



UiO • Universitetet i Oslo

Vektlegging av oral helse i sykepleieutdanningen

*Det har ingen plass
– men hører hjemme mange steder*

Turid Lervik Wisløff

Master i avansert geriatrisk sykepleie
120 studiepoeng

Institutt for sykepleievitenskap
Det medisinske fakultet

Dato: 14.05.2021
Antall ord: 14383

©



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|--|----------------------------|
| Navn: Turid Lervik Wisløff | Dato: 14.05.2021 |
| Tittel og undertittel: Vektlegging av oral helse i sykepleieutdanningen Det har ingen plass -men hører hjemme mange steder | |
| Sammendrag: <p>Formål: Formålet med masteroppgaven var å utforske emneplaner for sykepleieutdanningen med tanke på hvilket kunnskapsgrunnlag sykepleiere får gjennom sin bachelorutdanning innenfor temaet oral helse.</p> <p>Teoretisk forankring: Sviktende oral helse kan få alvorlige konsekvenser for eldre pasienter. Flere sykdommer kan være direkte forårsaket av bakterier fra munnhulen, hvor nedsatt allmenntilstand eller sykdommer kan gjøre det vanskelig for noen eldre å gjennomføre stell av munn og tenner selv. Det er et stort forebyggende potensiale i økt fokus på oral helse. Pasienter i hjemmetjeneste og sykehjem får i liten grad den hjelpen de trenger til å opprettholde god oral helse. Mangel på kunnskap blant sykepleiere er en viktig årsak til dette. Med økt kunnskap og økte ferdigheter på dette området kan pasientene få bedre hjelp og spares for mange plager.</p> <p>Metode: Masteroppgaven er en dokumentstudie, der emneplaner fra bachelorutdanningen i sykepleie ble gjennomgått for å se hvordan oral helse vektlegges. Analysen ble gjennomført som en todelt prosess, der dokumentene har blitt gjennomlest og kategorisert i temaer i første del av prosessen, og ved ordtelling for å utforske i del to av analysen.</p> <p>Resultater: I emneplanene legges det stor vekt på sykepleiernes funksjonsområder, sykepleieprosessen, pasientenes grunnleggende behov og kjennskap til lovverk og retningslinjer. Kompetansemål er delt i kunnskap og ferdigheter, men det ser ikke ut til å være noen enighet i hva som er kunnskap og hva som er ferdighet. Begrepet oral helse er ikke nevnt i noen av emneplanene. Ord som inneholder munn er kun nevnt noen få ganger i emneplanene, hvor fire av de er i emnet anatomi med krav om å navngi strukturer i munnhulen. I emnene der munnstell er nevnt som innhold, er det ikke tydelig om det forventes som kunnskap eller ferdighet.</p> <p>Konklusjon: Oral helse er et tema som ikke eksisterer i bachelorutdanningen i sykepleie, og det er ingen enighet om hvor munnstell hører hjemme i undervisningen.</p> | |
| Nøkkelord: Oral helse, munnhelse, sykepleieutdanning, dokumentanalyse | |



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|--|----------------------------|
| Name: Turid Lervik Wisløff | Date: 14.05.2021 |
| Title and subtitle: Oral health – the knowledge of nurses | |
| Abstract: <p>Purpose: The purpose of this study was to explore the focus of oral health within nurse education.</p> <p>Literature Review: Reduced oral care can cause several serious consequences for the elderly. Bacteria in the oral cavum is the direct cause of many illnesses. Frailty or illnesses may make it difficult for the elderly to maintain oral care. Several reviews show that patients in home care and nursing homes do not receive the help or assistance they need to maintain proper oral health. Insufficient knowledge among nurses may be an important reason why the patients do not get the help they need.</p> <p>Method: This study is a document study where course description plans from the nursing education in Norway are explored to examine how oral health is emphasized. A two-step process informed the analysis where the documents at first were studied and categorized in themes. Secondly, key words were identified in the documents.</p> <p>Results: Courses emphasize the functions of the nurses, the nursing process, the basic needs of the patients and the knowledge of laws and guidelines. The aims of the courses are divided into knowledge and skills. However, there seems to be a discrepancy as to whether oral health is knowledge or a set of skills for nurses. Oral care is mentioned only a few times of which four times is related to naming anatomical structures of the oral cavum. Where oral care is mentioned, there is no consistency as to whether oral care is knowledge or skills for nurses.</p> <p>Conclusion: Increased focus on oral health has a great preventive potential. This subject has not had the necessary focus in the nurse education. More knowledge and skills for nurses as to oral health may give patients better health and diminish suffering and pain. There also seems to be a discrepancy as to which subject oral care belong.</p> | |
| Key words: Oral health, Nursing Education, Document Analysis | |

Forord

Det er med stolthet og vemod jeg nå leverer masteroppgave som avslutning på masterstudiet i Avansert Geriatrisk Sykepleie ved Universitetet i Oslo. Stolthet over den kunnskapen jeg har fått, og vemod over å være ferdig med et interessant studieprogram.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en interessant og lærerik prosess, og det er mange som skal ha stor takk for hjelp, støtte og inspirasjon.

Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder Astri Letnes Janson, som har fulgt opp og heiet på meg gjennom prosessen med konstruktive tilbakemeldinger og gode diskusjoner. Line Kildal Bragstad fortjener også en stor takk for tilbakemeldinger og motiverende masterseminarer. Faglig veileder Regina Skavhellen Aarvik har bidratt med sine kloke innspill når det gjelder det faglige innholdet i oppgaven, og skal ha en stor takk for all faglig kunnskap hun har delt.

Jeg vil også rette en takk til medstudenter ved Avansert Geriatrisk Sykepleie for gode diskusjoner og samlinger.

Mine nærmeste har vært rause og latt meg få bruke en stor del av tiden de siste fire år til å studere. Takk for at jeg har fått tid, ro, oppmuntring og støtte til å gjennomføre studiet.

Tusen takk til alle som har hjulpet gjennom prosessen som har ført til at jeg kan levere masteroppgaven som avslutning på et interessant studie.

Sofiemyr 13/5-21

Turid Lervik Wisløff

| | |
|--|-----------|
| INNLEDNING | 1 |
| BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 1 |
| BAKGRUNN..... | 3 |
| AVGRENSNING TIL ELDRE | 3 |
| SYKEPLEIE SOM FAGFELT | 4 |
| HVA ER ORAL HELSE? | 5 |
| ORAL HELSE ER ET SATSNINGSOMRÅDE | 6 |
| SAMMENHENG MELLOM ORAL HELSE OG GENERELL SYKDOM..... | 7 |
| ORAL HELSE – ET SYMPTOM | 8 |
| BARRIERER FOR IVARETAKELSE AV ELDRE PASIENTERS ORALE HELSE | 10 |
| KUNNSKAPSGRUNNLAG | 10 |
| HENSIKT OG PROBLEMSTILLING | 12 |
| METODE | 13 |
| DATAMATERIALE..... | 13 |
| DATAINNSAMLING..... | 14 |
| EMNEPLAN SOM DATAMATERIALE | 18 |
| ANALYSE AV DATAENE | 19 |
| ETISKE BETRAKTNINGER | 22 |
| RESULTAT | 23 |
| <i>Sykepleiens grunnleggende ansvarsområder</i> | <i>23</i> |
| <i>Sykepleieprosessen</i> | <i>24</i> |
| <i>Grunnleggende behov.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Lover og forskrifter</i> | <i>28</i> |
| ORDSØK..... | 30 |
| <i>Oral.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Munn</i> | <i>30</i> |
| <i>Tann eller tenner.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Smerte</i> | <i>34</i> |
| DISKUSJON | 36 |
| ORAL HELSE – ET IKKE-EKSISTERENDE BEGREP | 36 |
| ORAL HELSE HØRER HJEMME FLERE STEDER | 37 |
| ORAL HELSE INNENFOR GRUNNLEGGENDE BEHOV | 38 |
| ORAL HELSES Plassering I ORGANSYSTEMENE..... | 40 |
| ORAL HELSES Plassering I FARMAKOLOGI | 42 |
| ORAL HELSE SOM KUNNSKAP ELLER FERDIGHET..... | 42 |
| DEN IMPLISITTE FORVENTNING..... | 44 |
| STYRKER OG SVAKHETER | 46 |
| KONKLUSJON | 47 |
| LITTERATURLISTE | 48 |

Innledning

Bakgrunn for valg av tema

Gjennom min yrkeserfaring som sykepleier i hjemmesykepleien har jeg erfart at det er lite fokus på munnhelse og tannhelse. Unntaket jeg har observert er ved palliative pasienter. Når pasientene er i palliativ fase er det stort fokus på å fukte munnen og gjøre observasjoner som kan avdekke sopp og andre tilstander som kan føre til smerte og ubehag. De aller fleste pasientene jeg møter er eldre, men ikke i palliativ fase. Da er ikke oral helse vektlagt. Dersom det er laget tiltak om hjelp til tannstell er det som regel kun formulert som «hjelp til tannpuss», eller «oppfordre pasienten til å pusse tennene». Det er sjelden konkrete prosedyrer om hvordan dette skal gjennomføres eller hvilket utstyr og teknikker som skal brukes. En forskningsstudie om oral helse i hjemmetjenesten i Oslo viste at i hjemmesykepleien fikk bare halvparten av dem som ønsket assistanse til tannpuss hjelp til dette, og ingen av de inkluderte pasientene i studien hadde fått tilbud om undersøkelse av munnhulen av sykepleier eller andre i hjemmesykepleien (Fjæra, Willumsen, & Eide, 2010).

Dette forskningsresultatet stemmer godt med mine observasjoner gjort gjennom min mangeårige erfaring fra hjemmesykepleien. I hjemmesykepleien er munnhelsetiltak som regel begrenset til å tilby pasienten fylkeskommunal tannlege etter tre måneders hjelp fra hjemmetjenesten. Det er som følge av Lov om tannhelsetjenester som sier at brukere som har hatt hjemmesykepleie ukentlig i over tre måneder har lovfestet rett til undersøkelse og nødvendig tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven, 2020, §1-3). Når nye pasienter innskrives i hjemmetjenesten blir det ofte lagt inn en påminnelse etter tre måneder om at pasienten skal tilbys offentlig tannlege dersom pasienten fortsatt har tjenester i godkjent frekvens til å innfri retten til offentlig tannhelsetjeneste. Det er etter min erfaring litt tilfeldig hvilken informasjon pasientene får om denne rettigheten, og hva det innebærer. Seim et al. (2014) viste også i sin studie om tannhelse og pasienter med hjemmetjenester at det var få pasienter som hadde fått informasjon om Den offentlige Tannhelsetjenesten.

Gjennom mange års praksis som sykepleier i hjemmesykepleien har jeg også fulgt opp og veiledet mange studenter gjennom sin praksisperiode i hjemmebaserte tjenester. Dette er studenter som hovedsakelig er i siste år av sin sykepleieutdanning. Ofte har jeg spurt

studentene hva de har lært om munnhygiene på sykepleiestudiet. Uten å ha ført noe statistikk på det, har jeg merket meg at de fleste har svart at de ikke har lært noe særlig om oral helse. De praksisstudentene som forteller at de har hatt noe om oral helse, sier at de husker at de pusset tennene på hverandre da de lærte om stell og personlig hygiene, og forteller videre at de har ikke kan huske å ha lært noe mer om oral helse i andre emner. Jeg har ikke ført statistikk på svarene jeg har fått, og dette er ikke vitenskapelige observasjoner, men de svarene jeg har fått har trigget nysgjerrigheten om å utforske mer om emnet.

Bakgrunn

Avgrensning til eldre

Andelen eldre i den norske befolkningen øker betydelig. Dette skyldes at levealderen er stigende og at den generelle helsetilstanden er i bedring (NOU 2018:16, s. 68). Når alderen øker, øker risikoen for kroniske sykdommer og komorbiditet, og mange eldre har flere sykdommer som kan gi fysiske og mentale utfordringer, og mange medikamenter som er vanlige i bruk hos eldre kan påvirke oral helse (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 124). En større andel av de eldre har også flere egne tenner enn tidligere, noe som gir større, og andre, utfordringer for helsevesenet knyttet til munnstell (Christensen et al. 2017). Christensen et al. (2017) peker også på at fysiske og psykiske barrierer kan være noen av årsakene til at eldre selv ikke klarer å opprettholde god oral hygiene, og som resultat av dette vil selv velbehandlete tannsett forfalle på kort tid i disse situasjonene.

Eldre pasienter som har utfordringer med oral helse er ofte brukere av hjemmetjeneste eller beboere ved omsorgsboliger eller sykehjem, altså innen kommunal helsetjeneste. Selv om pasientene kan ha hyppige innleggelse ved sykehus, er det i hjemmetjeneste, sykehjem eller omsorgsbolig den langvarige og daglige oppfølgingen skjer. Fylkeskommunene skal gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten gi et regelmessig oppsøkende tilbud til flere pasientgrupper, som barn og ungdom til og med året de fyller 20 år, psykisk utviklingshemmede og grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (Tannhelsetjenesteloven, 2020, §1-3).

I forskrift om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ligger det en tydelig forventning om at kommunene skal ha skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. I dette ligger blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

Denne masteroppgaven er avgrenset til oral helse hos eldre. Det er fordi eldre og pleietrengende er den dominerende pasientgruppen som helsepersonell møter i kommunehelsetjenesten.

Sykepleie som fagfelt

I kommunehelsetjenesten, der eldre og pleietrengende er den dominerende pasientgruppen, er det mange forskjellige yrkesgrupper som samarbeider og bidrar med sin kompetanse for at pasientene i størst mulig grad skal bli ivaretatt knyttet til forebygging, behandling og oppfølging. Den daglige oppfølgingen av pasientene støttes av både sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter som er i fast ansettelse eller vikarer i varierende stillingsprosent. Kompetansenivået og ansvarsnivå varierer mellom yrkesgruppene. Det er også mange andre yrkesgrupper involvert i oppfølging av pasientene med sin kompetanse på ulike ansvarsområder. Det gjelder blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og fastleger eller sykehjemsleger. Mange ganger må helsepersonellet i kommunehelsetjenesten også forholde seg til spesialisthelsetjenesten etter at pasienter har vært på undersøkelser eller innleggelse. Pasienter som har helsetjenester i et visst omfang har også rett til offentlig tannhelsetjeneste, der samarbeid med tannhelsetjenesten blir en naturlig og viktig del av oppfølgingen av pasientene. Tannpleier eller tannlege kommer ofte til sykehjemmet for å utføre undersøkelser og behandling. På den andre siden må hjemmeboende pasienter med hjemmesykepleie i de fleste tilfeller oppsøke den offentlige tannhelsetjenesten i sine lokaler. I kommunehelsetjenesten er det ofte sykepleiere som har funksjonen med å koordinere tjenestene og følge opp pasientene. Sykepleierens rolle er derfor sentral når det gjelder oral helse. Tverrfagligheten, samarbeid og sykepleieres rolle er også belyst i Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlige finansierte tannhelsetjenester. Her påpekes det at det for å få et godt tjenestetilbud krever godt koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av sektorer, tjenester og profesjoner (NOU 2018:16, s. 71).

Sykepleiere får sin offentlige godkjenning etter bestått Bachelor i sykepleie, og har rett til autorisasjon etter søknad ved bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring (Helsepersonelloven, 1999, § 48a).

