



**Mittuniversitetet**

MID SWEDEN UNIVERSITY

## **Faktorer som kan påverka munvården hos äldre personer på särskilda boenden**

Elfvén, Ellen

Häggström, Elin

**Dokumenttyp** – Vetenskapligt arbete (C).

**Huvudområde:** Omvårdnad C

**Högskolepoäng:** 15 hp

**Termin/år:** Termin 6, 2018

**Handledare:** Kicki Larsson

**Examinator:** Britt Bäckström

**Kurskod/registreringsnummer:** OM019G

**Utbildningsprogram:** Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

## Abstrakt

**Bakgrund:** I dagens samhälle ökar den äldre befolkningen över 65 år och det är fler som är i behov av att bo på särskilda boenden. Den munhälsa som ses idag är nedprioriterad, framför allt vid särskilda boenden. En dålig munhälsa kan leda till allvarliga komplikationer. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa faktorer som kan påverka munvården hos äldre personer på särskilda boenden. **Metod:** Denna litteraturöversikt baseras på 13 vetenskapliga studier av kvalitativ, kvantitativ och mixad design. **Resultat:** Det framkom tre olika huvudkategorier som sågs som hinder för utförandet av munvård, vilka var; rutiner och kunskap kring munvården, arbetssituationens inverkan som ett hinder vid munvård och hinder för att utföra munvård. **Diskussion:** Kunskapen visade sig vara otillräcklig och det fanns ett behov av utbildning. Samarbetet mellan de äldre och vårdpersonalen var ett av de större hindrena för en välfungerande munvård. Munvården ansågs vara en tidskrävande omvårdnadsaktivitet relaterat till den tidsbrist som angavs av vårdpersonalen. **Slutsats:** Litteraturöversikten har gett en antydning om vilka faktorer som kan påverka munvården på särskilda boenden. Vårdpersonalen är i dagsläget i behov av mer kontinuerlig utbildning i munvård för att säkerställa de äldres munhälsa.

**Nyckelord:** Litteraturöversikt, munvård, omvårdnad, särskilt boende, vårdpersonal.

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
Bakgrund .....	1
Munhälsa.....	1
Sjuksköterskans roll.....	3
Teoretisk anknytning.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte .....	6
Metod .....	6
Design.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier .....	6
Litteratursökning .....	6
Urval, relevansbedömning och kvalitetsgranskning.....	7
Analys av vetenskapliga artiklar .....	8
Etiska överväganden .....	9
Resultat .....	10
Rutiner och kunskap kring munvården .....	10
Utbildningen och kunskapens inverkan vid munhälsa.....	10
Rutiner och riktlinjer kring munvården.....	11
Arbetsituationens inverkan som ett hinder vid munvård .....	12
Effekten av för lite tid vid munvården.....	12
Ansvarsfördelningen vid munvård.....	14
Hinder för att utföra munvård.....	14
Samarbetsviljan vid munvårdssituationer.....	14
Vårdpersonalens upplevelser av att utföra munvård.....	16
Diskussion .....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats .....	24
Referenslista .....	25
Bilaga 1. Översikt av litteratursökning.	
Bilaga 2. Översiktstabell av resultat artiklar.	

## Introduktion

Vårdpersonal är ett begrepp som nämns i denna litteraturöversikt och innefattar sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden. Även begreppet särskilda boenden benämns och det innebär enligt Socialstyrelsen (2013) att boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd. Begreppet livskvalitet nämns även och det innebär enligt SBU (2012) att livskvalitet är ett mått hur individen själv värderar sitt psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Detta är en personlig upplevelse som varierar med tiden och påverkas av förändringar i livssituationen.

Den äldre befolkningen ökar och det är fler som behöver bo på särskilda boenden, där de flesta personer behöver delvis eller helhjälp med att klara av de dagliga aktiviteterna, där inkluderat munvård. Utförandet av den dagliga munvården kan kompliceras på grund av kognitiva sjukdomar som demenssjukdomar. En dålig munhygien ses ofta hos de som bor på särskilda boenden på grund av otillräcklig munvård, trots att nationella riktlinjer finns för hur en tillräcklig munvård skall utföras. Jämfört med tidigare generationer är det fler nu som har sina egna tänder kvar när de flyttar in på ett särskilt boende och det kräver en mer avancerad munvård (Hoben et al., 2017).

## Bakgrund

### Munhälsa

Munhålan är uppbyggd av munslemhinnor som är till för att skydda mot olika typer av belastningar som vid födointag, rengöring av tänder och munhålan. En normal slemhinna har färgen ljusröd och bör ha en blank yta. Saliven som produceras av spottkörtlarna hjälper till att skydda munslemhinnorna och tänderna mot belastningar som födointag. Saliven återfuktar munhålan och underlättar tuggningen samt sväljningen vid måltid men även vid tal. Det permanenta antalet tänder i en vuxen

persons mun är 32. I mitten av tanden finns pulpan där blodkärl och nerver går igenom. Det är dessa nerver som orsakar tandsmärta och dessa är mer känslig vid tidig ålder, men reduceras med ålderdom relaterat till förkalkning av pulpan. Ett friskt tandkött skall ha en ljusrosa färg och tandköttet fyller ut mellanrummet mellan tänderna. Tänderna är viktiga för att tugga sönder föda till mindre sväljningsbara bitar och det är därför viktigt att de är hela, fria från sjukdom samt tillräckligt antal (Andersson, 2014, s. 302-309).

Problematik vid försämrad tuggförmåga kan leda till viktnedgång och undernäring. En försämrad salivsekretion och muntorrhet kan leda till komplikationer som sväljsvårigheter, minskad smakupplevelse samt problem att äta torr föda (Andersson, 2014, s. 309). De flesta äldre som intar läkemedel, oftast på grund av multisjukdom, kan få biverkningar som nedsatt salivsekretion och muntorrhet. Olika risker vid försämrad salivproduktion kan vara parodontit (tandlossning), tandköttsinflammation, karies och svampinfektion vilket kan innebära obehag i munnen (Folke, Paulsson, Fridlund, & Söderfeldt, 2009).

En dålig munhygien, främst hos de äldre, ger en ökad risk för att få olika munsjukdomar såsom lokala infektioner, tandköttsinflammation samt aspirationslunginflammation (Terpenning, 2005). En dålig munhälsa kan även leda till komplikationer som hjärtkärlsjukdomar och diabetes (Sjögren, Nilsson, Forsell, & Johansson, 2008). Det är välkänt att munhälsan hos äldre personer på särskilda boenden har en högre risk för att utveckla munsjukdomar, vilket direkt kan relateras med en minskad livskvalitet samt aktiviteter i det vardagliga livet (De Visschere, De Baat, Schols, Deschepper, & Vanobbergen, 2011). En dålig munstatus kan inte bara påverka den fysiska hälsan utan också den psykosociala hälsan eftersom det influerar talet, utseendet, självkänslan och självbilden (Hebling & Perreia, 2007).

Munhälsans flesta problem kan anknytas framförallt till effekterna av en kognitiv försämring kring förmågan till utförandet av munhygien samt acceptansen av

vårdgivares hjälp. De nyckeldelar som ingår i att bibehålla en god munhälsa och förebygga en dålig munhälsa, är att borsta tänderna samt tandköttet två gånger dagligen. Tänderna ska borstas med fluortandkräm i minst två minuter med antingen en manuell eller elektrisk tandborste. Vid användning av en manuell tandborste skall det vara med ett litet borsthuvud och ha medium struktur. Proteser skall borstas två gånger dagligen för att sedan läggas i rent vatten över natten samt att individerna bör besöka tandläkaren regelbundet (Daly & Smith, 2015). Enligt den svenska Tandvårdslagen (SFS 1985:125) skall varje landsting ha tillräckligt med resurser för att varje enskild individ som är i behov av hjälp skall erbjudas tandvård, även till de som bor på boenden eller har hemsjukvård.

