



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

Sjuksköterskors uppfattningar av arbete med äldres munhälsa på särskilt boende

Författare
Christina Brännström

Uppsats i vårdvetenskap
Avancerad nivå, 15 hp
HT 2014

Handledare
Maria Carlsson

Examinator
Barbro Wadensten

SAMMANFATTNING

Många äldre som bor på särskilda boenden behöver ofta hjälp med sin munvård. Tidigare studier och rapporter beskriver vårdpersonalens bristande kunskap om och inställning till munhälsa och munvård.

Syftet med den här studien är att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa på särskilt boende i en kommun.

Metoden var kvalitativ med fenomenografisk ansats. Femton informanter från elva särskilda boenden intervjuades.

Resultatet från informanternas olika uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa bestod av sju kvalitativt skilda beskrivningskategorier: ansvar, skötsel av munvård, organisation och arbetsledning, tillgänglighet, autonomi och integritet, kunskap och kompetens samt information och samarbete. Ansvaret delades mellan flera yrkeskategorier, munvårdens skötsel varierade och organisation och arbetsledning fungerade bra. Tillgänglighet till tandvården underlättade arbetet med äldres munhälsa, medan autonomi och integritet kunde utgöra ett hinder. Det fanns ett behov av utbildning om demens för tandvårdens personal, om munhälsa och munvård för vårdpersonal på boende. Information och samarbete mellan sjuksköterskor och tandvården varierade.

Slutsatser: Rutiner och riktlinjer behöver förbättras och tydliggöras vad gäller sjuksköterskans ansvar för och arbete med äldres munhälsa på särskilda boenden.

Sjuksköterskor behöver även förbättra sina kunskaper om och bedömning av äldres munhälsa. Även vårdpersonal behöver mer kunskap om äldres munhälsa och munvård, som ofta sköts bristfälligt men som fungerar bra i välorganiserade verksamheter. Trots att tandvårdens tillgänglighet beskrivs underlätta arbetet med äldres munhälsa, tycks samarbetet mellan sjuksköterskor och tandvården inte alltid fungera, vilket behöver förbättras.

Nyckelord: munhälsa, sjuksköterskor, särskilt boende, äldre

ABSTRACT

Older people living at nursing homes often need help with their oral care. Earlier studies and reports describe a lack of knowledge among the nursing staff about caring about and the attitude towards oral health and oral care.

The purpose of this study is to describe nurses' perceptions of the work with old people's oral care in nursing homes in a municipality.

A qualitative method with a phenomenographic approach was used. Fifteen informants from eleven nursing homes were interviewed.

The result from the informants' different perceptions of the work with old people's oral health comprised seven qualitative divided description categories: responsibilities, management of oral care, organization and leadership, access, autonomy and integrity, knowledge and competence, information and cooperation. The responsibility was divided between several trade categories, the management of oral care varied and organization and work management functioned well. Accessibility to the Dental service facilitated the work, while autonomy and integrity could be an obstruction. There was a need of education about dementia for Dental service's staff. Nursing home staff needed education about oral health and oral care. Information and collaboration between the nurses and the Dental service varied.

Conclusion: Routines and guidelines need to be improved and clarified regarding nurses' responsibilities for the work with older people's oral care in nursing homes. Nurses also need to improve their knowledge and assessment of older people's oral care. Nursing staff also need to improve their knowledge of older people's oral care, which often was deemed inadequately, but was adequately done in well-organized establishments. Even though Dental service's availability supposedly improves the work with older people's oral care, the cooperation between nurses and Dental service occasionally did not functioned, which need to be improved.

Keywords: oral health, nurse, nursing home, older people

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	7
2. BAKGRUND	7
2.1 Munhälsa och sjukdomar	7
2.2 Landstingets tandvårdsstöd.....	8
2.3 Särskilt boende för äldre	8
2.4 Jean Watsons omvårdnadsteori – teorin om mänsklig omsorg	9
2.5 Sjuksköterska i kommunal äldrevård	10
2.6 Att sköta en annan persons munhygien.....	11
2.7 Problemformulering.....	12
2.8 Syfte.....	12
3. METOD.....	12
3.1 Design.....	12
3.2 Förförståelse.....	13
3.3 Urval	14
3.4 Datainsamling	14
3.5 Tillvägagångssätt	14
3.6 Forskningsetiska överväganden	15
3.7 Bearbetning och analys	15
4. RESULTAT.....	16
4.1 Ansvar.....	19
4.2 Skötsel av munvård.....	20
4.3 Organisation och arbetsledning.....	21
4.4 Tillgänglighet.....	21
4.5 Autonomi och integritet	22

4.6 Kunskap och kompetens	23
4.7 Information och samarbete.....	23
5. DISKUSSION	24
5.1 Resultatdiskussion.....	24
5.1.1 Ansvar	24
5.1.2 Skötsel av munvård	25
5.1.3 Organisation och arbetsledning	26
5.1.4 Tillgänglighet	27
5.1.5 Autonomi och integritet.....	27
5.1.6 Kunskap och kompetens.....	28
5.1.7 Information och samarbete	29
5.2 Metoddiskussion.....	30
5.2.1 Kvalitetskriterier.....	30
5.2.2 Trovärdighet (credibility)	30
5.2.3 Pålitlighet (dependability)	31
5.2.4 Giltighet (confirmability)	31
5.2.5 Överförbarhet (transferability)	31
5.3 Kliniska implikationer	31
5.4 Förslag till vidare forskning	32
5.5 Slutsats	32
REFERENSER.....	33
BILAGOR.....	38

1. INLEDNING

En bra munhälsa är viktig för individers livskvalité, för att individen ska kunna äta, prata och känna välbefinnande (Hugoson et al., 2005). Munhälsan är också en av människans största integritetszoner (Öhrn, Wahlin & Sjärdén, 2000). De flesta äldre som bodde på särskilda boenden/långvårdsavdelningar under 60 – 70-talet var utan egna tänder (Hugoson et al., 2005). Under de senaste decennierna har munhälsa hos äldre förbättrats. Befolkningen blir äldre, de äldre har fler egna tänder kvar att sköta och 2003 var tandlösheten hos 80-åringar nere i tre procent (a.a.). Med en ökande äldre befolkning ökar också behovet av vård och omsorg i vilken munvård är en uppgift bland flera för vård- och omsorgspersonal.

2. BAKGRUND

2.1 Munhälsa och sjukdomar

Det finns ett samband mellan den orala hälsan och äldres livslängd (Thorstensson & Johansson, 2009). Dålig mun- och tandhälsa kan resultera i sjukdom (Langmore et al., 1998; Pace & McCullough, 2010) och vara ett hot mot det allmänna hälsotillståndet hos sköra individer (Hämäläinen, Meurman, Kauppinen & Keskinen, 2005). Äldre som drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning riskerar en snabb försämring av munhälsan (Petersen & Yamamoto, 2005), vilket kan vara en anledning till såväl nutritionsproblem med viktnedgång (Ritchie, Joshipura, Silliman, Miller & Douglas, 2000) som sjukdomar i munhåla, lungor och hjärta (Österberg, Carlsson, Tsuga, Sundh & Steen, 1996). Tandhälsan hos äldre med kognitiv funktionsnedsättning är oftare sämre än hos äldre med enbart fysiska hälsoproblem, som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, tobaksanvändare och de som konsumerar alkohol (Wu, Plassman, Crout & Liang, 2008). Buhlin (2004) har i en studie visat att nedsatt munhälsa kan bidra till hjärt- kärlsjukdomar. Många äldre är multisjuka och behandlas inte sällan med ett flertal läkemedel. Både sjukdomstillstånd och läkemedel ger minskad salivproduktionen och orsakar muntorrhet (Nederfors, Isaksson, Mörnstad & Dahlöf, 1997). Förmågan att prata, tugga och svälja försväras och kan medföra nedsatt munhälsa med risk för att munhålan drabbas av svampinfektion (Klinge, 2010). Bakterier från munhålan kan vid sväljsvårigheter aspireras och orsaka lunginflammation (Langmore et al., 1998; Pace & McCullough, 2010). Aspirationspneumoni är största orsaken till sjukdom och död hos äldre personer på vårdboenden och i kombination med dåligt fungerande munvård ökar risken för

aspirationspneumoni (Pace & McCulloch, 2010). Dålig munhälsa kan även ge upphov till tandlossning (Klinge, 2010). Tandlöshet är en viktig riskfaktor för undernäring hos äldre personer (Ritchie et al., 2000). Förutom påverkan på allmäntillståndet kan nedsatt oral hälsa inverka på individens psykosociala välbefinnande och leda till social stigmatisering (Fiske, Davis, Frances & Gelbier, 1998).

2.2 Landstingets tandvårdsstöd

Enligt Tandvårdslagen (SFS, 1985:125) ska alla bosatta inom landstinget erbjudas en god tandvård. Landstingen ansvarar för att erbjuda äldre och funktionshindrade med omfattande och varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser tandvårdsstöd (SFS, 1998:554) oavsett boende (SFS, 2001:453; Socialstyrelsen, 2011). Stödet består av nödvändig tandvård och erbjudande om avgiftsfri uppsökande munhälsobedömning av tandhygienist (Socialstyrelsen, 2009). Uppsökande verksamhet innebär, förutom munhälsobedömning, att personer som är behjälplig med personlig omvårdnad ges individuell handledning hur munvården ska utföras. Tandvårdsstödet innebär också att vård- och omsorgspersonal ska erbjudas utbildning i munhälsa och munvård. Kommunen har skyldighet att förse landstinget med de uppgifter som behövs för uppföljning av tandvårdsstödet (SFS, 1998:1338).