Sykepleierutdanningen er regulert av Forskrift for sykepleierutdanning, som igjen bygger på universitets- og høyskoleloven (Universitets- og høyskoleloven, 2005, § 1). Forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 1). Dette skal sikres av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), som foretar en faglig vurdering av om de forskjellige

utdanningsinstitusjonene oppfyller de kvalitetskrav som foreligger i lover og forskrifter for å sikre at utdanningen holder forventet kvalitet (Universitets- og høyskoleloven, 2005, § 1-2).

Hva er oral helse?

World Dental Federation (FDI), fikk i 2016 et oppdrag fra verdens helseorganisasjon (WHO) om å revurdere definisjonen på oral helse. Der påpekte de at definisjonen er ment å være gjeldende i alle land og for alle yrkesgrupper, selv om det er forskjellige tilnærminger til temaet, og de forskjellige elementene som påvirker oral helse blir vektlagt forskjellig av de forskjellige yrkesgruppene. I det ferdige notatet om definisjonen vises det til at samarbeidende helsearbeidere har behov for å få en større forståelse av oral helse i sammenheng med generell helse, og at oral helse har en rettmessig plass i alle helsediskusjoner (Glick et al., 2020). Også i Norge er det i de senere årene blitt mer fokus på viktigheten av oral helse, og det vises til et behov for å belyse en tydelig sammenheng mellom oral helse og øvrige helse- og sykdomsforhold. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en rapport med ønske om økt satsning på forskning på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse. I denne vises det også til sammenhengen mellom oral helse og generell sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s 10). Også i Stortingsmelding 15, Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, legges det vekt på oral helse som et viktig tema (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 124). WHO opprettet en arbeidsgruppe for å formulere en definisjon på oral helse. Definisjonen er oversatt til norsk og er gjengitt i en artikkel i Den Norske tannlegeforenings tidende:

Oral helse er mangesidig og inkluderer, men er ikke begrenset til, evnen til å snakke, smile, lukte, smake, berøre, tygge, svelge og formidle et spekter av følelser gjennom ansiktsuttrykk med selvtillit og fri for smerte, ubehag og/eller sykdom i det kraniofaciale kompleks (Hauge & Alvenes, 2019).

Definisjonen fra FDI som er publisert i Den Norske tannlegeforenings tidende viser at oral helse favner bredt i pasienters liv og helse. Denne definisjonen satt i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementet sin argumentasjon om en tydelig sammenheng mellom oral helse og øvrig helse- og sykdomsforhold, viser viktigheten av oral helses rolle i pasienters generelle helsetilstand. Dette bekreftes også av forskning som viser en tydelig sammenheng mellom oral helse og livskvalitet (Coleman, 2002; Masood, et al., 2016).

Oral helse er et satsningsområde

Verdens helseorganisasjon (WHO) har de siste årene satt fokus på oral helse som en generell helseutfordring og har definert oral helse som et satsningsområde. Dette har ført til at WHO har formulert en egen satsningsplan for å bedre oral helse hos verdens befolkning (World Health Organization, u.å.). Denne trenden sees også i Norge, hvor Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 presenterte en strategi for forskning på oral helse. I denne planen legges det vekt på kompleksiteten i oral helse, hvor det pekes det på at det ikke bare er tannhelsetjenesten som er viktig å involvere i arbeidet for bedre oral helse:

Det overordnede målet er å legge til rette for økt kunnskapsutvikling og forskning innen oral helse og innen oral helse sett i sammenheng med øvrige helse- og sykdomsforhold (Helse og omsorgsdepartementet, 2017, s. 10).

I forordet til planen skriver helse- og omsorgsminister Bent Høie at i kunnskapsutviklingen må helse- og sykdomstilstander i tenner, kjever og munn i økende grad sees i sammenheng med øvrige helse- og sykdomsforhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2). Også i stortingsmelding 15, «Leve hele livet», er det fokus på hvor viktig oral helse er for helsetilstanden og livskvaliteten for eldre (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 124). Dette er en kvalitetsreform som setter tydelige forventninger til kvaliteten på omsorgstjenestene som gis til eldre. Dette understøttes av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene der det forventes at kommuner skal ha skriftlige nedfelte prosedyrer for å ivareta pasienters daglige orale hygiene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Det kommer tydelig fram i forskriften at ansvaret for oral helse ikke bare er begrenset til tannhelsetjenesten, men gjelder alt helsepersonell på daglig basis.

I de senere årene sees gjennom styringsdokumenter, en tendens til økt fokus på sammenhengen mellom oral helse og generell helse og sykdom. I stortingsmeldinger, retningslinjer og lovverk formuleres forventninger om at alt helsepersonell kan ta et ansvar for oppfølging av oral helse og forebygging av komplikasjoner dårlig oral helse kan føre til.

Sammenheng mellom oral helse og generell sykdom

I «Leve hele livet» er det vist til at flere eldre har redusert mestring av daglige aktiviteter, og dette er en faktor som kan gjøre det utfordrende å ivareta egen oral helse.

Redusert helsetilstand, økt medisinbruk og mangelfull evne til egenomsorg øker risikoen for infeksjoner. God munnhelse har betydning for den generelle helsen, spesielt for dem som er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 124-125).

Dårlig oral helse og generell sykdom kan beskrives som en ond sirkel. Munntørrehet er vist å være en omfattende utfordring for mange eldre. Det er flere årsaker til munntørrehet, der den vanligste er legemiddelbruk, hvor munntørrehet er en kjent bivirkning (Christensen et al., 2017). Det er også flere sykdommer som kan redusere spyttsekresjonen og føre til munntørrehet. Dette er sykdommer som er relativt vanlige hos eldre, slik som for eksempel Sjøgrens syndrom, dårlig regulert diabetes mellitus, Parkinsons sykdom og ulike infeksjose sykdommer (Christensen et al., 2017). Blant eldre er det også mange som er dehydrerte, feilernærte eller underernærte, og derfor vil kunne oppleve munntørrehet som konsekvens av dette (Lynge & Beier, 2011). Det er en klar sammenheng mellom oral helse og næringsinntak, der smerter i munnen og tørre slimhinner kan føre til problemer med å tygge maten, eller utfordringer med å svelge, og endret smakssans kan være en konsekvens av bivirkninger av medikamenter (Coleman, 2002). Både endret smakssans og redusert spyttsekresjon er faktorer som kan føre til mindre inntak av næring fordi pasientene opplever at maten ikke smaker godt eller pasientene opplever vanskeligheter med å tygge eller svelge. Både Zulaga et al. (2012) og Shwe et al. (2019) viser sammenhengen at munntørrehet kan føre til underernæring eller feilernæring og dermed også være den direkte årsaken til økt skrøpelighet hos eldre. Munntørrehet kan også føre til endret miljø for den normale bakteriefloraen, og dette kan øke risikoen for utvikling av bakterier, og pneumonier kan oppstå på grunn av dette (Ortega et al., 2015; Coleman, 2002). Sjøgren et al. (2008) har i sin forskning vist at i sykehjem kan ett av ti dødsfall grunnet pneumoni forebygges med god oral helse i form av tilfredsstillende hjelp til tannpuss. Det er også vist at det er en stor sammenheng mellom oral helse og lungefunksjon ved obstruktive lungesykdommer, der dårlig oral helse igjen kan føre til forverring av lungefunksjonen (Barrionuevo et al., 2018). Mange eldre har også utfordringer med ulike former for hjertesykdommer. Forskning viser at

det er en tydelig sammenheng mellom oral helse og hjerteproblemer, der bakterier i munnhulen kan føre til koronare hjertesykdommer og perikarditter (Liljestrand et al., 2016).

Noen eldre har svekket muskelstyrke eller koordinasjon, som kan føre til nedsatt kvalitet på tannpuss. Dårlig kvalitet på tannpuss kan føre til økt mengde plakk på tennene som gir økt bakteriemengde i munnhulen. Dette kan igjen føre til infeksjoner som lungebetennelse, mage-tarm- infeksjoner eller bakteriene kan bre seg til blodbanen (Flovik, 2012, s.30). Det er også mange eldre som får utfordringer med kognitiv funksjon, og nedsatt kognitiv funksjon kan ha påvirkning på pasienters evne til ivaretagelse av egen oral helse. Svekket kognitiv funksjon kan være en direkte årsak til manglende evne til å opprettholde god oral helse (Zuluaga et al., 2011).

Foruten de direkte fysiske plagene dårlig oral helse kan føre til vektlegger også definisjonen fra FDI å kunne kommunisere og uttrykke seg med ansiktsuttrykk med selvtillit (Hauge & Alvenes, 2019). Niesten et al (2013) viser til sammenhengen mellom nedsatt oral helse og fysisk, psykisk og sosial skrøpelighet. Coleman (2002) viser også til at dårlig ivaretagelse av oral helse kan føre til dårlig egenverd, sosial isolasjon og depresjon, og påpeker at depresjon igjen kan føre til dårlig ivaretagelse av oral helse. Dermed er det en nedadgående spiral som kan ha store konsekvenser for pasientene.

Disse problemene eksemplifiserer at det kan være mange årsaker til at den orale helsen ikke blir ivaretatt godt nok, og dette kan føre til tilbaketrekking, lidelser, smerte, plager og sykdommer hos pasientene. Samtidig viser dette at økt fokus på oral helse kan bidra til å forebygge disse komplikasjonene, noe som kunne ført til at den generelle helsetilstanden og livskvaliteten kunne holdt seg bedre lenger ettersom dårlig oral helse kan være en direkte årsak til økt skrøpelighet hos eldre (Shwe et al., 2019; van der Putten et al. 2013).

Oral helse – et symptom

Ettersom det er en tydelig sammenheng mellom oral helse, sykdommer og økt skrøpelighet hos eldre, vil observasjoner i munnhulen være viktige for å avdekke redusert oral helse (Coleman, 2002). Observasjoner som blir gjort i munnhulen kan være symptom på andre sykdommer og ha betydning for både medisinerings, utredning og behandling. Gingivitt er betennelse i tannkjøttet som kan oppdages ved en inspeksjon av munnhulen. Dette er en

tilstand som ofte skyldes dårlig renhold, og vil gå over ved grundig renhold over tid (Coleman, 2002). Tørre slimhinner kan avdekkes ved observasjoner og kan være tegn på andre sykdommer, slik som for eksempel Sjøgrens syndrom. Bivirkning av medikamenter kan føre til at pasientene får tørre slimhinner i munnen. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer (2017, s.9) utdyper sykepleieres ansvar for å observere for bivirkning av medikamenter som er gitt. Ettersom eldre ofte står på flere medikamenter som har munntørrehet som bivirkning, bør det sjekkes rutinemessig og systematisk for om disse bivirkningene er uttalte og plagsomme for pasienten. Dersom sykepleieren observerer at standarden på oral helse er endret og begynner å bli dårligere kan det være nærliggende å mistenke at det er en begynnende kognitiv svikt som kan være årsaken. Det er fordi det er vist en tydelig sammenheng mellom evnen til egenomsorg i form av oral helse og svekket kognitiv funksjon (Avlund et al., 2003). Ved slike observasjoner ville det være naturlig å starte en utredning for å kartlegge om det er på grunn av fysiske begrensninger eller endret kognisjon standarden for oral helse er endret.

Det er vist at helsepersonell i svært liten grad foretar undersøkelse av pasientenes munnhule (Fjæra et al. 2010). Slike undersøkelser vil være forebyggende dersom sykepleierne vet hva man skal observere, og slik sett kunne bidra til mulighet til å oppdage sykdom, bivirkninger av medikamenter eller tegn til begynnende funksjonsfall tidligere og iverksette tiltak tidlig. Sykepleiere er ikke ukjent med å jobbe med prosedyrer og systematiske sjekklister der observasjoner settes i system og fører til forskjellige handlingsalternativer. Et eksempel på dette er NEWS2, der vitale tegn måles og avhengig av verdiene i vitale tegn utløses tiltak basert på observasjonene og funnene. NEWS2 er et scoringsverktøy som er godt implementert i praksis i store deler av helsevesenet, og er initiert av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender, 24/7» som er drevet av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, u.å). En annen systematisk sjekklister som er godt implementert i den kommunale helsetjenesten er ernæringskartlegging ved hjelp av MNA-skjema. Ved utfylling av MNA-skjema vil det fremkomme en poengsum som utløser konkrete tiltak i forhold til plan for oppfølging av ernæringsstatus.. Begge disse er initiert av Helsedirektoratets pasientsikkerhetsprogram.

I pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender», er det flere innsatsområder. Innsatsområder som nevnes er blant annet riktig legemiddelbruk, samstemming av legemiddellister, forebygging av trykksår, forebygging av fall, forebygging av underernæring, tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand, forebygging

av urinveisinfeksjoner, tidlig oppdagelse av sepsis og andre innsatsområder for andre deler av helsevesenet der det lanseres systematiske sjekklister. Derimot er ikke oral helse nevnt som innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet, og det finnes heller ikke systematiske sjekklister for oral helse med påfølgende handlingsalternativer som er implementert i daglig praksis i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, u.å).

Barrierer for ivaretagelse av eldre pasienters orale helse

Flere studier har avdekket faktorer som kan være årsak til at eldre pasienter ikke får tilfredsstillende hjelp fra helsepersonell til å opprettholde god oral helse. Studier har avdekket at mangel på kunnskap, uklare ansvarsforhold, mangel på tid og ferdigheter, sykepleiernes holdninger samt pasienter som motsetter seg munnstell, er vesentlige faktorer som hindrer god oral hygiene (Göstemeyer et al, 2019; Forsell et al., 2011). Disse forskningsartiklene beskriver barrierer på forskjellige plan, der noen av barrierene ligger hos sykepleierne selv, noen hos pasientene og noen barrierer ligger i organiseringen av helsetjenesten. Dette kan igjen føre til uklare ansvarsforhold som kan føre til at oral helse ikke blir vektlagt.

Alle disse barrierene kan ha stor betydning, men en av faktorene som trekkes frem som meget viktige for å kunne bedre gjennomføringen av oral helse er økt kunnskap om sammenhengen mellom oral helse og generell sykdom (Forsell et al., 2011). Forskning har også vist at med økt fokus på opplæring i oral helse og sammenhengene mellom oral helse og sykdom, øker standarden og gjennomføringen av oral helse til pasientene (Janssens et al., 2018).

Kunnskapsgrunnlag

Mangel på kunnskap fra helsepersonell er vist å være en vesentlig årsak til at eldre ikke får hjelp til å ivareta oral helse (Göstemeyer et al, 2019; Forsell et al., 2011; Svensli et al. 2019). Det er i den daglige praksisen med pasientkontakt denne mangelen på kunnskap får konsekvenser ved at eldre kan få smerter og plager som kunne vært unngått ved bedre hjelp av helsepersonell til å oppdage tegn til at oral helse ikke blir ivaretatt godt nok på et tidlig

tidspunkt. Blir dårlig oral helse oppdaget tidlig, kan pasientene få den lovpålagte hjelpen til å opprettholde en god oral helse på daglig basis, og sykdommer og plager kan forebygges (Coleman, 2002; Niesten et al., 2013).