### **Sjuksköterskans roll**

Vid en bedömning av munhälsa i Sverige som utförs av en sjuksköterska används ett särskilt bedömningsinstrument ROAG, Revised Oral Assessment Guide. ROAG är en av delarna i Senior Alert som tillhör det nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg. Det ingår nio olika områden i ROAG som bedöms och vilka är; tänder, proteser, munslemhinnor, tandkött, tunga, saliv, sväljning, läppar och röst. Efter olika tester vid bedömningen graderas symtomen på en skala mellan 1-3, där gradering 1 anses vara normalt och vid gradering 3 anses det finnas allvarliga problem (Senior Alert, 2018). Nu för tiden kan en behandling ej bli påtvingad en patient utan nu är den ett erbjudande för patienten att själv tacka ja eller nej till. Autonomi är en självbestämmanderätt för patienten, detta för att delta i diskussioner och beslutfattande relaterat till omvårdnad och medicinska behandlingar. Sjuksköterskan måste därför respektera de beslut som patienten väljer (Birkler, 2012, s. 146).

Enligt Patientdatalagen (2008:355) har varje individ som har en legitimering eller särskilt förordnande att utöva visst yrke skyldighet att föra en patientjournal. En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Enligt Daly och Smith (2015) kan en bristande kunskap hos äldre om sina tandläkarbehov innebära att en behandling ofta kan undvikas eller fördröjas, vilket kan

ge mera komplikationer, där i vissa fall munproblem kan misstolkas som förvirring, agitation eller beteendeproblem. Sjuksköterskorna innehar en viktig roll vid bedömningar av munhälsa samt att upptäcka munhälsoproblem i tidiga skeden, samt att hänvisa till tandläkare.

## **Teoretisk anknytning**

Kirkevold (2000, s. 155-122) beskrev Virginia Hendersons teori om omvårdnadens grundprinciper, som sammanfattas genom att beskriva sjuksköterskans funktion och där med speciella arbetsuppgifter. Sjuksköterskans uppgifter är att hjälpa en individ oavsett om individen är frisk eller sjuk genom att utföra åtgärder för att främja hälsa, tillfrisknande eller en fridfull död där individen inte har möjlighet till att utföra dessa själv. Sammanfattningen utgörs av tre olika grundtankar där första var att vissa åtgärder är livsnödvändiga för att främja hälsan eller en fridfull död. Den andra tanken var att individerna normalt kan utföra dessa åtgärder själva och den tredje tanken var att individerna skall återfå sin självständighet. Henderson definierade 14 punkter som ingår i allmän omvårdnad som till exempel hjälpa patienten att andas, hjälpa patienten att äta och dricka, hjälpa patienten att eliminera kroppens avfallsprodukter och hjälpa patienten att hålla sin kropp ren, välvårdad och att skydda huden. Henderson beskrev olika riktlinjer gällande omvårdnaden som till exempel att en sjuksköterska skall kunna ha en förståelse om patientens grundläggande behov både kroppsligt samt känslomässigt genom att observera och ha aktivt lyssnande. En annan riktlinje är att kunna skapa en konstruktiv relation mellan sjuksköterskan och patienten, men även kunna utföra åtgärder för att tillgodose patientens behov. En sjuksköterska skall också kunna anpassa åtgärderna efter patientens situation.

## **Problemformulering**

När en äldre person får en försämrad eller utebliven funktionell förmåga är den personen beroende av hjälp från vårdpersonal för att kunna bibehålla en god munhälsa samt att munvården blir utförd. Munvården är en viktig komponent för en bra munhälsa. De personer som bor på särskilda boenden som har en försämrad eller

utebliven funktionell förmåga behöver omvårdnadsstödet från vårdpersonalen för att munvården skall utföras, men det är inte alltid att munvården blir prioriterad. Det är sjuksköterskan som har omvårdnadsansvaret för de äldres munhälsa och därför är det av intresse att belysa de faktorer som kan påverka munvården hos äldre på särskilda boenden.



## Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa faktorer som kan påverka munvården hos äldre personer på särskilda boenden.

## Metod

### Design

En litteraturöversikt är en sammställning av tidigare forskningsresultat inriktat mot ett problemområde (Polit & Beck, 2017, s. 114). I denna litteraturöversikt användes studier som var publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Litteraturöversikten innehöll forskning från både kvalitativa och kvantitativa samt studier med mixad design.

### Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för den här litteraturöversikten var att studierna skulle ha ett publiceringsdatum inom de 10 senaste åren samt att studiernas publiceringsspråk skulle vara på engelska. Studierna skulle vara utförda på ett särskilt boende och beröra vårdpersonalens perspektiv angående munhälsa och munvård. Studierna skulle vara originalstudier.

De exklusionskriterier som fanns var studier som utfördes på platser som bedrev långtidsvård som sjukhusavdelningar. Efter den genomförda kvalitetsgranskning där en studie fått en låg kvalitetsnivå exkluderades denna för att bibehålla en hög kvalitet i resultatet.

### Litteratursökning

Litteratursökningen har utförts i två databaser; Pubmed och Cinahl eftersom dessa databaser har omvårdnadsforskning (jfr. Forsberg & Wengström 2016, s. 64). Till följd av litteraturöversiktens syfte hade sökordet "oral hygiene" använts som Meshterm i Pubmed samt som Cinahl headings med explode för att få en bredare sökning i

databasen Cinahl. Synonymerna "Oral Care" användes också som ett sökord i några sökningar i båda databaserna samt "Oral health" i databasen Pubmed. Ur syftets kontext hade sökordet "Nursing homes" använts i alla fem sökningar i båda databaserna och för att få ur omvårdnadsperspektivet har sökordet nurs\* använts i tre av de fem sökningar i båda databaserna. De sista fyra sökorden "Oral health", "Oral Care", "Nursing homes" och nurs\* är fritextsord. Den limits som användes var 10 år då detta var för att få fram en relevant och mer aktuell forskning. Se bilaga 1 med en tabellöversikt för sökningarna.

### **Urval, relevansbedömning och kvalitetsgranskning**

Den genomförda litteratursökningen startades med att alla titlar på studierna lästes, för att sedan de med en till synes passande titel blev selekterad till litteraturöversiktens syfte och därefter har abstrakten lästs igenom. Vid ett ej passande abstrakt har inte studierna lästs igenom utan har lagts åt sidan. De studier där det fanns ett abstrakt som även stämde överens med inklusionskriterierna så har hela den studien lästs igenom. Studier som ansågs passa till resultatet kontrollerades att de var peer review samt att de var originalstudier.

De studier som valdes ut från urvalsprocessen med passande intresseområde granskades av SBU's granskningsmall (2014) för kvalitativa studier eller Forsberg och Wengströms (2003) granskningsmall beroende på vilken design studien hade. De båda granskningsmallarna hade formen av ett frågeformulär där det gått igenom rubriker som syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Den enda skillnaden mellan de två granskningsmallarna var att den kvantitativa mallen innehöll även rubrikerna mätmetoder och värdering. Efter granskningen bedömdes studierna om de var av låg, medel eller hög kvalitet. De två studier som hade en mixad metoddesign har granskats av de båda granskningsmallarna. Efter granskningen exkluderades en studie relaterat till låg kvalitet. De 13 studier som inkluderades i resultatet har sammanställts i löpande text och i en översiktstabell, se bilaga 2.

## Analys av vetenskapliga artiklar

Analysen av de vetenskapliga studierna genomfördes i olika steg. Först av allt numrerades studierna för att lättare särskilja vilken studie som var vilken. Det första steget var att varje studie lästes igenom flera gånger för att förstå sammanhanget samt innehållet. Det skrevs små sammanfattningar i varje studie som ett stöd och efter det framkom tre preliminära kategorier med varsin färgkod. Den första preliminära kategorin fick färgen blå och rubriken rutiner och kunskap, den andra kategorin var färgen rosa och fick rubriken arbetssituation. Tredje och sista kategorin fick färgen gul där rubriken var icke samarbetsvilliga personer på boenden och vårdpersonalens attityder mot munhälsa. Efter de tre preliminära kategorifynden började studierna läsas igenom noggrant och meningar blev överstrukna med den passande färgkoden och blev därefter indelad i sin kategori. Nästa steg var att identifiera jämligheter och skillnader och detta utfördes genom att översätta de färgkodade meningarna. Meningarna fördes sedan in i ett dokument, studie för studie, med sina färgkodade meningar. Varje färgkod analyserades och det bildades tre slutgiltiga huvudkategorier vilka var; rutiner och kunskap kring munvården, arbetssituationens inverkan som ett hinder vid munvård samt hinder för att utföra munvård. De sammaställdes i resultatet och det bildades även två underkategorier för varje huvudkategori, se tabell 1 (jfr. Friberg 2017, s. 148-150).

