



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatexamen omvårdnad

God munhälsa och munvård hos äldre personer på särskilt boende; kunskap, attityd och utbildning bland vårdpersonal

En litteraturöversikt

Good oral health and oral care of older people living in nursing homes; knowledge, attitude and education among nursing staff

A literature review

Författare: Folake Christine Amoran & Aklilu Mekonnen

Handledare: Anncarin Svanberg

Examinator: Ingrid From

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ 2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 2018-01-12

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

Abstrakt:

Bakgrund: I takt med det normala åldrandet försämras kroppens funktion, vilket gör att flera äldre behöver hjälp och stöd med sin dagliga omvårdnad såsom munvård. Studier har visat att munvård hos äldre på särskilt boende är ofta bristfällig, med munhälsoproblem till följd, därför behöver kunskap och attityd kring munhälsa sammanställas.

Syfte: Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa vårdpersonalens kunskap och attityd kring munhälsa på särskilt boende för äldre samt vilka åtgärder som anges kring förbättring av munvård.

Metod: Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Resultatet är baserat på 15 vetenskapliga artiklar varav n=8 kvantitativ och n=7 kvalitativ. Artikelsökning ansats har genomförts i databaser CINAHL och PubMed.

Resultat: Resultatet i denna litteraturöversikt visade kunskapsbrist i munvård bland vårdpersonal samt faktorer som påverkar vårdpersonalens attityd av att utföra god munvård. Munvård utbildningsprogram och munvårdsbedömning visade förbättringar i vårdtagarens munstatus samt ökad vårdpersonalens kunskap kring munvård.

Slutsats: Vårdpersonalens kunskap och attityd till munvård var de största bidragande faktorerna till att munvård inte utförs effektivt. Däremot har munvårdsutbildning visat positivt resultat hos vårdtagaren.

Nyckelord: Attityd, Kunskap, Munvård, Omvårdnad, Särskilt boende, Utbildning, Vårdpersonal och Äldre

Abstract

Background: The normal aging process deteriorates the body's function, which means that more elderly people need help and support with their daily care such as oral care. Studies have shown that oral care for elderly people in nursing homes is often inadequate, and always result to oral health problems. Because of this, knowledge and attitudes regarding oral health need to be compiled.

Aim: The aim of this literature review is to compile nursing staffs' knowledge and attitude towards oral health in nursing homes and what measures have been taken regarding improvement of oral care.

Materials and methods: This study was carried out as a literature review. The result is based on a total of 15 scientific articles, n=8 quantitative and n=7 qualitative. These articles were collected from databases CINAHL and PubMed.

Results: The results in this study revealed lack of knowledge in oral care among nursing staff in nursing homes and factors affecting nursing staffs' attitudes towards performing good oral care. Educational programs and oral assessment showed significant improvements in the care residents oral status and increased nursing staff's knowledge in oral care.

Conclusion: Nursing staffs' knowledge and attitude to oral care were the main contributing factors to the fact that the oral care was not performed efficiently. On the other hand, oral care education has shown positive improvements in care residents.

Keywords: Attitude, Care, Education, Knowledge, Nursing home, Nursing staff, Older people and Oral care.

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Bakgrund.....	2
• Munhälsa.....	2
• Munhälsoproblem på särskilt boende.....	3
• Särskilt boende.....	3
• Betydelse av en god munvård.....	3
• Vårdpersonalens attityd till munvård.....	4
• Attityd.....	4
• Konsekvenser av dålig munhygien.....	4
• Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	6
• Munvård till äldre- en del av omvårdnad och sjuksköterskans ansvarsområden.....	7
• Bedömning av munhälsa.....	7
• Teoretisk referensram.....	8
• Problemformulering.....	9
• Syfte.....	9
Metod	
• Design.....	10
• Urval.....	10
○ Inklusionskriterier.....	10
○ Exklusionskriterier.....	11
• Värdering av artiklarnas kvalitet.....	11
• Tillvägagångssätt.....	12
• Analys och tolkning av data.....	12
• Forskningsetik.....	12
Resultat	
• Kunskap hos vårdpersonalen kring munhälsa.....	13
○ Bristande kunskap bland vårdpersonal.....	13
• Barriärer till munvård utförandet.....	14
○ Vårdpersonalens attityd.....	14
○ Vårdpersonalens rädsla.....	15
○ Tidsbrist.....	15
○ Brister i ansvarsområden och rutiner.....	15
○ Vårdtagarens motvilja.....	16
○ Vårdtagarens autonomi och integritet.....	16
• Framgångsfaktorer för god munvård.....	17
• Utbildning.....	17
○ Bedömning av munvård.....	19
Diskussion	
• Sammanfattning av huvudresultat.....	20
• Resultatdiskussion.....	20
• Metoddiskussion.....	25
• Etikdiskussion.....	26
Klinisk betydelse.....	26
Slutsats.....	26
Förslag till vidare studier.....	27
Referenser.....	28
Bilagor.....	35

INLEDNING

Under den verksamhetsförlagd utbildningen inom äldreomsorg upptäckte författarna till föreliggande arbete bristfällig hjälp och stöd av vårdpersonal med munvård till boende med behov av detta. Det vill säga, brister i regelbunden tandborstning och bedömning av munhälsa samt dokumentation av munstatus. Det leder till munhälsosjukdomar till exempel, svampinfektioner, munsår, tandköttsblödning, såsom dålig andedräkt. Tillslut blir de äldres nutritionsstatus påverkat. Denna upplevelse har väckt intresse hos författarna att ta reda på kunskap kring hur denna del av omvårdnad kan tillgodoses.

Bakgrund

Munhälsa

Munnen är en viktig del av kroppen. Den används för näringsintag, le, tala, sjunga, skratta och är också viktig för utseendet (Hedman & Jansson, 2015). Munhälsan är avgörande för allmän hälsa och livskvalitet. Det innebär att vara fri från mun och ansiktsvärk, mun- och halscancer, oral infektion och sår, tandköttsjukdom (periodontal), samt tandförlust. Dålig munhälsa kan leda till störningar som begränsar individens förmåga att bita, tugga, le och tala (World Health Organisation [WHO], 2015). Det kan även leda till inflammation och infektion i munnen och kan orsaka andra sjukdomar exempelvis, hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar och diabetes (Andersson, 2006). Risken att drabbas av mun ohälsa ökar med stigande ålder på grund av sjukdomar och funktionsnedsättningar, vilket försvårar för äldre människor som inte självständig kan sköta munhygien (Andersson, 2014). I Sverige anses personer vid 65 år och äldre som äldre, då pensioneringen börjar i denna ålder (Larsson & Rundgren, 2010)

WHO:s mål är att arbeta för att främja av friska invånare, samhällen samt att bekämpa ohälsa. WHO, (2017) har utvecklat en global strategi och policy för att främja munhälsa samt förebygga ohälsa i munnen. Detta stöds av tandvårdslagens (SFS, 1985:125) i syfte av att tillgodose en god munhälsa, god tandvård på lika villkor för hela befolkningen och att vidta åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar samt skador i munhålan. Målet enligt Socialstyrelsens (2017)

är att tandvården ska ges på ett effektivt och säkert sätt, i rimlig tid ska vara jämlik, patientfokuserad, kunskapsbaserad och ändamålsenlig.

Munhälsoproblem på särskilt boende

Mun och tandproblem är vanligt hos äldre där cirka 4 av 10 pensionärer upplever mun- och tandproblem, vilket rör sig om infektioner, muntorrhet, hål i tänderna, problem med proteser, svårighet att äta, samt obehag och smärta i munnen (Socialstyrelsen [SOS], 2013). Äldre personer som bor på särskilt boende har svårighet att upprätthålla adekvat munhygien på grund av oförmåga att sköta sin dagliga munvård (Forsell et al., 2011; Hedman & Jansson, 2015). Lewis, Kitson & Harvey, (2016) betonar i sin studie brister i utförandet av munvård hos äldre. Anledning till det är på grund av otillräcklig kunskap bland vårdpersonal om hur effektiv munvård till äldre kan tillhandahållas (Lewis et al., 2016). Detta höga krav ställs på vårdpersonalen som arbetar på särskilt boende.

Särskilt boende

Med särskilt boende menas en boendeform, för äldre personer med behov dygnet runt tillsyn, omvårdnad och behov av särskilt stöd (Edberg, Törnquist & Hasson, 2014). Denna boendeform kan vara bostäder eller platser, för heldygnsvistelse och insatser, samt tillgång till vårdpersonal som har färdighet och kompetens för att utföra dessa insatser. Exempel på olika typer av boenden är särskilt boende för äldre (äldreboende), bostad med särskild service, skyddat boende, HVB-hem och stödboende (Socialstyrelsen termbank, 2013).

Betydelse av en god munhygien

En god munhygien är en viktig del av människans välbefinnande, livskvalitet och allmänhälsa (Lewis, et al 2016; Andersson, 2006). Detta ger bättre andedräkt, ett trevligare utseende samt underlättar kommunikation, ätande och nutrition (Öhrn, 2006; Andersson, 2006). Det är också betydelsefullt för prevention mot olika sjukdomstillstånd (Andersson, 2006; Forsell et al., 2011). Dahm, Bruhn & LeMaster (2015) beskriver att munhygien är viktigt för bibehållandet av egna naturliga tänder samt förebyggandet mot ohälsa i munnen. Det är också väsentligt att sköta munhygien vid långtidsvård, eftersom naturliga tänder är mer mottagliga

för tandkaries, tandköttssjukdomar, demineralisering och exponering av tandroten på grund av ålder, kost, genetisk faktor, otillräcklig tandborstning. Dahm, Bruhn & LeMaster (2015) har visat att tandköttssjukdomar (periodontala) sker i snabb takt och förvärras med ålder.