2.3 Särskilt boende för äldre

Sedan den s.k. Ädelreformen, som genomfördes i Sverige 1992, har kommunerna ett samlat socialt och medicinskt ansvar för långvarigt kroniskt sjukas vård och omsorg (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 1982:763; Socialtjänstlagen [SoL], 2001:453). Efter överenskommelse med landstinget kan en kommun överta ansvaret för hemsjukvård i den enskildes hem (HSL, 1982:763; SoL, 2001:453). Kommunerna har skyldighet att inrätta boendeformer med service och omvårdnad s.k. särskilt boende (SÄBO) för äldre personer som behöver särskilt stöd (SoL, 2001:453). Äldre personer i ordinärt boende, som inte kan tillgodose sina behov, har rätt till bistånd för sin livsföring (SoL, 2001:453 4 kap. 1 §). Behov som omfattas är bland annat stöd och hjälp samt vård och omsorg. Stödinsatser i form av korttidsvård kan komma ifråga som komplement till hemtjänst och hemsjukvård (SoL, 2001:453 4 kap. 1 §). Det ställer krav på ett nära samarbete mellan olika yrkesgrupper. Målsättning är en kvalitativt god och individuellt anpassad omvårdnad (SFS, 1982:763) och omsorg (SFS, 2001:453) över hela dygnet. Flertalet av de som bor på särskilda boenden har ofta demens och är multisjuka, vilket ställer höga krav på att det finns kompetent och välutbildad personal. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska det personal finnas för att god vård skall kunna ges.

Vård- och omsorgspersonal inom socialtjänstens äldreomsorg, i hemvården och på särskilda boenden, har bland annat till uppgift att stödja och hjälpa äldre i kroppsnära omsorg, (Socialstyrelsens författningssamling [SOSFS], 2011:12). I socialstyrelsens allmänna råd står det att personal, som ger äldre personer stöd och hjälp, bör ha ett antal grundläggande kunskaper och förmågor. Några av dessa kunskaper och förmågor är: ”kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur de påverkar behovet av vård och omsorg”, ”kunskap om personlig hygien, inklusive munvård” och ”kunskap om hälso- och sjukvård” (SOSFS 2011:12).

2.4 Jean Watsons omvårdnadsteori – teorin om mänsklig omsorg.

Jean Watsons omvårdnadsteori växte fram under hennes forskning om omvårdnad, en forskning som resulterade i avhandlingen ”*Nursing: The Philosophy and Science of Caring*” (Watson, 1993). Omvårdnadsteorin har, enligt Watson, ett andligt-existentiellt och fenomenologiskt perspektiv med fokus på det icke medicinska, på relationen mellan sjuksköterska och individ. Omvårdnaden beskriver Watson som en humanvetenskap och konst och ser omsorgen som en konst inom omvårdnaden. Omvårdnadens uppdrag är, menar Watson, att bevara och utveckla mänsklig omsorg och beskriver mänsklig omsorg inom omvårdnaden som ”*den transpersonella omsorgens konst*” (Watson, 1993, kap. 8, s 85). Det konstnärliga är en människas förmåga att ta emot och inom sig uppleva en annan människas känslouttryck, en mellanmänsklig relation där sjuksköterskan berör och blir berörd av den andra människan/patienten. Teorin inbegriper även hälsa – ohälsa, miljö och universum samt på vilka sätt de fungerar tillsammans och anknyter till varandra. Sjuksköterskan, som har ett personligt, socialt, moraliskt och andligt engagemang i omsorg och omvårdnad, är aktiv i omsorgshandlingarna och har en vilja att ge omsorg. Watson förklarar omsorg som ett moraliskt ideal för omvårdnaden, där målet är att beskydda, stärka och bevara mänsklig värdighet och att stödja människor att uppnå harmoni i ande, kropp och själ. Målet uppnås ”*genom att sjuksköterskan hjälper individer att finna mening i tillvaron, i disharmoni, i lidandet och oron och främjar självkontroll, valmöjligheter och självbestämmande i besluten som rör hälsa och ohälsa*” (Watson, 1993, kap. 6, s 65). Teorin omfattar en kombination av tio omvårdnadsåtgärder, som Watson benämner ”karativa faktorer”. Omvårdnadsåtgärderna är kopplade till den mänskliga omsorgsprocessen, med sjuksköterskan och patienten som deltagare, och består av:

1. Humanistiskt-altruistiskt värdesystem
2. Tro och hopp
3. Känslighet gentemot självet och andra

4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
7. Transpersonell undervisning och omsorgsprocess
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö
9. Tillgodoseende av mänskliga behov
10. Existentiell-fenomenologisk-andliga krafter. (Watson, 1993, kap. 9, s 94)

Dessa karaktäristiska faktorer utgår ifrån att sjuksköterskan har kunskap och klinisk kompetens (a.a).

2.5 Sjuksköterska i kommunal äldreomsorg

Kommunerna har sedan Ädelreformen hälso- och sjukvårdsansvar till och med sjuksköterskenivå (HSL, 1982:763). Läkaren finns i en annan organisation och den kommunala sjuksköterskan har därmed den högsta medicinska kompetensen med ett yrkesmässigt och lagstadgat ansvar för hälso- och sjukvård. Inom kommunal vård och omsorg ska det, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), finnas sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar (MAS). Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska bland annat bevaka att äldre på särskilda boenden får en god och säker vård och behandling, att vårdpersonalen har nödvändig kompetens för arbetet och att det finns rutiner för dokumentation och journalföring (SOSFS 1997:10). I en kommun, som övertagit landstingets hemsjukvård, ska det finnas sjuksköterskor, som har omvårdnadsansvar för äldre med behov av hälso- och sjukvård i ordinärt boende (HSL, 1982:763, 18§). På kommunens särskilda boenden ska det finnas sjuksköterskor tillgängliga dygnet runt med ansvar för allmän och specifik omvårdnad och för att efter behov kontakta sjukgymnast, arbetsterapeut, patientansvarig läkare samt andra professioner, som är nödvändiga för äldres hälsa och välbefinnande (HSL, 1982:763). Sjuksköterskans omvårdnadsansvar omfattar personer som vistas permanent eller tillfälligt på ett boende eller på en avdelning för korttidsvård eller rehabilitering. Omvårdnadsansvaret omfattar bland annat att identifiera och förebygga hälsorisker hos dessa personer, bedöma deras behov av vård samt åtgärda de vårdbehov som framkommer (Socialstyrelsen, 2005). Flertalet av de personer som flyttar till särskilda boenden är multisjuka och bor som regel kvar till livets slut. Det innebär att sjuksköterskan kan ha mångårig kontakt med närstående och ska lyssna till både den äldres och närståendes synpunkter och behov, ge stöd samt möjliggöra delaktighet i omvårdnaden. Sjuksköterskan behöver ha en bred kompetens samt beredskap och förmåga att handla i oväntade och akuta situationer. Sjuksköterskan ska besluta om åtgärd, bedöma om det finns behov av sjukhusvård, om patientansvarig läkare ska kontaktas eller avvakta åtgärd, beroende på vad som framkommit i vårdplanering med och om den

äldre. Sjuksköterskans ansvar är att prioritera, leda, fördela och samordna omvårdnadsarbete utifrån de äldres behov och vårdpersonalens kompetens (Socialstyrelsen, 2005). En sjuksköterska på särskilt boende kan tidvis vara ensam ansvarig för upp till 40 boende, vilket medför behov av delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, som inte är specifika för en sjuksköterska, till vårdpersonal som saknar formell kompetens (SOSFS 1997:14).

Sjuksköterskan har, förutom ansvar för allmän och specifik omvårdnad (SFS, 1982:763, SFS, 2001:453), skyldighet att föra journal (SFS, 2010:659). Patientjournalen ska bidra till god och säker vård (SFS, 2008:355). För att utveckla och säkra kvaliteten i vården ska verksamheten bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS, 2011:9). Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister, som sjuksköterskan använder i preventivt arbete för personer 65 år och äldre med vårdkontakt (Senior Alert, 2011). Enligt kvalitetsregistrets riktlinjer ska evidensbaserade riskbedömningsinstrument användas i det förebyggande arbetet. Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett instrument för bedömning av munhälsans status, som enligt Andersson (2004) kan användas med lätthet och bedömningen tar endast några minuter. En av sjuksköterskans grundläggande arbetsuppgifter är skötsel av munhygien och bedömning av munhälsan (Günes et al., 2011). Munhålans kondition behöver regelbundet inspekteras, för att förändringar av munhälsan snabbt ska upptäckas. Sjuksköterskan har ansvar för att äldre får den hjälp med tand- och munhygien som är nödvändig och ska kontakta ansvarig läkare, tandläkare eller tandhygienist vid ohälsa i munhålan. Samarbetet med tandvårdens personal har därför stor betydelse för att en bra munhälsa upprätthålls.

