldre
Fulltekst tilgjengelig	Kun sammendrag tilgjengelig
Studier fra land med lik samfunnsstruktur og oppbygning av helsetjenester som Norge	Studier fra land som blir vurdert til å ha for store ulikheter i samfunnsstruktur og oppbygning av helsetjenester sammenlignet med Norge

**Tabell 2. Søkehistorikk og utvalg av artikler**

Database og dato for søk	Cinahl, 09/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH “Oral Health”) OR (“oral health care”) AND ((MH “Nursing Homes+”) OR (“nursing home”) OR (“day to day care”) OR (“aged care”))
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert 2013-2023 Språk: Engelsk
Antall treff totalt	231
Antall gjennomleste titler	231
Antall gjennomleste abstrakt	15
Antall gjennomleste fulltekstartikler	7

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Inkludert artikkel nummer 1	Villarosa, A. R., Clark, S., Villarosa, A. C., Norrie, T. P., Macdonald, S., Anlezark, J., Srinivas, R. & George, A. (2018). Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: Perceptions of care staff. <i>Gerodontology</i> . 35(3), 177-184. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/ger.12336">10.1111/ger.12336</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Weening-Verbree, L. T., Schuller, A. A., Cheung, S-L., Zuidema, S. U., Van Der Schans, C. P. & Hobbelen, J. S. M. (2021). Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. <i>Geriatric Nursing</i> . 42(4), 799-805. <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.012">10.1016/j.gerinurse.2021.04.012</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & Bültingslöwen, I. V. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. <i>International Journal of Dental Hygiene</i> , 11(4):298-305. <a href="https://doi.org/10.1111/idh.12016">https://doi.org/10.1111/idh.12016</a>
Inkludert artikkel nummer 4	Norrie, T. P., Villarosa, A. R., Kong, A. C., Clark, S., Macdonald, S., Srinivas, R., Anlezark, J. & George, A. (2020). Oral health in residential aged care; Perceptions of nurses and management staff. <i>Nursing Open</i> , 7(2):536-546. <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.418">https://doi.org/10.1002/nop2.418</a>
Inkludert artikkel nummer 5	Visschere, L., Baat, C., Meyer, L., Putten, G-J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. <i>Gerodontology</i> , 32(2):115-22. <a href="https://doi.org/10.1111/ger.12062">https://doi.org/10.1111/ger.12062</a>

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig litteratur inkluderer bøker, artikler og lovverk. Geriatrisk sykepleie (Kirkevold et al., 2020) har blitt brukt mye som teoretisk grunnlag og har vært spesielt nyttig i denne oppgaven. Den fokuserer på eldres utfordringer og sykepleiers funksjoner og ansvar i ivaretagelsen av eldre og er derfor svært relevant for problemstillingen. Videre har jeg brukt Munnhelse (Flovik, 2005) og oral helse (Willumsen et al., 2008) som fokuserer på temaet i problemstillingen spesifikt. Jeg anerkjenner at dette er eldre litteratur, men etter en veiledningstime med biblioteket ved Det Odontologiske Fakultet fikk jeg bekreftet at dette

fortsatt er relevant faglitteratur å bruke i dag. Denne litteraturen anvendes også i skolens kjernelitteratur. For å få informasjon om sykepleiers funksjon og ansvar søkte jeg i Oria og Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek for å finne relevant litteratur. Der fant jeg bøkene Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie (Ingstad, 2019), Veiledning (Tveiten, 2019), og Kvalitet og pasientsikkerhet (Stubberud, 2018). Videre er det også brukt relevant pensumlitteratur. Søk ble gjort i sykepleien forskning for å finne relevante artikler. Referanselistene til relevante artikler ble brukt for å finne forskningsartikler relevante for min problemstilling. De etiske og juridiske aspektet ved oppgaven ble belyst ved de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund (2023) og relevante paragrafer fra Lovdata (<https://lovdata.no/>).



## 4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de inkluderte forskningsartiklene. I tabell 3 presenteres artikkelens hensikt, metode og funn, samt kvalitetsvurdering.

Oppsummering av relevante resultater presenteres i kapittel 4.2.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 3. Artikkelmatrikse.

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Villarosa et al., (2018) Australia	Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: Perceptions of care staff	Målet med studien var å undersøke perspektivene til ansatte ved RACF og utførelsen av ivaretagelse av oral helse hos beboerne. RACF inkluderer ikke bare sykehjem, men også boliger for selvstendige og mindre selvstendige eldre.	Design: Kvalitativ studie. Deltagere: 12 sykehjemsansatte. Gjennomsnittsalder: 38. Medianen av antall års erfaring: 5,5. 91,7% av deltakerne var damer, bare en mann deltok i intervjuene. 90,7% hadde fagbrev som høyeste utdanning, én deltaker hadde bachelorgrad. Datasamling: Lydfil av intervjuene som ble transkribert og	<b>Beboere og familie:</b> Beboerne så ikke behovet for å gjennomføre munnstell og prioriterte det ikke. De fleste deltakerne svarte at munnstell var utfordrende å gjennomføre hos de som motsatte seg det, spesielt hos de med demens sykdom. Tilgang til tannhelsetjenester ble sett på som en av de største barrierene, spesielt kostnader knyttet til tannhelsetjenester, gjorde at familiemedlemmer ikke så nytten med å bruke mye penger på profesjonell hjelp. Familiemedlemmene visste ikke viktigheten av oral helse. <b>Pleiepersonell og organisering:</b> Det var lite kunnskap om viktigheten av å ivareta oral hygiene for eldre. Munnstell ble ikke prioritert av pleiepersonellet. Beboerne hadde dårlig tilgang til tannhelsetjenester da det var vanskelig å flytte beboere og det var	9/9 poeng. Vedlegg 1.