Tabell 1. Översikt av huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
<b>Rutiner och kunskap kring munvården</b>	Utbildningen och kunskapens inverkan vid munhälsa
	Rutiner och riktlinjer kring munvården
<b>Arbetsituationens inverkan som ett hinder vid munvård</b>	Effekten av för lite tid till munvården
	Ansvarsfördelningen vid munvården
<b>Hinder för att utföra munvård.</b>	Äldre personers motstånd till munvård
	Vårdpersonalens motstånd att utföra munvård

### Etiska överväganden

Studierna som inkluderades i litteraturöversikten förde ett etiskt försvarbart förhållningssätt eller var godkänd av en etisk kommitté. Studierna som inkluderades och litteraturöversiktens resultat stödjer samt inte stödjer de egna åsikterna (jfr. Forsberg & Wengström 2016, s.59). Ett objektiva förhållningssätt har upprätthållits genom att tidigare erfarenheter och kunskaper om ämnet har åsidosatts. De studier som har inkluderats har översatts från engelska till svenska på ett så textnära och objektiva sätt som möjligt utan att inverka på resultatet.

## Resultat

I denna litteraturöversikt ingår 13 vetenskapliga studier där designen för dessa studier är både kvantitativ, kvalitativ eller mixad. Det är sju kvantitativa, fyra kvalitativa och två mixade studier. Studierna är från tio olika länder runt om i världen och efter en analys bildades tre huvudkategorier och dessa var rutiner och kunskap kring munvården, arbetssituationens inverkan som ett hinder vid munvård samt hinder vid munvård. Dessa tre huvudkategorier har två underkategorier var.

### Rutiner och kunskap kring munvården

Denna kategori beskriver vårdpersonalens kunskap samt rutiner på särskilda boenden vid munvård och det har två underkategorier, vilka handlar om utbildning och kunskap samt rutiner och riktlinjer.

### Utbildningen och kunskapens inverkan vid munhälsa

En gemensam åsikt i sex studier menade på att munvården var en viktig omvårdnadsåtgärd (Catteau, Piaton, Nicolas, Hennequin & Lassauay, 2016; De Visschere et al., 2015; Lindqvist, Seleskog, Wårdh & von Bültzingslöwen, 2013; Stancic, Petrovic, Popovac, Vasovic & Despotovic, 2016; Willumsen, Karlsen, Naess & Björntvedt, 2012; Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012;). Munhälsan beskrevs av vårdpersonalen som viktig eftersom den påverkar livskvalitén, välbefinnandet samt livssituationen (Lindqvist et al., 2013). I en studie av De Visschere et al. (2015) ansåg vårdpersonalen att konsekvenser för en dålig munhälsa inte var något allvarligt jämfört med de generella hälsoproblemen. Enligt Goh et al. (2016), Jablonski et al. (2009) och Wårdh et al. (2012) trodde vårdpersonalen att tandlossning var en naturlig del av åldrandet och inte var relaterat till en dålig munvård. Catteau et al. (2016) och Stancic et al. (2016) beskrev att vårdpersonalen hade kunskapen om att tandproteser som ej används skall ligga i en skål med rent vatten samt att tandproteserna inte skall sitta i under nattetid.

Behov av en munvårdsutbildning och praktisk träning nämndes i Catteau et al. (2016), Hilton, Sheppard och Hemsley (2016), Lindqvist et al. (2013), Porter et al. (2015), Unfer, Braun, Ferreira, Ruat och Batista (2012) och Wårdh et al. (2012). Detta relaterat till en okunskap där vårdpersonalen inte fått någon ingående träning i munvård i sina respektive utbildningar som sjuksköterska samt undersköterska (Lindqvist et al., 2013). Unfer et al. (2012) nämnde i studien att vårdpersonalen ej fått en officiell utbildning utan menade att de hade fått lära upp sig själva samt att de fått tips från sina kollegor och tandläkare. Enligt Forsell et al. (2011) och Goh et al. (2016) ansågs det att det fanns tillräckligt med kunskap för att kunna utföra munvården. Wårdh et al. (2012) uppgav att med information till de äldre om sin munhälsa, ledde till en bättre munvård som kan leda till en bättre munstatus.

### **Rutiner och riktlinjer kring munvården**

Enligt Hilton et al. (2016) uppmärksammandes inte alltid riktlinjerna för munvård. Nästan hälften av vårdpersonalen medgav att de ej hade några riktlinjer på deras arbetsplats och några visste inte om det fanns några riktlinjer för munvård. Enligt Jablonski et al. (2009) antog vårdpersonalen att det fanns riktlinjer för munvård på deras arbetsplatser utan att veta säkert.

Enligt Catteau et al. (2016) var det ett stort problem med brist på rutinmässiga kontroller av munvård. Munvård utfördes av vårdpersonal nästan varje dag till minst en äldre person på särskilt boende men det noterades trots allt att en dålig utförd munvård existerade (Wårdh et al., 2012). Borstning av tänder utfördes antingen vid måltid eller vid kroppshygien (Unfer et al., 2012). Vårdpersonalen uppgav att tänderna bör borstas en till två gånger per dag men att det enbart utfördes på kvällen (Hilton et al., 2016). Mindre än en tredjedel av vårdpersonalen var nöjda med den dagliga utförda munvården (Forsell et al., 2011). Vid utförandet av munvård behövdes det material men det fanns inte tillgängligt eller tillräckligt alla gånger (Hilton et al., 2016; Jablonski et al., 2009). I två andra studier ansåg vårdpersonalen att de hade tillräckligt med resurser samt material (Goh et al., 2016; Unfer et al., 2012).

Dokumentationen av munvård ansågs vara viktig men vid eventuella problem med munvården dokumenterades det inte alltid. Munvård erbjöds till de äldre personerna på särskilda boenden men accepterades inte alltid av de äldre personerna och vid vissa särskilda boenden rapporterades det både verbalt samt skriftligt vid skiftbytena (Lindqvist et al., 2013). Vid eventuella munvårdsproblem fanns det ingen rutin av rapportering för information utan det informerades endast vid möten om patienten (Sonde, Emami, Kiljunen & Nordenram 2011). Vid en icke hanterbar situation med munvård så dokumenterades detta (Sonde et al., 2011; Willumsen et al., 2012). Munhälsobedömning utfördes på alla nyinflyttade inom en veckas tid och munhälsobedömningen samt munundersökning utfördes en gång per år enligt Porter et al. (2015), och Wårdh et al. (2012) ansåg att vid en munvårdsbedömning skulle inte bara sjuksköterskorna närvara utan även undersköterskorna.

### **Arbetsituationens inverkan som ett hinder vid munvård**

Denna kategori beskriver hur tiden kan påverka utförandet av munvård samt hur ansvarsfördelningen mellan olika professioner kan se ut. Denna kategori har två underkategorier där dessa handlar om effekten av för lite tid vid munvården samt ansvarsfördelningen vid munvård. Tidsbrist var en av de större anledningarna som resulterade i att munvård inte blev utförd.

### **Effekten av för lite tid till munvården**

Enligt åtta studier var brist på tid ett av de största hindrena (Catteau et al., 2016; De Visschere et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Sonde et al., 2011; Stancic et al., 2016; Unfer et al., 2012; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012).

Tandborstning var en omvårdnadsaktivitet som var mer tidskrävande än att tvätta de äldre personerna på boendena eller att byta inkontinensskydd (Lindqvist et al., 2013). Sonde et al. (2011) beskrev att framförallt hos de personer som inte förstår, var i behov av hjälp och behöver mycket omvårdnadstid utgör en stressig arbetsituation för

vårdpersonal. Stressen om tid leder till att vårdpersonalen tar över de vardagliga uppgifterna som att klä på sig kläder, borsta sina tänder och kliva upp ur sängen. Dessa vardagliga uppgifter skulle de äldre personerna på särskilda boendena klara av själv om de skulle haft tid på sig, som även Forsell et al. (2011) menade att det fanns tillräckligt med tid för att kunna utföra munvård. Lindqvist et al. (2013) beskrev att när det uppstod ett tidskrävande problem vid munvårdssituationen, som när de äldre personerna inte var samarbetsvilliga. När detta problem uppstod för en vårdperson gick en annan personal in och testade.

