

Gunhild Vesterhus Strand, Gro Stenerud og Børge Hede

## Munnstell i sykehjem

Sykdom fører ofte til at den eldre pasienten ikke klarer å ivareta sin personlige hygiene. For å unngå problemer fra tenner og munnhule behøver denne gruppen mye omsorg og støtte. Men det er åpenbart en utfordring, både for tannhelsepersonell og pleiepersonale, å gi optimal behandling av tenner og slimhinner til syke eldre. I denne artikkelen gis det en oversikt over antatte fysiske og psykiske barrierer som er til hinder for et velfungerende pleietilbud. Det presiseres at eldre må ha et individuelt tilpasset profylakseopplegg som forsterkes ettersom sykdommen progredierer. Når livet går mot slutten, vil palliativt munnstell representere god pleie og omsorg.

**T**radisjonell behandling av eldre i institusjon innebærer belastninger på menneskelige og økonomiske ressurser i betydelig større grad enn om forebyggende tiltak iverksettes. Konsekvensene av manglende vedlikehold er velkjente: tap av tenner, dårligere oral og generell helse, sosial stigmatisering, ernæringsproblem, smerter etc. Hindre for optimalisert munn- og tannstell finnes på flere plan og skyldes oftest mangel på interaksjon mellom de forskjellige nivåene som er involvert i levering av tannhelsetjenester. Svært mange i Norden dør på sykehjem, og palliativt munnstell innebærer en bedre mulighet for en verdig avslutning av livet.

Å få godt munnstell (munnhigiene), og dermed ha god munnhelse, betyr mye for allmenntilstanden, ernæringstilstanden, kommunikasjon, utseende, selvfølelse, velbefinnende og livskvalitet. Dette burde i seg selv være en god nok

motivasjon for å ivareta de Eldres orale helse. I sykehjem har de fleste en demenssykdom som reduserer mulighetene for restorativ behandling. Derfor vil forebyggende behandling være spesielt viktig for demente. Fremfor alt bør man unngå at disse kommer for sent til behandling slik at de ikke tvinges til å debutere som helprotesebærere – en situasjon de ofte ikke vil mestre på grunn av kognitiv svikt og redusert adaptasjonsevne.

Vi har i dag gode kunnskaper om de to viktigste odontologiske sykdommer: karies og periodontitt. Vi vet årsakene til dem og hvordan de skal forebygges. De offentlige tannhelsetjenestene i Norden har nedlagt en stor innsats i den enkeltes tannhelse, de har selv investert betydelig tid og penger i langvarig vedlikehold – da har vi en moralsk forpliktelse til å følge opp dette når pasienten selv ikke lenger evner å ivareta sin tannhelse.

Sykdommer som lungebetennelse, aterosklerose, endokarditt og sepsis kan skyldes infeksjoner i munnhulen (1). Det er både samfunnsøkonomisk og individuelt helsemessig viktig å lykkes med det forebyggende arbeidet slik at behandlingsbehovet ikke øker. Dette for å unngå sykehusinnleggelse, økt pleiebehov, økt behov for tannhelsetjenester og individuell helsebelastning. Det er et faktum at eldre har helseplager relatert til aldersdegenerasjon som ofte ikke kan avhjelpest. Men tannhelseplager kan relativt lett forhindres og bør ikke utgjøre en tilleggsbelastning i en livsfase med mange utfordringer.

Flere eldre har egne tenner (2) – ofte i kombinasjon med løse proteser – og dette tilsier behov for restorative tiltak. Selv om behandler mener pasientens livskvalitet og livslengde er en begrensende faktor, må ikke alder i seg selv redusere individets rett til behandling. Men i blant vil en måtte ty til ukon-

### Forfattere

Gunhild Vesterhus Strand, professor, dr.odont., Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Norge

Gro Stenerud, overtannpleier, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Norge

Børge Hede, overtandlæge, adjungeret lektor, ph.d. Voksantandplejen, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og Odontologisk Institut, Københavns Universitet, Danmark

### Hovedbudskap

- Forebygging er bedre enn behandling.
- Samhandling gjør bedre
- Eldes med verdighet

vensjonelle behandlingsprinsipper fordi en finner disse optimale ut fra pasientens tilstand og situasjon.