			<p>avidentifisert av profesjonelle. Deltagerne fikk pseudonymer.</p>	<p>utfordringer knyttet til å få tannpleiere til å komme til sykehjemmet. Det var ikke standardiserte rutiner knyttet til formell trening innen oral hygiene, som igjen førte til at nyansatte ikke fikk tilstrekkelig opplæring. Det var behov for opplæring og trening for å øke kunnskapen om munnstell og oral hygiene, og forbedre tilgangen til profesjonell hjelp.</p>	
<p>Weening-Verbree et al., (2021) Nederland</p>	<p><i>Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff</i></p>	<p>Målet med studien var å undersøke hvordan kjennetegn ved sykepleiere og eldre påvirker emosjonell kommunikasjon i hjemmesykepleien.</p> <p>The aim of our study was to explore in depth attitudes, perceptions, and perceived barriers and facilitators for daily oral health routines and the actual daily oral health</p>	<p>Design: tverrsnittstudie. Deltagere: sykepleiere (n=11), helsefagarbeidere (n=20), eldre (n=81). Datasamling: Lydfil av hjemmebesøk som ble kodet basert på the VR-CoDES som et et kartleggingsskjema for å reportere pasienters uttrykk for emosjonelt stress og helsepersonells respons til dette.</p> <p>Design: En mixed-method studie fra 21 sykehjem bestående av en kvantitativ del (spørreskjema) og en</p>	<p>Beboerne hadde ikke gode rutiner for munnstell, eller de led av kognitiv svikt og nektet oral pleie. Pleierne så ikke på munnstell som en primæroppgave under stell og det ble av noen sett på som en service. Pleiepersonellet hadde positive holdninger til munnstell, men rapporterte om liten tid. Intervjuene belyste behovet for mer praktisk opplæring, men spørreundersøkelsene viste at de fleste deltakerne følte seg kompetente til å gjennomføre munnstell. Selv med positive holdninger til munnstell, ble det ikke gjennomført i henhold til retningslinjene. I forhold til tidligere studier var ikke holdninger en barriere for munnstell, da pleiepersonellet hadde positive holdninger og ikke var tilbakeholden med å gjennomføre munnstell. Deltakerne i studien var for det meste pleieassistenter som rapporterte at de kun hadde fått muntlig informasjon om oral pleie. Det var ønskelig med bedre organisering av utdanning og trening, bare 40% av sykehjemmene i studien hadde dette tilbudet.</p>	<p>9/9 poeng. Vedlegg 2.</p>

		care performances among nursing staff in nursing homes.	<p>kvalitativ del (fokusgruppeintervju).  Deltagere:  Datasamling:  Spørreskjema:  Inklusjonskriterier for den kvalitative delen var pleiepersonell (pleieassistenter og sykepleiere) som hadde ansvar for den daglige pleien og lederne av sykehjemmene. For den kvalitative delen ble pleiepersonellet som deltok i spørreundersøkelsen, og eventuelle tannpleiere involvert i sykehjemmet invitert til å delta i gruppeintervjuene.</p>	<p>Pleiepersonellet rapporterte om manglende utstyr, men tannkost og tannkrem var tilgjengelig. Det kan se ut som dette var rettet mot manglende utstyr til å rense proteser, for selv om de fleste beboerne hadde proteser, manglet det utstyr for å renholde dette. Motstand mot munnstell, ofte knyttet til kognitiv svikt, ble nevnt som en viktig barriere. Pleiepersonellet ville ikke bruke makt for respekt av beboernes autonomi og velvære. Pleiepersonellet synes forholdet mellom nødvendig omsorg og å overstyre autonomi var utfordrende. Beboerne hadde ikke rutiner for munnstell da de kom til sykehjemmet og at tannhelsen allerede var svekket. Tilstedeværelse av profesjonelle tannpleiere ble høyt verdsatt av pleiepersonellet og ledelse da beboerne ikke måtte fraktes til eksterne helsetilbud. En nevnt tilrettelegger for bedre munnhelse var å ha en tannpleier fast på sykehjemmet. Individuelle planer for munnstell var ikke en del av behandlingsplanene og ikke vanlig i de sykehjemmene inkludert i studiet.</p>	
Lindqvist et al., (2013). Sverige.	Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly.	Målet med studien var å undersøke hva ansatte ved sykehjem med ulike ansvarsområder så på som viktige aspekter for velfungerende	<p>Design: Kvalitativ studie.  Deltagere: 4 avdelingsledere, 5 sykepleiere, hvor tre var MAS (fagsykepleier), 13 sykepleiere.  Deltagerne var</p>	<p><b>System:</b> Retningslinjene for munnstell var uklare og dårlig definert, selv om det ble rapportert om støttefunksjoner og ansvarsnivåer for å sikre god pleie for den individuelle beboer. Det var uklarheter blant deltakerne i studien hvem som faktisk hadde ansvar. En sykepleier svarte at sykepleierne ikke var involvert i ivaretagelsen av oral hygiene.</p>	9/9 poeng. Vedlegg 3.