Vårdpersonalens attityd till munvård

Skillnaden i attityd och uppfattning avseende munhälsa kan antingen leda till bättre eller sämre munhygien hos äldre personer (Matear & Barbro, 2006). Forsell et al. (2011) bekräftar att tidigare studier om munhälsa- och munhygiensutbildning bland vårdpersonalen på särskilt boende har inte uppnått tillfredsställande resultat trots utbildningen. En förklaring till det är att det finns en lucka mellan kunskap och beteende som påverkar vårdpersonalens attityder och insikt gentemot munhygien (Forsell et al., 2011). Det kan fastställas att vårdpersonalen i allmänhet har en negativ attityd gentemot munvården och trots deras kunskap och uppfattning om betydelsen av en god munvård blir den ofta ogjord (Hedman & Jansson, 2015).

Attityd

Attityder är åsikter som leder till handling. Det vill säga individens benägenhet att handla, står på ett visst sätt i fördrag med den attityd individen har. Därför kan attityder förändras genom att påverka handlingar. Dessa handlingar i stort sätt bestäms av sociala och strukturella faktorer. Det är människors känslor som rädsla, ångest, det okända och annorlunda som formar attityderna. Förutom att dessa känslor ger ofta upphov till avståndstagande, skapar de också till inre konflikter mellan individens egna reaktioner och av samhället kontroversiella normer och värderingar om vad som är rätt (SOU 1998:16).

Konsekvenser av dålig munhygien

Tandköttsinflammation: Bristande munhygien kan leda till att sjukdomar i munhålan där bakterierna förökar sig, därmed bildas så kallade *plack*, som bildas på tänderna och vid tandköttskanterna. Om dessa inte behandlas kommer det förkalkas och bilda tandsten. Om placken inte avlägsnas angriper bakterierna

käbenet orsakar *tandlossning (parodontit)*. Parodontit kan leda till att dessa vävnader förstörs och att tandköttsfickor bildas runt tänderna. Konsekvensen blir att tänder går sönder eller ramlar av om sjukdomen inte behandlas tidigt (Hedman & Jansson, 2015).

Muntorrhet: Muntorrhet är ett vanligt problem med äldre personer och är förenad med minskad salivproduktion och kan leda till *svampinfektion*. Den yttrar sig som röda prickar runt hela gommen. Infektionen kan sprida sig ned till matstrupen och ut i kroppen (Hedman & Jansson, 2015).

Aspirationspneumoni: Muntorrhet gör att saliven inte räcker till att skydda mot infekterade ämnen som lossnat från tänderna och munslemhinnan. Detta underlättar för bakterierna att lätt sprida sig ned till luftvägar och lungor och orsakar vårdrelaterad lunginflammation (VRL) så kallad aspirationspneumoni (Hedman & Jansson, 2015).

Undernäring och fallrisk: Dålig munhygien leder till ohälsa i munnen, vilket påverkar vårdtagarens ätande därmed risk för undernäring. Socialstyrelsen (2017) rapporterar att äldre personer med munhälsoproblematik lättare för att bli undernärd. Enligt Socialstyrelsen (2016) är undernäring en av de riskfaktorerna som orsakar fallrisk på grund av låg kroppsvikt, förutom att muskelmassa minskar med stigande ålder. Jung & Shin (2008) studie som gjorts på äldre i Korea visar sambandet mellan munhälsa, nutrition och munhälsa relaterad till livskvalitet. Studien beskriver att ju mer ont vårdtagaren har i munnen, desto dåligare äter de. Jung & Shin menar att munhälsa påverkar vårdtagarens näringsstatus, fysisk hälsan och sociala funktionen (Jung & Shin, 2008). När kroppsvikten minskas försvagas musklerna vilket gör att balansen försämras och fallolyckor uppkommer.

Septikemi: Det har framkommit i flera fall där bakterier från tandinfektion har spridit sig till blodet och orsakat blodförgiftning (septikemi). Detta kan vara onödigt lindande och livshotande för äldre personer på grund av försvagat immunförsvar (Hedman & Jansson, 2015). Gustin Wiklund (2014) beskriver vårdlidande som vårdtagarens upplevelse av vanmakt eller upplever sig kränkt i

relation till vårdgivaren. Detta för att undvika onödiga vårdlidanden för de äldre i behov av vård och omsorg. Wiklund Gustin menar att vårdtagaren kan känna sig kränkt om hon/han inte tas på allvar eller om denne inte vågar påtala bristerna på grund av otrygghet. Det är därför sjuksköterskans övergripande ansvar att sätta in åtgärder som kan förebygga och eliminera vårdlidande (Wiklund & Gustin, 2014). För att motverka detta kan förebyggande insatser behövas sättas in för äldre personer i behov av munhygien (Socialstyrelsen, 2017).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskeprofessionen fyra ansvarsområden; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2014). Detta innebär att en del av sjuksköterskans arbetsområden innefattar sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete för att ge god och säker omvårdnad. Ternesfedt & Nordberg (2014) definierar omvårdnad som att utifrån individperspektiv hjälpa vårdtagare att förebygga ohälsa och främja hälsa samt tillgodose patientens basala fysiska, psykiska, sociala såsom andliga behov vid sjukdom och ohälsa. SSF (2016) beskriver att målet med omvårdnad är att skapa balansen i omvårdnadsrelation där vårdtagaren känner sig trygg och respekterad.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska så ska vården bedrivas på ett säkert sätt. Sjuksköterskan ska ha handlingsberedskap, samt arbeta patientsäkert, förebyggande och följa regelverk för att kunna undvika eller minska vårdskador som kan förekomma hos patienten. Hänsyn ska tas till patientens rättigheter, integritet och autonomi i säkerhetsarbetet. Sjuksköterskan ska arbeta riskmedvetet genom att göra riskbedömningar och ta del av analysen i relation till det förebyggande arbetet för att motverka vårdskador, identifiera förbättringsåtgärder samt följa upp och utvärdera (SSF, 2017). Sjuksköterskan måste då se till att den sjuke eller den äldre som är beroende av hjälp med att sköta sin munhygien får hjälpen på rätt sätt, så att uppkomsten av munproblem kan förebyggas (Öhrn, 2006).

Munvård till äldre - en del av omvårdnad och sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskans specifika ansvarsområde är omvårdnad, vilket omfattar både det patientnära arbetet och det vetenskapliga kunskapsområdet (SSF, 2009). En viktig del i sjuksköterskans arbete innefattar arbetsledning och medverkan till kompetensutveckling hos medarbetare. Det görs genom att leda, planera, prioritera och samordna patientnära omvårdnadsarbete, samt ge konstruktiv feedback i omvårdnadsarbetet (SSF, 2017). Ansvar för att upprätthålla en god munhälsa ligger på vårdpersonalen. Därför är det väsentligt att munvård anses som en viktig del av omvårdnad, där munbedömningar görs regelbundet för att tidigt upptäcka eller undvika munhälsosjukdomar (Andersson, 2006). Munvård består av, tandborstning, rengöring av munhålan, rengöring av fasta och avtagbara protetiska tandersättning samt behandling av torra slemhinnor (Hedman & Jansson, 2015).

Bedömning av munhälsa

Att förebygga ohälsa i munnen är en väsentlig hälsoinsats för äldre. Enligt Andersson (2014) är Revised Oral Assessment Guide (ROAG) ett instrument som kan användas i sjuksköterskans arbete för att bedöma vårdtagarens munhälsa. Detta instrument finns som en modul i det nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg, Senior Alert och har bedömts vara ett trovärdigt instrument för munbedömning. Lindunger (2016) beskriver att ROAG används vid utveckling av munhälsoproblem som är förenad svårighet att tugga, äta eller svälja hos vårdtagaren. Munbedömningen skapar kontakt och samarbete mellan tandvård och vård- och omsorg där fokus läggs på den äldres munhälsa (Lindunger, 2016; Andersson, 2014). Instrumentet omfattar nio områden som bedömer vårdtagarens munstatus: röst, läppar, munslemhinnor, tunga, tänder, proteser, tandkött, saliv och sväljning (Andersson, 2014). Vid avvikelser i munhålan kan lämpliga individuella åtgärder sättas in och bedömningen kan sedan följas upp (Socialstyrelsen, 2017).

Teoretisk referensram - Orems egenvårdsbrist och omvårdnadssystem

Som teoretisk utgångspunkt har uppsatsförfattarna valt att fördjupa sig i Dorothea Orems del teori ”Teori om egenvårdsbrist och omvårdnadssystem”. Eftersom samtliga av Orems delteorier hänger ihop har uppsatsförfattarna valt att beskriva teorin i sin helhet för att för uppfattning av del teorier “Teori om egenvårdsbrist och omvårdnadssystem”.