Det finnes flere undersøkelser der man har forsøkt å kartlegge tannhelseforhold og behandlingsbehov blant eldre i institusjon. Disse viser at eldregruppen ikke alltid får den tannpleie de burde hatt. Vi vet at forebyggende tiltak kan forhindre forfall av tannhelse, men vi har ennå ikke sikker kunnskap om hvilke tiltak som er den beste helsemessige og kostnadmessige tilnærming for at eldre på pleiehjemmet skal kunne opprettholde en god tannhelse.

### Faktorer av betydning for beboernes munnstell

Dersom pleiepersonalet ikke tar ansvar for pasientens munnhelse, vil dette bli forsømt. Undersøkelser har pekt på faktorer som kan danne hindringer for munn- og tannstell (3). De vanligste er mangel på tid, mangel på kunnskap og evner, fravær av adekvat utstyr, manglende samarbeid fra kognitivt svekkede pasienter og manglende rutiner. På bakgrunn av blant annet kvalitative intervjuer med pleiepersonale, ble det i en belgisk avhandling beskrevet faktorer som påvirker munnstell av syke, eldre (4). Funnene, som er vist i Fig. 1, omhandler fire kategorier: 1) Pleiepersonalets og tannpleiens organisering, 2) Holdninger, kunnskap og bevissthet hos pleiepersonalet, 3) Forhold vedrørende beboerne og 4) Forhold vedrørende gjennomføring av munnstellet. Her finnes både positive og negative feedbackmekanismer som påvirker det endelige resultat. For eksempel vil manglende profesjonell oppfølging påvirke pleiernes holdninger til munnstell og dermed resultere i dårligere oral helse. Manglende oral helse gjør situasjonen verre, og det blir vanskeligere å gjenopprette den opprinnelige munnhelsen – og slik kommer man inn i en «ond sirkel».

Undersøkelser (5–7) viser at nærmere 80 % av alle eldre institusjonsboende har en demenslidelse. Dette kan gi problemer på grunn av dårlig orienteringsevne (tid og sted), mangelfull korttidshukommelse og emosjonell ustabilitet. De kognitive problemene medfører etiske og juridiske dilemma med hensyn til selvbestemmelse og informert samtykke (8) – og influerer på hvilke behandlingsmål som er realistiske, og hvordan behandlingen skal kunne gjennomføres (9).

Studier viser at ca. 80 % av alle beboere på institusjon har behov for hjelp til den daglige munnhygiene (10–11). Dessverre er det en allmenn erfaring at den orale hygienens mange steder ikke er akseptabel. I en svensk undersøkelse (10) fikk kun 7,7 % av beboerne den nødvendige hjelp. En norsk undersøkelse (12) hadde den noe polemiske overskriften «Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?»

Man konkluderte med at det var behov for bedre utdanning av pleiepersonalet samt endrede organisatoriske strategier for å skaffe den nødvendige tid til munnpleie. Noe mer bastant konkluderte en dansk intervensjonsstudie fra 2009 (13) at «Lack of compliance by staff rather than the residents seemed to be the main problem».

Det er lite hensiktsmessig å fordele skyld blant samarbeidspartnere – man bør heller se etter forbedringspotensiale og konstruktive løsninger. Her må tannhelsepersonalet bidra i større grad. I en dansk undersøkelse (13) der man fokuserte på implementeringsaspektet av et munnpleieprogram i sykehjem, registrerte man at manglende feed-back fra tannhelsepersonalet til pleiepersonalet var en vesentlig barriere for et godt resultat. Flere studier påpeker at manglende kunnskap og ikke minst manglende ferdigheter hos pleiepersonalet utgjør en vesentlig barriere. I en review-artikkel fra 2014 (14) konkluderes det med at «Scientific evidence for the potential association between oral healthcare education of care nurses and improvement in their oral hygiene care skills could not be found». Tradisjonell undervisning synes derfor ikke å være tilstrekkelig til å løse problemet. En dansk undersøkelse viser at en oppnår bedre resultater dersom tannhelsepersonalet fysisk er til stede i pleien og deltar i opplæring og