		<p>ivaretagelse av oral hygiene.</p>	<p>mellom 35-62 år, med en gjennomsnittsalder på 52 år.  Datasamling: Lydfil som ble transkribert ordrett av en sekretær. Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og ble garantert konfidensialitet.</p>	<p>Pleieassistenter var de som primært ivaretok den daglige pleien.  <b>Kommunikasjon:</b> Selv om sykehjemmet skulle ha gode rutiner for rapportering, kom det i intervjuene frem at det ikke alltid ble rapportert om utfordringer knyttet til munnstell. Veiledninger om oral pleie for den enkelte beboer ble laget av en munnpleier som kom en gang i året og hang på baderommet til hver beboer.  <b>Prioriteringer:</b> Deltakerne svarte at andre oppgaver knyttet til helse ofte ble prioritert foran munnstell. Mangel på tid og dårlig bemanning, sammen med at munnstell ble sett på som en tidkrevende oppgave gjorde at det ikke alltid ble prioritert. Munnstell ble sett på som en utfordrende oppgave. Noen deltakere hadde frykt for å gjennomføre munnstell og synes oppgaven var "frastøtende".  <b>Kompetanse:</b> Sykepleierne hadde behov for opplæring og trening da dette ikke var en del av den grunnleggende sykepleieutdanningen. Det ble gjennomført årlig opplæring i munnstell av profesjonelle tannpleiere, og dette ble sett på som nyttig. Det var tidligere gjennomført et utdanningsprogram for ernæring og oral pleie som hadde ført til bedre kvalitet i gjennomføringen av munnstell. Pleieassistenter støttet hverandre i utfordrende situasjoner knyttet til munnstell.  <b>God munnhelse:</b> Munnhelse ble beskrevet som noe som påvirket velvære og den totale</p>	
--	--	--------------------------------------	--	--	--

				<p>livssituasjonen til beboerne, i tillegg til deres generelle helse, til og med dødelighet.</p> <p><b>Autonomi:</b> Deltakerne la merke til at noen beboere hadde oversett munnhulen over lengre tid knyttet til dere økende kognitive og/eller fysiske svikt. Deltakerne svarte de var obs på å ikke respektere beboernes integritet og at munnhulen var et følsomt område. Selv om beboere ofte får tilbud om munnstell, er det ikke sjelden de motsetter seg det. Deltakerne uttrykte følelsen av hjelpeløshet da beboere med kognitiv svikt nektet hjelp og at situasjonen var varierende fra dag til dag.</p> <p><b>Organisasjon:</b> Munnstell var ikke en integrert del av pleien og ingen tok ansvar for den daglige ivaretagelsen av oral pleie på organisatorisk nivå.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>Norrie et al., (2020), Australia.</p>	<p>Oral health in residential aged care; Perceptions of nurses and management staff</p>	<p>Målet med studien var å undersøke ansatte ved RACF og dens ledelse perspektiver på munnpleie for å utvikle strategier for å bedre den orale hygienen for beboere på sykehjem. RACF inkluderer ikke bare sykehjem, men også boliger for selvstendige og mindre selvstendige eldre.</p>	<p>Design: Kvalitativt design. Deltagere: 5 fra avdelingsledelsen og 7 sykepleiere. Datasamling: Lydfil fra intervjuene ble profesjonelt transkribert. Deltagerne fikk pseudonymer for å sikre anonymitet.</p>	<p><b>Motstridende holdninger og variert bevissthet:</b> Deltakerne var enige at munnhygiene var viktig for de eldre beboerne, men innrømmet samtidig at det ikke ble prioritert. Ledelsen rapporterte om dårlige holdninger hos eksterne munnpleiere og beboernes familiemedlemmer hvor de mente det ikke var behov fordi de var eldre. Det ble anerkjent av deltakerne at dårlig munnhelse kan påvirke ernæring, velbehag, infeksjoner og at man kunne ende opp på sykehus hvis den var for dårlig. Noen belyste også munnhelsens effekt på livskvalitet og sosiale interaksjoner.</p> <p><b>Ustrukturert tilbud:</b> Ivaretagelsen av munnstell var opp til den enkelte, beboeren selv om den var klar, og for de med kognitiv svikt var det opp til hver enkelt pleier. Noen sykepleiere innrømmet at de ikke sjekket munnhulen så ofte, som førte til at problemer ofte ikke ble oppdaget før beboeren uttrykte smerter eller ubehag. Det var utfordringer knyttet til å sende beboerne til tannlege, og tannlegen kom ikke så ofte til sykehjemmet. På grunn av ulikheter og dårlig struktur visste ikke alle pleierne hva de skulle gjøre hvis en beboer hadde problemer med munnhulen.</p> <p><b>Uregelmessig trening:</b> Hvor god opplæring de ansatte fikk var avhengig av hvem som ga opplæringen. Treningen var fagsykepleiers ansvar, men det var oppdelt og ikke alle deltok. Barrierer knyttet til ivaretagelse av munnhelse var stort gjennomtrekk av ansatte, dårlig tilgang og kostnader knyttet til tannhelsetjenester. Barrierer til implementasjon var dårlig tid, beboernes</p>	<p>9/9 poeng. Vedlegg 4.</p>
--	---	--	--	--	----------------------------------

				samarbeidsvillighet, spesielt hos de med kognitiv svikt og ledelsens og sykepleiernes prioriteringer.	
--	--	--	--	---	--