2.6 Att sköta en annan persons munhygien

Andersson (2004) beskriver i en studie att äldre personer uttrycker oro inför vem som ska sköta deras munhygien när de inte längre orkar utföra den själva. I studier av Andersson, Furhoff, Nordenram och Wårdh (2007) och Andersson, Nordenram, Wårdh och Berglund (2007) framkommer att distriktssköterskor är medvetna om att äldres orala hälsa har betydelse för deras allmänna hälsa, men distriktssköterskorna anser att den hör till tandvårdens ansvarsområde. Äldres munhälsa har låg prioritet hos vård- och omsorgspersonal (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000; Öhrn, Wahlin & Sjärdén, 2000). Wårdh et al. (2000) menar att stress och bristande kunskap om munvård kan vara bidragande orsaker. Wårdh (1997) beskriver att vård- och omsorgspersonal, trots kunskap om tand- och munvård, brister i utförandet av munvård. Munhålan uppfattas ofta av omvårdnadspersonal som en intim zon och de uppger hänsyn till den äldres integritet som anledning till dessa brister,

vilket kan medföra att den äldre inte får den tand- och munvård som är behövlig (Socialstyrelsen, 2009). Munvård är den uppgift som vårdpersonal på särskilda boenden uppfattar som mest krävande (Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012). Anledningen är kombinationen att personalen saknar utbildning i munvård och vårdtagarnas ovilja att öppna munnen. Personer med demenssjukdom har ett särskilt stort behov av omsorgsfull munvård (Samson, Berven & Strand, 2009). Tandvård kan vara svårt att utföra på dessa personer, varför det förebyggande arbetet är betydelsefullt (a.a). Resultatet i en studie av Rejnefelt, Andersson och Renvert (2006), om personers munhälsa på särskilda boenden för äldre, visar att personer med demenssjukdom har sämre munhälsa än de utan demenssjukdom.

Studier om attityd till och utförande av munhälsa har gjorts på vård- och omsorgspersonal (Adams, 1996; Wårdh et al., 2000; Öhrn et al., 2000). Skötsel av munhälsan uppfattas av vård- och omsorgspersonal som en obehaglig uppgift (Adams, 1996). Tidsbrist och individens samarbetsvilja uppges som anledning till utebliven eller sämre utförd munvård. I andra studier, liksom i Socialstyrelsens granskning av tandvård på särskilda boenden för äldre, framkommer att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal har bristande kunskap om äldres munhälsa (Adams, 1996; Andersson, 2004; Socialstyrelsen, 2009).

2.7 Problemformulering

Tidigare studier påvisar sjuksköterskors och övrig vårdpersonals bristande kunskap om äldres munhälsa, om tidsbrist och brister i utförandet av munvård. Det är därför av intresse att undersöka hur sjuksköterskor idag uppfattar sitt och övrig vårdpersonals ansvar för och arbete med äldres munhälsa och om det finns faktorer som underlättar och/eller försvårar arbetsuppgiften.

2.8 Syfte

Syftet med studien var att i en kommun undersöka sjuksköterskors uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa på särskilda boenden inom kommunal vård och omsorg.

3. METOD

3.1 Design

Utifrån studiens syfte valdes kvalitativ metod med fenomenografisk ansats (Marton, 1981). I den fenomenografiska forskningsansatsen har begreppet *fenomen* en central roll (Larsson &

Knutsson Holmström, 2012). Det som undersöks är olika sätt att uppfatta fenomen runt omkring oss. Fenomen betyder ”att göra manifest” eller ”bringa i dagen”. Suffixet grafi betyder ”beskriva” (a.a.) och kan förklaras som ett objekt såsom det visar sig för oss. Forskaren skiljer inom fenomenografin mellan första och andra ordningens perspektiv (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Första ordningens perspektiv innebär att forskaren riktar sitt intresse mot och studerar fenomenet i sig. Själva fenomenet är då i fokus. Intresset för människors sätt att uppfatta eller förstå ett fenomen, inte fenomenet i sig, är innebörden av andra ordningens perspektiv, vilket är vad forskaren intresserar sig för i fenomenografiska studier. Begreppet ”uppfattning” uttrycker en tankemässig relation mellan det uppfattande subjektet (informanten) och ett fenomen (a.a.). Huvudsyftet med ansatsen är enligt Marton (1981), Larsson (1986) och Alexandersson (1994) att beskriva människors uppfattning av fenomen, företeelser eller objekt för att sedan identifiera ett antal kategorier som beskriver olika sätt fenomenet kan förstås på. Beskrivningskategorier ska ha en distinkt relation till det undersökta fenomenet och säga något konkret om sättet att uppfatta fenomenet. Dessa ska vara väl avgränsade för att lyfta fram variationerna i underlaget, kvalitativt skilda från varandra samt tydligt formulerade (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). På så sätt tydliggörs olika sätt att förstå fenomen. Uppfattningarnas inbördes relation undersöks och presenteras som ett fenomenografiskt utfallsrum. En fenomenografisk forskningsrapport redovisar därför hur en grupp människor uppfattar ett visst fenomen. Fenomenografisk forskning skapades för pedagogiska sammanhang och kommer bäst till sin rätt vid studier av problem kring lärandet. Fenomenografi som forskningsmetod i vården kan användas för att kartlägga olika uppfattningar av en arbetsuppgift eller ett begrepp och bli ett hjälpmedel för personal inom hälso- och sjukvård att förstå vad som krävs för att ändra till nya effektiva arbetsmetoder (Larsson & Knutsson Holmström, 2012).

3.2 Förförståelse

En viss förförståelse av det studerade fenomenet ska finnas samtidigt med ett öppet förhållningssätt (Priebe & Landström, 2012). Författaren har en viss förförståelse av det studerade fenomenet, dels genom tidigare uppdrag som kontaktperson för landstingets tandvårdsstöd, dels som distriktssköterska inom kommunal hemsjukvård och på särskilt boende för äldre.

3.3 Urval

Strategiskt urval används med fördel i fenomenografiska studier. Det innebär att intervjua personer som ur flera aspekter är olika. Förutsättningar blir då större för en mer varierad bild av fenomenet (Larsson & Knutsson Holmström, 2012; Uljens, 1989). Undersökningsgruppen var sjuksköterskor som arbetade på särskilda boenden för äldre inom kommunal vård och omsorg i en mellansvensk kommun. För att få en så stor variation av uppfattningar som möjligt eftersträvades ett strategiskt urval i form av skillnad i kön, ålder, utbildning, antal yrkesår, inriktning av arbetsplats och geografisk spridning (Paulsson, 2008). Femton sjuksköterskor från elva särskilda boenden för äldre inkluderades i studien. Av dessa var två män och tretton kvinnor med en åldersspridning mellan 34 och 64 år. Medelåldern var 50 år. Den yrkesverksamma tiden som sjuksköterska varierade mellan 1,5 och 40 år, inom kommunal äldreomsorg mellan 1,5 och 26 år. Två av informanterna kom från särskilda boenden på landsbygden och tretton från tätort. Fyra av de elva verksamheterna bedrev korttids- och växelvård varav två verksamheter med inriktning specialiserad palliativ vård och en verksamhet med inriktning rehabilitering.

3.4 Datainsamling

Den vanligaste metoden för insamling av data i fenomenografiska studier är öppna intervjuer. I öppna intervjuer utgår man från att det inte finns rätta eller lämpliga svar (Alexandersson, 1994; Marton, 1981). Datainsamlingen i den här studien var semi-strukturerade intervjuer med huvudsakligen öppna frågor (Kvale, 1997). Vid intervjuerna, som spelades in på band, användes en intervjuguide. För att kunna utveckla de frågor som ska ingå i intervjuguiden behöver intervjuaren kunskap om forskningsområdet som avses i studien (Danielson, 2012). Frågorna tog upp sjuksköterskans uppfattning av arbetet med äldres munhälsa: om ansvar, hur munvården fungerar, hinder och underlättande faktorer i omvårdnaden om äldres munhälsa och samarbetet med tandvårdens verksamheter. Utformningen av frågorna var konstruerade av författaren för att svara på studiens syfte. Frågornas utformning diskuterades med författarens handledare. Två provintervjuer med sjuksköterskor som hade erfarenhet från arbete på särskilt boende för äldre gjordes före påbörjade intervjuer, varefter frågorna justerades (bilaga 1).

3.5 Tillvägagångssätt

Kontakt togs via e-post med verksamhetschefer för särskilda boenden. Ett missivbrev bifogades med skriftlig information om studiens syfte och upplägg, samt med namn och

kontaktuppgifter till författaren och författarens handledare (bilaga 2). Verksamhetschefer kontaktades därefter per telefon för att inhämta muntligt tillstånd och ge möjlighet till att svara på eventuella frågor. Samma skriftliga information skickades sedan till sjuksköterskor på de verksamheter där tillstånd erhöles. Sjuksköterskorna kontaktades per telefon och tillfrågades om intresse av att delta i studien. Tidpunkt för intervju avtalades med de sjuksköterskor som var intresserade av att delta. En sjuksköterska avböjde deltagande med hänvisning till tidsbrist.

Intervjuerna genomfördes av författaren i anslutning till informanternas arbetsplatser vid tidpunkt som informanterna själva föreslagit. Inför varje intervju upprepades informationen om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att informanten när som helst kunde avbryta sitt deltagande och att materialet skulle hanteras konfidentiellt. Intervjuerna genomfördes efter intervjuguiden och pågick mellan 20 och 40 minuter. I samband med att intervjuerna avslutades tillfrågades informanterna hur det kändes att bli intervjuad och om författaren fick återkomma för förtydligande om behov uppstod, vilket alla accepterade. De informerades om möjligheten att kontakta författaren om så önskades.