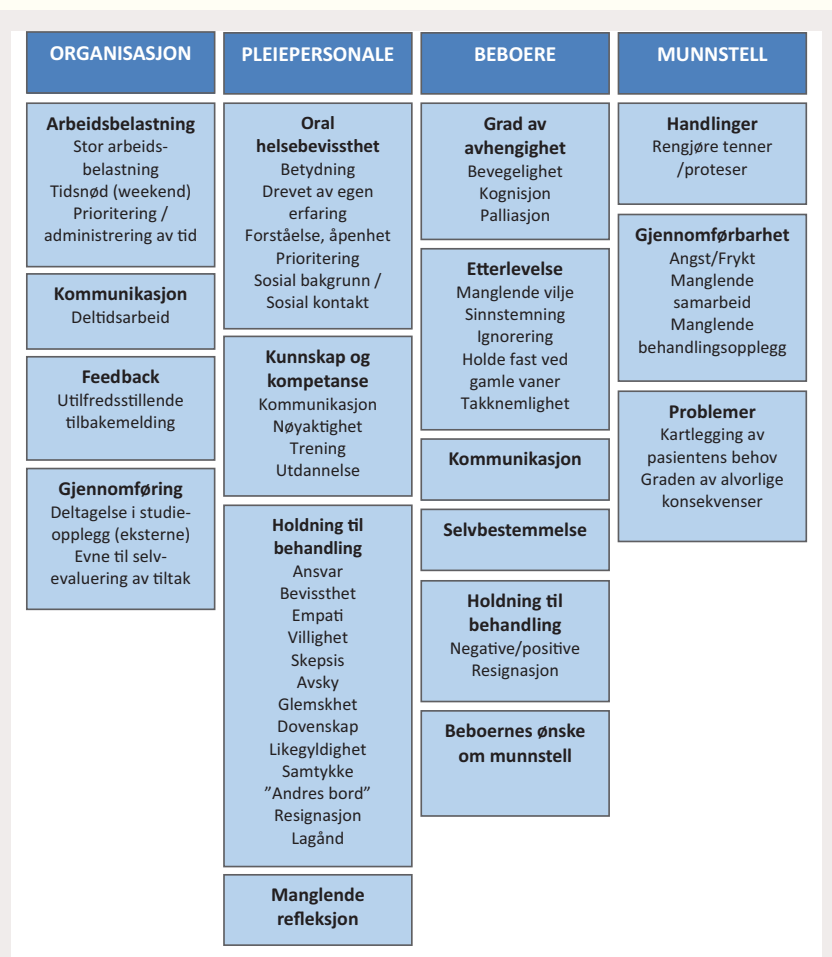


Fig. 1. Faktorer som påvirker eldres orale helse i institusjon. Oversatt av forfatterne etter vennlig tillatelse av Luc de Visschere (4).

trening i manuelle ferdigheter med tilpasset utstyr (11). Elektriske tannbørster vil i mange tilfelle være hensiktsmessig.

Man vet at enkelte pleiere vegrer seg for å utføre munnstell blant annet på grunn av en følelse av «å invadere beboerens intimsoner» (15). Munnstell til beboere med mangelfulle samarbeidsevner kan møte motstand i deler av pleiens verdigrunnlag. Den fremtredende sykepleieteoretikeren Dorothea Orem (16) understreker således at et av pleiens hovedmål er å styrke pasientenes egenomsorg – og at det egentlig er et ønske blant alle å ta vare på seg selv. Dette kan hos ikke-selvhjulpne føre til neglisjering av basale pleiebehov fordi egenomsorg og respekt for selvbestemmelsen vektes tyngre enn de sunnhetsfaglige mål som tannhelsestjenesten ønsker å tilgodese. I dette kan en se potensielle for en klassisk konflikt mellom omsorgspersonalet og tannhelsestjenesten på grunn av forskjellig perspektiv på den enkelte beboer.