Dorothea Orems omvårdnadsteori enligt Gustin (2014) bygger på en egenvårdsmodell, vilken innefattar tre olika teorier. En teori om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystem. Orem (1995) beskriver egenvård som individens kontinuerliga medverkan till egen existens. Orem menar att de aktiviteter som individen har förmåga att självständigt utföra för att bibehålla egen hälsa och välbefinnande. Dessa aktiviteter och förmågor varierar beroende på hälsotillstånd, livserfarenhet, ålder samt resurser (Orem, 1995)

Den andra teorin är egenvårdsbrist. Orem beskriver teorin om egenvårdsbrist som grundläggande element av omvårdnadsteorin. Teorin utvecklar och ge uttryck för varför en individ behöver omvårdnad samt begränsningar som förhindrar individen att tillgodose egenvårdsbehov. Det är i sådana situationer som behov av omvårdnad uppstår. Omvårdnad är en respons på individens återkommande oförmåga att kunna ta hand om sig själv på grund av individens hälsotillstånd eller tillfredsställer egenvårdsbehov. (Orem, 1995) Detta innebär att återställa balans mellan egenvårdskrav och egenvårdskapacitet för att möta dessa krav (Gustin & Lindwall, 2014). Orem (1995) beskriver att sjuksköterskor anser ha förmåga att tillgodose individens omvårdnadsbehov. Denna förmåga enligt Orem kallas omvårdnadskapacitet och syftar till att helt eller delvis skapa egenvårdsbalans när egenvårdskapacitet inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehovet. Sambandet mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav kan vara jämlik, mindre eller mer. När egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet anses individen ha omvårdnadsbehov på grund av existerande egenvårdsbegränsningar. Dessa begränsningar kan vara i form av att utföra egenvårdshandling, kunskap, att göra

bedömningar samt att ta beslut om egenvård. Egenvårdsbrist kan vara delvis eller hel, den kan även vara tillfällig eller permanent (Orem, 1995).

Den sista teorin om omvårdnadssystem infoga egenvårdsbrist teori. Teorin etablerar strukturen och innehållet i omvårdnadpraxis. Omvårdnadssystem kompenserar eller bemästrar individens känd eller växande vårdrelaterade begränsningar (egenvårdsbrist). Detta rör sig om olika omvårdnadssituationer som kan uppkomma när en individbehov av omvårdnad kan tillgodoses av någon annan som har förmågan att hjälpa till (Orem, 1995). Därför behövs sjuksköterskans intervention och att interventionen ska rikta till att främja egenvårdsbalans samt stötta personens egenvårdskapacitet eller kompensera för brister i den (Gustin & Lindwall, 2014).

Problemformulering

Antalet äldre ökar i hela världen och det blir vanligare att allt fler äldre behåller egna tänder på grund av bättre tandvård än tidigare. Detta ställer höga krav på vårdpersonal inom äldreomsorg att ha kunskap om munvård och god tand-och munstatus. Därför är det viktigt att sjuksköterskor har tillräckliga kunskaper gällande munvård och munhälsa. För att uppnå detta, är utbildning om munhälsa och munvård avgörande för vårdpersonal som arbetar inom särskilt boende. Det övergripande målet med utbildning om munhälsa är att lära vårdpersonal hur den dagliga munvården ska utföras, samt hur de kan upprätthålla efterföljande nivå av munhygien och munhälsans status hos äldre som vårdas på särskilt boende. Inom det valda området är det av stor vikt att lyfta fram kunskap och attityder hos vårdpersonal kring munvård för att förbättra omvårdnaden inom detta område.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa vårdpersonalens kunskap och attityd kring munhälsa på särskilt boende för äldre samt vilka åtgärder som anges kring förbättring av munvård.

METOD

Design

En litteraturöversikt. En litteraturöversikt görs genom att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problem (Forsberg & Wengström, 2015).

Urval

Uppsatsförfattarna har valt att söka vetenskapliga artiklar på databasen PubMed och CINAHL. PubMed och CINAHL är lämpliga databaser för att söka omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2016). Sökord som användes är *“oral care, oral hygiene, oral health, knowledge, oral health education, oral care training, staff, dental and care, older people, care homes, attitude, oral assessment, caregiver and nurses, nursing homes,”* Dessa sökord kombinerades med *“AND”* för att kunna avgränsa samt hitta relevanta artiklar som svarar på den uppställda syften. I MeSH databasen användes dessa medicinska termer: *oral hygiene, oral health, elderly och nursing homes* för vidare artikelsökning i PubMed. Ulrich Web databas har även använts för att granska om artiklar som sökte i PubMed var peer reviewed. Ytterligare datainsamling har gjorts genom att söka en artikel manuellt i Google Scholar databas; *“Effect of an oral health care protocol in nursing homes on care staffs’ knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomized control trial”*. Sökresultaten redovisas i tabell 1.

Inklusionskriterier

Peer reviewed vetenskapliga artiklar mellan 2005 och 2017

Artiklar med abstrakt, fulltext och är skrivna på engelska eller svenska

Artiklar som inkluderat särskilt boende med vårdtagare som har vårdbehov relaterad till sjukdom

Artiklar som handlar om personer över 65 år

Endast artiklar publicerade i tidskrifter med etisk övervägande används.

Exklusionskriterier

Artiklar som handlar om utförande av munvård på personer under 65 år

Artiklar som handlar äldre personer som bor kvar hemma

Artiklar som är litteraturöversikt

Tabell 1. Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstrakt	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=14
CINAHL	Oral health in older people AND caregivers AND knowledge	171 9 3	20	7	3
CINAHL	Oral care AND older people	2022 145	10	4	1
CINAHL	Oral care training AND nursing staff	55 12	5	1	1
CINAHL	Oral health education AND staff AND nursing home	410 100 32	20	5	2
CINAHL	Nursing homes AND oral hygiene	9374 73	10	5	2
CINAHL	oral hygiene AND older people AND assessment	469 43 16	20	5	2
CINHAL	Attitude AND oral caregivers	123 6	10	5	1
PubMed	Oral hygiene AND Knowledge	1573 127	20	10	1
PubMed	Oral health knowledge AND elderly AND nursing homes	771 771 32	10	8	1

Värdering av artiklarnas kvalitet

Värdering av artiklarnas kvalitet utfördes med hjälp av modifierad granskningsmallen från utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevanti (2006). Det finns en mall för kvalitativa artiklar och en mall för kvantitativa artiklar. Kvalitativ artikel mallen innehåller 25 ja och nej frågor. Varje JA-svar gav en poäng och

NEJ-svar gav 0 poäng. Kvantitativa mallen innehåller 29 ja och nej frågor. Varje JA-svar gav 1 poäng och NEJ-svar gav 0 poäng. Sedan omvandlades poängen till procent. Artikelgranskning och värdering enligt granskningsmall 50 % och under värderas låg, 60 % - 79 % medel och 80 % - 100 % värderas hög. Enligt överenskommelse så skulle inte artiklar som var lägre än 70 % bli godkända för denna studie. Samtliga 15 artiklar som används i denna studie uppfyllt kraven, varav 10 artiklar bedöms vara hög kvalitet och 5 artiklar medel kvalitet.

Tillvägagångssätt

Eftersom författarna bor på olika orter kommunicerades genom webbtträff och fysisk träff på högskolan enligt överenskommelse. Under skrivandet har Google Drive använts för att dela det gemensamma dokumentet. Författarna genomförde artikelsökning, titel- och abstraktläsning tillsammans för att välja eller välja bort de artiklarna som bedöms vara relevanta eller irrelevanta utifrån studiens syfte. De valda artiklarna lästes var för sig, sedan diskuterade författarna tillsammans. Engelska-svenska lexikon har använts vid oklarhet i läsning eller översättning.

Analys och tolkning av data

Sammanlagt valdes 15 artiklar och analysarbetet inleddes med genom att abstrakt till de valda artiklarna lästes igenom av uppsatsförfattarna för att sortera fram artiklar som uppfyller studiens syfte. De valda artiklar som tas vidare lästes igenom noggrant i sin helhet utifrån studiens syfte för att få en uppfattning av innehållet. Därefter markerades relevanta nyckelord. De markerade nyckelorden samlades utifrån likheter och skillnader i studierna. Kategorierna som identifierats under analysen formulerades sedan i resultatet.

Forskningsetik

God etik är en viktig aspekt i all vetenskaplig forskning och ska alltid vägas mot kravet att skydda de individer som deltar i undersökningen (Forsberg & Wengström, 2015). Världsläkarförbundet (World Medical Association, WMA) Helsingforsdeklarationen (2014) har sammanställt den etiska deklarationen gällande medicinsk forskning som omfattar människor med 37 punkter rörande forskning deltagarnas samtycke, sekretess, forskningsetiska kommittéer, forskningskrav och regler. Alla artiklar som tas fram till studien är godkända av en

etisk kommitté. Artiklarna granskades i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska principer för att säkerställa att studierna utförts enligt de etiska riktlinjerna. Granskning av artiklar har skett ur ett objektiva perspektiv och inga egna värderingar har förekommit. Information från alla källor återges korrekt och inget plagiat har skett i denna studie.

RESULTAT

Resultatet i denna studie är baserat på 15 vetenskapliga artiklar varav kvantitativ (n=8) och kvalitativ (n=7) studier. Studierna genomfördes i olika länder. Dataanalysen resulterade i tre huvudområden: kunskap hos vårdpersonal kring munhälsa, barriärer till god munvård samt framgångsfaktorer som kan förbättra munvård. Subkategori som framkom om kunskap kring munvård var bristande kunskap bland personal. Subkategorier som framkom kring barriär till munvård var vårdpersonalens attityd, vårdpersonalens rädsla, tidsbrist, brister i ansvarsområden och rutiner, vårdtagarens motvilja och vårdtagarens autonomi och integritet. Subkategorier under framgångsfaktorer för god munvård var utbildning och bedömning av munvård.