<p>Visseret al., (2015), Nederland.</p>	<p>The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study.</p>	<p>Målet med studien var å barriere og muliggjørende faktorer for implementering av en protokoll for oral hygiene på sykehjem.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie. Deltagere: 30 sykepleiere og hjelpepleiere fordelt på 13 sykehjem. Jevnt fordelt på alder, ansiennitet og kvalifikasjoner. Datasamling: 7 fokusgruppeintervjuer og 36 individuelle intervjuer. Lydfil av intervjuene ble ordrett transkribert.</p>	<p><b>Organisasjon:</b> Høy arbeidsbelastning på personalet gjorde at det ble lite tid til munnstell. Samtidig mente noen at det handlet mer om dårlige prioriteringer og tidsstyring. Deltidsansatte opplevde dårlig kommunikasjon og at de ikke ble involvert. Sykepleierne opplevde det som positivt med veiledning, tilbakemeldinger og interne egenvurderinger av munnpleien de gjennomførte. <b>Sykepleiere:</b> Mange viste entusiasme over å delta i et nytt program. Mange hadde en personlig interesse av oral hygiene og denne tankegangen tok de med inn i situasjoner der munnstell skulle gjennomføres. Det ble funnet en sammenheng mellom sykepleierens personlige og emosjonelle forhold til munnstell, sammen med deres sosiale bakgrunn og dette påvirket hvordan munnstellet ble gjennomført. Daglig munnstell ble ikke sett på som en prioritet blant de fleste sykepleierne, hvor sårstell og kroppshygiene ble sett på som viktigere. Noen mente munnstell var viktig i situasjoner med akutte munnhuleproblemer. Munnstell kunne sidestilles med hårklipp og negleklipp. Sykepleierne var positive til å gjennomføre munnstell, men noen mente de ikke hadde tilstrekkelige ferdigheter eller erfaring. Det var mangel på refleksjon rundt hvorfor munnstellet ikke ble gjennomført. Hjelp til munnstell for de med kognitiv svikt var svært utfordrende. Det var også utfordrende for de selvstendige, fordi de feilaktig mente de kunne ivareta egen munnhygiene. Det var utfordringer knyttet til beboernes evne til samarbeid, og noen</p>	<p>9/9 poeng. Vedlegg 5.</p>
---	--	--	--	--	----------------------------------



				<p>ganger motsatte de seg munnstellet ved bruk av fysisk og verbal vold. Beboere som uttrykte takknemlighet hadde en positiv effekt på sykepleierne. Sykepleierne var etisk bevisst i den måte å skulle respektere beboernes rett til selvbestemmelse i enkeltsituasjoner. Noen beboere var likegyldig ovenfor egen munnhelse og trodde ikke på effekten av god munnhygiene. Familiens bekymring ovenfor beboernes munnhelse var en viktig faktor for å opprettholde god munnhelse for beboeren.</p> <p><b>Oral helse:</b> Å rengjøre tannproteser ble sett på som en "enkel" oppgave og ble gjort av de fleste pleierne. Tannpuss ble sett på som svært vanskelig på grunn av faktorer som at tungen var i veien, vanskeligheter med å se i munnhulen og frykt for å skade beboerne. Mange beboere hadde tydelig dårlig tannstatus og trengte profesjonell hjelp. Fravær av profesjonell hjelp til munnstell ble nevnt som en viktig barriere fordi sykepleierne ikke klarte å engasjere seg i munnstellet. Sykepleierne oppdaget ikke alltid relevante problemer knyttet til dårlig munnhelse og det ble ikke prioritert ovenfor andre helseproblemer.</p>	
--	--	--	--	--	--

## **4.2 Syntese**

Forskningsresultatene peker på at munnstell ikke er en prioritert oppgave for pleiepersonellet. Funnene viser at det er mangel på kunnskap og kompetanse om munnstell. Det pekes videre på manglende opplæring av personellet og uklare ansvarsforhold med tanke på hvem som har ansvar for at beboernes munnstell blir ivaretatt. Resultatene viser også dårlig kommunikasjon mellom pleiepersonellet. Munnstell blir ikke sett på som en like viktig oppgave i forhold til andre oppgaver knyttet til hygiene og kroppsstell, selv om det utvises positive holdninger rettet mot å gjennomføre munnstell. Videre peker resultatene på utfordringer med å gi munnstell hos de som motsetter seg hjelp. Pleiepersonellet ønsker å ivareta beboernes selvbestemmelse, integritet og velvære.

## 5 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er: "Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta den orale hygien til eldre på sykehjem?".

Problemstillingen blir i dette kapittelet forsøkt besvart med utgangspunkt i forskningsartiklene presentert i kapittel 4, sett i lys av det teoretiske, juridiske og etiske grunnlaget presentert i kapittel 2. Diskusjonen er strukturert etter hovedfunnene i forskningsartiklene.

### 5.1 Kompetanse om og prioritering av munnhelse

Tre av studiene viste at pleiepersonellet ikke hadde tilstrekkelig kompetanse når det kom til å ivareta beboernes munnhelse (Villarosa et al., 2018, Weening-Verbree et al., 2021, Visschere et al., 2015). Munnstell ble her sett på som et servicetilbud og ble sidestilt med negleklipp og hårklipp. Problemer knyttet til dårlig munnhelse ble ikke alltid oppdaget, og beboerne led allerede av akutte munnhuleproblemer, smerter og ubehag før det ble oppdaget. I motsetning til disse kunne de resterende to studiene vise til at kompetansen om munnhelsen påvirkning på ernæring, velvære, generell helse og dødelighet (Lindqvist et al., 2013 & Norrie et al., 2020). Samtidig kunne samtlige av studiene vise til manglende prioriteringer når det kommer til ivaretagelse av beboernes munnhelse (Villarosa et al., 2018, Weening-Verbree et al., 2021, Visschere et al., 2015, Lindqvist et al., 2013 & Norrie et al., 2020). Dette er i tråd med Flovik (2005) sin beskrivelse av at munnstell ofte blir forsømt hos pleietrengende. Man kan også spørre seg om funnene av manglende kunnskap hos pleiepersonellet fører til manglende prioriteringer. For at pleiepersonellet skal kunne prioritere sine gjøremål, fordrer det kunnskap om konsekvenser av det man eventuelt unnlater å prioritere. Fjeld er spesialtannlege og mener årsaken til at munnstell er en nedprioritert oppgave er at oral helse er et komplisert felt og at det er mangler i grunnutdanningen til helsepersonellet (Ousdal, 2018), som også kommer frem i studien til Lindqvist et al. (2013) der sykepleierne mente de hadde mangler i sin sykepleierutdanning. Fjeld presiserer videre at tannhelse bør prioriteres høyere i utdanningen av helsepersonell (Ousdal, 2018). Norsk sykepleierforbunds (2023) etiske retningslinjer beskriver i midlertidig sykepleierens ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og utvikling på eget fagfelt. I Olsen & Ludvigsen (2019) sin masteroppgave i klinisk odontologi fra UiT trekkes det frem at selv om respondentene svarte at de hadde tilstrekkelig kunnskap om beboernes munnhelse, her både på sykehjem og i hjemmetjenesten, viste kunnskapstestene at det var mangel på viktig kunnskap om mulige konsekvenser av

dårlig munnstell. Egne erfaringer har også vist at kompetansen om munnstell er lav hos de som har ansvar for å gjennomføre stell av beboere på sykehjem. Jeg selv har også erfart at en sengeliggende beboer fikk flere lungebetennelser før det ble iverksatt tiltak om munnstell.