3.6 Forskningsetiska överväganden

Sjuksköterskorna informerades skriftligt om studien, dess syfte och innehåll, att deltagandet var frivilligt och de hade rätt att avbryta deltagande i studien samt att materialet skulle hanteras konfidentiellt (Codex, 2010). Intervjuerna genomfördes på tidpunkt och plats som var mest passande för sjuksköterskan. Avskild lugn miljö eftersträvades. Varje intervju spelades in med hjälp av digital bandspelare och kodades för att säkerställa konfidentialiteten. Alla informanter tillfrågades före intervjun om de accepterade att bli inspelade. Information från informanterna, som erhöles vid datainsamlingen, kopplades inte till något specifikt äldreboende. Inhämtat material förvarades inlåst och oåtkomligt för andra än författaren. Studien var inte beställd eller finansierad av någon och kunde genomföras utan påtryckning. För att undvika egen påverkan under intervjuer användes en intervjuguide. Inspelat material kommer att raderas efter studiens slut.

3.7 Bearbetning och analys

Syftet med analysen var att hitta de partier av intervjuerna där det fanns ett mönster hur informanterna i deras tankevärld förhöll sig till fenomenet (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Analysprocessen genomfördes i sex steg:

1. Intervjuerna transkriberades direkt efter intervjutillfället varefter texten lästes igenom.
2. Texten lästes åter igenom och de avsnitt markerades där informanterna berörde frågeställningarna som motsvarade studiens syfte.
3. Varje markerat avsnitt lästes därefter igenom upprepade gånger för att få fram hur informanterna beskrev sina sätt att förstå fenomenet. En sammanfattande beskrivning formulerades och benämndes *preliminärt sätt att förstå fenomenet*.
Sammanställningen skrevs i tabellform för en tydligare överblick över informanternas utsagor.
4. Alla preliminära sätt att förstå fenomenet lästes igenom upprepade gånger för att hitta gemensamma karaktäristiska drag, att hitta ett mönster. De jämfördes för att få fram likheter och skillnader och grupperades sedan i kategorier.
5. Till varje kategori formulerades en beskrivning s.k. *beskrivningskategori*.
Beskrivningskategorierna bearbetades och reviderades ett flertal gånger.
6. Beskrivningskategorierna och deras inbördes relationer sammanställdes i en gemensam struktur, benämnt *utfallsrummet*, vilket utgör huvudresultatet i fenomenografiska studier (Marton, 1981; Larsson & Knutsson Holmström, 2012).

Respondenternas uppfattning av vad som är specifik omvårdnad om äldres munhälsa togs inte med i analysen. Flertalet respondenter hade ingen uppfattning och den utgick därför. Någon kommenterade att frågan var intressant och ville fundera över den. Frågan om informanternas uppfattning hur samarbetet med tandvården kunde utvecklas har av samma anledning inte heller tagits med i analysen.

4. RESULTAT

Syftet med studien var att efterforska hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattade arbetet med äldres munhälsa. Fokus var att ta reda på om det fanns kvalitativa skillnader i informanternas beskrivning av uppfattade fenomen. Ur analysen av de femton intervjuerna framkom både likheter och skillnader i informanternas uppfattning av arbetet med äldres

munhälsa. Informanterna beskrev hur de uppfattade ansvarsförhållande, hur omvårdnaden om munhälsan fungerade och vad som påverkade omvårdnaden av äldres munhälsa. Både underlättande och besvärande faktorer hade påverkat deras uppfattning av fenomenet. Studiens huvudresultat, *utfallsrummet*, bestod av sju beskrivningskategorier med 25 bakomliggande variationer av uppfattningar, de s.k. *preliminära sätt att förstå fenomen*, se figur 1. Uppfattningarna som informanterna beskrev var både positiva och negativa, se tabell 1. De sju beskrivningskategorierna hade stark anknytning till varandra, men det fanns en kvalitativ skillnad mellan dem. Resultatets sju beskrivningskategorier, vilka synliggjorde informanternas skilda uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa, var: Ansvar, Skötsel av munvård, Organisation och arbetsledning, Tillgänglighet, Autonomi och integritet, Kunskap och kompetens samt Information och samarbete.

I redovisningen av resultatet är varje beskrivningskategori satt som rubrik med efterföljande förklaring och i vissa fall med citat från informanter för att tydliggöra eller förstärka utsagan.

Preliminära sätt att förstå fenomen

Beskrivningskategorier



Figur 1. Utfallsrum

Tabell 1. Beskrivningskategoriernas positiva och negativa uppfattningar

Beskrivningskategori	Positiv uppfattning	Negativ uppfattning
Ansvar		
Skötsel av munvård	Bra skötsel Bekräftad bra utförd munvård	Försumlighet Bortprioriterad munvård Glömska Obehaglig känsla
Organisation och arbetsledning	Bra arbetsrutiner Kontaktmannaskap underlättar	
Tillgänglighet	Tillgänglighet underlättar Uppsökande verksamhet	Undermåliga hjälpmedel Brist på hjälpmedel
Autonomi och integritet	Vårdtagaren medverkar	Kognitionsnedsättning ett hinder Egen vilja ett hinder
Kunskap och kompetens	Utbildad personal Förstå vikten av arbetsuppgift	Låg utbildningsnivå
Information och samarbete	Fungerande samarbete Skriftliga instruktioner underlättar	Brist på information

4.1 Ansvar

Den första beskrivningskategorin visade informanternas uppfattningar av vilka som ansvarade för äldres munhälsa. Flera yrkesgrupper hade ansvar, men det fanns en skillnad i vad ansvaret bestod av. Sjuksköterskan beskrevs ha ett övergripande ansvar, se till att munvård sköttes på ett korrekt sätt och att hjälp påkallades från tandvårdens personal eller från läkare när vårdtagare fick problem med den orala hälsan.

”Jag har ju ett ansvar att påkalla när någonting inte är rätt, men att någon annan får ta vid, någon tandhygienist eller läkarhjälp eller så där. Jag har ansvaret att sätta igång någonting.” (informant 3)

Andra yrkeskategorier med legitimation, som enligt informanter hade ansvar för äldres munhälsa, var tandläkare, tandhygienister och läkare. Tandläkares och tandhygienisters ansvar bestod av översyn och eventuell åtgärd av tandhälsan. Tandhygienister ansvarade också för att utföra tandhygienisk bedömning på vårdtagarna.

”Jag kan ju tycka att det är tandvården som har till uppgift att se över tandhälsan/.../för jag är ju inte någon tandsköterska och kan se i munnen vad

som är fel eller vad som är. Det måste ju vara de som gör den tandhygieniska tandbedömningen.” (informant 10)

När en vårdtagare flyttade in på ett boende var det enligt informanter läkarens ansvar att inspektera och bedöma vårdtagarnas munhåla. De ansvarade också för att bedöma och ordinera behandling mot ohälsa i munhålan.

Vårdtagarnas dagliga basala tand- och munhygien beskrevs av informanter vara omvårdnadspersonalens ansvarsområde, att utföra vad de är utbildade för. Hemvårdens distriktssköterska beskrevs ha ansvar för äldres munhälsa även under deras tillfälliga vistelse på korttidsboende. Verksamhetschefen för vårdboendet beskrevs också ha ansvar, ett organisatoriskt ansvar som bestod av att ge sjuksköterskan förutsättning för genomgång med omvårdnadspersonalen att munvård utförs rätt. Till verksamhetschefens ansvar hörde även att personal fick utbildning i munhälsa. Till beskrivningskategorin ”ansvar” urskildes inga positiva eller negativa uppfattningar. Inga värderingar av ansvarsförhållandet kunde tolkas i informanterna beskrivning hur de uppfattade ansvar för äldres munhälsa.

4.2 Skötsel av munvård

I den andra beskrivningskategorin beskrev informanter variationer av hur omvårdnadspersonal utförde äldres munvård. En positiv uppfattning var att omvårdnadspersonal skötte äldres munvård bra. Informanten var nöjd, främst över undersköterskornas insatser.

”Jag tycker att omhändertagandet av de gamlas munhygien, den tycker jag fungerar väldigt bra. Jag är väldigt nöjd med de insatser som görs av undersköterskorna främst.” (informant 3)

Vad som mer uppfattades positivt var tandhygienistens återkoppling på vårdtagarnas goda munhälsa. Återkopplingen sågs som en bekräftelse för god utförd munvård. Fler positiva beskrivningar om skötsel av vårdtagares munhygien framfördes inte av någon informant. Negativa uppfattningar av utförd munhygien som togs upp av informanter var omvårdnadspersonalens försumlighet, slarvigt utförd munvård eller att skötsel av munhygien glömdes bort.

”Jag tror inte att den fungerar fullt ut. För man glömmar bort och titta runt i hela munnen, under läppar och så där. /.../ För det har vi ju sett att dom missat bryggor och implantat. Man har bara stoppat in tandborsten och så kört runt och så tittat möjligtvis på tungan och så glömmar man resten. Så att den är ju inte fullgod.” (informant 8)

En annan negativ uppfattning var att omvårdnadspersonal inte alltid frågade äldre, under deras tillfälliga vistelse på korttidsvård, vilket hjälpbehov de hade med att sköta sin munvård. Frågan tillika omvårdnadsåtgärden glömdes bort. Skötsel av munhygien kunde också bortprioriteras vid hög arbetsbelastning. Vad som ytterligare beskrevs påverka omvårdnaden negativt var känslan av obehag av att sköta äldres munhygien. Att utföra munvård på en annan individ kunde upplevas som ett övergrepp.