Kunskap hos vårdpersonal kring munhälsa

Bristande kunskap bland vårdpersonal

I flera studier framkom att kunskapsbrist i munhälsa och vårdpersonalens bristande själv förmåga att utföra munvård påverkar munvårds praxis på särskilt boende (Lindqvist, Seleskog, I von & Beultzingsleowen, 2013; Janssen et al., 2016; Pihlajamäki, Syrjälä, Laitala, Pesonen & Virtanen, 2016). Lindqvist et al. (2013) i sin studie redovisade en svensk årlig rapport från 2005 som visade att mindre än hälften av vårdtagare hade god munhygien och mer än 20 % hade dålig munhygien. I Janssens et al. (2016) studie rapporterades också 61 % av undersköterskor aldrig haft teoretisk utbildning om munhälsovård, 66 % hade inte fått tillräcklig instruktion om munhälsa eller genomgått praktisk utbildning på arbetsplats och bara 3.9 % fick utbildning ibland eller regelbunden träning om munhälsa. Lindqvist et al. (2013); Garry & Borans (2017) studie beskrev att

vårdpersonalen inte fick tillräcklig genomgång om munvård under deras grundutbildning. En undersköterska bekräftade detta påstående; ... ”*I really know very little about oral hygiene. When you train to be an assistant nurse, you don't study oral hygiene at all*” (s.301).

Barriärer till munvård utförandet

Vårdpersonalens attityd

Goh et al. (2016) fann i sin studie att nästan alla vårdpersonalen uttryckte positiv inställning gentemot munvård och ansåg att de hade tillräckligt med kunskap och resurser för munvårdsutförandet. Majoriteten av vårdpersonalen höll med om faktumet att munhygien skulle förbättra äldres allmänhälsa. Trots detta besvarade de att de var upptagna för att tillhandahålla dagliga munvård. I Jablonski et al. (2009) studie rapporterade att majoriteten av undersköterskorna hade kunskap om att munvård skulle utföras två gånger om dagen men deras praxis motsvarar inte deras kunskap, där nästan hälften av undersköterskorna uppgav att de utförde munvård endast en gång om dagen.

Vårdpersonalens rädsla

I flera studier hade det framkommit om personalens rädsla att skada vårdtagaren vid utförandet av munvård samt osäkerhet i deras förmåga att utföra munvård. I Goh et al. (2016) studie beskrev deltagarnas rädsla om att skada vårdtagaren eller bryta hans/hennes tänder vid utförandet av munvård på grund av otillräcklig kunskap om munvård. Vårdpersonalen var rädda att orsaka smärta hos vårdtagaren när munvård tillhandahållas. Ibland upplever vårdtagarna smärta i tandköttet och vill inte rengöra munnen (Jablonski et al., 2009). Lindqvist et al. (2013) beskrev att munvård kan vara en svår uppgift då en del av personalen lider av tandvårdsrädsla och vissa fann det avskräckande att utföra munvård på vårdtagarna ... ”*yes, it's true, that sometimes you skip the teeth... ... it's almost the most difficult thing to do, looking after other people's oral health, But you have to do your best*” (undersköterska). (Lindqvist et al., 2013, s.301).

Det ovanstående påståendet instämmer helt med vårdchefens rapport i samma studie:

” Many people find mouths repulsive, some of the staff experience dental fear themselves, which may be one of the reasons for the shortcomings” ... (care manager) (Lindqvist et al., 2013, s. 301).

Tidsbrist

Tidsbrist inom äldreomsorg kan vara ett hinder att kunna utföra god munvård. Detta kan vara frustrerande för vårdpersonal när de inte kan utföra sina arbetsuppgifter på ett lugnt och värdigt sätt (Sonde et al., 2010). I Garry & Boran, (2017); Lindqvist et al. (2013) studier beskrev vårdpersonal att munvård inte prioriteras på grund av tidsbrist, då det kan ta lång tid att försöka få vårdtagaren att komma överens om munvårds utförande.

Right, on an everyday basis, toothbrushing is the most time- consuming talking about it, doing it, getting them to agree to it, all takes a lot of time. Washing them, changing their continence pads, putting on their night garments are all much quicker tasks, taking maybe 5-10mins, while toothbrushing takes 20-30min. and we have to get them around to all the residents, give their medications, etc.... (Lindqvist et al., 2013, s.301).

Brister i ansvarsområden och rutiner

I studie utförd av Sonde et al. (2010); Lindqvist et al. (2013) framkom att en del sjuksköterskor tyckte att oral hygien var undersköterskors ansvar. Sonde et al. (2010) beskrev vidare att andra sjuksköterskor ansåg oral hygien vara sjuksköterskans övergripande ansvar att ge instruktion om munhygien. Andra tyckte att det var gemensamt ansvar. Många av sjuksköterskorna rapporterade att om patienten inte hade problem med sin mun eller tänder, litade sjuksköterskor på att munvård utfördes. Däremot var det undersköterskor som var ansvariga att rapportera avvikelser om vårdtagarens munstatus till sjuksköterskan. Deltagarna i denna studie rapporterade också att det saknades skrivna rutiner och/eller ansvarsfördelning mellan sjuksköterska och undersköterska angående munhygien. Det fanns inte rutinmässigt utbyte av information om vårdtagarnas munhälsa.

I studien gjord av Garry & Boran (2017) framkom att munhälsa främjande åtgärder initieras bara när det fanns ett identifierat problem, snarare än som en förebyggande åtgärd. Nitschke et al. (2010) fann också i sin studie att tandvårdsrutin och preventiv åtgärd av munhälsovård saknades i deras facilitet. Nästan en fjärdedel av deras institutioner som hade denna tjänst.

Vårdtagarens motvilja

Flera studier framkom att vårdtagarens motvilja, motstånd och oförmåga att samarbeta påverkade och hindrade vårdpersonal att inte utföra den dagliga munvården (Goh et al., 2009; Jablonski et al. 2009; Kullberg et al., 2010; Lindqvist et al., 2013; Sond et al., 2010; Zenthöfer, Schröder, Cabrera, Rammelsberg & Hassel, 2014). Sonde et al. (2009) beskrev i sin studie hur det var svårt att hjälpa en defensiv och aggressiv vårdtagare ... *“a patient refusing help was when the individual refused to open his/her jaws, and become defensive and aggressive”* (sid. 94).

Demenssjukdom kan förhindra vårdpersonal att tillhandahålla en god munvård. Zenthöfer et al. (2014) studie visade att munhygien och munhälsa är sämre bland de äldre med demenssjukdom jämfört med äldre utan demenssjukdom. I kontrast till andra studier, fann Samson, Berven & Strand (2009) i sin studie att munhygien hos personer med demenssjukdom var mycket bättre än hos personer som inte drabbats av demenssjukdom. Den enda anledningen kan vara att vårdpersonalen antog att personer utan demenssjukdom kunde klara sig själv och får sannolikt mindre hjälp.

Vårdtagarens Autonomi och integritet

Enligt Lindqvist et al. (2013) kan oro för vårdtagarens integritet bland vårdpersonalen leda till motvilja att utföra munvård. En vård chef beskrev ...” *coming into the home of another person, who has been independent for may be 70 or 75 years, and suddenly saying:” Ok now it’s time for toothbrushing”, in a sort of hearty tone of voice ...”* (s. 301). I samma studie uttryckte vårdpersonal att utförandet av munvård hos vårdtagarna som inte vill samarbeta kan tillskapa en risk för att kränka personens integritet. Och även om munvård erbjuds av

vårdpersonal, var den inte alltid väl mottagen av vårdtagaren. En del reagerar aggressivt, eftersom de tror att det är brott mot deras autonomi, vilket då leder till strid.

Framgångsfaktorer för god munvård

Utbildning

Enligt Khanagar et al. (2015) var vårdpersonalens kunskap om munhälsa, betydelsen av munhygien, tandvård, tandhygien och vikten av tandvårdsundersökning otillräcklig. Efter utbildningen, skedde en signifikant förbättring om munhygiens kunskap bland vårdpersonal i studiegruppen. Dock ingen signifikant förbättring om munhygiens kunskap bland vårdpersonal i kontrollgruppen. I samma studie rapporterades ytterligare förbättringar inom dessa områden; kunskap om betydelsen av munhälsa och munhygien, tandvård och tandhygien, användning av florides, hantering av muntorrhet samt vikten av regelbunden tandundersökning. Dessa förbättringar visade effektivitetutbildning i munhälsa bland vårdpersonal, då det minskade nivån av munsjukdomar hos äldre på särskilda boenden (Khanagar et al., 2015). En del av deltagarna i Lindqvist et al. (2013) studie upplevde att munvårdsutbildning som tillhandahålls av tandvårdspersonal var till nytta och lärorik. Andra deltagare ansåg utbildningen som upprepande och föreslog förbättring i munvårdsutbildning för att öka intresse för deltagande.

I Samson et al. (2009) utvärderades långsiktiga effekter av utbildningsprogram i munhälsa som syftar till att förbättra och upprätthålla munhygien hos äldre på ett boende. I utbildningsprogrammet ingick undervisning av vårdpersonalen, munvårdskort, fördelning av munvårds utrustning, genomförande av nya rutiner och regelbunden bedömning och återkoppling om vårdtagarens munstatus. Resultatet visade en statistisk förbättring tre månader efter munhälsovårdsprogrammet, vilket fortfarande var signifikant efter 6 år. Före genomförande av munhälsovårdsprogrammet så var det bara 36 % av vårdtaagrna som hade en acceptabel mucosal -plague score (MPS), sex år senare var det 70 %

av vårdtagarna som hade acceptabel MPS. Det sågs en signifikant förbättring i MPS efter utförandet av utbildningen.

Kullberg et al. (2010) studie visade också signifikanta förbättringar efter utbildningen av vårdpersonal. Under utbildningen gavs instruktion om användning av chlorhexidine gluconate 1 % gel och eltandborste. El-tandborstar delades ut på äldre boenden som arbetsverktyg för att förenkla munvård. Innan tandhygiensutbildningen genomfördes var det 61 % av vårdtagarna som använde chlorhexidine gluconate 1% gel, medan efter utbildningen var de 100 % vårdtagarna som använde det. Eltandborstar användes av 32 % av vårdtagarna före tandhygienutbildningen, efter utbildningen ökade antalet till 78 %. I studien visade de övergripande förbättringar i gingival blödning score (GBI) och plack score (PII) som mättes före och efter utbildningen (Kullberg et al., 2010).