I bachelorutdanning får sykepleierne sitt faglige grunnlag som de siden baserer sin praksis på. Det betyr i at det er en sammenheng med hvordan emner vektlegges i utdanningen og hvilke kunnskaper sykepleieren innehar etter endt studie. Dette kunnskapsgrunnlaget er avgjørende for praksisutførelse fordi det ikke er krav til videre systematisk kompetanseheving gjennom yrkeskarrieren som sykepleier. Når autorisasjonen er gitt, foreligger ingen lovpålagt krav til kompetanseheving (Helsepersonelloven, 1999, §48a). Gjennom yrkesetiske retningslinjer foreligger det en forventning om at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert, men ingen systematisk kontroll av om dette etterleves (NSF. u.å.). For de aller fleste sykepleiere i arbeid er det på grunn av høyt arbeidspress begrenset tid som kan avsettes til kompetansehevende formål i arbeidshverdagen. Det er opp til hver enkelt arbeidsgiver i hvilken grad det kan frigjøres tid og ressurser for kursing og kompetanseutvikling, og det er avhengig av bemanningssituasjon, tilgjengelighet til kurs og kompetansehevende tiltak, og ikke minst kommuneøkonomi hvorvidt dette blir prioritert. Mange sykepleiere opplever at dette ikke blir prioritert. Dermed er det faglige grunnlaget sykepleiere får gjennom bachelorutdanningen vesentlig for standarden på utøvelsen av sykepleie.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykepleierutdanningen i Norge gjennom emneplanene fokuserer på og vektlegger oral helse.

Forskrifter og retningslinjer er klare på at ansvaret for gjennomføring ligger hos utøvende helsepersonell (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3), men forskning har vist at ivaretagelse av oral helse er mangelfull (Lewis et al., 2017). Blant flere årsaker til dette, er manglende kunnskap hos helsepersonell vist som en vesentlig faktor (Göstemeyer et al, 2019; Forsell et al., 2011; Svensli et al. 2019).

På grunnlag av det er problemstillingen i denne oppgaven:

Hvordan vektlegges og beskrives oral helse gjennom bachelorutdanningen i sykepleie?

Metode

I denne oppgaven benyttes dokumentanalyse som metode for å besvare problemstillingen. Dokumentene kan bidra til å utforske hvilken posisjon oral helse har i sykepleierutdanningen. En dokumentstudie vil ikke kunne brukes for å belyse alle elementene knyttet til oral helse i sykepleierutdanningen, men belyse rammene som ligger til rette for utdanningen (Silverman, 2020, s 300). Dokumenter forteller en del av virkeligheten på et overordnet nivå, som styrende for handling. Derfor er dokumenter som beskriver innhold i emnene i sykepleierutdanningen viktige for å få innblikk i kunnskapsgrunnlaget for oral helse. Dette betyr at emneplanene ikke er en komplett sannhet om hva som undervises i sykepleierutdanningen, men at de likevel gir et innblikk i temaet, fordi de viser retningslinjer på et mer overordnet nivå.

Ved gjennomgang av dokumentene er FDI-rammeverket som definerer oral helse brukt som et verktøy for å identifisere områder i emneplanene som er vesentlige for oral helse. FDI-definisjonen som rammeverket er ikke et analyseverktøy, men gjennom å bruke dette blir områder som er vesentlige for oral helse i emneplanene identifisert. Områdene i emneplanene som identifiseres som vesentlige blir så analysert ved å se på hvor i utdanningen de tas opp, og hvor mange ganger det er et tema. Det er foretatt en todelt analyse ved først å bruke nøkkelord i kontekst, og siden ordtelling som verktøy for å identifisere områder som er gjennomgående i emneplanene og samtidig vesentlige for definisjonen av oral helse.

Datamateriale

I denne studien er det emneplanene i sykepleierutdanningen som er datamateriale. Man kan argumentere for at det kunne være naturlig å bruke studieplaner for å utforske hvordan oral helse blir beskrevet. Studieplanene ved alle skolene gjenspeiler i stor grad Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019), og er i vesentlig grad en avskrift av denne forskriften. Dette er en overordnet plan på nasjonalt nivå, og sier lite om konkret innhold i utdanningen. Emneplanene, derimot, utdyper innholdet i de forskjellige emnene i større grad enn en overordnet studieplan. Derfor er emneplaner valgt, og studieplaner ekskludert. Timeplaner for hvert emne kunne vært aktuelt å bruke som grunnlagsdata fordi de forteller mer detaljert om innhold, men dette var i liten grad publisert pr oktober 2020, da datainnsamlingen foregikk. Dermed ville utvalget blitt for lite til å kunne besvare

problemstillingen. Det kunne også vært aktuelt å bruke pensumlitteratur som datamateriale, men pensumlister varierer ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene. I tillegg blir ofte ikke pensumlister kunngjort før studenter er tatt opp på studiet, samt at opplysninger om pensum ligger bak innloggingsmurer på internett ved utdanningsinstitusjonene.

Emneplanene som er brukt som datamateriale i denne oppgaven er fra studier med studiestart høsten 2020. Årsaken til dette er at Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen som ble kunngjort 1. april 2019 er gjeldende for studier som starter studieåret 2020-2021 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 24). Forskriften danner grunnlag for innhold i bachelorutdanningen i sykepleie på tvers av alle utdanningsinstitusjonene, og emneplanene med studiestart høst 2020 er skrevet med utgangspunkt i den nye gjeldende forskriften. Studieforløp med studiestart tidligere enn høsten 2020 er lagt opp etter en eldre utgave av Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, og har derfor annet studieforløp og andre krav til innhold og utforming. Dersom emneplaner ned studiestart tidligere enn høsten 2020 hadde blitt inkludert, ville oppgaven bestått av emneplaner basert på to forskjellige forskrifter. På grunnlag av det, ble kun emneplaner fra studiestart 2020 inkludert.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen er skrevet etter at «Leve hele livet» - en kvalitetsreform for eldre, ble kunngjort, og etter at Helse- og omsorgsdepartementet publiserte strategi for forskning på oral helse. Ettersom oral helse er et sentralt tema i disse forskriftene og strategiene, er det derfor naturlig å anta at disse satsningsområdene er gjenspeilet i Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Emneplanene er utarbeidet med utgangspunkt i forskriften, og dermed bør oral helse som satsningsområde gjenspeiles i emneplane.

Datainnsamling

Ifølge utdanning.no er det 13 utdanningsinstitusjoner som tilbyr bachelorutdanning i sykepleie (<https://utdanning.no/>). Det er lenke til hver enkelt utdanningsinstitusjon sin internettside på utdanning.no. Emneplaner fra utdanningsinstitusjonene ligger tilgjengelig for alle på disse internettsider. Emneplanene ble lastet ned fra skolenes internettsider i løpet av perioden 27.oktober til og med 31. oktober 2020, og emneplaner fra utdanningsinstitusjonene som er publisert etter 31. oktober 2020 er ikke inkludert i analysene. Denne fristen for nedlastning av tilgjengelige emneplaner ble satt på grunn av rammene for en masteroppgave i hensyn til tid. På denne måten ble det sikret en grundig gjennomgang av datamaterialet.

Ettersom det pr 31. oktober 2020 var 130 emnebeskrivelser som var publisert, forventet jeg å ha nok datamateriale til å kunne besvare problemstillingen i det som var tilgjengelig og publisert, og flere emneplaner ville neppe tilført noe nytt (Silverman, 2020., s. 331). Det var heller ikke angitt noen tidsramme for når emner som ikke var publisert ville bli offentliggjort, og dette gjorde det uhensiktsmessig å vente på om flere emneplaner skulle bli publisert.

UiT Norges arktiske universitet hadde pr 31. oktober 2020 ikke publisert emneplaner, men kun studieplanen. Dette studiestedet er derfor ikke inkludert i oppgaven. Det er derfor 12 av utdanningsinstitusjonene som er inkludert i oppgaven. NOKUT har utformet en egen plan for innhold i emnet som omhandler anatomi, fysiologi og biokjemi (NOKUT, 2020). I disse emnene er det felles nasjonal eksamen for alle sykepleiestudenter. Planen fra NOKUT (2020) tilfredsstiller krav til felles nasjonal eksamen innen disse emnene. I emnene som omhandler anatomi, fysiologi og biokjemi i emneplanene fra utdanningsinstitusjonene er det henvist til NOKUT sin fagplan for anatomi, fysiologi og biokjemi. Derfor er NOKUT sin plan inkludert i oppgaven, og emnene om anatomi, fysiologi og biokjemi fra utdanningsinstitusjonene er ekskludert fra datagrunnlaget. Emneplanen fra NOKUT er lastet ned på et senere tidspunkt ettersom jeg gjennom gjennomgang av emneplanene erfarte at alle emneplanene i anatomi, fysiologi og mikrobiologi henviste til planen fra NOKUT. Da ble emneplanene fra utdanningsinstitusjonene tatt ut av datagrunnlaget for å unngå at det skulle bli dobbelt opp av emneplaner med samme innhold.

For en oversiktlig i presentasjon av resultat er utdanningsinstitusjonene nummerert for å kunne henvise til nummer og ikke hele navnet på utdanningsinstitusjonen ved senere henvisninger i videre tabeller og figurer, som vist i tabell 1.

| | |
|----|---|
| 1 | NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet |
| 2 | Universitetet i Sørøst-Norge |
| 3 | Lovisenberg Diakonale høgskole |
| 4 | Høgskulen på Vestlandet |
| 5 | Høgskolen i Innlandet |
| 6 | Universitetet i Agder |
| 7 | Oslo Met -storbyuniversitet |
| 8 | Universitetet i Stavanger |
| 9 | VID vitenskapelige høgskole |
| 10 | Høgskolen i Molde -Vitenskapelig høgskole i logistikk |
| 11 | Høgskolen i Østfold |
| 12 | Nord Universitet |
| 13 | NOKUT |

Tabell 1: Oversikt over utvalget og nummerering av utdanningsinstitusjonene

Ni av utdanningsinstitusjonene har mer enn en avdeling, der geografisk forskjellige undervisningssteder er underlagt samme utdanningsinstitusjon. I disse tilfellene er et tilfeldig utdanningssted valgt. Ved flere av studiestedene er det også forskjellige utdanningsløp, der rekkefølgen på studieemnene og praksisemner varierer, men gjennomføres i samme studieår. I de tilfellene er et tilfeldig valgt utdanningsløp inkludert. Det er også flere utdanningsinstitusjoner som tilbyr både heltid og deltidsstudier. Med unntak av lengden på gjennomføringen av emnene, er emneplanene like for heltid og deltidsstudier. Derfor er kun heltidsstudier tatt med i analysen. Det er varierende hvor mange enkeltemner de forskjellige utdanningsinstitusjonene har gjennom bachelorstudiet, der noen har delt utdanningsforløpet opp i mange små emner med få studiepoeng, mens andre har færre emner med flere studiepoeng. Totalt er det 180 studiepoeng som er kravet for en bachelorutdanning, og alle utdanningsinstitusjonene har totalt 180 studiepoeng samlet gjennom emneplanene. Enkelte skoler har valgfrie emner der studentene kan velge mellom flere emner, der kun et av dem er nødvendig for studenten å gjennomføre for å få godkjent bachelorprogrammet. Selv om studenten kun trenger å bestå et av de valgfrie emnene, er alle valgfrie emner tatt med i analysen. Se Tabell 2 for oversikt over utvelgelse av hvilken avdeling som er inkludert, hvilket studieforløp som er valgt og hvilke emner som er inkludert i studien. Det er også markert i tabellen hvilken dato emneplanene ble lastet ned fra de forskjellige utdanningsinstitusjonene.

| N R | Dato nedlastning | Avdelinger og avdelinger valgt | Studieforløp valgt | Annet |
|------------|-------------------------|--|---------------------------|---|
| 1 | 30/10-20 | Trondheim, Ålesund og Gjøvik | | Kun publisert emner for første studieår |
| 2 | 30/10-20 | Vestfold, Porsgrunn og Drammen | | Kun publisert emner for første studieår |
| 3 | 30/10-20 | Oslo | | Alle emner publisert og inkludert |
| 4 | 27/10-20 | Haugesund, Førde, Bergen og Stord | | Alle emner publisert og inkludert |

| | | | | |
|----|-----------|-----------------------------------|-----------------|--|
| 5 | 30/10-20 | Elverum og Kongsvinger | | Alle emner publisert og inkludert |
| 6 | 30/10-20 | Kristiansand og Grimstad | Praksispakke 1 | Alle emner publisert og inkludert, og alle valgfrie emner inkludert |
| 7 | 29/10-20 | Kjeller og Oslo | Utdanningsløp A | Der er ikke publisert emneplan for emnene: Foreldre – barn relasjon og ungdoms helse, Svangerskap, fødsel, barn, unge og familiers helse, Ernæring, Forebygging og behandling av feilernæring, Simulering som metode, Forskning i sykepleien og Veiledning i sykepleien. |
| 8 | 31/10-20 | Stavanger | | Alle emner publisert og inkludert |
| 9 | 30/10-20 | Oslo og Bergen | | Alle emner publisert og inkludert. Det er ikke publisert emneplaner til valgfrie emner |
| 10 | 29/10 -20 | Molde, grupper i Kristiansund | | Mangler emneside for Kliniske studier: Fagutøvelse av sykepleie til pasienter i primærhelsetjenesten/hjemmesykepleien med fokus på ledelse |
| 11 | 29/10-20 | Fredrikstad | Studieforløp A | Alle emner publisert og inkludert. Alle valgfrie emner inkludert |
| 12 | 29/10-20 | Bodø, Mo i Rana, Namsos, Levanger | | Alle emner publisert og inkludert |
| 13 | 30/11-20 | NOKUT | | Kun anatomi, fysiologi og mikrobiologi |

Tabell 2: Utvelgelse av data, inkludert avdeling, studieforløp og andre opplysninger om utvalg av emneplaner

Emneplanene inneholder mer enn opplysninger om emnets innhold, herunder også praktiske opplysninger om eksamensform, karakterskala, prosedyrer ved klage på karakterer, informasjon om fakultetstilhørighet, undervisningssted og undervisningsform, krav til forkunnskaper eller krav til oppmøte, samt praktiske opplysninger om veiledningsform og lengde på praksisstudier. Dette er i denne oppgaven fjernet fra emneplanene, slik at det som gjenstod av innhold til analyse i dokumentene var beskrivelse av emnets innhold, læringsutbytte og hvilke kunnskapsforventninger det er til studenten etter fullført emne. Dette ble gjort fordi det er innholdet i emnet og læringsutbyttet som er vesentlig å utforske for å kunne besvare problemstillingen. Opplysninger om hvilken eksamensform eller veiledningsform og andre praktiske opplysninger om gjennomføringen av emnet er ikke relevant for å besvare problemstillingen.

Emneplan som datamateriale

Ifølge høyskoleloven ligger ansvaret for utarbeidelse av fagplaner og emneplaner hos ledelsen, ved at styret har ansvaret for dette ved de enkelte utdanningsinstitusjonene (Universitets- og høyskoleloven, 2005, §3-3). Denne loven sier også at det skal være studentrepresentant i styret, dermed er det å anta at studenter har en viss innvirkning på formuleringene i planene (Universitets- og høyskoleloven, 2005, §4-3).

Det er i stor grad studenter som er målgruppen for emneplanene, der de skal kunne få forståelse av hva som forventes av dem i hvert emne gjennom å lese emneplanene. Samtidig har også forelesere som skal utarbeide undervisning, nytte av emneplanene for å kunne forberede sitt undervisningsopplegg slik at målet for emnet oppnås.

Foruten å gi studentene innblikk i hva de skal få av kunnskap og ferdigheter i emnene det undervises i og gi forelesere retningslinjer for innholdet i undervisningen, utformes også emneplanene for å kunne dokumentere at forskriften om sykepleieutdanningen blir fulgt. Det er viktig for utdanningsinstitusjonene å kunne dokumentere at forskriften etterfølges, slik at de kan beholde rettighetene til å utdanne sykepleiere, med de økonomiske implikasjoner det får. Til en viss grad kan emneplanene også sees på som markedsføring av utdanningsinstitusjonen. Studenter som vurderer å søke sykepleieutdanning kan se hva som vektlegges ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene ved å lese emneplanene, og velge studiested ut ifra dette.