” Det är väldigt svårt att sköta munhälsan på rätt sätt. Därför att ofta känns det som övergrepp. /.../ Jag menar, det är obehaglig känsla att gå i annans mun.” (informant 11)

4.3 Organisation och arbetsledning

En positiv uppfattning som beskrevs under den tredje beskrivningskategorin ”organisation och arbetsledning” var en organisation som hade ett utvecklat kontaktpersonsystem gynnade alla omständigheter som rörde hygien. En ytterligare positiv uppfattning var att sjuksköterskan som arbetsledare såg till att omvårdnadspersonal fick förutsättningar att utföra sitt omvårdnadsarbete.

”Sjuksköterskan skapar teamet så att delegerad personal kan utföra det undersköterskan gör.” (informant 6)

Som arbetsledare beskrevs sjuksköterskan göra uppföljning om omvårdnadspersonal utförde munvård på rätt sätt, en varken positiv eller negativ uppfattning utan mer ett konstaterande.

4.4 Tillgänglighet

Den fjärde beskrivningskategorin handlade om betydelsen av tillgänglighet. Tandhygienister och tandläkares tillgänglighet med deras uppsökande verksamhet på boenden liksom närhet till tandvårdens mottagningar underlättade arbetet med äldres munhälsa för sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Det var problem att få vårdtagarna till tandläkaren eftersom det var svårigheter att få personal att följa med. Tandvårdspersonal hade sin utrustning med sig och

kunde utföra undersökning och behandling på plats. Det uppfattades också vara underlättande för äldre med demenssjukdom att inte behöva förflytta sig till tandvårdsmottagning.

”Något som underlättar i demensvården, det är när tandläkare och tandhygienist kommer ut till demensavdelningen, att de äldre inte behöver förflyttas till en okänd miljö.” (informant 1)

Närhet till apotek, för inköp av mun- och tandvårdsprodukter, uppfattades gynnsamt. Tillgång till hjälpmedel för tand- och munvård var nödvändigt för skötsel av munhälsan, men fanns inte alltid tillgängligt, en negativ. Ett avdelningsförråd med munvårdsprodukter fanns inte, men hade underlättat för personal vid skötsel av munvård.

”Det är klart att man måste ha utrustning. Hade man haft ett lager hemma hade det ju varit väldigt smidigt.” (informant 3)

4.5 Autonomi och integritet

Äldres autonomi och integritet hade betydelse för skötsel av munhälsan. Informanter beskrev i beskrivningskategori positiva och negativa uppfattningar kring dess skötsel. Vårdtagare som skötte sin egen munhygien uppfattades som en positiv omständighet. Likaså vårdtagare som accepterade personalens hjälp och stöd.

Kognitiva funktionsnedsättningar framställdes av informanter som hinder i samband med omvårdnad av äldres munhälsa. Vårdtagare med demenssjukdom kunde motsätta sig skötsel av munhygien. De ville inte borsta tänderna eller förstod inte behovet av munvård. Andra vårdtagare uppfattades skämmas för sitt orala status och kunde därför motsätta sig tand- och munvård.

” En dam med psykiatrisk bakgrund och omfattande karies erbjöds träff med tandhygienist och tillgång till tandläkare. Hon slog ifrån sig, hon skämdes över munnen. Den pratar man inte om.” (informant 7)

Andra försvårande omständigheter som framställdes var äldres egna beslut, som eget val av tandläkare. Det kunde försvåra med transport till tandläkare vars verksamhet fanns utanför boendet.

”Om det är någon som har en annan tandläkare än vad vi rekommenderar. De tar sina egna beslut och många är rädda för tandvårdskostnader och det kan avhålla dem.” (informant 3)

Inom specialiserad palliativ vård beskrevs en del vårdtagare må dåligt av personalens skötsel av munhålan, av munvårdsprodukter som användes för den orala hygien, och ville inte störas av hjälp med munvård. De ville sköta munvården själva.

4.6 Kunskap och kompetens

I beskrivningskategori sex framkom informanternas uppfattningar av kunskap och kompetens i arbetet med äldres munhälsa. En positiv faktor som framkom var omvårdnadspersonalens förståelse för hur viktig munvård var.

”... när man förstår att det är en viktig omsorgsuppgift.” (informant 1)

Omvårdnadspersonalens låga utbildningsnivå beskrevs som negativ för arbetet med äldres munhygien. Många saknade kunskap att sköta bryggor och proteser och de förstod inte hur viktig munhälsan var för vårdtagaren.

”Framför allt, det som är hinder är utbildningsnivån. Det handlar om utbildningsnivån när man (omvårdnadspersonal) inte förstår hur viktigt det är för den enskilda patienten, att de faktiskt drabbas på något sätt.” (informant 2)

Sjuksköterskans kunskap om munhälsan var otillräckliga vilket var ett hinder i arbetet. En anpassad utbildning för sjuksköterskor, vad han/hon ska titta efter och hur muninspektionen ska utföras, efterfrågades. Arbetet med äldres munhälsa beskrevs vara ett åsidosatt område i sjuksköterskans arbete.

”Munhälsan är någonting som jag tror är ganska åsidosatt ur sjuksköterskeperspektiv.” (informant 14)

Informanter upplevde att tandvårdens personal ofta saknade kunskap om demenssjukas situation och beteendemönster, vilket skapade problem för den äldre och för medföljande personal. Vårdtagare kom tillbaka uttröttade och oroliga efter tandvårdsbesök och medföljande personal var upprörd över hur vårdtagaren blev bemött.

4.7 Information och samarbete

Informanter beskrev i den sjunde och sista beskrivningskategorin positiva och negativa uppfattningar hur information och samarbete med tandvårdens verksamheter fungerade. Det var lätt att samarbeta med tandvårdens personal. De kom när sjuksköterskan önskade, var flexibla med tider och gav råd.

”Det här samarbetet med dem som kommer hit och gör den där årliga munhälsobedömningen är bra. Då träffas vi alltid först. Så har vi ganska nära kontakt med ortens folktandvård. Det är lite lättare och bättre kontakt här ute på landet där alla känner varandra.” (informant 3)

Ökad rapportering vid gemensamma rapporter mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska ökade medvetenheten kring arbetet. Vid insatta behandlingar och andra åtgärder informerade sjuksköterskan boendets omvårdnadspersonal som i sin tur informerade sjuksköterskan vid problem med äldres munhälsa. Sjuksköterskans information till vårdtagare och deras anhöriga uppfattades som en viktig och positiv faktor. Andra positiva faktorer i arbetet med munhygien var skriftliga skötselinstruktioner från tandhygienist och logoped.

Informanter beskrev att tandläkare och tandsköterska inte lämnade information till sjuksköterskan om vårdtagares behandling – vad hade gjorts och vad var tänkt framöver. Den uteblivna informationen uppfattades som ett sämre fungerade samarbete.

”Från Folktandvården tycker jag inte samarbetet fungerar bra. Jag tycker inte jag får information.” (informant 5)

5. DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa på särskilt boende. Analysen av intervjuerna resulterade i ett utfallsrum, bestående av sju beskrivningskategorier med kvalitativt skilda uppfattningar, som beskrev informanternas aspekter av fenomenet. Munhålans skötsel utförs ur både ett omvårdnads- och ett omsorgsperspektiv. Det kan även handla om en medicinsk behandling. I diskussionen tas varje beskrivningskategori upp var för sig. Jean Watsons omvårdnadsteori, teorin om mänsklig omsorg, tas med i diskussionen. Teorin är intressant och kan tillämpas av vårdpersonal, enskilt och som team, och inte enbart av sjuksköterskan, även om Watson beskriver sin teori utifrån relationen sjuksköterska och ”den andra människan”.

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 Ansvar

Informanter beskrev hur de uppfattade ansvarförhållandet för äldres munhälsa. Av deras berättelser framkom att flera yrkeskategorier hade ansvar, men innebörden av ansvaret var

olika för varje yrkeskategori. Sjuksköterskan hade ett övergripande ansvar, medan andra yrkesgruppers ansvar låg inom respektive yrkes inriktning och specialisering. Detta framkommer också i en studie av Sonde, Emami, Kiljunen och Nordenram (2011), som beskriver sjuksköterskors uppfattning av ansvarförhållandet för munhygien hos äldre personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna beskriver vårdgivares skilda ansvar för äldres munhälsa. I den här studien beskrevs distriktssköterskan vara ansvarig för äldres munhälsa även under den tillfälliga vistelsen på korttidsboendet, vilket kan tolkas som ottydlighet i bestämmelser och/eller riktlinjer för vården på korttidsboendet. Det kan också tolkas som att sjuksköterskan på korttidsboendet inte hade tillräcklig insikt i sitt omvårdnadsansvar för individer som vistas tillfällig på boendet, något som beskrevs av en informant. International Council of Nurses [ICN] (2014) beskriver fyra grundläggande ansvarsområden för en sjuksköterska: ”att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande”. ”Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människor vård”. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska borde då ha och känna ansvar för de äldre även under deras tillfälliga vistelse på korttidsboendet. Sjuksköterskans patientansvar på korttidsboende kan jämföras med sjuksköterskans patientansvar på akutvårdsavdelning i landstingets regi. Blinkhorn, Weingarten, Boivin, Plain och Kay (2011) menar att ansvaret för skötsel av munvård på ett tydligare sätt borde ingå i sjuksköterskans ansvar. Watson (1993) beskriver att omvårdnadens mål är att stödja den äldre (patienten) att uppnå harmoni i ande, kropp och själ. Sjuksköterskans ansvar är att hjälpa den äldre att nå målet med hjälp av mellanmänskliga processer och omsorgshandlingar. Det kan jämföras med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, som beskriver att sjuksköterskans primära ansvar är att ge människan vård. Sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) beskriver hur sjuksköterskans arbete genomsyras av helhetssyn och etiskt förhållningssätt, något som enligt Watson (1993) krävs för att hjälpa äldre att uppnå harmoni i ande, kropp och själ.