Som beskrevet i kapittel 2 er kvaliteten på helsehjelpen avhengig av pleiepersonellens kompetanse og resultatene av studiene kan tyde på at det er behov for bedre opplæring i ivaretagelse av munnstell. Kvaliteten avhenger av at beboerne skal få hjelp på de områdene de har behov for (Stubberud, 2018). Strand et al. (2017) mener det ikke lenger kan aksepteres at munnstellet blir nedprioritert og at gode prosedyrer vil gjøre det enklere for alle ansatte uavhengig av utdanning og erfaring og dermed øke kvaliteten på helsehjelpen. I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (1997) står det at det skal foreligge skriftlige prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester får dekt sine grunnleggende behov, herunder nødvendig tannbehandling og ivarett munnhygiene. De yrkesetiske retningslinjene beskriver at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2023). Helsepersonelloven stiller krav til at helsepersonellens arbeid skal være faglig forsvarlig og unnlatelse av munnstell kan som også beskrevet i kapittel to for skrøpelige eldre ha store konsekvenser og i ytterste konsekvens være dødelig (Strand, 2020). Man kan stille spørsmål ved om sykepleiernes og pleiepersonellens kompetanse møter kravene til forsvarlighet hvis ikke munnstellet blir gjennomført på en måte som er forebyggende og helsebevarende.

## **5.2 Sykepleiers rolle og ansvar på sykehjem**

Flere av studiene kunne vise til at det ikke var tilstrekkelig opplæring i munnstell (Villarosa, Lindquist) og noen rapporterte at de kun hadde fått muntlig informasjon om oral hygiene (Weening-Vebree et al., 2021). En studie viste at det var uklare rundt hvem som hadde ansvar for at retningslinjene for munnstell ble fulgt og samtidig kom det frem at det var pleieassistentene som tok deg av det daglige munnstellet og at sykepleierne ikke var involvert på daglig basis (Lindqvist et al., 2013). Flovik (2005) beskriver at hvis ikke sykepleieren tar ansvar for munnstellet blir det ofte forsømt. Med bakgrunn i sin utdanning og som offentlig autorisert sykepleier har man et ansvar for å følge opp pleien som gis, både av seg selv, men også av medarbeidere (Kristoffersen, 2016). I den ene valgte studien skulle man forsøke å integrere rutiner og prosedyrer for munnstell, men her opplevde deltidsansatte at de nye rutinene ikke ble godt nok kommunisert og at tilbakemeldingene var utilstrekkelige (Visschere et al., 2015). Strand (2020) presiserer at en av hovedpunktene for sykepleieren i

ivaretagelsen av munnhelsen er å undervise, veilede og lede personalet. Primært sett at det er mange ulike arbeidsgrupper som jobber på et sykehjem. Funnene i utvalgte studier reflekterer også tidligere forskning, der funn peker på behov for mer praktisk og teoretisk opp trening av personellet for at de skal kunne ivareta beboernes munnhelse (Wårdh et al., 2012 & Wårdh et al., 2000). Flovik (2005) mener at opplæring og repetisjon er viktig for å kunne gi godt munnstell og dermed forbedre de eldres munnhelse.

En av sykepleierens funksjoner er undervisning og veiledning til medarbeidere. Undervisning og veiledning av medarbeidere øker den individuelle kompetansen som igjen vil heve den organisatoriske kompetansen (Ingstad, 2019), som vil påvirke kvaliteten på pleien beboerne mottar positivt. Norrie et al. (2020) sine funn viser at et stort gjennomtrekk av ansatte gjør opplæring utfordrende. På en side kan jeg selv se at sykepleiere på sykehjem har høy arbeidsbelastning. Dette sammen med mange deltidsansatte og turnusarbeid gjør det utfordrende å gjennomføre oppfølging og veiledning. En tidligere norsk studie understøtter disse synspunktene der sykepleiere ikke hadde tid til å selv ivareta munnstellet av pasienter, samtidig som de ikke hadde tid til å lære opp mindre kvalifisert personell (Slettebø et al., 2010). På en annen side kan man spørre seg om sykepleierne faktisk er klare over sitt ansvar og sin funksjon som veileder og underviser i den daglige ivaretagelsen av munnstellet for beboerne på sykehjemmet. Funnene i studiene kan tyde på uklarheter i forhold til hvem som har ansvar for at det daglige munnstellet blir ivaretatt på en optimal måte. I mine praksisstudier tok en sykepleier seg tid til å undervise noen av sykepleierstudentene og flere av pleiepersonellet i munnstell. Dette viste seg å være svært nyttig læring som kom beboerne til gode og sykepleieren fikk gode tilbakemeldinger på undervisningen. Funnene fra studiene understreker viktigheten av sykepleierens oppfølgingsansvar og sin veiledende og undervisende funksjon ovenfor medarbeidere. Sykepleieren har et faglig og etisk veiledningsansvar ovenfor sine kolleger (NSF, 2023).