Emneplanene som er analysert er i stor grad bygd opp på samme måte som Forskriften om sykepleieutdanningen i Norge, og det kan tyde på at utdanningsinstitusjonene ønsker å formulere dokumentene mest mulig likt formuleringene i forskriften. Etter at all informasjon i emneplanene som ansees som unødvendig for å besvare problemstillingen er fjernet, er det som står igjen i emneplanene emneinnhold og læringsutbytte etter fullført emne.

Læringsutbyttet er i emneplanene delt inn i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Dette samsvarer med formuleringene i forskriften om sykepleieutdanning i Norge, der det også er gruppert læringsutbytter i de forskjellige emnene i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Derfor er funn som blir gjort i analysen tematisk registrert og sortert om det er nevnt innen emneinnhold, kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse. Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH) er den eneste utdanningsinstitusjonen som ikke har delt læringsutbyttet i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse, og henviser kun til læringsutbytte etter fullført emne. Derfor er resultatene fra denne utdanningsinstitusjonen plassert i emneinnhold og kunnskap. I emner ved LDH der det både er teoriundervisning og

praksis, er det angitt mål etter undervisning og etter praksis. I disse emnene har jeg sett det naturlig å fordele målene i kunnskap etter den teoretiske undervisningen, og ferdigheter etter praksisdelen.

Emneplanene er ikke konkrete i sine formuleringer av hva emnene skal inneholde og hva læringsutbyttet skal være. Det er brukt store ord som kan romme mye og tolkes på forskjellige måter. Dette kan gjøre det vanskelig for studentene å se konkret hva som forventes av dem etter endt studie, og det kan gjøre det fleksibelt for utdanningsinstitusjonen å endre på innhold i undervisningen.

Analyse av dataene

Analysen har foregått som en todelt prosess, ved først å foreta en gjennomlesing og tematisering ved å identifisere nøkkelord i kontekst i emneplanene (Leech & Onwuegbuzie, 2008, s.594). Deretter er det foretatt et ordtellingssøk (Leech & Onwuegbuzie, 2008, s.594). Dokumentene er gjennomlest flere ganger for å finne mønstre i tekstene, og for å identifisere temaer som er relevante for oral helse. Gjennomgangen av dokumentene avdekker at følgende elementer er gjennomgående: sykepleiens grunnleggende ansvarsområder, sykepleieprosessen, grunnleggende behov, og lovverk og retningslinjer. Det er utarbeidet en analysestrategi basert på definisjonen av oral helse som er formulert av FDI, og ved å ta med kategoriene som er gjennomgående i dokumentene blir dette tilpasset sykepleiefaget. Sykepleiens grunnleggende ansvarsområder, omfatter ifølge ICN å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (ICN, 2006., s 24). Dette beskrives også som formål med utdanningen i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019., §4). I definisjonen fra FDI om oral helse er det å være fri for smerte og ubehag og/eller sykdom sentralt i definisjonen. Shwe et al. (2019) har vist til sammenheng mellom oral helse og generell sykdom, og hva dårlig oral helse kan føre til av sykdom og lidelse, og dermed være direkte årsak til økt skrøpeligheit hos eldre. Derfor blir sykepleiens grunnleggende ansvarsforhold viktige som tema i analysen av dokumentene.

Sykepleieprosessen er beskrevet som sykepleierens rolle i å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak, samt evaluere effekten av disse og justere ved behov. Også dette beskrives i formål med utdanningen i Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019., § 5). Observasjoner og tiltak for å lindre smerte og lidelse er

sentralt i sykepleie, og viktig når det er eldre pasienter som ofte har flere sykdommer og mange medikamenter. Dette samsvarer også med definisjonens mål for god oral helse som er å være fri for smerte og lidelse (Hauge & Alvenes, 2019).

Ifølge Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene har sykepleiere og annet helsepersonell ansvar for at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1). Det gjelder både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/kulturelle behov. Definisjonen på oral helse påpeker at oral helse påvirker alle disse grunnleggende behovene, derfor er grunnleggende behov trukket ut som element til analyse i dokumentene.

Lover og forskrifter viser at alt helsepersonell har ansvar for å ivareta pasienters orale helse, og i omtalen av definisjonen fra FDI om oral helse understrekes det viktigheten av at den gjelder for alt helsepersonell i møte med pasienter (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3; Hauge & Alvenes, 2019). Det er derfor gjennomgått hvordan lover og forskrifter omtales gjennom emneplanene.

Disse fire temaene er hyppig omtalt i emneplanene, og er meget relevante i forhold til oral hygiene og definisjonen av dette, samt viktig for sykepleiefaget og de utfordringene sykepleiere har i møte med eldre pasienter i kommunehelsetjenesten. Derfor er disse fire temaene identifisert i emneplanene og det er kartlagt i hvilken kontekst de er nevnt.

Etter en tematisering av dokumentene er alle emneplanene lastet inn i Microsoft Word som ren tekst og analysert ved hjelp av funksjonen «find words» for å finne frekvensen av enkelte vesentlige ord ved ordtelling.

Her er det søkt på konkret på ordene: *munn*, *oral*, *tann/tenner* og *smerte*. Ordene *munn*, *oral* og *tann* eller *tenner* er direkte knyttet opp til munnhulen. Ordet *smerte* er sentralt i definisjonen av oral helse, og det er også sentralt i sykepleiens grunnleggende ansvarsområde ved å lindre lidelse. Det er også en viktig del av sykepleie til eldre, fordi mange eldre har sykdommer eller funksjonsnedsettelse som fører til smerte. Masood et al. (2016) har også vist at smerte er den faktoren ved dårlig oral helse som er mest plagsomt og hemmende for eldre pasienter. Derfor er ordet *smerte* tatt med som et ordsøk på lik linje med *munn*, *oral*, *tann* eller *tenner*.

Resultatene fra tema og ordsøk er satt i tabeller for å undersøke hyppigheten av funnene, ved hvilken utdanningsinstitusjon funnet er gjort, og innen hvilket kompetansemål det er hyppigst

nevnt. Dette gir mulighet til å utforske om flere utdanningsinstitusjoner har nevnt funnene, og i hvilket tidspunkt i utdanningen funnene er gjort. Tabellene viser om det er nevnt innen omtale av emnet, kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse. Det er også utarbeidet figurer som viser hvilket tidspunkt i utdanningsforløpet funnene omtales og om det er som informasjon om emnet, kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse. Når funnet beskrives tidsmessig i utdanningen, beskrives det om funnene omtales i første, andre eller tredje utdanningsår. Figurene viser funn samlet fra alle utdanningsinstitusjonene, fordelt på utdanningsår, kunnskapsmål og ferdighetsmål .

Etiske betraktninger

I denne oppgaven benyttes emneplaner som grunnlagsdata i analysen. Dette er dokumenter som er hentet fra offentlig tilgjengelige kilder som er tilgjengelige for alle som måtte ha ønske om å lese disse dokumentene. Det har derfor ikke vært nødvendig å søke om etisk godkjenning for å gjennomføre studien. Emneplanene som er brukt som grunnlagsdata i oppgaven er utformet av et styre ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene, og det er derfor ingen personlige forfattere av emneplanene. Dermed er det ingen enkeltpersoner som kan identifiseres gjennom dokumentene. Det er heller ingen personopplysninger eller personlige opplysninger i disse dokumentene. Ingen enkeltpersoner blir påvirket eller skades av denne forskningen.

Resultat

I det følgende vil funnene som er gjort i emneplanene presenteres i sammenheng med hvilken tematisering funnene kategoriseres under, og presentert i tabeller og figurer. Også resultatene fra ordsøk er presentert og sett i sammenheng med tematisering.

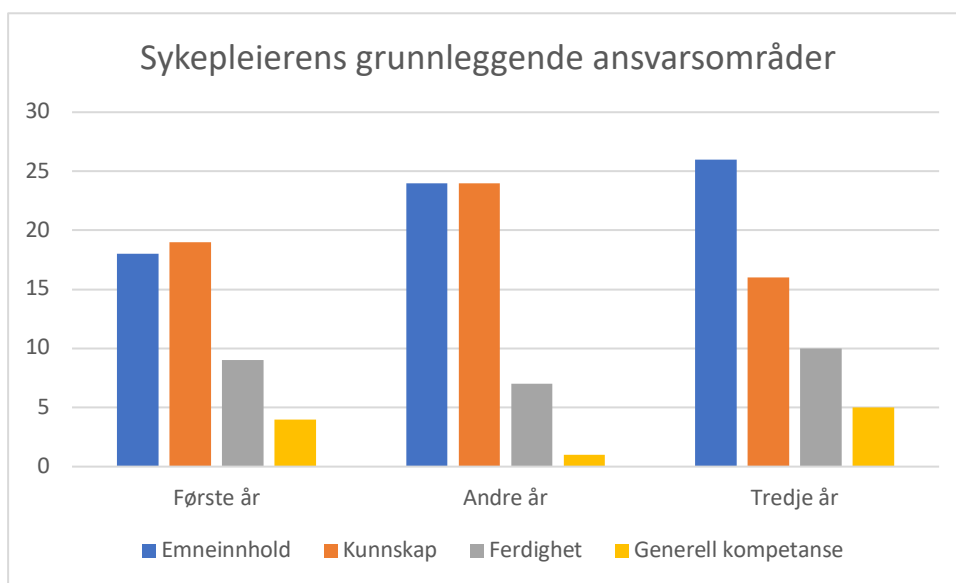
Sykepleiens grunnleggende ansvarsområder

De etiske retningslinjene for sykepleiere, utarbeidet av ICN, og Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (ICN, 2019, §2), viser til fire grunnleggende ansvarsområder innen sykepleie: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Dette er temaer som er gjennomgående i mange av emneplanene. Setningen «...sykepleierens helsefremmende, forebyggende, behandlende og lindrende funksjon, inkludert palliasjon.» er nevnt 162 ganger i emneplanene, ofte ordrett, men også nevnt med noen få omskrivninger med samme mening. Fordelingen av omtale av sykepleierens grunnleggende ansvarsområde fordelt mellom utdanningsinstitusjonene er vist i Tabell 3.

| <i>Skole</i> | <i>Emneinnhold</i> | <i>Kunnskap</i> | <i>Ferdighet</i> | <i>Generell kompetanse</i> |
|--------------|--------------------|-----------------|------------------|----------------------------|
| 1 | 1 | 1 | | |
| 2 | 1 | 1 | | 1 |
| 3 | 1 | 8 | 1 | |
| 4 | 9 | 3 | | |
| 5 | 13 | 5 | 5 | 4 |
| 6 | 1 | 3 | 5 | 2 |
| 7 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| 8 | 12 | 5 | 4 | 2 |
| 9 | 11 | 10 | 3 | |
| 10 | 12 | 10 | 1 | |
| 11 | 2 | 3 | 3 | |
| 12 | 3 | 5 | 3 | |
| 13 | | | | |
| | 68 | 58 | 26 | 10 |

Tabell 3: Tabellen viser fordeling av omtale av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller hvilken måloppnåelse.

Beskrivelsen av sykepleiers grunnlag og funksjon som tema er i størst grad nevnt i beskrivelsen av emnet. Deretter er det forventet som et kunnskapsmål, men det er ikke like stor forventning om at sykepleierens ansvarsområder skal være en ferdighet. I kompetansemålene er det derimot lite omtalt. De emnene der sykepleierens grunnleggende ansvarsområde er nevnt, er i hovedsak emner som omhandler teori før praksisstudier, og i emner som omhandler praksisstudier. Det er i noen tilfeller også nevnt under forebyggende helsearbeid. Omtalene av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder er i emneinnholdet oftere nevnt i andre og tredje år av utdanningen enn i første, men det er i andre studieår det er størst forventning om temaet som kunnskapsmål som vist i Figur 1.



Figur 1: Figuren viser fordeling av omtale av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

Sykepleieprosessen

Ved gjennomgang av dokumentene er det en setning som 84 ganger tilnærmet ordrett gjentas. Det er setningen: «Studenten kan anvende faglig kunnskap om helse og sykdom for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak, samt evaluere effekten av disse og justere ved behov».

Dette kan sees som en beskrivelse av sykepleieprosessens fem steg som innebærer datainnsamling, problemformulering, plan med sykepleietiltak, iverksetting og gjennomføring samt evaluering av planen.

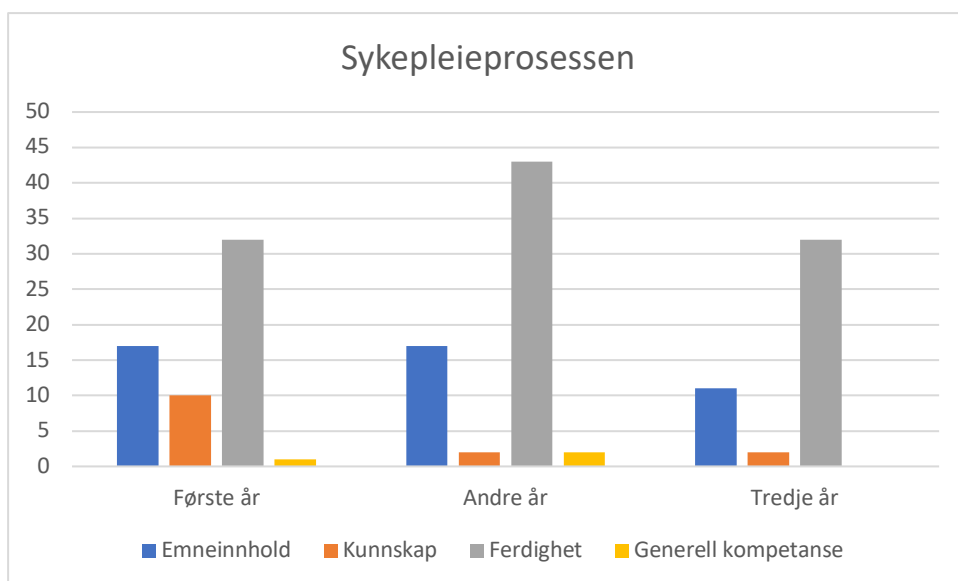
Sykepleieprosessen er også beskrevet flere ganger uten at hele setningen gjentas ordrett. Totalt er sykepleieprosessen omtalt med forskjellige formuleringer 169 ganger gjennom emneplanene, som vist i Tabell 4.

| Skole | Emneinnhold | Kunnskap | Ferdighet | Generell kompetanse |
|-----------|-------------|-----------|------------|---------------------|
| 1 | 1 | 1 | 2 | |
| 2 | | | 2 | |
| 3 | 13 | 3 | 12 | |
| 4 | 5 | | 6 | |
| 5 | 7 | | 6 | |
| 6 | | 1 | 7 | |
| 7 | 3 | | 3 | 1 |
| 8 | 4 | 2 | 15 | |
| 9 | 1 | 4 | 8 | |
| 10 | 5 | 2 | 13 | 1 |
| 11 | 2 | | 20 | 1 |
| 12 | 4 | 1 | 13 | |
| 13 | | | | |
| | 45 | 14 | 107 | 3 |

Tabell 4: Tabellen viser fordeling av omtale av sykepleieprosessen fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller hvilken måloppnåelse.