5.1.2 Skötsel av munvård

Vårdtagare på boendena, som inte själva kunde sköta sin munhygien, fick sin munvård utförd av verksamhetens undersköterskor och vårdbiträden. Några informanter berättade att munvården sköttes bra, medan andra beskrev att den sköttes mindre bra, ibland även dåligt. Anledning till dåligt utförd munvård kunde vara vårdpersonalens glömska, slarv, att munvård inte prioriterades och deras inställning till arbetsuppgiften. Andra studier visar liknande resultat (Wårdh, Andersen & Sörensen, 1997; Frenkel, 1999., Wårdh & Sörensen, 2005., Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012). I en studie av Frenkel (1999) uttrycker vårdpersonal att

skötsel av äldres munhälsa är viktig. Samtidigt visar studien att munvård har låg prioritet i vårdarbetet. Även Wårdh och Sörensen (2005) beskriver att munvård har låg prioritet bland vårdpersonal på en sjukhusavdelning. Studien av Hämäläinen et al. (2005) visar en högre riskfaktor för dödlighet hos sköra individer, som har akut behov av tandvård. Dåligt utförd eller frånvaro av munvård kan resultera i allvarliga konsekvenser för individen och ska anmälas enligt Lex Sarah (SOSFS, 2011). Det innebär en skyldighet, för verksamheter som bedrivs enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden, som medför konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Skötsel av en annans persons munvård upplevdes av informanter i denna studie som obehaglig och den inkräktade på äldres integritet. Majoriteten (87%) av personalen på ett boende för äldre anser att det är obehagligt att sköta vårdtagares munhygien, främst på grund av vårdtagarnas ovilja till munvård (Forsell et al., 2011). I en studie av Blinkhorn et al. (2011) framkommer att munvård ofta utförs av vårdpersonal, som saknar särskild träning och utbildning i munvård och som betraktar arbetsuppgiften som krävande och frånstötande. En skriftlig instruktion/checklista för skötsel av munhygien menar Gil-Montoya, de Mello, Cardenas och Lopez (2006) är angeläget vid vård av sköra äldre, som behöver hjälp av vårdpersonal. Utifrån Watsons (1993) omsorgsbegrepp kan munvård ses som en omsorgshandling, som önskas av den äldre och ges av vårdpersonal. Mötet mellan den äldre och sjuksköterskan eller vårdpersonalen i omsorgstillfället leder fram till ett beslut om en relation dem emellan. Är omsorgstillfället transpersonellt blir resultatet av relationen att den äldre vill ha och får munvård utförd.

5.1.3 Organisation och arbetsledning

I välorganiserade verksamheter fungerade också omvårdnaden bra. Kontaktpersonsystemet, att en vårdpersonal var kontaktperson till den äldre, medförde att omvårdnaden, inklusive den orala hälsan, sköttes på ett bra sätt. Stabil personalgrupp, tydliga riktlinjer och fungerande rutiner kan tänkas vara anledningen. Polycys och riktlinjer för munvård är dock sällsynta i vården (Kullberg et al. 2009). Sjuksköterskan i den här studien såg till att vårdpersonal hade förutsättningar för att sköta omvårdnaden och följde upp att det blev rätt utfört. Det förutsätter att verksamhetens sjuksköterska arbetar nära vårdpersonal för att kunna följa upp omvårdnaden och handleda vårdpersonal. Coleman (2002) menar att sjuksköterskan i geriatrisk vård, i sin egenskap av arbetsledare och omvårdnadsansvarig, kan förbättra

rutinerna för skötsel av munhälsan och förespråka användning av evidensbaserade munvårdsprodukter, vilket också höjer kvaliteten på vården. Sjuksköterskors ledarskap behövs enligt Pollard och Wild (2014) för en säker vård. Ett av sjuksköterskans kompetensområden är arbetsledning, där det krävs förmåga att ”leda och utforma omvårdnadsarbetet utifrån bästa tillgängliga sätt” enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Det som Watson kallar för transpersonell omvårdnad betecknar en relation mellan sjuksköterskan och vårdtagaren, med stor respekt för den andra som person, som kan få den andra personen, vårdtagaren, att känna harmoni (Watson, 1993, s 74). Genom sitt ledarskap kan sjuksköterskan vägleda vårdpersonalen, att på samma sätt få den äldre att känna harmoni i en omsorgsrelation, något som kan underlätta vid utförandet av munvård.

5.1.4 Tillgänglighet

Tandvårdens uppsökande verksamhet och närhet till tandläkarmottagningar underlättade för vårdpersonalen i deras arbete liksom närhet till apotek för inköp av munvårdsprodukter. Tandvårdens uppsökande verksamhet är till hjälp för vårdpersonal i deras arbete med äldres munhälsa visar en studie som gjordes på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2011) och styrker vad som kom fram i den här studien. Tandhygienisten ger vårdpersonalen kunskap om vårdtagarens munvård och varför den är viktig för den äldre.

Tillgänglighet kan även betraktas i perspektivet sjuksköterskans och vårdpersonalens tillgänglighet för den äldre personen/patienten och därigenom kan en bra relation uppstå. Vårdpersonal kan, enligt Watson (1993), förbättra relationen till patienten genom ett holistiskt synsätt. När sjuksköterskan och patienten möts i ett omsorgstillfälle, kan det beskrivas som det Watson kallar för den transpersonella omsorgens konst (Watson, 1993, s 85). Det konstfulla är sjuksköterskans förmåga att väcka känslor hos den äldre och kan bidra till att den äldre finner mening med tillvaron.

5.1.5 Autonomi och integritet

Vårdtagare i palliativ vård och med demenssjukdom ville inte alltid få hjälp med munhygien. Vårdpersonal gav ofta med sig med hänvisning till svårighet att sköta munhygien mot någons vilja. Vård ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (HSL,1982:763). Här kan ett vårdetiskt dilemma uppstå för vårdpersonal som har att ta hänsyn till individers autonomi och integritet och samtidigt sköta äldres munhygien för att inte ohälsa ska uppstå (Kullberg et al., 2009). Det behövs en förändring av

vårdpersonalens arbetssätt att sköta munhälsan hos personer med demens (Zimmerman, Sloane, Cohen, & Barrick, 2013; Jablonski et al., 2011). I en studie av Andersson, Hallberg, Lorefalt, Unosson, och Renvert (2004) framkommer de äldres rädsla för att bli hjälplösa och beroende av andra och betonar vikten av att vårdpersonalen visar respekt för deras autonomi och integritet vid skötsel av munvård. Den transpersonella omsorgsrelationen ser Watson (1993) som det moraliska idealet för omvårdnaden. Sjuksköterskan/vårdpersonalen har ett moraliskt ansvar för att skydda och främja patientens värdighet. Genom att sjuksköterskan/vårdpersonalen värnar om patientens autonomi och integritet bidrar det till en bättre vårdrelation mellan den äldre och vårdpersonalen.

5.1.6 Kunskap och kompetens

Informanternas uppfattning av egen och övrig vårdpersonals kunskap och kompetens i arbetet med vårdtagarnas orala hälsa varierade. En vanlig uppfattning bland informanterna var att vårdpersonalens kunskap om munhälsa och dess skötsel var bristfällig. Flera studier tar upp vårdpersonalens brist på kunskap om munhälsan och skötsel av munhygien (Wårdh et al. 2012; Kullberg et al., 2009; Kullberg et al., 2010), men känslan av obehag av att sköta vårdtagares munhygien minskar efter munvårdsutbildning (Forsell et al., 2011). Upprepad utbildning för vårdpersonal om munvård visar sig förbättra äldres munhälsa (Kullberg et al., 2010). Verksamheter saknar dock ofta riktlinjer eller policyn för munvårdsutbildning enligt Wårdh et al. (2000). En studie av Wårdh, Andersson och Sörensen (1997) visar att vårdpersonalens attityd till den egna munhälsan och personliga erfarenheter av tandvård kan ha betydelse för hur de ser på och utför munvård i sitt arbete. Behov av riktad utbildning för sjuksköterskor framfördes, vad de ska titta efter och hur. Ingen informant nämnde att de använde sig av riskbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide [ROAG], som beskriver vad sjuksköterskor ska titta efter vid inspektion och bedömning av munhälsan (Senior Alert). Bedömning av munhålan gjordes sällan och informanternas kunskap för bedömning av munhålan status saknades. Att inspektera och bedöma munhålan ansågs höra till andra professioners ansvar, som tandhygienist, tandläkare och läkare, som hade bättre kunskap om den orala hälsan. Liknande resultat framkommer i forskning av Andersson (2004), som beskriver att distriktssköterskor är medvetna om betydelsen av oral hälsa, men att munnen uppfattas höra till tandvården. Watson (1993) beskriver att sjuksköterskans delaktighet i den mänskliga omsorgsprocessen fordrar kunskap om mänskligt beteende och om befintliga eller tänkbara hälsoproblem.

5.1.7 Information och samarbete

Information och samarbete mellan vårdpersonal i olika verksamheter kring vårdtagarnas munhälsa fungerade bra på vissa boenden, mindre bra eller inte alls på andra. Tandhygienisten lämnade skriftliga instruktioner hur munhålan ska skötas, vilket underlättade för vårdpersonal i deras arbete. Brist på information *från* tandvården var ett hinder för skötsel av munhälsan. Endast en informant framförde att information *till* tandvården var bristfällig.