En annan anledning till varför munvården var nedprioriterad var på grund av brist på personal (Catteau et al., 2016; De Visschere et al., 2015; Hilton et al., 2016; Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012). Enligt De visschere et al. (2015) ansåg vårdpersonalen att vid för hög arbetsbelastning, framförallt på helgerna då det var mindre vårdpersonal, ledde detta till tidsbrist. Unfer et al. (2012) ansåg att vårdpersonalen behövde mer tid på sig för att kunna utföra munvård samt att det borde finnas mer personal. Lindqvist et al. (2013) beskrev att vårdpersonal gav mer tid och omvårdand åt de äldre personerna som de var kontaktperson åt. Enligt Hilton et al. (2016) ansåg vårdpersonalen att munvård inte alltid sågs som en del av den grundläggande vården och nedprioriterades. Detta relaterades till att det var många andra uppgifter som skulle utföras, det medförde att det fanns för lite tid kvar för utförandet av en adekvat munvård för varje äldre person. Lindqvist et al. (2013) menade att det fanns andra omvårdnadsåtgärder som fick högre prioritering än den dagliga munvården och det antogs att utförandet av munvården är en del av den dagliga hygien. I studien av De Visschere et al. (2015) kunde det ses ett gemensamt antagande med nedprioritering av den dagliga munvården där kroppshygien och såromläggningar blev prioriterade före munvården. Enligt Forsell et al. (2011) prioriterades inte andra omvårdnadsåtgärder före munvården. De Visschere et al. (2015), Hilton et al. (2016) och Wårdh et al. (2012) menade att tidsbrist inte var en giltig ursäkt som ett hinder utan var endast en bortförklaring för den nonchalans och lathet som fanns hos vårdpersonalen.



## **Ansvarsfördelningen vid munvård**

Denna kategori identifierade en oenighet angående ansvarsfördelningen gällande munvård. Det antogs att ansvaret för utförandet av munvård var sjuksköterskornas uppgift (Willumsen et al., 2012). Vid en annan studie fanns det delade meningar hos vårdpersonalen om vem som bar ansvaret för utförandet av munvård. Några i vårdpersonalen ansåg att det var sjuksköterskans uppgift med att ge instruktioner och ha ett övergripande ansvar medan några andra ansåg att det var ett gemensamt ansvar mellan undersköterskor och sjuksköterskor. Sjuksköterskorna menade att de var undersköterskornas uppgift att utföra munvården hos de äldre personerna som inte hade några munproblem, och sjuksköterskorna förlitade sig på att den blev utförd (Sonde et al., 2011). Enligt vårdpersonalen var det svårt att se om munvården hade blivit utförd (De Visschere et al., 2015). Enligt De Visschere et al. (2015) antog vårdpersonalen att de äldre personerna med egna tänder borde kunna utföra sin egen munvård och enligt Wårdh et al. (2012) var det de äldre personernas uppgift att be om assistans.

## **Hinder för att utföra munvård**

Denna kategori beskriver om olika situationer vid munvård från vårdpersonalens synvinkel. De två underkategorierna handlar om äldre personernas motstånd till munvård samt vårdpersonalens motstånd att utföra munvård.

## **Äldre personers motstånd till munvård**

De flesta studierna ansåg att ett hinder som medförde att munvården inte blev utförd var att de äldre personerna som bodde på särskilda boenden inte var samarbetsvilliga (De Visschere et al., 2015; Forsell et al., 2011; Goh et al., 2016; Hilton et al., 2016; Jablonski et al., 2009; Porter et al., 2015; Sonde et al., 2011; Stancic et al., 2016; Wårdh et al., 2012).

Vårdpersonalen uppgav att de ofta eller varje dag upplevde ett motstånd från de äldre personerna vid munvårdssituationen (Forsell et al., 2011; Willumsen et al., 2012). En anledning till att vårdpersonalen upplevde ett motstånd från de äldre personerna eller en bristande samarbetsvilja vid en munvårdsituation, var när de äldre personerna inte ville öppna munnen (Hilton et al., 2016; Jablonski et al., 2009; Porter et al., 2015; Sonde et al., 2011; Wårdh et al., 2012). Motståndet från de äldre personerna kunde uttrycka sig både verbalt eller genom ett fysiskt aggressivt beteende (De Visschere et al., 2015; Hilton et al., 2016; Jablonski et al., 2009; Sonde et al., 2011). En annan anledning varför det kunde vara en bristande samarbetsvillig äldre person var eftersom det kunde finnas en bakomliggande sjukdom som kognitiv svikt. Dessa personer med en kognitiv svikt kunde sakna insikten för behov av munvård (De Visschere et al., 2015). Sjukdomen demens var en barriär när det gällde att utföra munhygien men även när det gällde att arrangera daglig munvård (Porter et al., 2015).

En frustration hos vårdpersonalen kunde uppstå när de äldre personerna inte var samarbetsvillig och öppnade sin mun, vilket ledde till stress hos vårdpersonalen för att utföra munvården lugnt och sansat (Sonde et al., 2011). Vårdpersonalen menade att när det inte fanns någonting de kunde göra när en äldre person led av demens och vägrade ta emot hjälp eller nonchalerade sitt behov av hjälp, kunde det lätt uppstå en känsla av otillräcklighet. Vårdpersonalen ansåg att det var lätt att inkräkta på de äldre personernas integritet eftersom munvården var ett känsligt ämne. Vårdpersonalen ansåg även att munvården skulle bygga på de äldre individernas behov men även på respekten för deras autonomi och integritet (Lindqvist et al., 2013). Munvården skulle mer troligt bli utförd om de äldre personerna på särskilda boenden var mer samarbetsvilliga (Goh et al., 2016). Enligt Goh et al. (2016) och Wårdh et al. (2012) fanns det äldre personer som inte ville ha hjälp med sin munvård trots att det var nödvändigt.

## Vårdpersonalens motstånd att utföra munvård

Denna kategori exemplifierade ett hinder gällande vårdpersonalen där de antydde om ett obehag gentemot utförandet av munvård (De Visschere et al., 2015; Forsell et al., 2011; Lindqvist et al., 2013).

Obehagskänslan av att utföra munvård på de äldre personerna var ett hinder hos vissa sjuksköterskor och enligt De Visschere et al. (2015) visade det sig att sjuksköterskorna som kände ett obehag, för sin egen munvård, inte utförde munvård på de äldre personerna. Unfer et al. (2012) indikerade att hur vårdpersonalen såg på sin egen munvård associerades med patienternas munvård. Enligt Lindqvist et al. (2013) antydde vårdpersonalen en obehagskänsla för munvård relaterat till sin tandskräck. Enligt Catteau et al. (2016), Willumsen et al. (2012) och Wårdh et al. (2012) upplevde nästan hälften av vårdpersonalen det besvärligt att utföra munvård.

Enligt De Visschere et al. (2015) och Hilton et al. (2016) menade vårdpersonalen, relaterat till erfarenheter, att det var enklare att borsta tandproteser som syns än på de äldre personerna som hade sina egna tänder kvar. Stancic et al. (2016) kom fram till att den vanligaste åtgärden för rengöring av tandproteser var genom borstning med en tandborste. Ett orosmoment enligt vårdpersonalen var illasittande tandproteser (Hilton et al., 2016; Porter et al., 2015). Rädslan samt oron om att åstadkomma smärta hos äldre personer vid utförandet av munvård utgjorde ett hinder för viss vårdpersonal (Forsell et al., 2011; Jablonski et al., 2009). Ett orosmoment vid munvård hos vårdpersonal var att orsaka blödande tandkött eller att de äldre personerna på särskilda boenden skulle råka svälja munskölj (Jablonski et al., 2009). Enligt Hilton et al. (2016) upplevde vårdpersonalen en rädsla för att de äldre personerna skulle svälja eller aspirera vatten och tandkräm, framförallt hos de personer med sjukdomar som demens eller sväljsvårigheter.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Litteraturöversikten syftade till att belysa faktorer som kan påverka munhälsan hos äldre på särskilda boenden. Utgångspunkten var att studierna skulle innefatta sjuksköterskornas perspektiv på munhälsan hos äldre på särskilda boenden, men eftersom det inte fanns tillräckligt med studier som enbart handlade om sjuksköterskorna utökades bredden av populationen till undersköterskor samt vårdbiträden. Sjuksköterskornas perspektiv exkluderades inte utan alla tre professioner nämns under begreppet vårdpersonal. En styrka ses i detta eftersom det är av stor vikt att kunna samarbeta mellan de olika professionerna samt att det ofta är undersköterskorna som utför munvården.