Andre undersøkelser (17) har vist at det er viktig med en ledelsesmessig forankring i institusjonen – munnstell kan ellers bli lavt prioritert. Uklar ansvarsfordeling i avdelingene, manglende rutiner og manglende informasjonsutveksling mellom de forskjellige involverte personalgrupper (12) er hyppig forekommende. Og kanskje er dette den største barrieren – nemlig kommunikasjonsaspektet ved at en gruppe mennesker (pleiepersonalet) skal kommunisere med en gruppe mennesker (tannhelsestjenesten) som skal kommunisere med – og om – en gruppe mennesker (beboerne i institusjon).

### Munnstell for svært syke og døende

Svært mange i Norden vil ende sine dager på sykehjem. Pasienter som kjennetegnes av å være helt sengeliggende og totalt hjelpetrequende, må få spesielt munnstell. Hensikten med dette munnstellet er å fjerne belegg, hindre uttørring av slimhinner, lindre tørste, forebygge infeksjoner og motvirke tørre, sprukne lepper og munnviker (18). Forekomsten av somatiske symptomer hos pasienter som ble innlagt ved Seksjon for lindrende behandling i Trondheim, ble registrert i løpet av en ettårsperiode og viste at munntørthet (56 %) og tørste (49 %) var blant de hyppigst forekommende problemene (19).

Årsaken til besværighetene er hovedsakelig munntørthet eller redusert salivasjon. Dette skyldes for en stor del medikamenter som hyppig anvendes i den palliative medisinen, for eksempel opioider, glukokortikoider og antidepressiva (spesielt de med antikolinerg og/eller sympatomimetisk virkning). Mat kleber seg til tørt mukosa og tørre tannoverflater, og den orale rengjøringen blir vanskeligere. Tale vanskeliggjøres fordi tungens klebrighet til mukosa gjør det vanskelig å uttale ord. Pasienten makter muligens ikke å fremføre noen siste ord til hilsen, trøst eller takk fordi tungen klistrer seg fast til munnslimhinnen.

Pasienter som ikke kan munnskylles, må tupferbehandles. Rengjøring utføres med tupfer (gaze krølle) festet til enden av en låsbar pinsett slik at pinsettpissen er dekket. Den låsbare pinsetten holdes med et pennegrep. En-gangs munnpensler kan også benyttes, men er ofte lite effektive på grunn av det myke skaftet. Noen av disse har en skumgummiddel som har en ru og raspende

overflate, og som er for tykk til å nå opp i overgangsfolden. Man starter rengjøringen bakerst og arbeider med penslende drag fremover, slik at slim og eventuelle matrester vaskes frem og ut av munnen. Tupfer må skiftes ofte. Man arbeider til slimhinnene ser rene og glatte ut. Hvilken løsning man velger å fukte tupferen med, er situasjonsavhengig, men det er viktig at tupferen krystes for å fjerne overflødig væske. Anbefalte rensedmidler er: lunkent vann, fysiologisk saltvann (NaCl 0,9 %), hydrogenperoksid (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, 3 % i løsning) eller klorheksidinløsning. Bivirkningene ved sistnevnte kan imidlertid være plagsomme (18).

Etter rensing smøres munnhulen. Smøringen bidrar til å beskytte slimhinnene mot uttørring og mekanisk skade, den letter tale- og svelgefunksjonen ved å motvirke friksjon mellom slimhinner og tunge/tenner, samt lindrer tørste. Bruk av glycerol i ulike former er utbredt (maks anbefalte konsentrasjon 30 %). Enkelte foretrekker oljer, blant annet rapsolje eller jordnøttolje, mens andre blander matolje med vann. Spyttstatningsmidler basert på mucin eller karboksymetylcellulose er effektive fordi de etterligner spyttets smørende virkning. Fuktende gel kan være et alternativ (20).