### **5.3 Beboernes selvbestemmelse**

Samtlige av studiene peker på utfordringene knyttet til å gjennomføre munnstell på de som motsetter seg hjelp. Spesielt hos de med kognitiv svikt og demens sykdom blir dette sett på som en av de største barrierene for munnstell (Villarosa et al., 2018, Weening-Verbree et al., 2021, Visschere et al., 2015, Lindqvist et al., 2013 & Norrie et al., 2020). I den svenske studien ble det av pleiepersonellet uttrykt hjelpeløshet da beboerne nektet munnstell (Lindqvist et al., 2013). Nordtvedt (2016) trekker frem utfordringene ved å tolke loven når det

kommer til å gjennomføre munnstell hos de som motsetter seg hjelp. I Norge stilles det strenge krav til tvangsvedtak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt. Et spørsmål som ikke blir besvart i forskningen er hvilke tillitsskapende tiltak som er forsøkt iverksatt, eller om det i det hele tatt er noen. Disse tiltakene som for eksempel kan være non-verbal kommunikasjon, gi beboeren god tid og utøve forsiktighet er tidkrevende og stiller krav til sykepleierens holdninger og kompetanse mot den krevende oppgaven munnstell kan være. Et spørsmål som heller ikke blir besvart i forskningen er hva som er en motsettende oppførsel og hvordan man som sykepleier reagerer på dette. Hvis en beboer med kognitiv svikt sier nei, trenger ikke det være ensbetydende med at munnstellet ikke kan gjennomføres, men at munnstellet må skje på beboernes premisser og på en slik måte at dens selvbestemmelse og integritet blir ivaretatt uten bruk av tvang. Egne erfaringer fra praksis viser i mange tilfeller at det noen ganger krever en litt overbevisende og positiv tone, man passer på at tannbørsten ikke er stiv og hard og at man forsøker seg forsiktig frem. I mange tilfeller førte disse tiltakene til at beboeren aksepterte munnstellet. Spesialtannlege Fjeld understreker at man må anerkjenne at det er utfordrende å hjelpe de som motsetter seg det, men at det er gode kommunikasjonsferdigheter som er nøkkelen for å lykkes (Ousdal, 2018). I studien til Visschere et al. (2015) motsatte beboerne seg noen ganger ved bruk av fysisk og verbal vold. Hos mennesker med demens og kognitiv svikt kan slike uttrykk være et tegn på smerter (Skovdahl, 2020) og sykepleieren bør undersøke bakgrunnen for disse uttrykkene og oppsøke tannhelsepersonell ved mistanke om plager eller sykdom i munnhulen (Strand, 2020).

I studien til Weening-Verbree et al. (2021) viste funn at pleierne ikke ønsket å bruke makt i respekt av beboernes autonomi og velvære, og fant forholdet mellom nødvendig omsorg og overstyring av autonomi utfordrende. Noen av deltakerne i Lindquist et al. (2013) ønsket å respektere beboernes integritet og at munnen var et følsomt område. I studien til Visschere et al. (2015) hadde sykepleierne et etisk bevisst forhold til beboernes rett til selvbestemmelse i enkeltsituasjoner. En del av å ivareta beboernes integritet er også å vite hvordan dårlig munnhelse påvirker beboernes hverdagsliv. Dette kan være hvordan maten smaker, at protesen ikke sitter som den skal eller at beboeren går rundt med smerter og ubehag. Strand (2020) presiserer at sykepleieren må legge forholdene som kan true den eldre beboeren til grunn når man ser på viktigheten av gjennomføring av munnstell for den eldre beboeren. Disse truslene mot integriteten inkluderer redusert næringsinntak på grunn av dårlig munnhelse, økt fare for sykdomsutvikling og systemiske infeksjoner og tannskader som kan

true beboernes verdighet, for eksempel at de mister tennene og synes dette er ubehagelig. Man kan se på dette som å skulle trosse en form for integritet for å kunne ivareta en annen, samtidig som man som sykepleier skal følge kravene til hva som er forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 1999). Funnene fra studiene peker på utfordringene som oppstår når pasienter motsetter seg hjelp til munnstell. Sykepleieren har et etisk ansvar for å ivareta pasientens verdighet og integritet og ivareta retten til å ikke bli krenket og retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (NSF, 2023). En del av det å utøve forsvarlig og omsorgsfull sykepleie er å innhente bistand eller henvise videre der sine faglige kvalifikasjoner ikke strekker til og der det er nødvendig (helsepersonelloven, 1999).

#### **5.4 Metodediskusjon**

Jeg har funnet søkemotoren CINAHL til tider utfordrende å bruke. En av artiklene brukt i oppgaven ble funnet gjennom andre artikler. Når jeg senere skulle prøve å finne den på CINAHL var det en feil med et av ordene i overskriftene som gjorde at den ikke dukket opp i søket mitt. Jeg kan ikke utelukke at dette har begrenset søket mitt med at flere artikler på denne måten har uteblitt. Videre ønsket jeg å ha et bredt søk, og ser nå i ettertid at jeg kunne brukt flere ord med bindeordet OR og dermed kunne fått flere treff. Jeg har fått veiledning fra biblioteket i søk, men selve søket ble foretatt selv og er derfor ikke kvalitetssikret. Dette kan også ha påvirkning på treffene jeg fikk.