I första litteratursökningen som utfördes i databaserna Pubmed och Cinahl användes Mesh-termen samt cinahl headings ordet "Oral hygiene". Denna mesh-term samt Cinahl Headings som användes i första litteratursökningen valdes sedan bort i de nästkommande sökningarna relaterat till att få en bredare sökning. Ordet "oral hygiene" ersattes med synonymord som fritextsord eftersom dessa inte fanns som Mesh-termer eller som Cinahl Headings. En limit på 10 år ansågs relevant eftersom det ansågs vara av stor vikt för att få en sådan aktuell forskning som möjligt om ämnet. Endast studier publicerad på engelska har inkluderats eftersom detta var ett inklusionskriterium till följd av att det var ett språk författarna kände sig behärska, samt för att det inte skulle behövas någon användning av ett översättningsprogram som exempelvis Google translate relaterat till att det kunde orsaka felaktig översättning.

Vid granskningen av studierna användes rekommenderade granskningsmallar på grund av författarnas begränsade kunskap om forskning. Efter litteratursökningarna valdes 15 studier ut som därefter analyserades och lades i sina respektive kategorihögar. Objektiviteten kring ämnet har funnits med hela vägen under litteraturöversikten. Vid analysen upptäcktes det två studier som ej passade

litteraturöversiktens syfte fullt ut och de exkluderades därför från resultatet. Av de 13 studierna är det sju kvantitativa, fyra kvalitativa samt två mixade studier.

Litteratursökningarna visade att det har publicerats mer kvantitativ forskning än kvalitativ inom detta ämne och detta kan vara både en svaghet samt en styrka. Det kan anses som en styrka med kvantitativ forskning i denna litteraturöversikt eftersom det har gett större deltagarantal och ett bredare perspektiv. I jämförelse med Forsberg och Wengström (2016, s. 44) erhåller en kvalitativ studie ett mer djupgående perspektiv eftersom det handlar om upplevelser från deltagarna. Detta kan ses som en svaghet med att det inte ingått fler kvalitativa studier i litteraturoversikten, eftersom det blir ur ett mer djupgående perspektiv från deltagarna.

Munhälsa är ett ämne som kan forskas på ur ett globalt perspektiv och de 13 studierna som ingått i litteraturöversikten har utförts i tio olika länder runt om i världen. I dessa tio olika länder skiftar kulturerna och detta skulle kunna medföra olika resultat och skillnader men trots detta har likheter identifierats. En likhet som har funnits trots olika kulturer och länder vilka var; Sverige, Belgien, Singapore, Australien, USA, England och Serbien har det setts att det fanns en motvilja hos de äldre personerna på särskilda boenden. Denna litteraturöversikt har genomförts av två författare och arbetet har varit jämt fördelat och detta ansågs vara en styrka eftersom arbetet har fungerat smidigt och inga hinder har uppkommit i samarbetet.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturöversikten var att belysa faktorer som kan påverka munhälsan hos äldre på särskilda boenden. I litteraturöversikten framkom det att det fanns tre större betydande faktorer som kunde påverka munvården. Dessa var rutiner och kunskap kring munvården, arbetssituationens inverkan som ett hinder vid munvård samt hinder för att utföra munvård.

Det framkom i litteraturöversikten att vårdpersonalen ansåg att munvården var en viktig omvårdnadsåtgärd, men vårdpersonalen ansåg att de inte hade tillräckligt med

kunskap för att utföra munvård på de personer som bor på särskilda boenden. Detta kan även ses enligt Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson och Sörensen (2000) nämnde vårdpersonalen att de kände att deras kunskap inom munhälsa var otillfredsställande.

I litteraturöversikten framkom det att vårdpersonalen inte hade fått någon officiell utbildning om munvård och vårdpersonalen relaterade detta till den okunskap som fanns inom munvård. Den kunskap som fanns hade de fått lära sig själv genom tips från annan personal. Det kan jämföras med Wårdh et al. (2000) som nämnde att det är få som har fått en utbildning under sin arbetsperiod men den vårdpersonal som hade genomgått en utbildning kände sig medveten om de olika behoven för munvård. Detta styrker Janssens et al. (2016) med att utbildning för vårdpersonal gav tydliga skillnader i kunskapsområdet om munvård. Det anses att dagens kunskap inom munvård oftast inte är tillräcklig. Efter en egen reflektion kan detta ha en negativ innebörd för både vårdpersonalen men även vårdtagarna, eftersom det kan orsaka onödigt lidande hos de äldre personerna och därför anses kontinuerlig utbildning vara en viktig åtgärd.

Det framkom i litteraturöversikten att enligt vårdpersonalen fanns det en brist på rutinmässiga omvårdnadsåtgärder för munvård. Vårdpersonalen besatt kunskapen om omvårdnadsåtgärder för munvård, som att tandborstning skulle utföras två gånger per dag. Trots detta utfördes det oftast en gång per dag och då enbart på kvällen. Detta kan även ses av Wårdh et al. (2000) med att rutinmässiga omvårdnadsåtgärder för munvård kunde följas men de baserades ej på systematisk kunskap om ämnet. Vårdpersonalen hade kunskapen om att munvården skulle utföras minst två gånger per dag men i praktiken hamnar munvården oftast i skymundan. I jämförelse med Kirkevold (2000, s. 120) menade Virginia Henderson att om en individ inte kan tillgodose sina grundläggande behov, i det här fallet munvård, ska sjuksköterskan träda in och ge stöd och ersättande åtgärder oavsett om individen är frisk eller sjuk.

Litteraturöversikten belyste att vårdpersonalen ansåg att ett hinder för nedprioriterad munvård var relaterad till brist på tid. Vårdpersonalen menade att tandborstning var en tidskrävande omvårdnadsaktivitet, framför allt hos de äldre personer på särskilda boenden som hade en kognitiv sjukdom, som kunde bidra till att de äldre personerna inte förstod vad som pågick. Reed, Broder, Jenkins, Spivack och Janal (2006) bekräftade att det fanns otillräcklig tid för tandborstning efter varje måltid men inte heller för ett dagligt utförande. Litteraturöversikten visade att när en äldre person på särskilt boende inte var samarbetsvillig vid en munvårdsituation framkom det från vårdpersonalen att då gick en annan vårdpersonal in och försökte. Enligt Kirkevold (2000, s. 122) menade Henderson att omvårdnadsåtgärderna ska anpassas efter individens tillstånd, önskemål samt andra faktorer.

Det framkom i litteraturöversikten att vårdpersonalen ansåg sig jobba i en tidspressad miljö och blev därefter stressade för att allt skulle hinnas med och kunde därför ta över vardagliga uppgifter åt patienterna, som att klä på sig kläder och kliva upp ur sängen och till följd av stressen blev munvården ofta nedprioriterad. Vårdpersonalen ansåg att det var framförallt på helgerna en tidspressad arbetsmiljö uppstod, till följd av att det var färre vårdpersonal som arbetade och därmed ledde det till tidsbrist för vissa omvårdnadsåtgärder, som munvård. Enligt Yoon och Steele (2012) ansåg sig vårdpersonalen ha en hög arbetsbelastning som utgjorde en stressad arbetsmiljö och som ledde till att vårdpersonalen prioriterade andra arbetsuppgifter före munvården. Vårdpersonalen nämnde att till följd av tidsbristen var det mer prioriterande att byta inkontinensskydd på de äldre personerna än att borsta deras tänder och därmed fick munvården en låg prioritering i de dagliga arbetsuppgifterna. Reis, Marcelo och Da Silva (2011) styrker detta med att vårdpersonalen ansågs ha många arbetsuppgifter varje dag och därmed försumrades munvården.