I en liknande studie utförd av Sjögren et al. (2009) utvärderades tandhygien utbildningseffekten efter ett och ett halvt år av vårdpersonalens utbildning. Utbildningen har delats in tre olika moment. Det första momentet var att kontaktpersoner till vårdtagarna fick individuella instruktioner om behovet av munvård. Det andra momentet var att all vårdpersonal fick praktisk träning och teoretisk föreläsning om vikten av munvård och om allmän hälsa bland äldre människor. Sista momentet var en gruppdiskussion som baserades på kognitive beteende terapi som fokuserar på attityder och obehagliga eller obekväma känslor som dyker upp vid utförandet av munvård. Dessutom introducerade i studien användning av eltandborste och rekommendation av användning av Chloroxedin gluconat 1 % gel två gånger om dagen i en vecka till de som har egna tänder. Vårdtagarna fick egna elborstar. Efter ett och ett halvt år skedde inga signifikanta förändringar. Däremot hade 82 % av vårdtagarna använt chlorexid in gluconat 1 % gel, men efter ett och ett halvt år minskade antalet av vårdtagaren till 61 %. Dessutom hade 58 % av vårdtagarna använt eltandborste efter utbildningen, medan ett och ett halvt år efter utbildningen minskade antalet till 32 %.

Som nämnts tidigare om Janssens et al. (2016) studie gällande bristande kunskap, otillräcklig instruktion och utbildning bland undersköterskor rapporterades

markanta förändringar i kunskap sex månader efter utbildningen men inte för attityd. Den visade att kunskap och attityd är två olika parametrar, vilket innebär att ökad kunskap inte leder till förändrad attityd. Sloane et al. (2013) instämde med andra studier som visade förbättringar efter munvårds träning. Studien visade från början att undersköterskor inte utförde munvård ordentligt, vilket gäller tandborstning av insidan samt mellan tänderna. Resultatet som rapporterades efter träningen visade att noggrannhet och tandborstning ökat markant, därmed har tiden som krävs för tandborstning ökat från 3.5 minuter till 6–7 minuter.

Bedömning av munvård

De Visschere, Baat, Schols, Deschepper & Vanobbergen (2011) studie belyser långsiktig effekt av utförandet av munhygiensprotokoll inom äldreboenden. Protokollet syftar till att integrera munhygien i den dagliga omvårdnaden. Protokollet inkluderar introduktionsutbildning, tilldelning av huvudansvaret till en sjuksköterska på varje avdelning. En halv dag teoretisk och praktisk utbildning erhöles för ansvariga sjuksköterskor. I utbildningen ingår bedömning av munstatus vid inflyttning till boendet, individuell munhygiensplan samt genomförande av individuella munhygien planer i den dagliga omvårdnaden. I resultatet sågs det mindre plack på tänder och proteser i båda grupperna. Dessutom nämnde Sonde et al. (2010) i sin studie att det krävs att sjuksköterskor i Amerika ska utföra munbedömning vid inflyttning av vårdtagare. The Revised Assessment Guide (ROAG) har bevisats vara ett kliniskt bedömningsinstrument som används och är validerad för munbedömning inom äldreomsorg. Detta instrument kunde underlätta kommunikation mellan vårdpersonal och vårdtagarens munhälsa och behov av hjälp med munhygien.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Det övergripande resultatet i denna studie visade att det fanns både barriärer och framgångsfaktorer kring munhälsa av vårdtagare. Det fanns en lucka mellan munvård av vårdtagaren samt kunskap och attityd hos vårdpersonalen som gjorde att munvården inte utfördes fullständigt. Flera studier har undersökt och beforskat vårdpersonalens attityd och kunskap kring munvård samt vidtagit olika åtgärder för att förbättra och främja detta omvårdnadsområde. Det visade sig att utbildning av vårdpersonal i munvård har visat en signifikant förbättring samt ökad kunskap. Trots detta har vårdpersonalens attityder till munvård inte visat på stora förändringar. Att munvården inte fungerat fullständigt är beroende av andra påverkande faktorer.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa kunskap om och vårdpersonalens attityd kring munhälsa på särskilt boende för äldre samt vilka åtgärder som anges kring förbättring av munvård.

Äldre personer flyttar till ett särskilt boende på grund av omvårdnadsbehov då de inte har förmåga att tillgodose deras egenvårdskrav/egenvårdsbehov. Det innebär att vårdpersonalen har skyldighet att tillhandahålla daglig omvårdnaden. Hedman & Jansson (2015) beskrev att mun och tandvård ingår i omvårdnadsarbetet.

Både de kvalitativa och kvantitativa studierna i denna litteraturöversikt har påvisat bristfällig kunskap och negativ attityd i munhygien bland vårdpersonalen som vårdar äldre personer. Detta även framkom i andra studier gjorda av Hedman & Jansson (2015); Hilton, Sheppard & Hemsley (2016) att vårdpersonalens attityd gentemot munvård kunde bero på luckor i kunskap, vilket gör att de inte ansåg att munvård var väsentlig. Detta förklarar deras negativa attityder gentemot munvård. Dessa luckor måste åtgärdas

genom utbildning, vilket kan öka deras förmåga att identifiera samt hantera munhälsoproblem.

Frenkel, Harvey & Needs (2002) beskrev att sjuksköterskor saknade kunskaper och färdigheter att utföra munhälsovård och att det saknade kunskap om vikten av munhälsa inom holistisk vård, vilket gör att de inte kan träna medarbetare. Detta stöds i detta studieresultat. Enligt kompetensbeskrivningen av legitimerade sjuksköterskor (SSF, 2017) har sjuksköterskan ansvar att tillvarata arbetslagets och andras kunskap/erfarenhet för att komplettera varandras kompetenser. Dessutom ska de främja kontinuitet, skapa synergier och dialog för gemensamt lärande och för beslutfattande genom teamsamverkan och bidra till en god och säker hälso- och sjukvård.

För att bedriva en god och säker vård skall sjuksköterskan som arbetsledare bör ha kunskap för att styra omvårdnadsarbetet i vårdteamet.

Uppsatsförfattarna anser sjuksköterskan bör ha förmågan att stimulera medarbetare att utföra munvård, övervaka samt följa upp munvårdsarbetet. Orem (1995) beskriver denna förmåga som omvårdnadskapacitet och den syftar till att helt eller delvis skapa egenvårdsbalans när egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehov för vårdtagaren.

Studier har visat bristfällig munvård hos äldre som bor på särskilt boende på grund av bristande förmåga att självständigt sköta sin dagliga munvård. I föreliggande studieresultat framgår att tidsbrist, arbetsbelastning och låg prioritering var hinder för att vårdtagarens munvård inte blev tillgodosedd. Detta samstämmer med studier gjord av Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson, & Sörensen (2000); Hilton et al. (2016) där munvård hade blivit separerad från annan omvårdnad på grund av låg prioritet och tidsbrist. Det innebär enligt Hedman & Jansson (2015) att de vårdtagarna med dålig munhälsa på särskilt boende kan drabbas av ohälsa och detta kan anses som bristande vård. På grund av dessa brister anser författarna av denna litteraturöversikt att sjuksköterskan borde hjälpa vårdtagarna som inte kan utföra munvård själva. Orem (1995) beskriver i sin omvårdnadssystemteori

att i sådana omvårdnadsomständigheter där vårdtagaren är beroende av någon annans hjälp, är sjuksköterskans förmåga att hjälpa individen att tillfredsställa sitt dagliga omvårdnadsbehov viktigt.

I kontrast till detta studieresultat höll en del deltagare inte med om att tidsbrist kunde vara ett hinder för munvårdens utförande. Det framkom även i andra studier Hilton et al., (2016); Wårdh et al. (2011) där deltagarna uppgav att det bara är "lathet" bland vårdpersonalen att inte utföra munvård. Tidsbrist kunde vara en reflektion av en negativ attityd gentemot munvård (Hilton, et. al., 2016). Uppsatsförfattarna av föreliggande studier anser att för att tiden skall räcka till borde munvård integreras i den individuella omvårdnadsplanen och i den dagliga rutinen för omvårdnadsarbetet.

Det framgår i denna litteraturöversikt att brister i munvårdsrutiner munvårdsrutiner inte diskuterades vid vårdplanering eller inflyttning. Detta gör att munvård inte tas på allvar förutom när munhälsoproblem uppstår. Detta framkom även i (Unfer, Braun, Ferreira, Raut & Batista, 2011). Nicol et al. (2004) beskrev i sin artikel att äldre som bor på särskilt boende uttrycker sina obehag bara när det uppstått besvärliga symptom i munhålan. Därför anser uppsatsförfattarna anser att regelbunden munbedömning och munvårdsrutin är viktigt för att kunna upptäcka samt förebygga munhälsosjukdomar bland äldre som bor på särskilt boende.

Munhålan upplevs av många som ett intimt område och det kan därför kännas som ett intrång när någon annan person utför munvården. För många är munhålan den sista delen av kroppen som de själv kan bestämma över. Vårdtagare med demenssjukdom kan därför knipa igen munnen och vägra tillträde för någon annan person att utföra munvård (Andersson, 2014). Resultatet i denna studie visar att vårdtagare motsätter sig munvård. Anledningen till detta motstånd förknippas med demenssjukdom, där vårdtagaren känner sig kränkt och upplever ett hot mot sin autonomi och integritet. Detta får stöd i Wårdh et al (2000); Hilton et al. (2016); Wårdh et al. (2011) studie där vårdpersonal upplever motstånd från vårdtagare.