For døende pasienter i terminal fase vil munnstellet, slik det er skissert ovenfor være mindre aktuelt – og hovedvekt legges på fukting. Hyppig fukting av pasientens lepper, munn og svelg hevdes å ha en god lindrende effekt. En kan benytte en sprøyte uten spiss eller en pipette med væske som forsiktig dryppes inn i pasientens munn, eller man kan la en fuktet tupfer gli over tunge og innsiden av kinnene. Sugerefleks, som er vår første refleks etter fødselen, synes også å være vår siste. Derfor kan en gjerne la pasienten suge på en fuktig kompress, sugerør eller en tåteflaske. Væsken kan for eksempel bestå av vann, fruktsaft eller te. Det hevdes at salvie- eller kamille te virker desinfiserende, smaker godt og understøtter spyttproduksjon. Å suge på biter av appelsin eller ananas kan være et alternativ – eller en kan fremstille små isbiter med frukt, te eller saft som pasienten kan suge på. Mange trenger hyppig fuktighetstilførsel – kanskje flere ganger hver time.

### Diskusjon

Det kan ikke lenger aksepteres at munnstellet blir «glemt» i en travel hverdag, og at det er opp til den enkelte pleier å avgjøre om og hvordan munnstellet skal utføres. Muntlige overleveringer, som flere steder benyttes, blir for tilfeldig. Det bør utarbeides tilgjengelige, kunnskapsbaserte, kliniske fagprosedyrer for pleiepersonalet. Disse skal fungere som kunnskapskilde, arbeidsmanual, basis for utdanning, verktøy for trening i eget fag – og kan også fungere som informasjon til pasientene. Gode prosedyrer vil sørge for bedre og jevnere omsorgskvalitet for pasientene – fordi kvaliteten på pleien vil være mindre avhengig av den erfaring omsorgsarbeideren har fra før. Prosedyrer for hvordan munnstell skal utføres, bør foreligge skriftlig på hver eneste avdeling i alle sykehjem – og avvik fra disse prosedyrene skal dokumenteres av pleiepersonalet.

Det finnes flere systematiserte opplegg for munn- og tannstell i institusjon. Et system baserer seg på såkalte munnstellkort (Fig.

2) (21). Kortene illustrerer prosedyrer og hjelpemidler ved hjelp av enkle bilder og beskrivende tekst. Det relevante kortet (gjørne med utfyllende kommentarer) henges diskret opp på badet til den enkelte beboer. Bildebasert materiale tar også hensyn til personale med språklige utfordringer. Kortene skal ha en forpliktende, kalibrerende og veiledende funksjon, men gir i seg selv ingen helsegevinst dersom prosedyrene ikke følges. Det må være en kontrollfunksjon innebygd i systemet – med tydelig ansvarliggjøring. Juridiske forhold kan fort bli aktualisert når det gjelder pasientrettigheter, fagansvar for helsemedarbeidere og tilsvarende for institusjonene.

En typisk situasjon i mange sykehjem er at pleierne ikke klarer å utføre munnstellet på alle pasienter før leggetid (22). Dette må positivt dokumenteres med en signert avkryssing i pasientjournalen slik at etterfølgende vaktskift får denne informasjonen og kan foreta nødvendig munnstell umiddelbart. Manglende informasjonsoverføring er trolig årsaken til langvarig avbrudd i ønsket praksis. Et avkryssingsskjema med signerte avkryssninger kan i uttalte tilfelle være et hjelpemiddel for å etablere ønskede rutiner (Fig. 3). En utbredt oppfatning er at den pleieren som får flest mulig til sengs på kortest mulig tid, er den dyktigste. Slike måltall for effektivitet er uheldig for en kvalitativ god pleie.