Det er en tendens til at sykepleieprosessen er nevnt i emner som omhandler kompetanse knyttet til direkte pasientkontakt, og i emnene som er beskrivelse av praksisperioder. Ved de utdanningsinstitusjonene som har delt emnene opp i en teoridel før praksisperiode og en praksisperiode er sykepleieprosessen oftest nevnt som kunnskap i teoridelen og som ferdighet i praksisdelen av emnet.

Som vist i Figur 2, er sykepleieprosessen som kunnskapsmål mest i fokus i første og andre studieår, og mindre i tredje studieår, mens det er mest fokus på sykepleieprosessen som ferdighet i andre studieår. De fleste utdanningsinstitusjonene har flest praksisperioder i andre studieår, og det kan sees som en naturlig årsak til at det i dette studieåret er mest fokus på sykepleieprosessen som ferdighet i og med at det er da studentene er mest i direkte pasientrettet arbeid.



Figur 2: Figuren viser fordeling av omtale av sykepleieprosessen fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

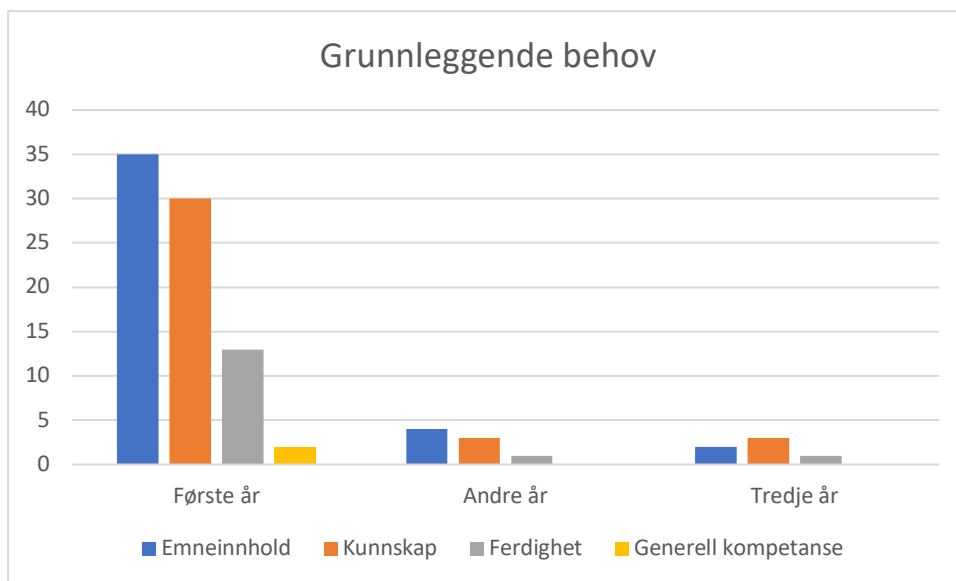
Grunnleggende behov

Grunnleggende behov er nevnt totalt 94 ganger, og det er mest vektlagt i emnebeskrivelsene og som kunnskap i måloppnåelsesbeskrivelsen. Hvordan fordelingen er mellom omtale av grunnleggende behov i emnebeskrivelsen, kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse er vist i Tabell 5.

| Skole | Emneinnhold | Kunnskap | Ferdighet | Generell kompetanse |
|-------|-------------|-----------|-----------|---------------------|
| 1 | 2 | 2 | 4 | |
| 2 | 4 | 2 | | |
| 3 | 5 | 5 | | |
| 4 | 2 | 1 | | |
| 5 | 10 | 5 | 4 | |
| 6 | 1 | 2 | 1 | |
| 7 | 4 | 4 | 1 | |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 9 | 2 | 5 | 1 | |
| 10 | 4 | 2 | 1 | |
| 11 | 3 | 2 | 1 | |
| 12 | 2 | 4 | | 1 |
| 13 | | | | |
| | 41 | 36 | 15 | 2 |

Tabell 5: Tabellen viser fordeling av omtale av grunnleggende behov fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller i hvilken måloppnåelse.

Når grunnleggende behov beskrives som kunnskap er det beskrevet som forventning om å ha bred kunnskap om menneskets grunnleggende behov. Hvilke konkrete ferdigheter som forventes når det er beskrevet som ferdighetsmål er ikke utdypet utover å vurdere hensiktsmessige sykepleietiltak for å ivareta grunnleggende behov. Hvilke sykepleietiltak det kan være snakk om er ikke definert. Det er kun Universitetet i Sørøst-Norge som har en opplisting i emneplanen av hva de definerer som de grunnleggende behov. Grunnleggende behov er et tema som i hovedsak er omtalt i emnene som omhandler grunnleggende sykepleie og er inkludert i undervisningen i første studieår. Som Figur 3 viser er det lite fokus på grunnleggende behov i andre og tredje studieår. I de emnene grunnleggende behov er nevnt i andre og tredje studieår er det i hovedsak emner som omhandler psykisk helse, enten som teoriundervisning eller som praksisstudier. Da er det vekt på å være oppmerksom på ivaretagelse av grunnleggende behov ved psykisk sykdom, og hva psykisk sykdom kan gjøre med pasienters ivaretagelse av grunnleggende behov.



Figur 3: Figuren viser fordeling av omtale av grunnleggende behov fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

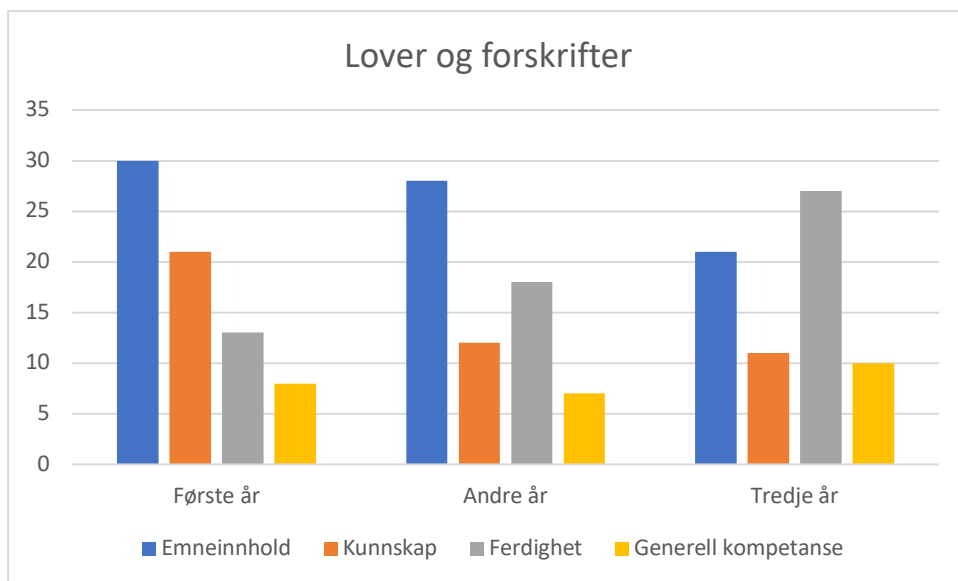
Lover og forskrifter

Det er stort fokus på lover, forskrifter og retningslinjer gjennom hele studiet. Dette er det temaet som er nevnt flest ganger i emneplanene, med 206 omtaler. Lover og forskrifter er i størst grad omtalt i emneinnhold, men det forventes også at studenten har både kunnskap og ferdigheter. Det er nevnt noen flere ganger som ferdighet enn kunnskap, selv om forskjellen på fordeling mellom kunnskap og ferdighet ikke er veldig stor, som vist i Tabell 6. Det vil si at det forventes at sykepleiere både har kunnskap om lover og forskrifter og at de kan anvende dette i praksis.

| Skole | Emneinnhold | Kunnskap | Ferdighet | Generell kompetanse |
|-----------|-------------|-----------|-----------|---------------------|
| 1 | 2 | 2 | | |
| 2 | 3 | 2 | | |
| 3 | 4 | 4 | 12 | |
| 4 | 7 | 4 | 13 | |
| 5 | 14 | 5 | 4 | 6 |
| 6 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| 7 | 1 | 2 | | |
| 8 | 14 | 5 | 11 | 6 |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 1 |
| 10 | 11 | 6 | 4 | 4 |
| 11 | 10 | 2 | 6 | |
| 12 | 5 | 7 | 3 | 6 |
| 13 | | | | |
| | 79 | 44 | 58 | 25 |

Tabell 6 Tabellen viser fordeling av omtale av lover og forskrifter fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller hvilken måloppnåelse.

Lover og forskrifter er det emnet som er nevnt i flest emneplaner, uavhengig av hvilket innhold emnet tar for seg. I utdanningsløpet er lover og forskrifter omtalt i omtrent like stor grad gjennom alle studieårene, men det er en tendens til at forventningene dreier mot lavere antall kunnskapsmål og høyere antall av ferdighetsmål gjennom studiet. Det er forventet at studenten kan anvende lover og forskrifter mer etter hvert i studiet, med mest fokus på ferdighet om anvendelse av lover og forskrifter i tredje studieår slik Figur 4 viser.



Figur 4: Figuren viser fordeling av omtale av lover og forskrifter fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

Ordsøk

Ved å søke på ord som er vesentlige for oral helse, vil hyppigheten av disse utforskes.

Deretter utforskes det i hvilke sammenhenger og disse ordene er nevnt. Ordfunnene blir delt inn i like kategorier slik det blir gjort i innholdsanalysen.

Oral

Ordet «oral» i betydningen munn er ikke nevnt i noen av emneplanene.

Ved å søke på ordet oral vil også ord der denne sammensetningen av bokstaver er en del av et ord bli angitt som treff. Ved søk på ordet oral i alle dokumentene ble det 15 treff. I syv av disse treffene var oral del av ordet moral. Høgskolen i Østfold hadde to treff der ordet «intersectoral» var nevnt. I emneplanen for anatomi, fysiologi og biokjemi fra NOKUT (2020) ble «aorta temporalis», «aorta femoralis», «vena femoralis», «temporallappen» (to ganger) og «pectoralis» nevnt. Disse treffene ble angitt fordi bokstavsammensetningen oral er en del av et annet ord, men kunne ikke bidra til å fortelle noe om oral i tilknytning til munnhelse.

Munn

Søk på ordet «munn» i dokumentene førte det til totalt ni treff, som vist i Tabell 7.

| Skole | Emneinnhold | Kunnskap | Ferdighet | Generell kompetanse |
|-----------|-------------|----------|-----------|---------------------|
| 2 | 1 | | | |
| 8 | 2 | | | |
| 10 | 1 | | | |
| 13 | 5 | | | |
| | 9 | | | |

Tabell 7: Tabellen viser fordeling av omtale av ordet munn fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller hvilken måloppnåelse.

Munn er kun nevnt under emneinnhold, og det er ikke forventet at det skal være et kunnskapsmål, ferdighetsmål eller en generell kompetanse. Ved Universitetet i Stavanger er ordet «munnstell» nevnt to ganger i emnet BSY160 Sykepleiens grunnlag (Universitetet i Stavanger, u.å.). Munnstell nevnes som emneinnhold, herunder som grunnleggende sykepleie knyttet til kroppspleie, munnstell og sengereing. Det er også nevnt i emneinnhold som

ferdighetstrening/simulering i samme emne. Munnstell er derimot ikke en del av læringsutbyttebeskrivelsene hverken som kunnskap, ferdighet eller generell kompetanse. Altså blir munnstell definert som både kunnskap og ferdighet i emneinnhold, uten at dette gjenspeiles som konkrete kunnskapsmål eller ferdighetsmål i læringsutbyttebeskrivelsene. Ved høgsolen i Molde er «munnhygiene» nevnt i emnet SKH100 Fagutøvelse, Simulering og sykepleieprosedyrer I, der det er en del av beskrivelsen av temaet «Ernæring: måltid og munnhygiene» (Høgsolen i Molde, u.å.). Beskrivelsen av måltid og munnhygiene som del av ernæring, er ikke tatt med i beskrivelsen av læringsutbytte hverken som kunnskap eller ferdighet, men kun nevnt i beskrivelsen av tema i undervisningen. Det er ikke nevnt hvilken sammenheng munnhygiene har med ernæring, men munnhygiene er listet opp under temaet som omhandler sykepleieprosedyrer. Hvilken prosedyre og fagutøvelse som innbefatter måltid og munnhygiene er ikke definert.

Ved Universitetet i Sørøst-Norge er «munnhygiene» nevnt i emnet Metoder og intervensjoner – Grunnleggende sykepleie. Dette emnet har ingen emnekode. Munnhygiene er nevnt som en del av emneinnhold, og er listet opp som ferdighetstrening med teksten: «Personlig hygiene/ «det gode stell»/ sengebud / vask av føtter / (ikke hårvask) og munnhygiene: Generelt/ spesielt.» (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å.)

Munnhygiene er her definert som en ferdighet innenfor feltet personlig hygiene i grunnleggende sykepleie. Hva det ligger i forskjellen på generell og spesiell munnhygiene er ikke definert. Ferdighetstreningen beskrives å være en del av å kunne gjennomføre intervensjoner, herunder det som dreier seg om selve gjennomføringen.

Det er beskrevet i faglig innhold i emnet at metoder forstås i dette som kunnskap om systematiske framgangsmåter, mens intervensjoner dreier seg om gjennomføringen.

Det kan synes som at det er fremgangsmåten for munnhygiene som er viktig, da kunnskapsgrunnlaget for intervensjonen ikke kommer tydelig frem. Det står beskrevet i emneplanen at alle ferdigheter knyttes til teoriundervisning, men hva teoriundervisningen inneholder er ikke beskrevet. Det er ikke definert noe kunnskapsmål i temaet som omhandler oral helse eller munnstell. Munnhygiene er heller ikke definert i ferdighetsmålet i læringsutbyttebeskrivelsen. Studentene skal altså kunne gjennomføre og være tilstede på ferdighetstrening i munnhygiene, både generell og spesiell, men det er ikke beskrevet som et ferdighetsmål eller et kunnskapsmål i læringsutbyttebeskrivelsene.

Ved disse tre utdanningsinstitusjonene er munnstell eller munnhygiene omtalt i emner som gjennomføres i første studieår. Etter dette er oral helse, «munnhygiene» eller «munnstell» ikke nevnt i emner som gjennomføres i andre eller tredje studieår.

Temaet oral helse er i disse emneplanene gruppert under grunnleggende behov, der to av utdanningsinstitusjonene har oral helse under temaet personlig hygiene, satt i sammenheng med sengereing og kroppsvask. Høgskolen i Molde har derimot ikke oral helse under personlig hygiene, men under kategorien ernæring.

I NOKUT sin læringsutbyttebeskrivelse og faginnhold for emnet anatomi, fysiologi og biokjemi er ordet munn nevnt fem ganger. Det er nevnt under respirasjonssystemet, fordøyelsessystemet og under sansene, og er forventet som kunnskapsmål.