Jeg ønsket i utgangspunktet å finne flere artikler fra Skandinavia, men ut ifra det jeg kunne finne var mange av de eldre enn 10 år, og dermed møtte ikke disse inklusjonskriteriene. Selv om artiklene er fra land som har likheter knyttet til oppbygning av helsetjenester og samfunnskultur med Skandinaviske, skal man ikke se bort i fra at det kan forekomme forskjeller. Noen kulturelle forskjeller kan man se i resultatene, for eksempel fra de australske, der tannhelsetjenester ikke blir dekt for de som bor i institusjon. Samtidig er det andre funn i artiklene som tyder på samfunnslikheter og tilfører derfor kunnskap som kan gi svar på problemstillingen. Siden jeg ønsket å inkludere kvalitativ forskning for å besvare problemstillingen er det få deltakere i noen av forskningsartiklene. Det må tas hensyn til at disse artiklene ikke representerer alle som er ansatt ved institusjonene og at resultatene kan være misvisende i forhold til de som ikke inkluderes i forskningen. I artiklene fra Australia er det flere institusjoner enn sykehjem som er inkludert i studien, som kan gi et misvisende bilde på pleien på et sykehjem blir gjennomført isolert sett. Videre inkluderer ikke forskningen bare sykepleiere, men også annet pleiepersonell på sykehjem. Dette kan ses på som både en styrke

og en svakhet ved studien, ved at man ikke konkret får svar på problemstillingen. Samtidig må man ta i betraktning at ansatte på sykehjem ikke bare er sykepleiere, tvert imot er det flest av andre faggrupper og ufaglærte og det kan være nyttig å se på erfaringene disse har for å knytte sykepleierens ansvar og funksjon opp imot utfordringene disse møter i ivaretagelsen av munnstell. Kvalitetsvurderingene er presentert i vedleggene 1-5.



## 6 Konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta den orale hygien til eldre på sykehjem?». Funnene viser at de fleste deltakerne anså munnstell som viktig og noen visste konsekvensene dårlig munnstell kunne ha for beboerne. Videre oppga de fleste at munnstell ikke var en prioritert oppgave og andre oppgaver knyttet til stell ble funnet viktigere å gjennomføre. Flere av deltakerne trekker frem mangel på kunnskap og kompetanse om munnstell og hvilke konsekvenser dårlig munnhygiene kan ha for eldre beboere på sykehjem. Flere deltakere forteller at det er behov for opplæring og at det er mangler i grunnutdanningen av sykepleiere om munnstell. Videre opplever deltakere at det ikke er god nok kommunikasjon og samhandling mellom pleiepersonellet. Forskningen viser at en av de største barrierene for å utføre munnstell var beboere som motsatte seg hjelp, og det oppsto etiske dilemmaer mellom å ivareta beboernes integritet, og samtidig forebygge sykdommer i munnhulen knyttet til dårlig munnstell.

Samlet tyder funnene i denne oppgaven på at sykepleiepraksisen bør ha fokus på ivaretagelsen av beboernes munnhelse, både i det direkte, men også i det indirekte pasientarbeidet. Basert på dagens kunnskap bør munnstell kunne sidestilles med andre viktige pleieoppgaver knyttet til kroppslig hygiene.

## 7 Referanseliste

- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 262-279). Gyldendal Akademisk.
- Brusevold, I. J. (2022, 30. juni). *Karies*. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn1.no/karies>  
DOI: 10.56373/2017-2-5
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K., Grov & I. M., Holter (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 271-296). Cappelen Damm Akademisk.
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. (1. utg.). Oslo: Akribe.
- Folkehelseinstituttet. (2009, 16. april). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap*. [https://www.fhi.no/publ/eldre/tannhelsestatus-i-norge.-en-oppsumm/?pid=239&trg=Content\\_6499&Main\\_6157=6263:0:25,6603&Content\\_6499=6259:74937::0:6184:1:::0:0](https://www.fhi.no/publ/eldre/tannhelsestatus-i-norge.-en-oppsumm/?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6603&Content_6499=6259:74937::0:6184:1:::0:0)
- Folkehelseinstituttet. (2014, 30. juni). *Befolkningen i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Cinahl*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. (1. utg, s. 14-25). Gyldendal Akademisk.

- Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K., Grov & I. M., Holter (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2020). Den gamles integritet. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 84-97). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 98-111). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff A. H. (Red.). (2020). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (1997). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene m.m.* (FOR-1997-02-27-358). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>
- Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & Bülzingslöwen, I. V. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(4):298-305. <https://doi.org/10.1111/idh.12016>
- Lyshol, H. S. M. & Biehl, A. M. (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap* (FHI Rapport 2009:5 ). A. f. h. Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
<https://www.fhi.no/publ/eldre/tannhelsestatus-i-norge.-en-oppsumm/>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K., Grov & I. M., Holter (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 29-34). Gyldendal Akademisk.

- Norrie, T. P., Villarosa, A. R., Kong, A. C., Clark, S., Macdonald, S., Srinivas, R., Anlezark, J. & George, A. (2020). Oral health in residential aged care; Perceptions of nurses and management staff. *Nursing Open*, 7(2):536-546. <https://doi.org/10.1002/nop2.4187>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Olsen, I. D. & Ludvigsen, A. F. (2019). *Kunnskap om eldres munnhelse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten*, [Masteroppgave i klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø]. UiT Munin. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/17074/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ousdal, C. K. (2018, 22. november). Eldre kan dø av dårlig tannhelse. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2018/10/eldre-kan-do-av-darlig-tannhelse>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*. 41(4), 175-186. 10.1177/20571585219919409
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 416-441). Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 16. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*.  
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Strand, G. V. (2020). Munnhelse. I M., Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red).  
*Geriatrisk sykepleie*. (3. utg., s. 317-324). Gyldendal Akademisk.

Strand, G. V., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid*.  
127: 138-43. DOI: 10.56373/2017-2-5

Stubberud, D-G. (2018) *Kvalitet og Pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (1. utg. s. 11-37). Gyldendal Akademisk.