I mange sykehjem er tannhelsepersonalet kun innom for tilsyn/screening en gang pr år. Tilstedeværelse av tannhelsepersonale på sykehjem signaliserer viktigheten av munnstellet. Tilstedeværelse og kontinuitet vil kunne bidra til optimalisering av munnstellet – især for marginaliserte pasienter. Det er ønskelig med et tannhelsepersonell som er mer aktivt til stede i institusjonene, og som tør sette krav til personalets innsats i munnstellet – og som i tillegg etterspør en mer aktiv innsats der mangler påvises. Dårlig protesehygiene er for eksempel en klar indikator på dårlige rutiner – fordi rengjøring av disse ikke krever særlig innsats. I enkelte sykehjem tilbyr frivillighetshjelpere salgsvare fra trillevogn. Tannhelsepersonalet bør se til at disse har et sukkerfritt sortiment.

Dersom en finner at munnstellet i institusjonen ikke er tilfredsstillende, kan man kartlegge beboernes orale hygienivå ved hjelp av Belegg og Slimhinne Indeks (BSI) (23). Indeksen beskriver hygienivået ved å angi mengde bakteriebelegg på tenner og/eller proteser samt grad av inflammasjon på gingiva/slimhinne. Laveste score er 2 og høyeste er 8. Score 2–4 indikerer en bra/akseptabel status, score 5–6 en ikke akseptabel status, mens score 7–8 indikerer en dårlig status. Det enkelte sykehjem kan på denne måten få en gjennomsnittsscore – akseptabelt eller ikke. En slik kvantifiserbar indikator på hygienivå kan tallfeste et generelt inntrykk av forholdene. Dette kan benyttes til rapportering til tilsynsmyndigheter og/eller til dokumentasjon av forbedring. Man kan for eksempel regelmessig oppgi nivået for det enkelte sykehjemmet ved en rapport som vist i Fig. 4.

Den eldre pasienten skal i hovedsak behandles som en hvilken som helst voksen pasient. Hvis det objektive behandlingsbehov effektueres fullt ut, risikerer en at det overbehandles. På den annen side løper man en risiko for å underbehandle hvis alene det subjektive behandlingsbehov tilgodeses. Ideelle odontologiske krav må veies mot hensynet til pasientens livskvalitet (9): Har behand-



Fig. 2. Eksempel på bildebasert veiledning til pleiepersonalet (21).

TANNSTELL Fløy 1.2    År: 2015/2016    Navn: \_\_\_\_\_

Uke 21	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Sissel		Sissel	Ina	Gerd	Søren	Søren
Kveld	Jennifer	Gerd	Gerd	FAT.			
Uke 22	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Ina	Jennifer	Gerd		Ina	Søren	
Kveld	Sissel			Jennifer	FAT.	FAT.	Søren
Uke 23	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Sissel		Ina		FAT.		FAT.
Kveld	Gerd	Sissel		FAT.		Søren	
Uke 24	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen							
Kveld							
Uke 25	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen							
Kveld							

Fig. 3. Kvitteringsskjema for utført munnstell.

lingen verdi for pasienten? Hva tenker pasienten om dette problemet? Hvordan mestres det? Tåler pasienten behandlingen fysisk og/eller mentalt? Ko-opererer vedkommende? Kan pasienten møte til flere behandlingsseanser – hva med transport og eventuelt følge? Kan det ferdige resultat på noen måte vedlikeholdes? Kan den valgte løsning lett omarbeides, eventuelt utvides ved ugunstig utvikling? I den tilpassete behandling prioriteres hensynet til pasientens helse først og fremst. Dette innebærer at alvorlige infeksjoner og/eller smerte elimineres. Deretter skal en forsøke å bevare en tilfredsstillende funksjon eller om mulig reetablere slik funksjon. Til sist skal estetiske behov ivaretas. Å unnlate å behandle kan også være et bevisst valg. Og i noen tilfelle har en ikke annet å tilby enn palliativ, lindrende behandling. Det er utviklet alternative konsepter for estimering av behandlingsbehovet hos svekkede eldre, blant annet det «realistiske behandlingsbehov» (24) og «treatment intention index» (25), som begge drar inn en utilitaristisk (nytteetisk) tilgang til bestemmelse av behandlingsbehovet. Men disse har primært funnet en epidemiologisk anvendelse og er vanskelige å operasjonalisere i klinikken.