Under respirasjonssystemet forventes det at studenten kan navngi og anatomisk plassere strukturer i øvre luftveier: bihuler/sinuser, nesehulen/cavum nasi, munnhulen/cavum oris, svelget/farynx/pharynx, strupehodet/larynx, med strupelokket/epiglottis og stemmebånd (NOKUT, 2020, s.21)

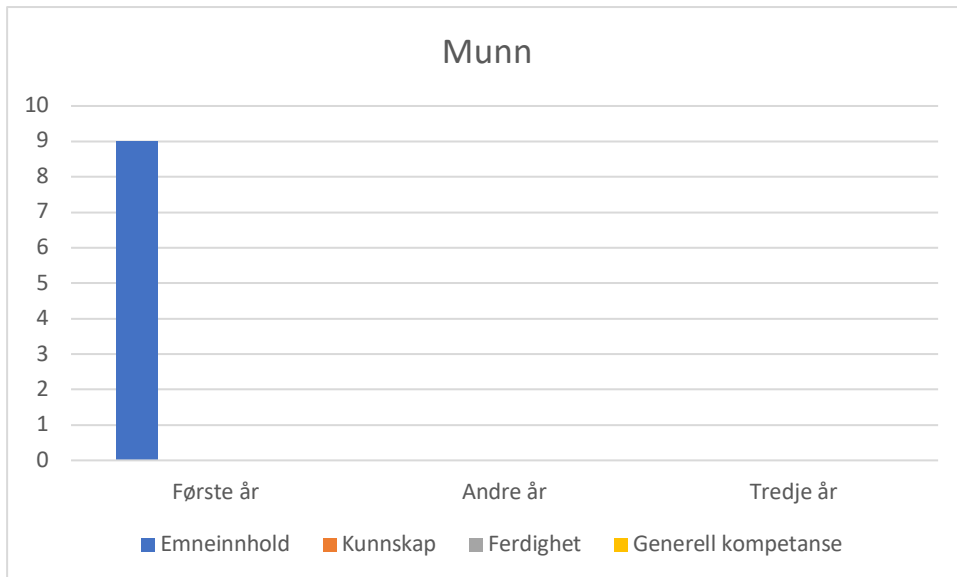
Ved gjennomgang av sansene er det forventet at studenten kan beskrive smakssansen som ulike kjemiske forbindelser som stimulerer sanseceller på tungen og ellers i munnhulen (NOKUT, 2020, s.32)

Ved gjennomgang av fordøyelsessystemet er det forventet at studenten kan navngi og anatomisk plassere munnhulen/cavum oris med 32 tenner/dentes (NOKUT, 2020, s.41). Det forventes også at studenten kan beskrive spyttkjertlenes funksjoner ved å beskrive at spyttkjertlene produserer spytt som smører munnslimhinnen, bløtgjør maten og letter svelging og nøytraliserer syre. I tillegg er det under fordøyelsessystemet en forventning om at studenten skal kunne beskrive at maten transporteres fra munnhule til magesekk ved hjelp av reflekser og peristaltiske bevegelser (NOKUT, 2020, s.42).

Det er her et krav om å kunne navngi og anatomisk plassere strukturer i munnhulen, både gruppert under respirasjonssystemets øvre luftveier, under sansene og under fordøyelsessystemet. Det er også et krav at studenten skal beskrive spyttkjertlenes betydning for munnslimhinnene i forbindelse med matinntak, der det er eneste gang munnens funksjon skal kunne forklares.

Emnet i anatomi, fysiologi og biokjemi er tema som undervises i første studieår, og går på kroppens oppbygning og funksjon. I emnene som inneholder patologi er ikke munn nevnt. Det er dermed uvisst hvor mye som undervises om sykdommer i forbindelse med munnhulen og oral helse i sammenheng med sykdom. I emneplan for BSY 261 Helse, sykdom og sykepleie del 2 ved Universitetet i Stavanger, er det listet opp i emnebeskrivelsen at studenten skal tilegne seg kunnskap om sykdom innenfor flere områder (Universitetet i Stavanger, u.å.). En av disse er sykdommer i øye, øre, nese og hals. Her er munn ikke eksplisitt listet opp som en del av dette området på kroppen.

Sett under ett er det kun i første studieår ordet munn er nevnt, noe Figur 5 viser. Ved de fleste utdanningsinstitusjonene har studentene praksis på sykehjem i første studieår. Der er det fokus på grunnleggende behov og stell for eldre pleietrengende pasienter, og dette kan være årsaken til at munnstell eller munnhygiene kun er i fokus i første studieår.



Figur 5: Figuren viser fordeling av omtale av munn fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

Tann eller tenner

Ved søk på ordet tann og tenner var det fire treff. Tre av disse er i samme setning i emnebeskrivelsen i emnet anatomi, fysiologi og biokjemi fra NOKUT. Det er innunder fordøyelseskanalen, der det forventes det at studenten kan beskrive at «en tann er bygget opp av emalje, dentin, tannpulpa og rotkanal, og at den består av krone, hals og rot og er omgitt av tannkjøtt (gingiva) og festet i kjevebein» (NOKUT, 2020, s.42). I denne setningen er det en forventning om at studentene kan gi en anatomisk beskrivelse av tannen, mens tannens funksjon kommer tydeligere fram under forventningene knyttet til beskrivelse av fordøyelsessystemet, herunder at studenten kan beskrive tungen og tennenes funksjoner for mekanisk nedbryting av maten (NOKUT, 2020, s.42).

Dette er et emne som undervises i første studieår, og kompetanse knyttet til tann/tenner er en forventet kunnskap om å kunne beskrive anatomisk oppbygging av en tann og dens fysiologiske funksjon.

Smerte

I definisjonen av oral helse legges det vekt på at man ikke skal oppleve smerte fra det kraniofaciale kompleks (Hauge & Alvenes, 2019). Derfor er det foretatt et ordsøk på ordet smerte, og analysert hvordan smerte blir omtalt i emneplanene. Smerte er også et sentralt fenomen ved sykepleie da en av sykepleierens funksjon og ansvarsområde er å lindre lidelse, som også kan forstås som å inneholde smerte.

Smerte er et ord som ikke er så hyppig brukt i emneplanene. I emneplanene fra utdanningsinstitusjonene er det i hovedsak brukt som beskrivelse av hva emnet skal inneholde, og i svært liten grad markert som kunnskapsmål eller ferdighetsmål, som vist i Tabell 7. I NOKUT (2020) sin emneplan i anatomi, fysiologi og biokjemi er smerte nevnt 15 ganger.

| Skole | Emneinnhold | Kunnskap | Ferdighet | Generell kompetanse |
|-----------|-------------|----------|-----------|---------------------|
| 4 | 2 | | | |
| 5 | 1 | | | |
| 6 | 2 | | 3 | |
| 7 | 2 | 3 | | |
| 8 | 1 | | | |
| 11 | 2 | | | |
| 13 | 15 | | | |
| | 25 | 3 | 3 | |

Tabell 7: Tabellen viser fordeling av omtale av smerte fordelt på utdanningsinstitusjoner og viser om det er nevnt innen emneinnhold eller hvilken måloppnåelse.

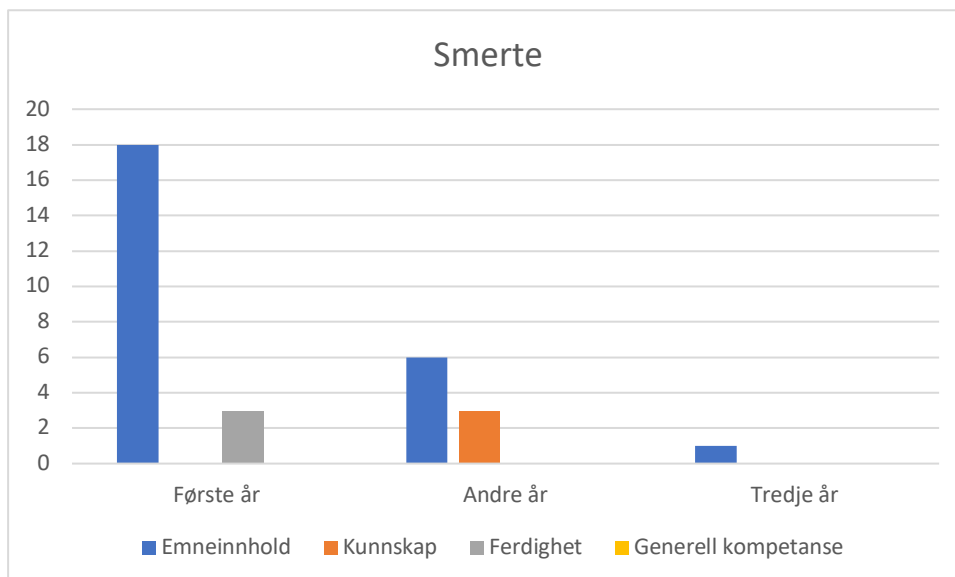
Emner som inneholdt omtale av smerte er i stor grad emner som handler om sykdomslære, eller omhandler pasienter i kirurgisk eller medisinsk praksis. Det er hyppigere nevnt som beskrivelse av hva emnet skal handle om enn som et kunnskaps eller ferdighetsmål. I de emneplaner smerte omtales som kunnskapsmål, er det formulert som at studenten kan gjøre rede for fenomenet smerte, smertebehandling og smertelindring. Som ferdighetsmål er det forventning om at studenten skal kunne anvende faglig kunnskap om smerte, smertefysiologi og smertebehandling. Det er ikke den samme utdanningsinstitusjonen som har dette som kunnskapsmål og ferdighetsmål. Utdanningsinstitusjonen som har dette som ferdighetsmål har ikke kunnskap om smerte som kunnskapsmål.

I NOKUT (2020) sin emneplan er smerte nevnt i flere organsystemer. I nervesystemet er det nevnt at smertereseptorer har en funksjon som avvergingsrefleks. Sansene er temaet der smerte er nevnt flest ganger i emneplanene fra NOKUT. Der er det en forventning om at

studenten skal kunne beskrive smerte fra momenter som smertebane, smertereseptorer, nociseptiv og nevropatisk smerte, smerteførende nervefibre, opplevelse av smerte og overført smerte (NOKUT, 2020, s.31 - 32).

Ved gjennomgang av immunsystemet er det en forventning om at studenten kan beskrive tegn til inflammasjon ved rødhet, hevelse, varme og smerte. Dette gjentas fire ganger innen immunforsvaret (NOKUT, 2020, s.35).

Innen skjelettsystemet er det forventning om å beskrive at periost inneholder smertereseptorer, mens i huden som organsystem er det forventning om at studenten kan beskrive hvordan huden registrer sanseinntrykk, deriblant smerte (NOKUT, 2020, s.38). Emnet i anatomi, fysiologi og mikrobiologi er et emne som undervises i første studieår, og dette er årsaken til at smerte i overvekt er omtalt i første studieåret, slik Figur 6 viser. Hadde man tatt funnene fra dette emnet bort fra figuren hadde smerte kun vært omtalt tre ganger, som emneinnhold i første studieår. Smerte er nevnt som ferdighetsmål i første studieår, og kunnskapsmål i andre studieår, og hverken som kunnskapsmål eller ferdighetsmål i tredje studieår. Ferdighetsmålet er definert som å kunne lindre smerte, og kunnskap omtales som å gjenkjenne tegn på smerte. Slik det fremkommer i Figur 6 skal studentene ha ferdigheten til å lindre smerte i første studieår, men kunnskapen om smerte kommer i andre studieår.



Figur 6: Figuren viser fordeling av omtale av smerte fordelt på studieår og om det er omtalt i informasjon om emnet, om det er kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse.

Diskusjon

Denne studien hadde til hensikt å utforske hvordan sykepleierutdanningen i Norge fokuserer på og vektlegger oral helse. Ved å bruke emneplaner fra utdanningsinstitusjonene som har rettigheter til å utdanne sykepleiere, vil det bli belyst hvordan oral helse vektlegges. Sentrale funn var at ordet oral helse ikke eksisterer i emneplanene. Det er også lite fokus på munnstell eller munnhelse. I det følgende vil disse funnene diskuteres, sett i sammenheng med hva det vil si for praksis.

Oral helse – et ikke-eksisterende begrep

Oral helse har en klar sammenheng med generell helse. Det har både WHO gjennom sine satsningsområder og definisjon, og kunnskapsdepartementet vektlagt gjennom sine publikasjoner. Flere forskningsartikler bekrefter også sammenhengen mellom oral helse og generell helse (Coleman, 2002; Niesten et al. 2013.). Dette gjelder spesielt hos eldre som er en stor gruppe pasienter sykepleiere møter i sin utførelse av yrket. Redusert ivaretagelse av oral helse kan få store konsekvenser i form av sykdom og smerte, og flere eldre har problemer med å opprettholde tilfredsstillende standard på oral helse (Christensen et al. 2017; Coleman, 2002). Likevel er oral helse et begrep som ikke er nevnt i emneplanene ved sykepleierutdanningen i Norge. Begrepet munnstell er derimot nevnt noen få ganger uten at det er definert hva munnstell innebærer eller hvilken kunnskap eller ferdighet det forventes at studenten har om emnet.

Det har de siste årene vært mer fokus på sammenhengen mellom oral helse og generell helse. «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» beskriver hvordan begrepet oral helse bør brukes som et vidt og omfattende begrep, og «Leve hele livet - kvalitetsreformen for eldre» beskriver viktigheten av fokuset på oral helse i eldreomsorg. Både «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» og «Leve hele livet» ble publisert før den nyeste Forskrift om sykepleierutdanning i Norge ble kunngjort. Dermed burde man anta at fokus på oral helse i et helhetsperspektiv, og spesielt med tanke på eldre, burde vært vektlagt i sykepleierutdanningen. Oral helse som satsningsområde er ikke gjenspeilet i Forskrift for sykepleierutdanning. Emneplanene er utarbeidet med utgangspunkt i Forskrift for sykepleierutdanning, og når oral helse ikke er nevnt konkret i forskriften, kommer heller ikke dette fokuset fram i emneplanene. At oral helse ikke er nevnt som begrep, og det er lite fokus på munnstell i utdanningen, kan være en del av forklaringen på hvorfor forskning viser at

manglende kunnskap er en av årsakene til at eldre ikke får ivaretatt sin orale helse i sitt møte med kommunehelsetjenesten (Fjæra et al. 2010; Svensli et al. 2019).

Oral helse hører hjemme flere steder

Det kan virke som om det ikke er noe enighet om hvor oral helse hører hjemme i utdanningen når det gjelder hvilket emne temaet hører innunder, hvilket grunnleggende behov det omfatter og hvilket organsystem det skal omtales under. Oral helse er heller ikke nevnt i hverken patologi eller farmakologi. Både innen patologi og i farmakologi er oral helse viktig, slik definisjonen beskriver oral helse som et omfattende begrep. Sammenhengen mellom sykdom, medikamenter og oral helse er også vist å være klar (van der Putten et al., 2013).

Selv om det ikke er noen enighet om hvilket emne, grunnleggende behov eller organsystem oral helse hører til under, er det en viss enighet om at omtalen av oral helse hører til i starten av utdanningen. Munnhygiene og munnstell er kun er omtalt i første studieår. I en utdanning er det alltid et mål om progresjon i studiet, slik at studenten tilegner seg kunnskaper og ferdigheter som bygger videre på den kunnskapen de har fått i tidligere emner. Oral helse kommer ikke fram som gjennomgående tema på en slik måte i studiet. Munnstell er nevnt innen grunnleggende behov i første studieår, men grunnleggende behov har heller ikke mye fokus gjennom de neste årene av studiet. Unntak er at det er nevnt innen emnene som har med psykisk helse å gjøre i andre og tredje studieår. Med definisjonen av oral helse som viser kompleksiteten i det, er det nærliggende å tenke at oral helse burde være relevant som tema i mange emner gjennom alle studieårene. I første studieår har studentene ved de fleste utdanningsinstitusjonene praksis i sykehjem. Det er før denne praksisperioden temaene om grunnleggende behov og personlig hygiene kommer inn. Dermed kan det antas at studentene skal utvikle ferdigheter på dette området i praksisperioden, og en naturlig forklaring på at det er i første studieår munnstell er omtalt. Likevel kommer det ikke fram i emneplanene at det forventes kunnskap og ferdighet om oral helse. Det kan tenkes at det ligger en forventning om at studentene skal få denne kunnskapen og ferdigheten gjennom praksisperioden, men ettersom forskning har vist at det er lite fokus på munnstell i sykehjem er det lite sannsynlig at alle studentene får mye kunnskap om oral helse i praksisperioden (Svensli et al. 2019). I tredje studieår er studentene tilbake til kommunehelsetjenesten der de fleste utdanningsinstitusjonene har praksis i hjemmebaserte tjenester. Ettersom sykepleie innenfor hjemmebaserte tjenester er tema i tredje studieår, ville det vært naturlig at oral helse er i fokus også i dette studieåret. Dette fordi det er et stort behov for fokus på oral helse for

hjemmeboende pasienter med svikt i evnen til egenomsorg og ivaretagelse av grunnleggende behov. I emneplanene kommer det ikke fram at det er fokus på oral helse i undervisning eller praksis i tredje studieår.