Litteraturöversikten visade att vårdpersonalen ansåg att dokumentationen för munvård var viktig, men att dokumentationen inte alltid utfördes vid eventuella problem för munhälsan hos de äldre personerna på särskilda boenden. Enligt

Kirkevold (2000, s. 121-122) menade Henderson att en av de allmänna riktlinjerna för omvårdnad var att planera främst i form av en skriftlig omvårdnadsplan. Vid en reflektion bör det läggas mer fokus på dokumentationens betydelsefulla del eftersom dokumentation är en typ av kommunikation samt information mellan vårdpersonal. I litteraturöversikten framkom det att rapportering av munvård inte utfördes rutinmässigt för de boendens munhälsa och vid eventuella problem anlades de först vid en mötestid om patienten. Enligt Miegel och Wachtel (2009) fanns det dåligt med riktlinjer för kommunikationen mellan vårdpersonalen, kompromisser samt problemlösningsstrategier.

Det framkom i litteraturöversikten att det rådde delade meningar om ansvarsfördelningen för munhygien mellan vårdpersonalen. Det fanns undersköterskor som menade på att det var sjuksköterskans uppgift att ge instruktioner angående munvården samt munhälsan. Detta urskildes av Frenkel (1999) där undersköterskorna menade att de fick för lite vägledning från sjuksköterskorna. Undersköterskorna ville även ha mer instruktioner samt information om vilka av de äldre personerna som hade sina egna tänder och vilka som hade proteser. Litteraturöversikten visade att vårdpersonalen menade att de äldre personerna på särskilda boenden med egna naturliga tänder borde kunna utföra sin egen munvård och att det är deras uppgift att be om assistans. Detta styrker Frenkel (1999) med att vårdpersonalen ansåg att de äldre personerna som hade egna tänder eller hade proteser var deras ansvar att be om assistans eller att kunna utföra sin egen munvård. Enligt Kirkevold (2000, s. 118) menade Hendersons att en av sjuksköterskans grundläggande omvårdnadsåtgärder var att hjälpa patienten att få kontakt med andra människor samt att uttrycka sina behov och känslor. Efter en reflektion framkom vikten av att sjuksköterskan skall vara tillgänglig och anträffbar för de äldre personerna, detta för att kunna utföra bedömningar för individernas behov av omvårdnad. Litteraturöversikten belyste att enligt vårdpersonalen var det svårt att se om munvården blivit utförd eller ej. Detta betonade Yoon och Steele (2012) där vårdpersonalen resonerade att det var lättare att se om en person inte hade fått hjälp med att borsta håret än om munvården hade blivit utförd.



Det framkom i litteraturöversikten att ett hinder för utförandet av munvård enligt vårdpersonalen var när de äldre personerna på särskilda boenden uppgav ett motstånd vid utförandet av munvård. Detta påvisades genom både antingen verbalt eller att de äldre personerna hade ett aggressivt beteende. Detta menade även De Mello och Padilha (2009) då det i deras studie även framkom att vårdpersonalen ansåg att det vanligaste hindret för att munvården inte blir utförd var en brist på samarbete från de äldre personernas sida. Vårdpersonalen menade att olika humör, som negativa attityder, men även ett aggressivt beteende mot vårdpersonalen, utgav en dålig omvårdnad som ledde till inadekvat munvård.

Vårdpersonalen menade i litteraturöversiktens resultat att om de äldre personerna på särskilda boenden skulle vara mer samarbetsvilliga vid munvårdsituationen skulle den mer troligt kunna bli utförd. Enligt Wårdh, Berggren, Andersson och Sörensen (2002) visade det sig att vårdpersonalen kunde lämna en äldre person vid en svår munvårdsituation och därefter gå utan att ha utfört munvården. I litteraturöversikten framkom att det fanns äldre personer på särskilda boenden som inte ville acceptera någon assistans med munvården trots att det var nödvändigt. Ericsson et al. (2009) styrker detta med att de äldre personerna inte ville acceptera någon assistans med munvården eftersom de uppgav en känsla av obehag. De äldre personerna hade svårt att godta att en annan person skulle vara inuti deras mun och peta runt. Enligt Kirkevold (2000, s. 122) menade Henderson att som sjuksköterska ständigt kunna tolka och förstå en individs grundläggande behov både kroppsliga men även känslomässiga. Detta genom att som sjuksköterska ha ett aktivt lyssnande, observera och ha inlevelseförmåga. Det framkom i litteraturöversikten att en anledning till varför det var svårt att utföra munvård enligt vårdpersonalen var när de äldre personerna på särskilda boenden led av demens och därmed inte ville ta emot assistans eller var nonchalant mot munvården. Enligt McKelvey, Thomson och Ayers (2003) ansåg vårdpersonalen att det var svårt att få utföra munvård på de äldre personerna som led av demenssjukdomar.

Litteraturöversikten visade att vårdpersonalen uppgav att de hade en känsla av obehag gentemot att utföra munvård på de äldre personerna på särskilda boenden. Detta styrks av Forsell et al. (2010) och Wårdh, Andersson och Sörensen (1997) där vårdpersonalen upplevde ett obehag mot munvården och detta relaterat till att de äldre personerna inte var samarbetsvilliga mot munvården. Det framkom i litteraturöversikten att hur vårdpersonalen såg på sin egen munvård hade betydelse för utförandet av munvården hos de äldre personerna. Enligt Miegel och Wachtel (2009) ansåg vårdpersonalen att den egna oron för sin egen munvård och deras förutfattade meningar om munvård reflekterades i utförandet av munvård mot de äldre personerna. Vid en reflektion fanns ett ansvar som vårdpersonal att utföra sina arbetsuppgifter, och att inte låta en vårdtagare lida på grund av att vårdpersonalen har åsikter som inte stämmer överens med evidensbaserad kunskap.

Litteraturöversikten visade att vårdpersonalen egna erfarenheter var att det var lättare att borsta de äldre personernas tandproteser än deras naturliga tänder. Detta styrks i studier av McKelvey et al. (2003) och Wårdh et al. (1997) genom att det i deras studier framkom att vårdpersonalen ansåg att det var svårare att borsta de äldre personernas naturliga tänder än tandproteser. Då en tandprotes kunde plockas ur munnen och hålla i handen. Det framkom i litteraturöversikten att ett hinder för att utföra munvård enligt vårdpersonalen var rädslan att åstadkomma smärta hos de äldre personerna. Enligt Frenkel (1999) fanns en oro hos vårdpersonalen om att orsaka en smärta hos de äldre personerna på särskilda boenden vid munvårdssituationen.

## Slutsats

Litteraturöversiktens syfte var att belysa faktorer som kan påverka munvården hos äldre personer på särskilda boenden. Litteraturöversikten baserades på studier från olika länder runt om i världen med olika kulturer och det kan indikera på ett globalt problem och inte bara ett problem som återfinns i Sverige.

En åtgärd för den kunskapsbrist som finns kan vara utbildningar inom olika områden för vårdpersonalen som till exempel inom kunskap om munvård, komplikationer av otillräcklig munvård, praktisk träning av utförandet samt användandet av olika bedömningsformulär. Det behövs även förändringar inom organisationen, både att se över att riktlinjer finns samt kontrollera varför tidsbrist nämns som en faktor.

Ytterligare forskning behövs inom hur en situation hanteras samt bemötandet när en äldre person inte accepterar assistans vid munvård. Det behövs även ytterligare forskning om hur vårdpersonalen bemöter personer med demenssjukdom. Motviljan för munvård kan relateras till olika demenssjukdomar och det är därför viktigt att ha kunskap om detta för att kunna utföra så god omvårdnad som möjligt.