Med et økende antall gamle og en generell bedring av tannhelsen vil gerodontologi bli et stadig viktigere felt for tannhelsepersonalet. Fremtidens eldre er vant til god tannhelse, og de selv og deres pårørende vil sette tilsvarende høye krav selv om de havner på sykehjem. Forskning innen dette feltet er vanskelig – blant annet på grunn av den livsfase pasientene befinner seg i –

men forskningbasert dokumentasjon som grunnlag for tilpassete tiltak er påkrevet. Derfor trenger man på nordisk basis et akademisk og ressursmessig løft innen fagfeltet.

## English summary

Strand GV, Stenerud G, Hede B.

### Oral hygiene and dental treatment for institutionalized old people

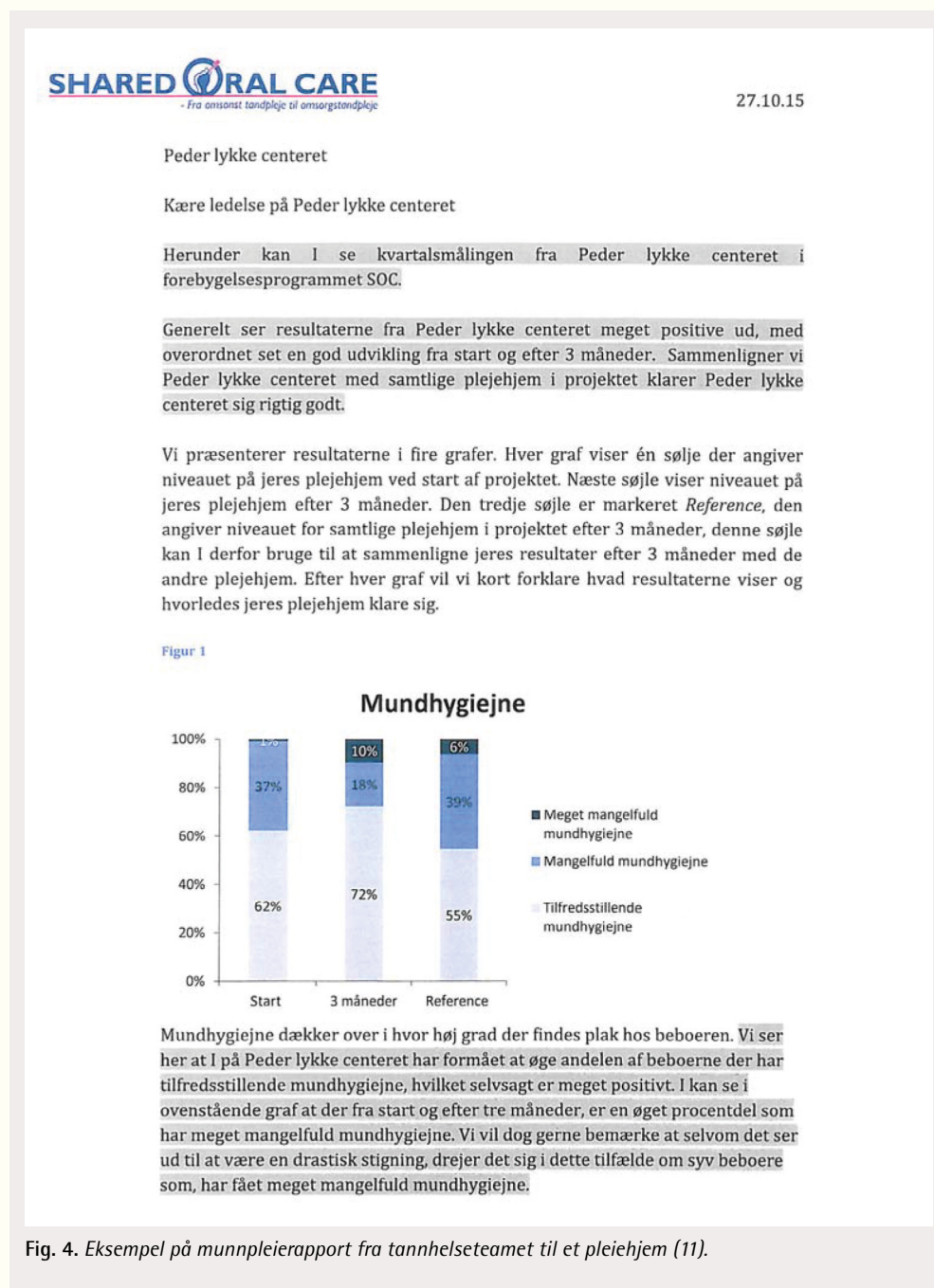
Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 138–43