Dersom det hadde vært en naturlig progresjon i utdanningen med fokus på oral helse, hadde det vært naturlig å tenke at kunnskap om oral helse var tema først, så ville ferdigheter om temaet følge som en naturlig utvikling, og ende opp med forventning om generell kompetanse om oral helse. Forskning om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (2019) legger i § 22 føringer for studiets oppbygning for å sikre sammenheng og progresjon, der det skal sikres integrering mellom teori og praksis. I samme paragraf legges det også føringer om at tredje utdanningsår skal omfatte komplekse og sammensatte pasienttilstander og sykdomsbilder (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §22). Sammenhengen mellom kunnskap og ferdigheter er vist å være viktig for å øke kvaliteten på sykepleien som gis til pasienter (Göstmeyer et al., 2018; Janssens et al., 2016). Det er derimot ikke fokus på oral helse som kunnskap eller ferdighet i emneplanene, og dette kan være en av årsakene til at sykepleiere angir manglende kunnskap som en årsak til at de ikke har fokus på oral helse i møte med pasienter i kommunehelsetjenesten (Fjæra et al., 2010; Svensli et al. 2019).

Oral helse innenfor grunnleggende behov

De gangene munnstell er nevnt i emneplanene er i emner som undervises i første del av sykepleierutdanningen. Munnstell eller munnhygiene er omtalt i emner som omhandler grunnleggende stell og grunnleggende behov. I likhet med øvrige funn i denne studien, ser det heller ikke her ut til å være enighet om hvor i «grunnleggende behov» oral helse hører hjemme.

Universitetet i Sørøst-Norge har definert grunnleggende behov i syv punkter:

Menneskets grunnleggende behov

- Respirasjon og sirkulasjon
- Væske, ernæring og eliminasjon
- Aktivitet, søvn og hvile
- Personlig hygiene

- Seksualitet og nærhet
- Åndelige og eksistensielle behov
- Psykososiale behov

Med utgangspunkt i definisjonen fra FDI av oral helse, kan man forsvare å plassere oral helse som tema innen alle disse grunnleggende behovene Universitetet i Sørøst-Norge har beskrevet (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å.).

Innen respirasjon og sirkulasjon er oral helse særdeles viktig fordi en stor andel av pneumonier hos eldre oppstår på grunn av bakterier som kommer fra munnhulen, og bakterier kan også føre til hjerte og karsykdommer eller andre infeksjoner (Flovik, 2005, s.30).

Behovet for væske, ernæring og eliminasjon har også en klar sammenheng med oral helse fordi smerter i munnhulen kan føre til nedsatt evne til å tygge og spise, og dermed dårlig ernæringsstatus (Shwe et al., 2019; Lyngne & Beier, 2011).

Smerter i det kraniofaciale kompleks kan gå ut over aktivitet, søvn og hvile, og derfor blir fokuset på oral helse viktig når det er spørsmål om generell aktivitet, søvn og hvile med tanke på smerter.

Personlig hygiene innebærer å holde alle deler av kroppen ren og presentabel, der er også munnen en viktig del av den personlige hygien. Munnen og ansiktet er et viktig verktøy i kommunikasjon og møte med andre, og ofte førsteinntrykket man får i møte med andre.

Ved dårlig oral hygiene kan det for mange være et hinder for seksualitet og nærhet, slik forskning viser at stigma kan føre til at mange ikke ønsker å være nær andre ved dårlig ånde, eller et smil pasienten ikke føler seg vel med å vise frem (Coleman, 2002).

Når det gjelder det grunnleggende åndelige og eksistensielle behov er det ikke direkte tydelig sammenheng mellom oral helse og åndelige og eksistensielle behov, men det kan for enkelte bety at det er til hinder for å møte opp i sammenhenger der det er et åndelig fellesskap.

Coleman (2002) viser til sammenhengen mellom oral helse og sosial isolasjon, noe som kan føre til at pasientene ikke får dekket sine behov for åndelig fellesskap.

Psykososiale behov har en tett sammenheng med livskvalitet. Det finnes personer som ikke tør være ute blant andre fordi de har dårlig ånde eller fordi de er redd for å vise tennene sine.

Noen trekker seg unna andre mennesker og sosiale sammenhenger på grunn av redselen for hvordan de framstår, og dette kan føre til ensomhet og nedsatt livskvalitet (Coleman 2002).

Oral helse kan altså ha en naturlig plass innen alle de grunnleggende behovene, og burde vært et viktig tema i omtale av alle behovene. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienter til å

ivareta grunnleggende behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1). Eldre pasienter som har innvilget hjemmetjeneste eller har fått vedtak på plass i omsorgsbolig eller sykehjem, er pasienter som har behov for hjelp av helsevesenet fordi de har utfordringer med å ivareta grunnleggende behov selv, eller har sykdommer som gjør at de har behov for hjelp til dette. Lovverket, forskrifter og retningslinjer er klare på at det er utøvende helsepersonells plikt til å hjelpe med dette (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

Det er kun tre utdanningsinstitusjoner som har nevnt munnstell spesifikt, og disse ser ikke ut til å være enige om i hvilket grunnleggende behov munnstell skal plasseres. Universitetet i Sørøst-Norge og universitetet i Stavanger har plassert munnstell innen personlig hygiene, mens høgskolen i Molde har plassert munnstell innen ernæring.

Dette kan synliggjøre at det ikke ser ut til å være enighet om hvor oral helse er naturlig å plassere, og at det handler om overordnede behov som ikke passer inn i en fordeling av grunnleggende behov, som eksemplifisert her fra Universitetet i Sørøst-Norge (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å.). Det kan tenkes at dette er grunnen til at det ikke synliggjøres som tema for sykepleiestudenter i emneplanene. En kan spørre seg om man da kan forvente at studenten forstår viktigheten og relevansen av oral helse innenfor alle de ulike grunnleggende behovene når utdanningsinstitusjonene ikke er enige om plasseringen av oral helse. Videre kan det spekuleres i om oral helse er tenkt underliggende alt og derfor ikke er eksplisitt nevnt.

Oral helses plassering i organsystemene

I emneplanen i anatomi, fysiologi og mikrobiologi gjennomgås forskjellige organer og organsystemer som grupperte funksjoner. Foruten celler og grunnleggende kjemi og biokjemi, gjennomgås blodet, sirkulasjonssystemet, hjertet, åresystemet, respirasjonssystemet, nervesystemet, det endokrine system, sansene, immunsystemet, skjelettet, musklene, fordøyelsessystemet, nyrene og urinveiene, væske, -elektrolytt- og syre-base-reguleringen, forplantningsorganene, huden og temperaturregulering.

Oral helse kan i likhet med de grunnleggende behovene plasseres innunder flere av disse temaene.

Gjennom blodet, sirkulasjonssystemet og åresystemet kan bakterier fra munnhulen spres i kroppen og skape infeksjoner. Perikarditter kan oppstå på grunn av bakterier fra munnhulen, og dermed er også relevant å nevne denne forbindelsen i undervisningen om sirkulasjonssystem, hjertet og åresystemet (Coleman, 2002).

Det er vist at mange pneumonier oppstår fordi bakterier fra munnhulen følger med luftstrømmen i respirasjonen og dermed forårsaker infeksjoner. Det kan også føre til forverring av allerede eksisterende luftveissykdom (Barrionuevo et al., 2018). I anatomi, fysiologi og mikrobiologi er munnen nevnt i forbindelse med respirasjonssystemet, men kun med forventning om at man skal kunne navngi strukturer, og ikke forklare hvilken funksjon den har i respirasjonsprosessen.

I sansene er munnens funksjon viktig for å kunne identifisere smaker. Munnen er nevnt som smakssans, men fortsatt bare kunne nevne strukturer, ikke forklare sammenhenger.

I immunsystemet har også oral helse en naturlig plassering, da slimhinner og fuktighet i munnhulen er en av barrierene for å unngå at bakterier kommer ut i sirkulasjonssystemet. I NOKUT (2020) sin emneplan i anatomi, fysiologi og mikrobiologi er ikke munnen nevnt i beskrivelsen av immunforsvaret. Innen immunforsvaret er det nevnt at slimhinner har en barrierefunksjon, men da er alle andre slimhinner i kroppen nevnt bortsett fra slimhinnene i munnhulen.

I fordøyelsessystemet er munnen nevnt ved å angi at det er viktig for å kunne få i seg næring at slimhinnene i munnen er intakte og fri for sår eller skader, samt at det er viktig for næringsinntak at munnhulen er fri for smerter. Ved smerter er det vanskelig å få i seg nok næring, og det igjen påvirker fordøyelsessystemet. Det er en forventning om at munnen skal nevnes som en del av fordøyelsessystemet, men ingen forventning om å forklare funksjonen. Innenfor nyrene og urinveiene har munnen ingen direkte funksjon, men ved smerter i munnhulen og manglende næringsinntak og væskeinntak kan dette påvirke nyrefunksjonen når væske- og elektrolyttbalansen blir endret. Hydreringsstatus har mye å si for elektrolyttbalansen, og derfor er det viktig at munnhulen er i en slik tilstand at det er mulig for personene å få i seg tilstrekkelig væske for å holde elektrolyttbalansen i balanse.

Det er ikke mange av disse organene og organsystemene oral helse er nevnt. Det er flere organsystemer der det hadde vært naturlig å plassere oral helse, men dette er altså kun nevnt i respirasjonssystemet, fordøyelsessystemet og i sansene.

I ovennevnte organsystemene er oral helse er vektlagt i anatomi, fysiologi og mikrobiologi, der NOKUT har ansvar for utarbeidelse av felles nasjonal eksamen med dertil hørende emnebeskrivelse. Når organsystemer får sin funksjon i sykdomsbilder, burde oral helse være tema med beskrivelser av sammenhenger mellom oral helse og sykdom.

Hvilke krav det er til kunnskap i patologi er ikke like godt beskrevet som kravene til kunnskap i anatomi, fysiologi og mikrobiologi. Det foreligger ikke en felles nasjonal eksamen i patologi, og da er det opp til hver enkelt utdanningsinstitusjon hvordan patologi

vektlegges. Dette kommer ikke tydelig fram i emneplanene. Patologi er formulert i mange forskjellige emneplaner, og formulert som å ha kunnskap om sykdommer i skjelettsystemet, eller ha kunnskaper om sykdommer innen nevrologi. Konkrete kunnskaper innen dette er ikke formulert tydelig. Det kan virke som om betydningen av oral helse sett i sammenheng med organsystemer og patologi ikke kommer tydelig frem. Det er heller ikke klart å se at oral helse er vektlagt innenfor de organsystem der det kunne hatt en viktig plass og funksjon. Man kan spørre seg om oral helse forsvinner litt i denne undervisningen fordi det ikke er definert tydelig hvor det hører hjemme innenfor organsystemene, når utdanningsinstitusjonene legger opp til undervisningen gruppert på denne måten.

Oral helses plassering i farmakologi

Også innen farmakologien forsvinner oral helse og munnens betydning, selv om det har en vesentlig plass innen dette temaet. I forskning er det vist at flere eldre er plaget med munntørrhet, og at årsaken til dette i stor grad er bivirkninger av medikamenter (Lyng & Beier, 2011). Det er sykepleiers ansvar når medisiner gis å observere bivirkninger, og det er derfor viktig å kjenne til denne vanlige bivirkningen og de konsekvenser dette kan få for pasientene. I emnene som omhandler farmakologi er oral helse ikke nevnt, selv om det er en hyppig bivirkning av medikamenter som er vanlige i bruk av mange eldre. Det gjentas gjennom hele utdanningsforløpet et kompetansemål om å ha kunnskaper om lovverk, og ha ferdigheter til å anvende dette i praksis. Dette kan tolkes som at det forventes at sykepleiernes har kunnskap og ferdigheter om sitt lovmessige ansvar ved utdeling av medikamenter, som er å observere virkning og bivirkning, uten at dette uttales direkte.

Oral helse som kunnskap eller ferdighet

Oral helse er kun nevnt som informasjon om hva emnet skal inneholde. Det er ikke nevnt i hverken kunnskapsmål, ferdighetsmål eller mål om generell kompetanse. Ved Universitetet i Sørøst-Norge er munnhygiene nevnt innen beskrivelsen av emnet «metoder og intervensjoner, -grunnleggende sykepleie», der det er listet opp en ganske detaljert liste over ting som skal gjennomgås i ferdighetstrening (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å.):

Ferdighetstrening

- Respirasjon: observasjoner av respirasjon

- Sirkulasjon: observasjon av puls, blodtrykk, temperatur
- Ernæring: hjelpe pasienten å spise, nedlegging av sonde og eventuelt sondemat
- Eliminasjon: gi/ta bekken/urinflaske/ SIK og KAD, stomistell
- Personlig hygiene/ «det gode stell» / sengebud / vask av føtter / (ikke hårvask) og munnhygiene: Generelt/ spesielt
- BHLR basal barn/voksne, fjerning av fremmedlegemer
- Medikamenthåndtering: administrasjonsmåter, begrepene dose, styrke, mengde, s.c. injeksjoner, i.m. injeksjoner, insulinpenn og blodsuktermåling
- Kommunikasjon
- Forflytning av pasienten og forskjellige leier i seng, decubitus forebygging
- Sengens funksjoner, sengeredning
- Institusjonshygiene: smittevern, skyllerom, håndhygiene, sterile prosedyrer

Ettersom dette er plassert innen ferdighetstrening, er det nærliggende å tenke at det er forventet som et ferdighetsmål. Det kommer derimot ikke til syne som et mål hverken som kunnskap, ferdighet eller generell kompetanse i måloppnåelsesforventningen. Det skal altså være en ferdighetsøvelse som omfatter munnhygiene, både generell og spesiell, men ikke forventet som et kunnskapsmål eller ferdighetsmål. Det gjelder også de andre utdanningsinstitusjonene som har nevnt munnstell eller munnhygiene, hvor det kun er nevnt dette under informasjon om hva emnet skal inneholde.

Vi vet at mangel på kunnskap er en viktig årsak til at mange eldre ikke får hjelp til å opprettholde god oral helse (Fjæra et al., 2010; Göstmeyer et al. 2018). Det er derfor naturlig å tenke at det burde være kunnskapsmål. Forskning viser at ferdigheter er viktig, og ferdigheter må være basert på kunnskap (Janssens et al., 2016). Man må vite hvorfor man utfører prosedyrene for å vite om man gjør dem riktig. Det er mulig å lære en prosedyre for å gjennomføre den, men om sykepleierne ikke har kunnskaper om hvorfor den skal gjennomføres og hvilke observasjoner som er viktige og hva observasjonene betyr har ikke prosedyren reell betydning. Forskning har også vist til at når kunnskapen øker, øker også ferdighetene til gjennomføring (Janssens et al., 2016; El-Rabbany et al., 2014). Det ville derfor være naturlig å plassere oral helse innen både kunnskapsmål, ferdighetsmål og mål om

generell kompetanse, men som denne studien viser er det i emneplanene ikke definert som mål noen steder.