En annan orsak till bristfällig munvård som framkom i studieresultatet var vårdpersonalens ovillighet att utföra munvård på grund av rädsla att skada eller orsaka smärta hos vårdtagaren. Detta stöds i Wårdh (2000) & Hedman & Janssons (2015) studier.

Uppsatsförfattarna anser att munvård negligeras på grund av vårdtagarens vägran. Det gör att vårdtagarens munhälsa inte uppmärksammas och dennes värdighet kränks och till slut blir vårdtagarens munhälsa försämrad. Försämrad munhälsa påverkar vårdtagarens allmänhälsa och orsakar komplikationer i andra delar av kroppen. Enligt ICN kod för sjuksköterskor skall sjuksköterskan främja hälsa och förebygga ohälsa (SSF, 2014). Om vårdpersonals omvårdnad om äldre personers munhälsa sköts kan komplikationer som förknippas med ohälsa i munnen undvikas.

Resultatet i denna studie visade oklarhet i ansvarsfördelningen angående munvård mellan sjuksköterskor och undersköterskor, vilket ledde till att kontinuiteten i munvården påverkades. Detta bekräftas även av Wårdh et al. (2000); Wårdh et al. (2011) där det visade sig att det var undersköterskor eller vårdbiträden som hade ansvaret för att utföra munvård. Det är sjuksköterskan som är omvårdnadsansvarig och har det övergripande och yttersta ansvaret för att se till att munvården fungerar effektivt (Ehrenberg, 2006). Enligt socialstyrelsen (2013) får omfördelning av arbetsuppgifter aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten. Orem (1995) beskriver att det är sjuksköterskans ansvar att tillgodose vårdtagarens omvårdnadsbehov. Dessa omständigheter ställer krav på sjuksköterskans förmåga att identifiera vårdtagarens egenvårdsbrist samt vidta adekvata åtgärder som syftar till att patientens egenvårdsbehov tillgodoses.

Uppsatsförfattarna anser att vårdpersonal bör ta munvård sitt ansvar gällande munvårdsskötsel på samma sätt som annan omvårdnadsuppgift. Däremot är det sjuksköterskans ansvar att identifiera vårdtagarens begränsningar och behov samt planera och organisera vårdteamet för att kunna kompensera vårdtagarens egenvårdsbrist genom att sköta dennes munvård.

Uppsatsförfattarna anser att utbildning är grunden till kunskap för förbättringsarbete samt för att kunna utföra bättre munvård. I litteraturöversiktens resultat märktes markanta förändringar med ökade kunskaper om munvård bland vårdpersonal, samt munstatus förbättringar hos vårdtagare efter munvårdsutbildningar. Andra studier har även visat liknande resultat. Wårdh et al. (2011) beskriver att flera studier har visat munvårdsutbildning har lett till förbättring i vårdpersonalens attityd samt ökad kunskap i munvård på särskilt boende. SOU (1998:16) beskriver att det inte är lätt att förändra människors attityder. Men en attitydförändring och bemötande kan åstadkommas genom ökad utbildning, information och interaktion för bäst resultat. Enligt Nicol et al. (2004); Frenkel, Harvey & Newcombe (2001) studier var munvårdsutbildning uppmuntrande studien där visade en förändring i munvårdsproceduren efter utbildning av vårdpersonal.

Resultaten på de analyserade studierna som utfördes i America, Belgium, India, Sverige, Tyskland, Finland, Norge, England & Wales och Singapore visade att personalens kunskap och kunskapsbrist att utföra korrekt munvård är likadan, oavsett nationella skillnader. Uppsatsförfattarna anser att munvårdsutbildning bör inkluderas i sjuksköterske- och undersköterskeutbildning. Detta för att både undersköterskor och sjuksköterskor i de analyserade studierna uttryckte att de behöver regelbunden munvårdsutbildning samt kunskap för att kunna tidigt identifiera munhålans relaterade sjukdomar och problem hos vårdtagarna. Upprepade utbildningar på arbetsplatsen gav bra resultat i omvårdnadspersonalens förmåga, förtroende och på vårdtagarnas munhälsa. Sonde et al. (2010) refererade i sin studie till tidigare studier som diskuterade vikten av att inkludera träning av munhälsa- och sjukdom i sjuksköterskeläroplanen både på grund- och avancerad nivå.

Enligt Frenkel et al. (2002) är kunskap och attityd förutsättningar för beteendeförändringar. Därför behöver vårdpersonal använda sina kunskaper i praktiken. I studien beskrivs det att problemet inte är att erhålla kunskap utan det krävs förmåga att omvandla kunskapen till praxis i den dagliga

omvårdnaden. Studiens resultat visade att behov finns för både praktiskt och teoretisk utbildning av vårdpersonal (Kullberg et al., 2010).

Nicol et al. (2004); Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen (2003); Wård (2006) belyser att det inte räcker med bara teoretisk utbildning när munvårdsutbildningen tillhandahålls. Det finns behov av praktiska undervisning också. Enligt Wårdh et al. (2003) har tandhälsoundervisning ofta visat begränsad framgång i attitydförändring mot tandproblem och kortvariga vinster i kunskap. Behov finns av större insikt i förhållandet mellan kunskaper, attityder och hälsobeteende.

Hedman & Janssons (2015) beskrev sambandet mellan munhygien, munhälsa och allmänhälsa. Det påvisade att risken att dö av vårdrelaterad lunginflammation bland äldre på särskilt boende minskade med förbättrad munhygien.

Metoddiskussion

Litteratursökning har gjorts i CINAHL och PubMed databaserna. Totalt hittades 15 relevanta artiklar men under kvalitetsgranskningen valdes tre artiklar bort på grund av att de saknade etiskt godkännande, vilket är ett av inklusionskriterierna. Dessa artiklar kunde gett mer styrka till arbetet. De borttagna artiklarna ersattes genom ytterligare sökning i CINAHL. Sökningen tog extra tid och det anses som en svaghet i litteraturöversikten.

Artikelsökningen i PubMed upplevdes som avancerad och tidskrävande, då det inte var möjligt att avgränsa peer reviewed studier direkt vid sökningen utan ytterligare sökning gjordes via Ulrich Web för att kontrollera om artiklarna var peer reviewed.

En annan svaghet var att under artikelsökningen upplevde författarna att de artiklar som skulle vara giltiga för denna studie var avgiftsbelagda, vilket begränsade datainsamlingen till studien. Alla artiklar som använts i denna litteraturöversikt genomfördes i olika länder. Detta ansågs ge styrka till studien, då det gav en bred inblick i kunskapen om munvård globalt. Att använda studier med både kvalitativa och kvantitativa metoder kan också

anses som en styrka för att det gav möjlighet att se studieämnet ur olika synvinklar.

Etikdiskussion

Artiklar som har använts i denna studie har ett etikgodkännande. Detta skyddar vårdtagarnas integritet i forskningen, eftersom många studier handlar om gamla, sjuka och friska människor, som har nedsatt förmåga att försvara sig eller föra sin egen talan. Uppsatsförfattarna bestämde att de etiska godkännanden skulle vara en viktig del av inklusionskriteriet, vilket garanteras deltagarna anonymitet.

Klinisk betydelse

Denna studie har visat att munvårdsutbildningar kunde öka vårdpersonalens kunskap och attityder förbättras gällande munvård. Dessutom ger studien viktig information om framtidens planering av munvårdsutbildning. Den ska fokusera på praktiska övningar av munvård, som hantering av vårdtagarens motvilja och betona munvård som en viktig del av det dagliga omvårdnadsarbete. Studien ger också information om att planera och inkludera munvårdsutbildning som en del i sjuksköterskans och undersköterskans läroplan i grundutbildningen. Detta för att förbättra omvårdnaden inom detta område.

SLUTSATS

Denna litteraturöversikt ger insikt om vårdpersonalens kunskap och attityder gentemot munvård. Forskning och medvetande om kunskap om munvård och vårdpersonalens attityder samt åtgärder som vidtagits för att främja och förbättra munvård hos äldre på särskilt boende har diskuterats i många år. Det kvarstår fortfarande efterfrågan om vårdpersonalens attityder. Trots ökad kunskap och kortsiktig attitydförändring som erhållits genom utbildningar, har personalens attityd inte visat någon betydlig förändring. Faktumet kvarstår att kunskap som erhålls inte implementeras i praktiken, vilket beror på flera olika faktorer som motverkar god munvård. Det är viktigt att granska

påverkande faktorer som motverkar god munvård, samt integrera praktiska övningar i munvårdsutbildningen för att förbättra och främja god munvård hos äldre på särskilt boende.

Förslag till vidare studier

Denna studies resultat har beskrivit olika bidragande faktorer som motverkar utförandet av munvård från både vårdtagare och vårdgivare. En av de bidragande faktorerna är kunskapsbrist och bristande självförtroende bland vårdpersonal. Uppsatsförfattarna anser att kunskap är ett viktigt verktyg för att kunna identifiera munhälsorelaterade problem, bemöta vårdtagaren på ett värdigt sätt och att kunna bemästra olika svåra situationer som dyker upp vid utförandet av munvård. Uppsatsförfattarna anser att behov finns för vidare forskning angående vårdpersonalens bemötande av äldre personer som inte vill ta emot munvård samt vårdpersonalens kunskap om munhygien och munhälsa. Ytterligare forskning om hur barriärerna till munvård som framkom i studien skulle kunna undvikas och därmed bidra till en bättre munvård. Dessutom ska forskningen implementeras i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Referenser

Andersson, P. (2006). Munvård hos äldre vid olika sjukdomstillstånd. I K. Öhrn & P. Andersson. (Red.), *Munvård inom vård och omsorg* (s. 83–93). Lund:

Studentlitteratur.