## Referenslista

### \*Resultatartiklar

- Andersson, P. (2014). Munhälsa. i A.-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (ss. 302-309). Lund: Studentlitteratur AB.
- Birkler, J. (2012). *Filosofi och omvårdnad - Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- \*Catteau, C., Piaton, S., Nicolas, E., Hennequin, M., & Lassauzay, C. (2016). Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required. *Gerodontology*, 33(1), 11-19. Doi: 10.1111/ger.12094
- Daly, B., & Smith, K. (2015). Promoting good dental health in older people: role of the community nurse. *British Journal of Community Nursing*, 20(9), 431-436. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.9.431>
- De Mello, A. L., & Padilha, D. P. (2009). Oral health care in private and small long-term care facilities: a qualitative study. *Gerodontology*, 26(1), 53-57. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2008.00238.x
- \*De Visschere, L., Baat, C. d., Meyer, L. d., van der Putten, G.-J., Peeters, B., Söderfeldt, B., & Vanobbergen, Jacques. (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*, 32(2), 115-122. Doi: 10.1111/ger.12062
- De Visschere, L., De Baat, C., Schols, J. M., 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
- Ericsson, I., Aronsson, K., Cedersund, E., Hugoson, A., Jonsson, M., & Wärnberg Gerdin, E. (2009). The meaning of oral health-related quality of life for elderly persons with dementia. *Acta Odontologica Scandinavica*, 67(4), 212-221. Doi: 10.1080/00016350902855296
- Folke, S., Paulsson, G., Fridlund, B., & Söderfeldt, B. (2009). The subjective meaning of xerostomia - an aggravating misery. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*, 4(4), 245-255. Doi: 10.3109/17482620903189476
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsell, M., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Herbst, B., Johansson, O., & Sjögren, P. (2010). A survey of attitudes and perceptions toward oral hygiene among staff at a geriatric nursing home. *Geriatric Nursing*, 31(6), 435-440. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.08.011
- \*Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., 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: 10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x

- Frenkel, H. F. (1999). Behind the screens: care staff observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology*, 16(2), 75-80. Doi: 10.1111/j.1741-2358.1999.00075.x
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. i F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- \*Goh, C. E., Guay, M. P., Linn, M. L., Loke, S. Y., Toh, H. E., & 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
- Hebling, E., & Perreia, A. C. (2007). Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology*, 24(3), 151-161. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00178.x
- \*Hilton, S., Sheppard, J. J., & Hemsley, B. (2016). Feasibility of implementing oral health guidelines in residential care settings: views of nursing staff and residential care workers. *Nursing research*, 30, 194-203. Doi: 10.1016/j.apnr.2015.10.005
- Hoben, M., Kent, A., Kobagi, N., Huynh, K., Clarke, A., & Yoon, M. N. (2017). Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), 1-20. Doi: 10.1371/journal.pone.0178913
- \*Jablonski, R. A., Munro, C. L., Grap, M. J., Schubert, C. M., Ligon, M., & Spigelmyer, P. (2009). Mouth care in nursing homes: Knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants. *Geriatric nursing*, 30(2), 99-107. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.06.010
- Janssens, B., De Visschere, L., Van der Putten, G.-J., de Lugt-Lustig, K., Schols, J., & Vanobbergen, J. (2016). Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *Gerodontology*, 33(2), 275-286. Doi: 10.1111/ger.12164
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., & von Bültzingslöwen, I. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(4), 298-305. Doi: 10.1111/idh.12016
- McKelvey, V., Thomson, M., & Ayers, K. (2003). A qualitative study of oral health knowledge and attitudes among staff caring for older people in Dunedin long-term care facilities. *New Zealand Dental Journal*, 99(4), 98-103.
- Miegel, K., & Wachtel, T. (2009). Improving the oral health of older people in long-term residential care: a review of the literature. *International Journal of Older People*, 4(2), 97-113. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00150.x
- Patientdatalagen*. (2008:355). Hämtat från Riksdagen: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355) den 22 Februari 2018
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

- \*Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., & Tsakos, G. (2015). The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and quality of life outcomes.*, 13(102), 1-8. Doi: 10.1186/s12955-015-0300-y
- Reed, R., Broder, H., Jenkins, G., Spivack, E., & Janal, M. (2006). Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology*, 23(2), 73-78. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2006.00119.x
- Reis, S. C., Marcelo, V. c., & Da Silva, E. T. (2011). Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology*, 28(1), 69-75. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00366.x
- SBU. *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Bilaga 5. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
- SBU. *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. (2012). Hämtat från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/> den 02 04 2018
- Senior Alert*. (2018). Hämtat från Riskbedömning för munhälsa: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida43977/ROAG.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida43977/ROAG.pdf) den 27 02 2018
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., & Johansson, O. H. (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. *Journal of the American Geriatrics society*, 56(11), 2124-2130. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x
- Socialstyrelsen. (2013). Hämtat från Termbanken: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=759> den 02 04 2018
- \*Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). 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 sciences*, 25(1), 92-99. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
- \*Stancic, I., Petrovic, M., Popovac, A., Vasovic, M., & Despotovic, N. (2016). Caregivers' attitudes, knowledge and practices of oral care at nursing homes in Serbia. *Vojnosanitetski pregled*, 73(7), 668-673. Doi: 10.2298/VSP141001065S
- Tandvårdslagen*. (1985:125). Hämtat från Riksdagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125\\_sfs-1985-125](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125) den 3 Januari 2018
- Terpenning, M. (2005). Geriatric Oral Health and Pneumonia Risk. *Clinical infectious diseases*, 40(12), 1807-1810. Doi:10.1086/430603
- \*Unfer, B., Braun, K. O., Ferreira, A. C., Ruat, G. R., & Batista, A. K. (2012). 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/i.1741-2358.2011.00475.x
- \*Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R., & Bjorntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), 748-755. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x

- Wårdh, I., Andersson, L., & Sörensen, S. (1997). Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*, 14(1), 28-32. Doi: 10.1111/j.1741-2358.1997.00028.x
- Wårdh, I., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2002). Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60(6), 330-336. Doi: 10.1080/000163502762667342
- Wårdh, I., Hallberg, L., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral health care - A low priority in Nursing. *Scandinavian journal of caring science*, 14(2), 137-142. Doi: 10.1080/02839310050162370
- \*Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). 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/j.1741-2358.2011.00562.x
- Yoon, M., & Steele, C. (2012). Health care professionals' perspectives on oral care for long-term care residents: Nursing staff, speech-language pathologists and dental hygienists. *Gerodontology*, 29(2), 525-535. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00513.x

## Bilagor

Bilaga 1. Översikt av litteratursökning.

Datum/Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Antal valda	Inkluderade i resultat	Författare
180111, Pubmed	"Oral hygiene" [mesh] AND "nursing homes" AND nurs*	10years	108	*80 ** 60 ***9 ****8	6	-Unfer, Braun, Ferreira, Ruat, Batista. -Willumsen, Karlsen, Naess, Bjornvedt. -Wårdh, Jonsson, Wikström. -Lindqvist, Seleskog, Wårdh, von Bültzingslöwen. -Visschere et al. -Forsell et al.
180111, Cinahl	(MH"Oral hygiene") AND "nursing homes" AND nurs*	10years	46	*35 **15 ***1 ****1	1	-Sonde, Emami, Kiljunen, Nordenram.
180111, Pubmed	"Oral care" AND "nursing homes"	10years	83	*50 **27 ***3 ****3	3	-Catteau, Piaton, Nicolas, Hennequin, Lassauzay. -Jablonski et al. -Hilton, Sheppard, Hemsley.
180111, Cinahl	"Oral care" AND "nursing homes"	10years	26	*18 **15 ***1 ****1	1	-Goh et al.
180118, Pubmed	Nurs* AND "oral health" AND "nursing homes"	10years	197	*100 **43 ***2 ****2	2	-Porter et al. -Stancic', Petrovic', Popovac', Vasovic',



						Despotović.
--	--	--	--	--	--	-------------

**\*Efter valda lästa titlar, \*\*Efter valda lästa abstrakt, \*\*\*Efter valda lästa artiklar, \*\*\*\*Antal valda efter kvalitetsgranskning**

Bilaga 2. Översiktstabell på resultatets artiklar.