Den implisitte forventning

I temaene som er identifisert gjennom analysen kan man tenke at det ligger implisitt en forventning om at oral helse er en del av alt slik definisjonen av oral helse viser (Hauge & Alvenes, 2019). Sykepleierens grunnleggende ansvarsområder som er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelser er omtalt i stor grad i emneplanene. Gjennom denne setningen ligger en forventning om at sykepleierne skal kunne alt. Det er ikke presisert hvilken lidelse eller hvilken sykdom dette gjelder, det gjelder generelt for alt. Dette kan man også se i emneplanene der det ikke er noe fokus på smerte, som er en sentral del av sykepleiens grunnleggende ansvarsforhold dersom man definerer smerte og lidelse som beskrivelse av samme fenomen. Ved omtale av smerte er det også et påfallende funn ved at smerte er et ferdighetsmål i første studieår og kunnskapsmål i andre studieår. Dette strider litt mot prinsippet om at ferdigheter skal bygges på kunnskap dersom ferdigheten er tema før kunnskapen. En av sykepleiens grunnleggende ansvarsforhold er å lindre lidelse. Lidelse og smerte er ofte konsekvensen av sykdom og skader, og dermed er det vesentlig tema i møter med pasienter, ikke bare i kommunehelsetjenesten i møte med eldre, men også i alle andre pasientmøter. Definisjonen av oral helse fokuserer også på smerte, med et ideal om at et av elementene for god oral helse er mangel på smerte (Hauge & Alvenes, 2019). Masood et al. (2016) har i sin forskningsartikkel beskrevet at smerte er vist å være den faktoren med dårlig oral hygiene som er mest plagsom for pasientene. Av denne grunn burde smerte og smertelindring være et sentralt tema gjennom sykepleieutdanningen, men i emneplanene er det lite fokus på smerte og smertelindring.

Det kan være nærliggende å tenke at ved å ha kunnskap om sykepleieprosessen, ligger det en forventning om å ha fokus på oral helse. Sykepleieprosessen som er å kunne anvende faglig kunnskap om helse og sykdom for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak, samt evaluere effekten av disse og justere ved behov, burde være beskrivelsen på hvordan man møter utfordringer med oral helse.

Sykepleieprosessen er hyppig omtalt, men inneholder ikke konkret omtale av oral helse.

Dermed kan det tolkes slik at det ligger som en forutsetning at studenten har kunnskaper og ferdigheter om dette uten at det er konkret formulert. Det er også formulert i

sykepleieprosessen at det er faglig kunnskap som ligger til grunn og skal brukes for å observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere sykepleietiltak. Denne faglige kunnskapen er ikke tydelig formulert i emneplanene. Formuleringen i emneplanene er så uklare at de kan tolkes på mange måter. Når det i et emne i emneplanen står oppført som et ferdighetsmål at studenten skal kunne anvende faglig kunnskap for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak, samt vurdere effekten og justere ved behov, er det høye krav som settes til studenten. Samtidig er det ikke konkret definert hvilke kunnskaper studenten skal ha tilegnet seg. Det er en forventning at studenten skal kunne alt og ha ferdigheter i alt.

Det er tydelige føringer i lover og forskrifter om hvordan oral helse skal vektlegges og gjennomføres (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). I emneplanene er det også stort fokus på lovverk og forskrifter, både som kunnskap og som ferdighet gjennom alle tre studieårene. Det er gjennomgående i alle emner at studenten skal ha kunnskap om lover og forskrifter, og skal kunne anvende dette i praksis ved å ha ferdigheter i å anvende lover og forskrifter i sin utøvelse av sykepleie. Det skal være en progresjon gjennom studiet fra å kunne noe om lovverket til å kunne bruke dette i sitt virke som sykepleier. Dersom studentene oppfyller dette skal de ha god kunnskap og gode ferdigheter i å vite hva som står i forskrifter og lovverk og anvende dette i praksis. Dermed skal det ikke være noe hinder for at studentene ikke vet sine lovpålagte plikter og skal kunne anvende dette i sin utøvelse av yrket. Likevel viser forskning at uklare ansvarsforhold, sammen med manglende kunnskap, er en av årsakene til at oral helse ikke blir vektlagt (Fjæra et al., 2010; Svensli et al., 2019). Det burde være grunnlag nok i utdanningen til at studenten har kunnskap og ferdigheter nok gjennom sykepleiens grunnleggende ansvarsforhold og sykepleieprosessen, samtidig som studentene har gode nok kunnskaper og ferdigheter om lover og forskrifter til å vite at å hjelpe pasienter til å ivareta oral helse er et sykepleieansvar. Likevel viser forskning at oral helse ikke blir fulgt opp (Fjæra et al., 2010; Svensli et al., 2019). Det kan tyde på at uklarheten om hvor oral helse hører til i undervisningen kan føre til at det ikke blir tatt opp i den grad det burde. Det er uklart i hvilket organsystem og i hvilke grunnleggende behov oral helse hører hjemme. Oral helse er også et tema det skal læres noe om, men det følges ikke opp med å angi dette som kunnskapsmål og ferdighetsmål. Dersom sykepleiere ikke har fått kunnskap om konsekvensene av dårlig oral helse kan det være en av årsakene til at det blir oversett i utøvelsen av sykepleie til eldre.

Styrker og svakheter

Dokumentstudier tar utgangspunkt i dokumenter som er produsert og formulert med en hensikt. I dette tilfellet er dokumentene produsert for flere mottakere, slik som studenter, forelesere og myndigheter, som kan kontrollere kvaliteten på planene.

Utdanningsinstitusjonene er tydelige avsendere, men det er ingen tydelige mottakere.

Dokumentene formulerer en bit av virkeligheten, men ikke hele sannheten (Bowen, 2009).

Dermed kan mye av informasjonen i emneplanene være utydelig.

Det er ikke brukt et validert analyseverktøy i analysen, men definisjonen fra FDI om oral helse er brukt som et verktøy for å kategorisere og analysere. Kategorisering av teksten i dokumenter er vanlig i dokumentanalyse (Leech & Onwuegbuzie, 2008). Ved å kombinere definisjonen fra FDI og faktorene i sykepleiens grunnleggende ansvarsforhold, sykepleieprosessen, grunnleggende behov og lovverk, kommer sykepleieperspektivet og sykepleiens fokus på oral helse fram i dokumentene.

Ordtelling som verktøy kan også være en metode som ikke får fram virkeligheten fordi ordene blir tatt ut av sin sammenheng (Bowen, 2009). I denne analysen er ordtelling brukt som metode til å identifisere hvor det omtales og deretter kategorisert i emner. Det er ikke brukt ordtelling for kun å få kvantitativt resultat på de aktuelle ordene, men for å identifisere sammenhenger ordene er brukt i.

Emneplaner som grunnlagsdata er generelle og formulert på en slik måte at det skal være rom for endringer og tolkninger. Derfor er det lite konkret å lese i emneplanene, og man er avhengig av tolkning for å kunne analyseres. For å få et bedre bilde av den konkrete undervisningen og innholdet i denne kunne det vært mer informasjon å hente ved å bruke timeplaner som grunnlagsdata for oppgaven. Timeplaner er mer detaljert når det gjelder temaet i de forskjellige undervisningstimene, men timeplaner var i svært liten grad ferdigstilt og publisert per 31. oktober 2020. Derfor er emneplaner valgt som data. Etersom ikke alle emneplaner var publisert pr 31. oktober 2020, og dermed ikke inkludert i studien, kunne det tenkes at tilfeldigheter gjorde at oral helse var omtalt i emneplaner som ikke var inkludert. Dette er dog lite trolig i og med at emneplanene som var publisert og dermed inkludert, var jevnt fordelt over alle tre studieår fra flere utdanningsinstitusjoner. Det kan diskuteres om datagrunnlaget er stort nok til å konkludere, men jeg vurderte det til å være tilstrekkelig for å kunne foreta en analyse og en konklusjon.

Konklusjon

Oral helse er et uttrykk som ikke eksisterer i emneplanene for sykepleieutdanningen i Norge. Slik emneplanene er formulert pr 31. oktober 2020 er det ikke et eksplisitt fokus på oral helse, til tross for at funksjonsområdene til sykepleiere sammenfaller godt med definisjonen av oral helse, samt de helsemessige konsekvensene dårlig oral helse gir for pasienten. I emneplanene har oral helse ingen plass i læringsutbyttebeskrivelsene, verken som kunnskap eller ferdighet. I beste fall kan det tolkes som at kunnskap og ferdigheter innen oral helse ligger implisitt i formuleringene i emneplanene. Denne studien kan bidra til å forklare et manglende kunnskapsfokus på oral helse, samt de uheldige konsekvensene dette gir for eldre i kommunale helse- og omsorgstjenester i dag.

Litteraturliste

- Anne Marie Lynge, P., & Siri Beier, J. (2011). Mundtørhed og nedsat spyttsekretion. *Aktuel nordisk odontologi*, 5(1), 197-219.
- Avlund, K., Holm-Pedersen, P., Morse, D. E., Viitanen, M., & Winblad, B. (2004). Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology*, 21(1), 17-26. doi:10.1046/j.1741-2358.2003.00003.x
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40. doi:10.3316/QRJ0902027
- Christensen Lisa Bøge, H. b., Siukosaari Päivi. (2017). Demografiske og sociale forandringer samt forekomst af tandsygdomme i den ældre generation - status og udviklinger. *Nor Tannlegetidende*, 127, 10-17.
- Coleman, P. (2002). Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs*, 23(4), 189-198. doi:10.1067/mgn.2002.126964
- El-Rabbany, M., Zaghlol, N., Bhandari, M., & Azarpazhooh, A. (2015). Prophylactic oral health procedures to prevent hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 452-464. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.010
- Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 5(2), 100-108. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0065
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell*. Oslo: Akribe.
- Forsell, M., Sjogren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hyg*, 9(3), 199-203. doi:10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v, Helse- og omsorgsdepartementet (2003).
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, Kunnskapsdepartementet (2019).

Göstemeyer, G., Baker, S. R., & Schwendicke, F. (2019). Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clin Oral Investig*, 23(3), 979-993. doi:10.1007/s00784-019-02812-4

Helsedirektoratet. (u.å.). *I trygge hender 24 – 7* Hentet 1.mars 2021 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>

Høgskolen i Molde. (u.å.). SKH100 *Fagutøvelse, Simulering og sykepleieprosedyrer I* (Høst 2020). Hentet 29. oktober 2020 fra <https://www.himolde.no/studier/emner/hs/2020/host/skh100.html>

IS-2015-7 (Rundskriv fra Helsedirektoratet 2015).

Janssens, B., Vanobbergen, J., Lambert, M., Schols, J., & De Visschere, L. (2018). Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non-randomised intervention trial. *Clin Oral Investig*, 22(1), 281-292. doi:10.1007/s00784-017-2110-6

Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2008). Qualitative Data Analysis: A Compendium of Techniques and a Framework for Selection for School Psychology Research and Beyond. *School psychology quarterly*, 23(4), 587-604. doi:10.1037/1045-3830.23.4.587

Lewis, A., Edwards, S., Whiting, G., & Donnelly, F. (2018). Evaluating student learning outcomes in oral health knowledge and skills. *J Clin Nurs*, 27(11-12), 2438-2449. doi:10.1111/jocn.14082

Liljestrand, J. M., Mäntylä, P., Paju, S., Buhlin, K., Kopra, K. A. E., Persson, G. R., . . . Pussinen, P. J. (2016). Association of Endodontic Lesions with Coronary Artery Disease. *J Dent Res*, 95(12), 1358-1365. doi:10.1177/0022034516660509

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999).

Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1983).

Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven), Kunnskapsdepartementet (2005).

Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y. (2016). The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent*, 56, 78-83. doi:10.1016/j.jdent.2016.11.002

Meld.St.15 (2017-2018) *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre (Meld.St.15 (2017-2018), Innst.43 S (2018-2019))*. (2018). Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/pro/STS/forarbeid/stsg-201819-383>

Michael Glick, D. W. (2020). FDI's definition of oral health. Retrieved from <https://fdiworldental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>

Nielsen, D., van Mourik, K., & van der Sanden, W. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: A qualitative study. *BMC Oral Health, 13*(1), 61-61. doi:10.1186/1472-6831-13-61

NOKUT. (2020). *Læringsutbyttebeskrivelse og faginnhold for emnet anatomi, fysiologi og biokjemi Bachelorutdanning i sykepleie Studieåret 2020-2021*. NOKUT. Hentet 30. november 2020 fra <https://www.nokut.no/contentassets/6e71a1d293cb4e9bac6767e91f4de53a/2020/laringsutbytte-og-faginnhold-afb-20202021.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (1986). *Sykepleiens grunnprinsipper*, ICN.Oslo

Norsk sykepleierforbund. (2007). *ICNs etiske regler for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

NOU 2018:16 Det viktigste først Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. (2018). Retrieved from <https://lovdata.no/pro/NOU/forarbeid/nou-2018-16>

Ortega, O., Sakwinska, O., Combremont, S., Berger, B., Sauser, J., Parra, C., . . . Clavé, P. (2015). High prevalence of colonization of oral cavity by respiratory pathogens in frail older patients with oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil, 27*(12), 1804-1816. doi:10.1111/nmo.12690

Perez Barrionuevo, A. M., Gomez Real, F., Igland, J., Johannessen, A., Omenaas, E., Franklin, K. A., . . . Bertelsen, R. J. (2018). Periodontal Health status and lung function in two Norwegian cohorts. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191410>

Sammen om kunnskapsløft for oral helse. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017 - 2027)*. Helse- og omsorgsdepartementet

Shwe, P. S., Ward, S. A., Thein, P. M., & Junckerstorff, R. (2019). Frailty, oral health and nutrition in geriatrics inpatients: A cross-sectional study. *Gerodontology, 36*(3), 223-228. doi:10.1111/ger.12397

Silverman, D., & Silverman, D. (2020). *Interpreting qualitative data* (6E. ed.). Los Angeles, California: SAGE.

Sjøgren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc*, 56(11), 2124-2130. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x

Svensli, G., Flåskjer, A., Ryste, T. O., & Helberget, L. (2019). Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave. *Sykepleien forskning (Oslo)*(78077), e-78077. doi:10.4220/Sykepleiens.2019.78077

Universitetet i Stavanger. (u.å.). Sykepleie bachelor. Hentet 31. oktober 2020 fra <https://www.uis.no/nb/sykepleie-bachelor#/>

Universitetet i sørøst. (u.å.). Studie-og-emneplaner. Hentet 30. oktober 2020 fra https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/emne/METODE1_1_2020_H%C3%98ST

van der Putten, G. J., De Visschere, L., van der Maarel-Wierink, C., Vanobbergen, J., & Schols, J. (2013). The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. *European geriatric medicine*, 4(5), 339-344. doi:10.1016/j.eurger.2013.07.007

World Health Organization. (u.å.) *Oral health* Hentet 2.jan 2021 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Zuluaga, D. J. M., Montoya, J. A. G., Contreras, C. I., & Herrera, R. R. (2012). Association between oral health, cognitive impairment and oral health–related quality of life. *Gerodontology*, 29(2), e667-e673. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00542.x ^[11]_[SEP]