Informationsutbyte behövs för ett fungerande samarbete mellan personal och mellan verksamheter. Informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Patientdatalagen (SFS, 2008:355) beskriver vårdgivares skyldighet att föra journal för att tillgodose god och säker vård. Ingen av informanterna nämnde dokumentation trots kravet på journalföring. För att kunna beskriva omvårdnadsstatus och följa omvårdnaden av vårdtagarna måste sjuksköterskan utgå från en första bedömning/inspektion av munhålan och dokumentera detta i en vårdplan. Det är också en förutsättning för information till och samarbetet med andra yrkeskategorier. Andersson (2004) beskriver i sin avhandling att det finns ett glapp i samarbetet mellan professioner i olika verksamheter. En annan studie beskriver att avsaknad av riktlinjer medför brister i informationsutbytet mellan olika yrkesgrupper (Sonde et al. 2011). Vid Socialstyrelsens (2009) granskning av särskilda boenden för äldre uppgav knappt en tredjedel att det fanns rutin för informationsöverföring mellan tandvårdens och boendets personal. Det framkom att kommunala och stora enheter oftare hade rutiner för informationsöverföring mellan respektive verksamheter. En av verksamheterna med växelvård saknade riktlinjer för vem som hade ansvaret för äldres munhälsa under vistelsetiden. Vårdtagarna på boendet för växelvård tillfrågades inte alltid om deras behov av hjälp med munvård. En förklaring kan vara bristen på riktlinjer, en annan att kommunikation inom personalgruppen saknas, men också på bristande rutiner. Sveriges Tandläkarförbund skickade 2011 ut en enkät till landets alla kommuner för att få kunskap om på vilket sätt munhälsan hos äldre i eget boende uppmärksammas av biståndshandläggarna. Av enkätsvaren framkommer att det behövdes tydligare riktlinjer och rutiner för hur tandvårdsfrågor ska hanteras i mötet med äldre. Det framkommer också i Klingbergs (2011) studie behov av ett ökat samarbete mellan professioner inom kommunens och tandvårdens verksamheter. Gil-Montoya et al. (2006) har i en studie tagit fram ett protokoll till hjälp för vårdpersonal att sköta äldres tandhygien. Protokollet kan användas i samarbete med tandvården för att utbilda och träna vårdpersonal i skötsel av munhälsan.

Samarbetet mellan sjuksköterskan och andra yrkeskategorier är en förutsättning för att de äldre ska uppnå harmoni i det mänskliga mötet och som Watson beskriver det:

”Transpersonell medmänsklig omsorg är essensen och det moraliska idealet för en omvårdnadsinriktning som bevarar mänsklig värdighet och det mänskliga, och som undviker att kränka människan i situationer som rör hälsa-ohälsa” (Watson, 1993, s 90).

5.2 Metoddiskussion

Fenomenografi används för att studera personers uppfattning av fenomen, företeelser och objekt (Larsson, 1986; Marton, 1981; Uljens, 1989). Innebörden av det uppfattade eftersöks, inte förklaringen. Författarens förståelse var anledningen till val av ämne och syftet med studien var att ta reda på hur sjuksköterskor på särskilt boende för äldre uppfattade arbetet med munhälsan. Metodvalet gav möjlighet att beskriva sjuksköterskors uppfattning av arbetet med äldres munhälsa utan att tolka och värdera varje enskild sjuksköterskas uppfattning.

Valet av metod gjordes också för att studien inte skulle uppfattas som kontroll av sjuksköterskor och deras arbete, utan för att få fram sjuksköterskans direkta uppfattning av företeelsen arbetet med äldres munhälsa, inte arbetet i sig.

5.2.1 Kvalitetskriterier

I kvalitativ forskning ska enligt Wallengren och Henriksson (i Henriksson, 2012) genomförande och beskrivning av studiens resultat visa på trovärdighet (trustworthiness), vilket innebär noggrannhet (dependability), giltighet (credibility) och överförbarhet (transferability). Forskaren redovisar för en systematisk insamling, bearbetning och analys av data.

5.2.2 Trovärdighet (credibility)

Eftersom syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor uppfattade arbetet med äldres munhälsa valdes fenomenografi, som studerar individers uppfattningar av ett visst fenomen. Valet av semi-strukturerad intervju gjordes för att kunna använda en intervjuguide med frågor som var väsentliga för studien. Det vanligaste sättet för datainsamling i fenomenografiska studier sker genom öppna intervjuer och skulle möjligen gett ett något annat resultat. Efter 15 intervjuer uppnåddes mättnad, vilket innebär att inga nya uppfattningar tillkom. Inhämtat material och tolkning av data har vid flera tillfällen diskuterats med och kritiskt granskats av författarens handledare och kollegor. Informanterna har inte tagit del av de transkriberade intervjuerna och har inte heller efterfrågat detta, men upplystes om att studiens resultat skulle delges dem. Samtliga informanter uppgav att det

kändes bra att bli intervjuad. Analysprocessen har noggrant beskrivits, men pågått under lång tid. Tidsaspekten kan ha påverkat den slutliga analysen och därmed resultatet. Två intervjufrågor togs inte med i analysen vilket beskrivits i avsnitt 3.7 ”Bearbetning och analys”. Artiklar om tillgänglighet och arbete samt arbete med äldres munhälsa på särskilt boende har inte gått att finna trots upprepade försök, utan endast en rapport, vilket gör att resultatdiskussionen om ”tillgänglighet” är tunn. Författaren anser att de 15 intervjuerna från 11 verksamheter innehöll likheter och skillnader och bedöms vara vad gruppen sjuksköterskor på särskilt boende för äldre har för uppfattningar av arbetet med äldres munhälsa. Studiens resultat bekräftar tidigare uppmärksammade problemområden om arbetet med och attityd till äldres munhälsa.

5.2.3 Pålitlighet (dependability)

Eftersom författaren varit verksam som kontaktperson för landstingets tandvårdsstöd, kunde det inte uteslutas att författaren kommit i kontakt med informanter vad gäller tandvårdsfrågor, det vill säga äldres rätt till intyg för nödvändig tandvård. Det kan därför inte uteslutas att några informanter svarade på frågorna hur det ska vara, än på deras faktiska uppfattning. Genom att hålla sig till forskningsfrågorna försökte författaren hantera förförståelsen.

5.2.4 Giltighet (confirmability)

Informanterna var informerade om och införstådda med studiens syfte och upplägg. Deras svar, det vill säga de uppfattningar informanterna beskrev på frågorna som ställdes, överensstämde med vad frågorna avsåg att inhämta. Informanternas uppfattningar har redovisats med noggrannhet. Citat efter uppfattningar förstärkte också tillhörigheten till beskrivningskategorierna.

5.2.5 Överförbarhet (transferability)

Resultatet kan till viss del överföras till andra liknande grupper och miljöer. Eftersom studiens syfte var att fånga upp informanters uppfattning om ett visst fenomen kan dock resultatet avvika i annan grupp och miljö.

5.3 Kliniska implikationer

Studios resultat synliggör behov och brister i omvårdnaden om äldres munhälsa på särskilda boenden. Resultatet kan användas som underlag för information till verksamhetschefer, sjuksköterskor och övrig personal på särskilda boenden samt för att tydliggöra behovet av rutiner och riktlinjer för ett samarbete mellan sjuksköterskor och tandvården.

5.4 Förslag till vidare forskning

Författaren förslår en ny studie av hur kommunens sjuksköterskor arbetar med äldres munhälsa på särskilda boenden, då särskilt med fokus på sjuksköterskans omvårdnads- och dokumentationsansvar. En tänkbar forskningsfråga är ”Inspekterar och dokumenterar sjuksköterskor munhållans status efter införandet av kvalitetsinstrumentet Senior Alert?”

5.5 Slutsats

Rutiner och riktlinjer behöver förbättras och tydliggöras vad gäller sjuksköterskans ansvar för och arbete med äldres munhälsa på särskilda boenden. Sjuksköterskor behöver även förbättra sina kunskaper om och bedömning av äldres munhälsa. Även vårdpersonal behöver mer kunskap om äldres munhälsa och munvård, som ofta sköts bristfälligt men som fungerar bra i välorganiserade verksamheter. Trots att tandvårdens tillgänglighet beskrivs underlätta arbetet med äldres munhälsa, tycks samarbetet mellan sjuksköterskor och tandvården inte alltid fungera, vilket behöver förbättras

REFERENSER

- Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients at medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 552-560.
- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens focus. Starrin, B & Svensson, P-G. (Red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, P. (2004). *Assessments of oral health status in frail patients in hospital*. Doktorsavhandling, Malmö Högskola, Odontologiska Fakulteten.
- Andersson, K. & Nordenram, G. (2004). Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community-dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study. *International Journal of Dental Hygiene*, 2, 8-18.
- Andersson, P., Hallberg, IR., Lorefält, B., Unosson, M. & Renvert, S. (2004). Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *International Journal of Dental Hygiene*, 2, 70-77.
- Andersson, K., Furhoff, A-K., Nordenram, G. & Wårdh, I. (2007). 'Oral health is not my department.' Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(1), 126-33.
- Andersson, K., Nordenram, G., Wårdh, I. & Berglund, B. (2007). The district nurse's perceptions of elderly patients' oral health: A qualitative interview study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(3), 177-182.
- Blinkhorn, F.A., Weingarten, L., Boivin, L., Plain, J. & Kay, M. (2011). An intervention to improve the oral health of residents in an aged care facility led by nurses. *Health Educational Journal*, 71,(4), 527-535.
- Buhlin, K., Gustafsson, A., Håkansson, J. & Klinge, B. (2002). Oral health and cardiovascular disease in Sweden. Results of a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Periodontology*, 29(3), 254-259.
- Codex. (2010). *Regler och riktlinjer för forskning*. Uppsala: Uppsala Universitet och Vetenskapsrådet. Hämtad 14 mars, 2011, från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>
- Coleman, P. (2002). Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatric Nursing*, 23(4), 189-197.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 163-174). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.