Andersson, P. (2014). Munhälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 301 - 331). Lund: Studentlitteratur.

Dahm, S., Brunn, T. A. & LeMaster, M. (2015). Critical Issues in Dental Hygiene, Oral Care in the Long-Term Care of Older Patients: How Can the Dental Hygienist Meet the Need? *The Journal of Dental Hygiene*, 89(4), 229–237.

De Visscher, L. de baat, C., Schols, J.M.G-A., Deschepper, E. & Vanobbergen, J. (2011). Evaluation of the implementation of an `oral hygiene protocol` in nursing homes: a 5-year longitudinal study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(5), 416-425. doi:10.1111/j.1600-0528.2011.00610.x

Ehrenberg, A. (2006). Sjuksköterskans ansvarsområde samt dokumentation av munvård. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg* (s. 153–166). Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A.-K., Törnquist, A. & Hasson, H. (2014). Sjuksköterskans roll som ledare inom kommunal vård och omsorg för äldre. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (2:3. uppl., s. 279-292). Lund: Studentlitteratur.

Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, P., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International journal of dental hygiene*, 9(3), 199-203. doi:101111/j.1601-5037.2010.0047.x

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Frenkel, HF., Harvey, I. & Newcombe RG. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29(4), 289–297. doi:10.1034/j.1600-0528.2001.290408.x

Frenkel HF., Harvey, I. & Needs K. (2002). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 30(2), 91–100. doi: 10.1034/j.1600-0528.2002.300202.x

Garry, B. & Boran, S. (2017). Promotion of oral health by community nurses. *British Journal of Community nurses*, 22(10), 496-502. doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.12968/bjcn.2017.22.10.496>

Goh, E.C., Guay, P. M., Lim, Y. M., Lim, M. S., Loke, Y. S., Toh, E. H. & Nair, R. (2016). Correlates of attitudes and perceived behavioural control towards oral care provision among trained and untrained nursing home caregivers in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11/12), 1624-1633. doi: 10.1111/jocn.13162

Gustin, L.W. & Lindwall, L. (2014). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hedman, A.-M. & Jansson, W. (2015). *Äldrevård och äldreomsorg*, (s. 273-293). England: Pearson

Helsingforsdeklarationen. (2014). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad den 10 december 2017. Från, <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>

Hilton, S., Sheppard, J. J. & Hemsley, B. (2016). Feasibility of implementing oral health guidelines in residential setting: view of nursing staff and residential staff

workers. *Applied Nursing Research*, (30), 194-203. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.005>

Jablonski, R. A., Munro, L. C., Grap, M. J., Schubert, C. M., Ligon, M. & Spiegelmyer, P. (2009). Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants. *Geriatric Nursing*, 30(2), 99-107.

Janssens, B., Visschere, L. D., Putten, G.- J., Lugt-Lustig, K., Schols, J.M.G.A. & Vanobbergen, J. (2016). Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staff knowledge and attitudes towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *The Gerodontology Association*, 33(2), 275-286. doi:
10.1111/ger.12164

Jung, Y-M. & Shin, D-S. (2008). Oral health, Nutrition, and Oral-health related Quality of Life. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 29-35.

Khanagar, S., Nagananandini, S., Tuteja, J. S., Naik, S., Satish, G. & Divya, K.T. (2015). Improving Oral Hygiene in Institutionalised Elderly by Education Their Caretakers in Bangalore City, India: a Randomised Control Trial. *Canadian Geriatrics Journal*, 18(3), 136-143. doi:<http://dx.doi.org/10.5770/cgj.18.145>.

Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J. Herbst, B., & Johansson, O. (2010). Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1273-1279. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x

Larsson, M. & Rundgren, Å (2010). *Geriatriska sjukdomar* (2. uppl., s. 17). Lund: studentlitteratur.

Lewis, A., Kitson, A. & Harvey, G. (2016). Innovation and translation. Improving oral health for older people in the care setting: An exploratory implementation study. *Australian journal on ageing*, 35(4), 273-280. doi: 10.1111/ajag.12326

Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & Bultzingslöwen, L. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(14), 298-305. doi:10.1111/idh.12016

Lindunger, A. (2016). *Munbedömningsinstrument*. Vårdhandboken. <http://www.varhandboken.se/Texter/Munhalsa/Munvard-och-munbedomningsinstrument/>

Matear, D. W & Barbro, J. (2006). Caregivers perspectives in oral healthcare in an institutionalised elderly population without access to dental service: a pilot study. *The journal of the Royal Society for the promotion of Health*, 126(1), 28-32. doi: 10.1177/1466424006061171

Nicol, R., Sweeney, M.P., McHugh, S. & Bagg, J. (2004). Effectiveness of health care worker training of the oral care of elderly residents of nursing homes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 115-124. doi 10.1111/j.1600-0528.2004.00212.x

Nitschke, I., Majdani, M., Sobotta, B. A.J., Reiber, T. & Hopfenmuller, W. (2010). Dental care of older people and those caring for them. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1882-1890. doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1111/j.1365-2702.2009.02996.x>

Orem, D. E. (1995). *NURSING concept of practice, FIFTH EDITION*. (5th ed. pp. 153- 184) United States of America: Mosby- year Book, Inc.

Online lexikon för 28 språk. <https://sv.bab.la>

Pihlajamäki, T., Syrjälä, A.-M., Laitala, M.-L., Pesonen, P. & Virtanen, J. L. (2016). Oral health care-related beliefs among Finish geriatric home care nurses. *International Journal of Dental Hygiene*, 14(4), 289-294. doi:10.1111/idh.12227

Samson, H., Berven, L. & Strand, G.V. (2009). Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Europeans Journal of Oral Sciences*, 117(5), 575-579. doi: 10.1111/j.1600-0722.2009.00673.x

SFS. (1985). *Tandvårdslagen* (1985:125). Hämtad den 17 september 2017 från Socialstyrelsen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985

Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B. & Forsell, M. (2009). Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 345-349. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05181.x

Sloane, P.D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., Mitchell, M. & Cohen, L. W. (2013). Effect of Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Process and Outcomes in Three Nursing Homes. *Journal of the American Geriatric Society*, 61(7), 1158–1163. doi:10.1111/jgs.12317

Socialstyrelsen. (2013). *Tandvård och tandhälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 september 2017 från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Tandvardochtandhalsa.pdf

Socialstyrelsen. (2013) *Termbanken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 december 2017 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=Ym9lbnRl&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject>

Socialstyrelsen. (2013) *Kompetens och kompetens-försörjning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 december 2017 från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Kompetensochkompetensforsorjning.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Fler dör av fallolyckor*. Stockholm: socialstyrelsen. Hämtad 5 december 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/flerdoravfallolyckor>

Socialstyrelsen. (2017). *Tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 december 2017 från
pdf file:///C:/Users/tiffa/AppData/Local/Temp/Socialstyrelsen.se.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 december 2017 från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>

Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H. & Nordenram, G. (2010). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(1), 92 – 99.

SOU. (1998:16). *Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet*. Hämtad den 10 december 2017 från Sveriges riksdag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/sou-1998-16-_GMB316/html

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Sjuksköterskansprofession*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN: S kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Ternesdefedt, B.-M. & Nordberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelperspektividentitetens betydelse. I F. Friberg & J- Öhlen. (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (2:3. uppl., s.33-37). Lund: Studentlitteratur.

Unfer, B., Braun, K.O., Ferreira, A. C. de O., Raut, G.R. & Batista, A. K. (2011). Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*, 29(2), 324-330. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00475.x.

World health organisation. (2015). *Dental care and oral health for healthy longevity in an ageing society*. Hämtad den 14 September, 2017 från WHO: www.who.int/oral_health/events/worldcongress2015/en/

World health organisation. (2017). *Strategies for oral disease prevention and health promotion*. Hämtad den 21 november, 2017 från WHO: http://www.who.int/oral_health/strategies/en/

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wårdh, I., Hallberg, L. R.-M., Berggren, U., Lars Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care—A Low Priority in Nursing In-depth Interviews with Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14(2), 137–142.

Wårdh, I., Hallberg, L. R-M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2003). Oral health education for nursing personnel; Experiences among specially trained oral aides: one-year follow-up interviews with oral aides at a nursing facility. *Scandinavian Journal Caring Science*, 17(3), 250–256.

Wårdh, I. (2006). Organization av tandvården. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*, (s. 131–133). Lund: Studentlitteratur.

Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2011). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel-an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), 787–792. doi: 10.1111/j1741-2358.2011.00563x

Zenthöfer, A., Schröder, J., Cabrera, T., Rammelsberg, P. & Hassel, A. J. (2014). Comparison of oral health among older people with and without dementia. *Community Dental Health*, 31(1), 27-31. doi:1922/CDH_3309Zenthöfer05

Öhrn, K. (2006). Munhygien. I K. Öhrn & P. Andersson. (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*, (s. 41–51). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor:

Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		

15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		

15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng:	29			
Erhållen poäng:	?			
Kvalitet:	låg	medel	hög	

Bilaga 3. Sammanställning av artiklar (n=15) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte/frågeställning	Design Metod	Deltagare	Resultat/slutsats	Kvalitetsgrad
De Visschere, M., de Baat, C., Schols, J.A.G.A., Deschepper, E. & Vanobbergen, J. 2003 - 2008 Belgium	Evaluation of the implementation of an oral hygiene protocol in nursing homes: a 5 year longitudinal study	Att undersöka de långsiktiga effekterna av genomförandet av munhygienprotokoll på särskilt boende	Kvantitativ Randomized trial	n=14 särskilt boende n=1393 boende valdes, n=7 boende (kontrollgrupp; 671 boende). n=7 boende interventionsgrupp; n=511 kontrollboende, n=211 interventions boende.	De lägsta placknivåerna observerades i de tre studiegrupperna två år efter studien påbörjades medan de lägsta placknivåerna observerades i slutet av studien	83%
Garry, B. & Boran, S. 2017 England and Wales	Promotion of oral health by community nurses	Syftet var att utforska de hjälpande faktorer och barriärer som sjuksköterskor upplever för att främja munhälsa i ett särskilt boende	Kvalitativ Åtta sjuksköterskor valdes ur kommunal särskilt boende och intervjuades och sedan transkriberades Verbatim.	n= 8 sjuksköterskor	Resultatet har delat i fyra teman för att främja munhälsa: 1/ professionellt självkoncept och utveckling av kunskap, färdighet och attityder som är nödvändiga för att främja munhälsa; 2/ Organisations inverkan och dess förutsättningar och barriärer vid behandling; 3/ Relationen mellan vårdtagaren och sjuksköterskan; 4/ sjuksköterskan självförtroende i samband med främjandet av munhälsa.	84%
Goh, E.C., Guay, P. M., Lim, Y. M., Lim, S. M., Loke, Y. S., Toh, E. H. & Nair, R. 2015 Singapore	Correlates of attitudes and perceived behavioural control towards oral care provision among trained and untrained nursing home caregivers in Singapore	Syftet var att undersöka vårdpersonalens synpunkter om munvård samt faktorer som påverkar deras attityder och beteende	Kvalitativ Intervjuer och administrerad surveyfrågor	n= 94 vårdpersonal	Vårdpersonalen hade mycket positiva attityder gentemot munvård, men hälften saknade självförtroende för att utföra munvård på grund av rädsla för att skada patienten.	100%
Jablonski, A.R., Munro, L. C., Grap, J. M., Schubert, M. C., Ligon, M. & Spiegelmyer, P. 2009 America	Mouthcare in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs and Practice of Nursing Assistants	Syftet med studien var att undersöka kunskap, övertygelse och praxis hos vårdpersonal som tillhandahåller munhygien till äldre på äldreboende	Kvalitativ	Munvård undersökningsenkät. n= 106vårdpersonal (3,3% män och 96,7% kvinnor).	Vårdpersonalen har tillfredsställande kunskap om de uppgifter som är förknippade med att tillhandahålla munvård, men de utför inte munvård ofta på grund av vårdmotståndets beteende från vårdtagaren, personalens rädsla att skada vårdtagaren, och brist på munvårds apparater.	84%

Bilaga 3. (forts.) Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte/frågeställning	Design Metod	Deltagare	Resultat/slutsats	Kvalitetsgrad
Janssen, B., Visschere, L.D., Putten, G.-J., Kerstin, L., Schols, J.M.G.A., & Vanobbergen, J. 2010	Effects of oral health care protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitudes towards oral health care: a cluster-randomized control trial	Syftet var att undersöka effekterna av ett övervakat genomförande munhälsövård protokoll, genom sjuksköterskors utbildning och deras kunskap om munvård, samt deras attityd gentemot munvård	Kvantitativ A multicentred cluster-randomized control trial	n=12 särskilt boende	Sex månader efter interventionen observerades signifikanta skillnader mellan interventionen och kontrollgruppen för variabel kunskap till förmån för interventionsgrupp, men ingen skillnad för variabel attityd.	79%
Khanagar, S., Naganandini, L. S., Tuteja, J.S., Naik, S., Satish, G. & Divya, K.T. 2005 India	Improving Oral Hygiene in Institutionalized Elderly by Educating their Caregivers in Bangalore City, India: a Randomized Controll Trial.	syftet var att utvärdera om munvårdsutbildning som erhålls till vårdpersonalen har gett positiv och varaktig effekt på vårdtagarnas munhälsa och munstatus.	Kvantitativ Randomiserad intervention	n= 7 särskilt boende n= 322 äldre personer	Efter utbildningen blev det signifikant förbättring bland vårdpersonalen kunskap om munvård och signifikant minskning av plackscore jämfört med före utbildningen.	72%
Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. & Johansson, O. 2008 Sweden	Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for the older people.	Syftet var utvärdera effekten av upprepade munvårdsutbildningsprogram för vårdpersonal	Kvantitativ	n=43 boende (12 män och 31 kvinnor)	Det fanns reduktion i gingival blödning och plack	84%
Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I. & Bultzinslöwen, I. V. 2012 Sweden	Oral care perspectives of professionals in nursing homes for elderly	Syftet var att utforska hur yrkesverksamma professionaliteten med olika ansvarsområden i särskilt boende och vad de kan bekräfta som en viktig aspekt av välfungerade munvård.	Kvalitativ Intervju	N=23 (1 man och 22 kvinnor)	Munvård var inte centralt i omvårdnadsarbete.	80%
Nitschke, I., Majdani, M., Sabotta, A.J. B., Rieber, T. & Hopfeenmuller, W. 2010 Berlin	Dental care of frail older people and those caring for them	Att beskriva munhälsans monster hos svaga äldre personer, samt jämföra dessa monster med vårdtagarens attityder och deras egna användningsmönster.	Kvalitativ Strukturerad intervju, enkäter	n=320 personal (n=103 administratörer, n=71 vård chefer & n=146 vårdpersonal). n= 172 klient (80% inom hemtjänst och 85% på särskilt boende).	Munhälsans monster skiljer sig väldigt mycket mellan vårdpersonal och vårdtagare. Ingen fastställd rutin för tandvårdsundersökning	80%

Bilaga 3. (forts.) Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte/frågeställning	Design Metod	Deltagare	Resultat/slutsats	Kvalitetsgrad
Pillajamäki, T., Syrjälä, A.-M., Laitala, M.-L., Pesonen, P. & Virtanen, JI. 2016 Finland	Oral health care-related beliefs among Finnish geriatric home care nurses	Syftet var att undersöka vårdpersonalens övertygelse om äldres munhälsa med hjälp av Nursing Dental Coping Beliefs (nursing DCBS) index.	Kvalitativ Anonym självstörd frågestund.	n= 141 sjuksköterskor	I genomsnitt höll sjuksköterskorna moderata till höga övertygelser om munvård, men de har låga övertygelser om egen effektivitet.	76%
Samson, H., Berven, L., & Strand, GV. 2008 Norway	Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home	Studien syftar till att förbättra och upprätthålla munhygien hos äldre på ett boende	Kvantitativ kvasi experimentell Cross-sectional study.	n=88 boende (69 kvinnor, 19 män; 92% deltagare)	Före genomförandet av munhälsovård program var det bara 3% av boenden som hade acceptabel MPS (Mucosal plaque score) men efter 6 års tid var det 70% av boenden som hade acceptabel MPS	79%
Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B. & Forsell, M. 2009 Sweden	Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff.	Syftet var att utvärdera de långsiktiga effekterna av munhygien utbildning efter ett och ett halvt år på vårdtagarens mun status	Kvantitativ Utbildning om munvårdstatus av vårdtagaren.	n= 114 vårdtagare	Vårdtagarnas mun status hade inte förändrats sedan munhygien utbildningen för vårdpersonalen som hölls 1,5 år tidigare. Dessutom var det signifikant reduktion i användning av chlorhexidine 1 % gel och eltandborste	76%
Sloane, D. P., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, L. A., Poole, P., Reed, D., Mitchell, M., & Cohen, W. L. 2013 North Carolina	Effects of person-Centered Mouth Care Intervention on Care Process and Outcomes in Three Nursing Homes	Att utveckla och testa ett personcentrerat, evidensbaserat munvårdsprogram på särskilt boende	Kvantitativ Pre-post bedömning	n=97 boende, n=6 certifierade undersköterskor	Resultatet förbättrades avsevärt. Det indikerar att munvård var grundligare men tog mer tid efter träning. Vårdens konsistens verkar vara viktigare för naturliga tänder än proteser	83%
Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H. & Nordenram, G. Sweden	Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia	Syfte med studien är att beskriva vårdgivarens uppfattning för resonemang om munvård hos personer med demenssjukdom som på äldre boende, samt beskriva sjuksköterskors resonemang i förhållande till deras ansvar av uppföljning av munvård intervention inom regelbunden omvårdnad rutiner.	Kvalitativ Intervju Diskussion	Två sub-studier (n=9 vårdgivare, n=4 sjuksköterskor)	Fokusgruppsdiskussion visade tre tema; omvårdnad, hinder och behandlingsstrategier. Sjuksköterskors påstående om munhygien inom omvårdnad var vård, ansvar för vård och information.	80%

Bilaga 3. (forts.) Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte/frågeställning	Design Metod	Deltagare	Resultat/slutsats	Kvalitetsgrad
Zenthofer, A., Schroder, J., Cabrera, T., Rammelberg, P., & Hassel A.J. 2013 Germany	Comparison of oral health among older people with and without dementia.	Att jämföra munhygien och hälsotillstånd av äldre med eller utan demensjukdom som bor på särskilt boende.	kvantitativ Prospective cohort study (single-blind)	n=93 deltagare; 60,65% kvinnor (n=57 personer med demens och n=36 personer utan demens)	Oral hygien- och hälsa är värre bland personer med demenssjukdom. Plack bland institutionaliserade äldre personer med demenssjukdom är betydligt högre än personer utan demenssjukdom	83%