Författare, årtal & land	Syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod, datainsamling & analys	Huvudresultat	Kommentarer gällande kvalitet
<b>Catteau, Piaton, Nicolas, Hennequi, Lassauzay 2013, Frankrike</b>	Att bedöma vårdpersonalens kunskap om munhälsa samt träningsbehov av munvård på särskilda boenden.	Kvantitativ	99 deltagare av 203 utskickade frågeformulär.	Frågeformulär. Analys: Excel 2007, SPSS, univariate analysis. Bivariate analysiss – Kruskal-Wallis eller Mann-Whitney U test.	2/3 ansåg att det var viktigt med munvård. För lite personal som hade utbildning i munvård, för lite tid att utföra munvården och för lite personal.	Medelhög.
<b>De Visschere et al. 2015, Belgien</b>	Utforska de olika barriärer och hinder för iförandet av ett munvårdprotokoll på särskilda boenden.	Kvalitativ studie med två RCTs. 1: Longitudinel.	1: 30 deltagare 2: 36 deltagare	1: Fokusgrupper. 2: Face-to-face intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Det framkom att tidsbrist var ett stort hinder på organisationsnivå. De sjuksköterskor som själv blev äcklad av utförandet av sin egen munvård ej utförde någon munvård på de boende.	Medelhög.
<b>Forsell et al, 2011, Sverige</b>	Att bedöma attityder och uppfattningar mot munvårdsutförandet hos vårdpersonal på särskilda boenden.	Kvantitativ	87 deltagare	Beskrivande frågeformulär. Munvårdsutbildning. Analysen: MS excel, statistisk uträkning.	Den största anledningen till att personal ansåg att munvården var obehaglig var på grund av ej samarbetsvilliga boenden.	Medelhög.

<b>Goh et al, 2016, Singapore</b>	Att utforska vårdpersonalens perspektiv kring munhälsa på särskilda boenden.	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	96 deltagare på fem särskilda boenden. 2 bortfall.	Särskilda boenden var rekryterad via telefon. Frågeformulär användes. Analys: Chi- och t-test användes. Sist användes SPSS.	Vårdpersonalen ansåg att de hade nog med kunskap och resurser. Mer än hälften ansåg att det fanns boenden som ej ville ha hjälp med munvården.	Hög.
<b>Hilton, Sheppard, Hemsley 2016, Australien</b>	Att avgöra uppfattningen från sjuksköterskor med genomförbarhet av att införa den nuvarande evidensbaserade riktlinjerna för munvård, utforska barriärer samt införandet av handledning.	Mixad studie.	Online-enkät: 45 svarade enkäten, men 10 exkluderas. Fokusgruppen: 6 deltagare.	Online-enkät. Fokusgrupp med 1h intervju/diskussion som blev inspelad och sedan nedskrivna. Analys: Online-enkäten analyserades med en beskrivande och tematisk innehållsanalys. Fokusgruppens resultat blev sammanfattad och därefter fick deltagarna läsa igenom för ev. förändringar.	Vårdpersonalen ansåg sig vara i behov av en obligatorisk utbildning. Det framkom att det saknades hjälpmedel för utförandet av munvård. Vårdpersonalen ansåg att det var svårt att borsta de boende som hade egna tänder än de med proteser.	Hög.
<b>Jablonski et al, 2009 USA</b>	Att utforska kunskapen, övertygelser samt utövandet för munvård hos vårdpersonal på särskilda boenden.	Kvantitativ.	106 deltagare.	Frågeformulär. Analys: beskrivande statistisk samt t-test. Öppna frågor organiserades till teman.	De kom fram till att de inte utförde tillräcklig optimal munvård på grund av motstånd från de boende, rädslan av att orsaka smärta eller brist på material.	Medelhög.

<b>Lindqvist, Seleskog, Wårdh, Bültzingslöwen</b> <b>2013, Sverige</b>	Utforska vad personal på särskilda boenden ansåg vilka aspekter är viktig med en funktionell daglig oral vård.	Kvalitativ design	23 deltagare.	Individuella intervjuer med en intervjuguide. Analys: Innehållsanalys.	De kom fram till att dokumentation ansågs vara viktigt men det var inte alltid det dokumenterades. Det fanns andra uppgifter som fick högre prioritering än den dagliga munvården.	Hög.
<b>Porter et al.</b> <b>2015, England</b>	Bedöma kliniska och subjektiva munhälsa även relaterat till sambandet mellan orala symtom och livskvaliten på särskilda boenden samt personalens uppfattning om munhälsa samt omvårdnaden.	Kvantitativ tvärsnittsstudie	36 vårdpersonal 325 deltagare på munundersökning samt 180 på intervju på grund av misslyckad kognitivt test.	Boende: Munundersökning, intervju-enkät. Vårdpersonal: Intervju. Analys: Stata Version 12.0	Både boende och personal klagade över illasittande tandproteser. Personal ansåg även att de boende ej var samarbetsvilliga och ibland vägrade öppna munnen och demens var ett stort problem.	Hög.

<p><b>Sonde, Emami, Kiljunen, Nordenram 2010, Sverige</b></p>	<p>Beskriva vårdpersonals uppfattning samt resonemang för munvård hos de med demens samt beskriva sjuksköterskors resonemang för deras ansvar för munvård hos de med demens på särskilda boenden.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>1: 9 vårdpersonal. 2: 4 sjuksköterskor</p>	<p>Datainsamling: 1: fokusgrupp – semistrukturerade intervjuer – diskussion. 2: semistrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys. Inspelade intervjuer.</p>	<p>Sjuksköterskorna ansåg att när de boenden ej hade några munproblem var det undersköterskornas arbetsuppgift och de litade då på att munvården blev utförd. Det framkom att det var svårt när patienterna vägrade ta emot hjälp.</p>	<p>Hög.</p>
<p><b>Stancic, Petrovic', Popovac, Vasovic', Despotovic ' 2016, Serbien</b></p>	<p>Undersöka attityder hos vårdpersonal och deras kunskap om munvård men även hur munvården utförs på särskilda boenden i Serbien.</p>	<p>Kvantitativ.</p>	<p>58 deltagare.</p>	<p>Frågeformulär. Analys: SPSS, Chi-test och Mann-Whitney test.</p>	<p>De största barriärerna för att utföra munvård var tidsbrist och ej samarbetsvilliga boenden. Nästan alla deltagare ansåg att det är viktigt med munhygien.</p>	<p>Hög.</p>

<p><b>Unfer, Braun, Ferreira, Ruat, Batista 2010, Brasilien</b></p>	<p>Beskriva rutiner, hinder, kompetens angående munvård på särskilt boende.</p>	<p>Kvalitativ, semi-strukturerade intervjuer</p>	<p>26 deltagare</p>	<p>Semistrukturerad intervjuguide, inspelade. Tre intervjuer var pre-test för att få till guiden, dessa exkluderades sen. Datamättnad i 27:e intervjun.  Analys: transkriberad, kodad enligt Minayos teori, teman enligt fenomenologiskt stegtänkande.</p>	<p>Munvården utfördes inte alltid på grund av för många boenden eller tidsbrist. Vårdpersonalen hade ej fått en officiell utbildning utan fått lära upp sig själva eller fått tips från kollegor.</p>	<p>Hög.</p>
<p><b>Willumsen, Karlsen, Naess, Bjorntvedt, 2011 Norge</b></p>	<p>Att utforska om patienters munhygien var bra samt sjuksköterskors bedömning av hinder för förbättring.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie.</p>	<p>Boende: 353 Vårdpersonal: 494.</p>	<p>Patientinformation. Frågeformulär till personalen. Analys: PASW, Chi-test, Mann-Whitney för mellangruppskillnader och Odds Ratio.</p>	<p>Det framkom att nästan alla sjuksköterskor ansåg att munvården var deras arbetsuppgift. Nästan alla sjuksköterskor upplevde ett motstånd från de äldre personerna.</p>	<p>Hög.</p>
<p><b>Wårdh, Jonsson, Wikström 2012, Sverige</b></p>	<p>Att utforska attityden och kunskapen för munvård hos vårdpersonal på särskilda boenden.</p>	<p>Mixad studie.</p>	<p>454 deltagare.</p>	<p>Frågeformulär.  Analys: Den kvalitativa analyserades med innehållsanalys. Den kvantitativa analyserades med nummer eller frekvenser.</p>	<p>89% ansåg att munvård är viktigt. Det största hindret var att de boende ej var samarbetsvilliga. Sjuksköterskorna ansåg att det var bra med utbildning eftersom det fanns några i personalen som ej hade någon kunskap angående munvård.</p>	<p>Hög.</p>