Fiske, J., Davis, D.M., Frances, C. & Gelbier, S. (1998). The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *British Dental Journal*, 184, 90-93.

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, 199–203.

Frenkel, H.F. (1999). Behind the screens: care staffs observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology*, 16(2), 75-80.

Gil-Montoya, J.A., de Mello, A.L., Cardenas, C.B. & Lopez, I. (2006). Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. *Geriatric Nursing*, 27(2), 95–101.

Günes, Z., Denat, Y., Müzzinoglu, M., Sen, S., Yilmaz, S. & Atli, E. (2011). The risk factors effecting the dry mouth in inpatients in Hospital in west Anatolia. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 408-414.

Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Nydell Helkimo, A., Lundin, S.Å., Norderyd, O., Sjödin, B. & Sondell, K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 30 years (1973-2003). II Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal*, 29, 139-155.

Hämäläinen, P., Meurman, J.H., Kauppinen, M. & Keskinen, M. (2005). Oral infections as predictors of mortality. *Gerodontology*, 22(3), 151–157.

International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. *Svensk sjuksköterskeförening*. Hämtad 6 september, 2014, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Jablonski, R.A., Kolanowski, A., Therrien, B., Mahoney, E.K., Kassab, C. & Leslie, D.L. (2011). Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC Oral Health*. 11:30. doi:10.1186/1472-6831-11-30

Klingberg, G. (2011). *Resultatrapport – enkät till kommunerna om munhälsan hos äldre som bor hemma*. Stockholm. Sveriges Tandläkarförbund

Klinge, B. (2010). *Munnen. Tänder, kropp och själ*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Kullberg, E., Forsell, M., Wedel, P., Sjögren, P., Johansson, O., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2009). Dental Hygiene Education for Nursing Staff. *Geriatric Nursing* 30, 329-333.

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.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Langmore, S., Terpenning, M., Schork, A., Chen, Y., Murray, J.T., Lopatin, D. & Loesche, W.J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia*, 13, 69-81.

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, J. & Knutsson Holmström, I. (2012). Fenomenografi. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 389-405). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.

Marton, F. (1981). Phenomenography – Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10, 177-200.

Nederfors, T., Isaksson, R., Mörnstad, H. & Dahlöf, C. (1997). Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult Swedish population – relation to age, sex and pharmacotherapy. *Community Dental Oral Epidemiology*, 25, 211-216.

Pace, C.C. & McCullough, G.H. (2010). The Association Between Oral Microorganisms and Aspiration Pneumonia in the Institutionalized Elderly: Review and Recommendations. *Dysphagia*, 25, 307-322.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 73-83). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.

Paulsson, G., Wårdh, I., Andersson, P. & Öhrn, K. (2008). Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. *European Journal of Cancer Care* 17, 49–55.

Petersen, P.E. & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiology*. 33, 81-92

Pollard, C. L. & Wild, C. (2014). Nursing leadership competencies: Low-fidelity simulation as a teaching strategy. *Nursing Education in Practice*,

Preston, A.J., Punekar, S. & Gosney, M.A. (2000). Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgraduate Medicine Journal* 76, 89–91.

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Henricson, M. (red.). *Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori*. (ss. 45-50). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.

Rejnefelt, I., Andersson, P. & Renvert, S. (2006). Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *International Journal of Dental Hygiene*: 4, 67-71

Ritchie, C.S., Joshipura, K., Silliman, R.A., Miller, B. & Douglas, C.W. (2000). Oral Health Problems and Significant Weight Loss Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCE*, 55A(7), 366-371.

Samson, H., Breven, L. & Strand, V. (2009). Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *European Journal of Dental Sciences*. 117, 575-579.

Senior Alert (i.d.). *Nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg*. Jönköpings läns landsting. Hämtat 5 september, 2014, från <http://plus.lj.se/senioralert>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1985:125. *Tandvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:1338. *Tandvårdsförordningen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:554. *Ändring av tandvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:335. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Tandvård i särskilda boenden för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Bostad i särskilda boenden är den enskildes hem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care Providers' perceptions of the oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 92-99.

SOSFS 1997:10. *Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2011:12 (S). *Socialstyrelsens föreskrifter om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2011:5 (S). *Socialstyrelsens föreskrifter om Lex Sarah*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sveriges kommuner och landsting. (2011). Den uppsökande tandvården – viktig för äldres munhälsa. *Stockholm*. Hämtat 4 juni, 2012, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tandvard/landstingens-tandvardsstod-2010/effekterna-av-uppsokande-verksamhet

Sveriges Tandläkarförbund. (2011). *Munhälsan hos äldre som bor hemma*. Stockholm.

Thorstensson, H. & Johansson, B. (2009). Does oral health say anything about survival in later life? Findings in a Swedish cohort of 80+ years at baseline. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37, 325-32.

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (RED). *Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete*. (ss. 481-498). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Wu, B., Plassman, B.L., Crout, R.J. & Liang, J. (2008). Cognitiv Funktion and Oral Health Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Gerontology*.63A(5), 495-500

Wårdh, I., Andersson, L., & Sörensen, S. (1997). Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nurses' assistants and home care aides. *Gerodontology*, 14(1), 28-32.

Wårdh, I., Hallberg, L.R-M., Berggren, U., 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. & Sörensen, S. (2005). Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff. *Gerodontology*, 22, 84-90.

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, e787-e792.

Zimmerman, S., Sloane, P.D., Cohen, L.W. & Barrick, A.L. (2013). Changing the Culture of Mouth Care Without a Battle. *The Gerontologist* 54(S1), 25-34.

Öhrn, K.E.O., Wahlin, Y.-B. & Sjöden, P.-O. (2000). Oral care in cancer nursing. *European Journal of Cancer Care*, 9, 22-29.

Österberg, T., Carlsson, G.E., Tsuga, K., Sundh, V. & Steen, B. (1996). Associations between self-assessed masticatory ability and some general health factors in a Swedish population. *Gerodontology*. 13(2) 110-7.

Sjuksköterskors uppfattning av arbetet med äldres munhälsa

Respondent nr.

Tätort eller landsbygd:

Kön:

Ålder:

Utbildning/-ar efter grundutbildning till sjuksköterska:

Antal år i yrket:

Antal år med geriatrisk vård:

Omvårdnadsboende och/eller demensboende:

Hur många vårdtagare har du ansvar för:

1. Vem har enligt din uppfattning ansvar för allmän omvårdnad av äldres munhälsa på din avdelning?
 - Finns fler som har ansvar?
2. Hur uppfattar du att omvårdnaden av äldres munhälsa fungerar på din avdelning?
3. Kan du beskriva något tillfälle när du känt dig nöjd med hur omvårdnaden om äldres munhälsa har fungerat?
4. Vad kan det enligt din uppfattning finnas för svårigheter eller hinder för allmän omvårdnad av äldres munhälsa?
5. Vad kan enligt din uppfattning underlätta allmän omvårdnad om äldres munhälsa?
6. Vad är enligt din uppfattning specifik omvårdnad av äldres munhälsa?
7. Hur uppfattar du samarbetet med tandvården?
8. Hur skulle samarbetet med tandvården kunna utvecklas?
9. Finns det något du vill lägga till eller ta bort?

Hur kändes det att bli intervjuad?

Kan jag ringa om jag behöver få något förtydligat?



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

Till sjuksköterskor på särskilda boenden för äldre i Uppsala kommun

Under handledning av docent Maria Carlsson

Förfrågan om deltagande i studie

Jag heter Christina Brännström, är sjuksköterska och studerar vårdvetenskap vid Uppsala Universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Inom ramen för mina studier ska jag skriva en uppsats som ska handla om sjuksköterskors uppfattning av arbete med äldres munhälsa.

Du erbjuds härmed att delta i studien. Ditt eventuella deltagande är sanktionerat hos Din verksamhetschef. Studien genomförs genom en intervju som kommer att koda, spelas in på ljudband och tar ca 30 – 60 minuter. Intervjun görs i ostörd lokal på tidpunkt som passar Dig. Din medverkan i studien är konfidentiell, dvs. lämnad information kommer inte att kunna härledas till Dig eller till äldreboendet. Inspelat band kommer att förvaras inlåst och endast åtkomligt av mig. När studien är färdig, kommer det som spelats in att förstöras. Efter studiens slut kommer både Du och Din verksamhetschef få ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta utan att behöva förklara varför.

Jag kommer inom kort att kontakta Dig och fråga om Du vill delta i studien och i så fall boka tid för intervju.

Tack för Din medverkan!

Ytterligare upplysningar lämnas av:

Christina Brännström
Tel. 018-727 5955
christina.brannstrom@uppsala.se

Handledare: Maria Carlsson docent, lektor
Inst. Folkhälso- och vårdvetenskap
Tel. 018-471 66 37
Maria.Carlsson@pubcare.uu.se