Implementation of prophylactic measures significantly reduces the strain on human and economic resources. The consequences

of lacking oral maintenance are well known: loss of teeth, deteriorating oral and general health, social stigmatization, nutritional problems, pain etc. Obstacles to optimal oral and dental care exist on several levels and are usually caused by inadequate interaction between different providers of dental care. In Nordic countries most people die in nursing homes and palliative oral care entails a better possibility for a dignified end to their lives.

## Referanser

1. Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP et al. Oral infections and systemic disease – an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect.* 2007; 13: 1041–7.
2. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008; 66: 368–73.
3. Bots-Vant Spijker PC, Vanobbergen JNO, Schols JMGA et al. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentist: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 113–21.
4. De Visschere L, de Baat C, de Meyer L et al. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: A qualitative study. *Gerodontology.* 2015; 32: 115–22.
5. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22: 1025–39.
6. Lithgow S, Jackson GA, Browne D. Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012; 27: 785–91.
7. Stewart R, Hotopf M, Dewey M et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing.* 2014; 43: 562–7.
8. Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? In: *Aktuel Nordisk Odontologi.* 2012. København: Munksgård, 2012.
9. Størksen K. Når standardløsningene ikke finnes – Om behandlingsvalg hos syke eldre. *Tandlægebladet.* 2001; 105: 136–45.
10. Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident el-



- derly versus the actual assistance received from the staff. *Open Dent J.* 2009; 3: 241–4.
11. Hede B, Poulsen JE, Christophersen R et al. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet.* 2014; 118; 980–6.
  12. Willumsen T, Karlsen L, Naess R et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology.* 2012; 29: e748–55.
  13. Beck AM, Damkjaer K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. *Aging Clin Exp Res.* 2009; 21: 143–9.
  14. de Lugt-Lustig KH, Vanobbergen JN, van der Putten GJ et al. Effect of oral healthcare education in knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 88–96.
  15. Eadie DR, Schou L. An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through carers of elderly people. *Community Dent Health.* 1992; 9: 343–8.
  16. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
  17. De Visschere L, van der Putten GJ, de Baat C et al. Possible enabling and disabling factors when implementing an oral hygiene protocol in nursing homes. *Arch Public Health.* 2006; 64: 231–49.
  18. Marthinussen MC, Strand GV. Palliativt munnstell. In: *Aktuel Nordisk Odontologi 2013.* København: Munksgård, 2013.
  19. Palliasjon KS. *Nordisk lærebok.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
  20. Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology.* 2015; doi: 10.1111/ger.12198
  21. Institutt for klinisk odontologi. (Set 2016 februar). Tilgjengelig fra: <http://www.uib.no/odontologi/65766/seksjon-gerodontologi..>
  22. Wårdh I, Hallberg LR, Berggren U et al. Oral health care – A low priority in nursing. In-depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 137–42.
  23. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist.* 1999; 19: 154–7.
  24. Vigild M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalised elderly people. *Gerodontology.* 1993; 10: 10–5.
  25. Isaksson R, Söderfeldt B, Nederfors T. Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care. *Acta Odontol Scand.* 2003; 61: 11–8.

*Adresse: Gunhild Vesterhus Strand, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: Gunhild.Strand@uib.no*

*Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.*

*Strand GV, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 138–43*