Svensli, G., Flåskjær, A., Ryste, T. O. & Helberget, L. (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. *Sykepleien*, 2019;107(78077). Artikkel e-78077.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78077>

Tannhelsetjenesteloven. (1983). *Lov om tannhelsetjenesten* (LOV-1983-06-03-54). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Thorsen, L. & Oftedal, S. F. (2016, 3.november). *Munnstell til voksne pasienter*, .  
Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter>

Tveiten, S. (2019). *Veiledning - mer enn ord*. (5. utg, s.66-79). Fagbokforlaget.  
World Health Organization. (u.å.). *Oral Health*. Hentet 28. desember 2023 fra  
[https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1)

Villarosa, A. R., Clark, S., Villarosa, A. C., Norrie, T. P., Macdonald, S., Anlezark, J.,  
Srinivas, R. & George, A. (2018). Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: Perceptions of care staff. *Gerodontology*. 35(3), 177-184.  
DOI: [10.1111/ger.12336](https://doi.org/10.1111/ger.12336)

Visschere, L., Baat, C., Meyer, L., Putten, G-J., Peeters, B., Söderfelt, B. & Vanobbergen, J. (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*, 32(2):115-22. <https://doi.org/10.1111/ger.12062>

Weening-Verbree, L. T., Schuller, A. A., Cheung, S-L., Zuidema, S. U., Van Der Schans, C. P. & Hobbelen, J. S. M. (2021). Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. *Geriatric Nursing*. 42(4), 799-805.  
[10.1016/j.gerinurse.2021.04.012](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.012)

Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z. & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse*. (1. Utg.). Gyldendal Akademisk.

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1

#### Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format)		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	<b>X</b>		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer.	<b>X</b>		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne var pleiepersonell ansatt ved RACF.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for studien og samling av data er godt beskrevet. Deltakerne er også beskrevet under eget punkt.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysen av intervjuene er beskrevet i eget punkt.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene blir presentert med overskrifter som tydeliggjør funnene.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser til mange gode funn og er relaterbare til sykepleierpraksis i Norge.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen oppsummerer kort funnene under resultatdelen og hva som er diskutert under diskusjon.	x		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien

beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## 8.2 Vedlegg 2

### Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format)		JA	NEI	UKLART
Weening-Verbree, L. T., Schuller, A. A., Cheung, S-L., Zuidema, S. U., Van Der Schans, C. P. & Hobbelen, J. S. M. (2021). Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. <i>Geriatric Nursing</i> . 42(4), 799-805. <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.012">10.1016/j.gerinurse.2021.04.012</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	<b>X</b>		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har en mixed method design, hvor den kvantitative delen besto av en spørreundersøkelse for pleiepersonell og ledelsen. Den kvalitative delen besto av fokusgruppeintervjuer med pleiepersonellet.	<b>X</b>		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Kriteriene for å være med i studien innebar å være involvert i den daglige ivaretagelsen av beboerne på sykehjemmene.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er godt beskrevet (21 sykehjem i Nederland). Deltakerne er beskrevet både for den kvantitative delen (409 spørreskjema besvart) av studien og den kvalitative (6-8 per gruppe, 14 inetrjuer).	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Først blir spørreundersøkelsen og analysen av denne beskrevet, deretter analysen av fokusgruppeintervjuene.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene blir beskrevet i løpende tekst under «main findings». Dette gjør det enkelt å få en oversikt over funnene.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Mange av funnene kan relateres til sykepleierpraksisen.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen oppsummerer funnene og diskusjonen og gir en pekepinn på videre arbeid.	x		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

### 8.3 Vedlegg 3

## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format)		JA	NEI	UKLART
Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & Bültzingslöwen, I. V. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. <i>International Journal of Dental Hygiene</i> , 11(4):298-305. <a href="https://doi.org/10.1111/idh.12016">https://doi.org/10.1111/idh.12016</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	<b>X</b>		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design hvor datasamlingen skjer gjennom individuelle intervjuer.	<b>X</b>		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne i studien består av sykehjemledere, sykepleiere og pleieassistenter.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er godt beskrevet under punktet for datasamling. Hvilke deltakere som deltar i studien er også beskrevet her.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Først blir intervjuene beskrevet, deretter analysemetoden under samme punkt.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene i studien blir presentert punktvis som gir en tydelig fremstilling av funnene.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funnene er svært relevante for sykepleiepraksis.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen oppsummerer resultatene diskusjonen og trekker frem hva som bør sees på videre.	x		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien

beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

## 8.4 Vedlegg 4

### Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format)		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne besto av 5 fra ledelsen og 7 sykepleiere.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for intervjuene er godt beskrevet. Videre er deltagerne og hvordan intervjuene er gjennomført beskrevet.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysen av intervjuene er beskrevet under eget punkt.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene blir presentert under overskrifter som gjør funnene tydelige.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Studien er fra Australia, så ikke alle funnene er relaterbare til norske forhold. Men en del av funnene kan brukes i sykepleierpraksis.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene og det trekkes frem punkter fra diskusjonen.	x		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien

beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

## 8.5 Vedlegg 5

### Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format)		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer og intervjuer på tomannshånd.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne var sykepleiere og hjelpepleiere ansatt på sykehjemmet og involvert i den daglige pleien av beboerne.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for intervjuene er godt beskrevet. Videre er deltagerne og hvordan intervjuene er gjennomført beskrevet.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysen av intervjuene er ikke beskrevet under eget punkt, men inkluderes i metoddelen.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene blir presentert med overskrifter og en tabell som gjør studiefunnene oversiktlige.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser til mange gode funn og er relaterbare til sykepleierpraksis i Norge.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen oppsummerer kort funnene under resultatdelen og hva som er diskutert under diskusjon.	x		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmå på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien

beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.