



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskap  
Avdelningen för hälsa och miljö

Eva Daarstad  
Ann-Christine Johansson

# Munvård till äldre

## En enkätstudie till vårdpersonal på särskilt boende

Oral care for elderly  
A questionnaire study to nursing personnel at nursing homes

Oral hälsa  
C-uppsats

Datum/Termin: juni 2008  
Handledare: Kerstin Andersson  
Examinator: Anna - Lena Östberg  
Löpnnummer:

# SAMMANFATTNING

- Titel:** Munvård till äldre - en enkätstudie till vårdpersonal på särskilt boende.  
Oral care for elderly-  
A questionnaire study to nursing personnel at nursing homes.
- Institution:** Fakulteten för samhälls- och livsvetenskap, Karlstads Universitet  
Avdelningen för hälsa och miljö
- Kurs:** Oral hälsa examensarbete, 15 hp
- Författare:** Eva Daarstad och Ann- Christine Johansson
- Handledare:** Kerstin Andersson
- Sidor:** 28 st
- Månad och år för examen:** 2008 -06 -05
- Nyckelord:** Attityder, Munvård, Vårdpersonal, Äldre

Antalet äldre ökar i Sverige. Åldrandet medför ökad risk att drabbas av sjukdomar vilket kan påverka munhälsan negativt. Äldre med stort vård- och omsorgsbehov flyttar ofta till särskilt boende. Många av dem behöver hjälp med munhygien. Munvården till äldre i särskilt boende är ofta bristfällig med dålig munhälsa som följd. Syftet var att beskriva vårdpersonalens attityder och beteenden avseende den egna samt de äldres munhälsa och munvård, samt undersöka om munvårdsutbildning kan relateras till munvårdsinsatser på särskilt boende. En tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats genomfördes och datainsamlingen gjordes med hjälp av ett frågeformulär. Resultatet visade att de flesta respondenterna ansåg munhälsan som viktig. Majoriteten tyckte att de boende bör få hjälp med munvård två gånger per dag men få hjälpte de äldre med munvård så ofta. Munhygien ansågs vara den svåraste delen i omvårdnadsarbetet. Flertalet hade fått munvårdsutbildning och få önskade mer kunskaper. Munvården upplevdes fungera bra på avdelningarna och sågs som en del av god omvårdnad. Flera faktorer, som att de äldre gjorde motstånd och tidsbrist, uppgavs som svårigheter. Konklusionen var att attityden till munvård var positiv, men hindrande faktorer som motstånd från de äldre och tidsbrist bidrog till att den prioriterades lågt. Endast en liten del av vårdpersonalen önskade mer munvårdsutbildning.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Introduktion</b> .....	1
<b>Äldres hälsa</b> .....	1
Allmänhälsa och allmänsjukdomar hos äldre .....	1
Munhälsa och munsjukdomar hos äldre .....	1
Munhälsa relaterat till allmänhälsa.....	3
<b>Äldres boende</b> .....	3
<b>Munvård till äldre</b> .....	4
Egenvård .....	4
Uppsökande verksamhet.....	4
Munvård till äldre i särskilt boende .....	5
<b>Syfte</b> .....	6
<b>Frågeställningar</b> .....	6
<b>Metod</b> .....	6
<b>Design</b> .....	6
<b>Population och urval</b> .....	6
<b>Frågeformulärets utformning</b> .....	6
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	7
<b>Databearbetning</b> .....	7
<b>Etik</b> .....	7
<b>Resultat</b> .....	8
<b>Vårdpersonalens egen munhälsa</b> .....	8
<b>Munvård i vårdpersonalen arbete</b> .....	8
<b>Munvårdsutbildning hos vårdpersonalen</b> .....	9
<b>Munvård till äldre i särskilt boende</b> .....	9
<b>Diskussion</b> .....	10
<b>Metoddiskussion</b> .....	11
<b>Resultatdiskussion</b> .....	13
<b>Konklusion</b> .....	14
<b>Referenser</b> .....	15
<b>Bilaga I</b>	
Frågeformulär .....	20
<b>Bilaga II</b>	
Informationsbrev.....	26
<b>Bilaga III</b>	
Samtyckesblankett .....	27
<b>Bilaga IV</b>	
Etiskt godkännande.....	28

## Introduktion

Antalet äldre i Sverige blir allt större. År 1950 fanns 615 000 personer i åldrarna 65-79 år och 2005 var antalet 1,1 miljoner vilket motsvarade cirka 12 procent av den totala befolkningen. 2015 beräknas antalet i åldersgruppen uppgå till 1,4 miljoner. Den ålderskategori där ökningen av antalet äldre i Sverige varit störst är 80 år och äldre. Minskad dödlighet har gjort att antalet personer i åldersgruppen har ökat snabbt från 107 000 år 1950 till 487 000 år 2005 (Statistiska Centralbyrån, 2006a).

### *Äldres hälsa*

#### *Allmänhälsa och allmänsjukdomar hos äldre*

Enligt Folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen, 2006) är de flesta av Sveriges äldre befolkning förhållandevis friska. Statistik hämtad från Statistiska Centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden, ULF (2006b), visade att år 2005 upplevde drygt 40 procent av personer äldre än 75 år sitt hälsotillstånd som gott. Samma undersökning visade att tre av tio i åldersgruppen 75-84 år hade besvär av långvarig sjukdom och i åldersgruppen 85+ var det fyra av tio som hade det.

Några vanliga sjukdomstillstånd hos äldre är diabetes typ II, hjärt-kärlsjukdomar, stroke, demens och depression (Rundgren & Dehlin, 2004; Ghezzi & Ship, 2000). Diabetes typ II kallas även åldersdiabetes och är en kronisk sjukdom med förhöjd blodglukosnivå till följd av försämrad känslighet för insulin i kroppens celler. Prevalensen av diabetes typ II ökar med åldern och förekommer hos 2-3 procent i åldersgruppen 50-60 år och 10-20 procent hos personer över 80 år. Komplikationer som kan uppstå till följd av sjukdomen är stroke, hjärtinfarkt, cirkulationsstörningar, ögonförändringar och njurskador. Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken bland äldre och mer än varannan person över 75 år intar dagligen läkemedel mot den typen av sjukdom. Hypertoni (högt blodtryck), hjärtsvikt och förmaksflimmer är vanliga hjärt-kärlsjukdomar i denna åldersgrupp (Larsson & Rundgren, 2003). Stroke drabbar varje år cirka 30 000 personer i Sverige och cirka 80 procent av dem som insjuknar är äldre än 65 år. Sjukdomen är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning bland vuxna (Rundgren & Dehlin, 2004) och kan bland annat leda till förlamningar, svårigheter med motoriken och nedsatt förmåga att kommunicera (Ghezzi & Ship, 2000). Demenssjukdom leder till en stegvis nedsättning av minnet och andra kognitiva funktioner och den vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom. Risken att drabbas av demens ökar med åldern och prevalensen brukar anges till 5 procent hos alla över 65 år och 10-15 procent hos dem över 80 år (Rundgren & Dehlin, 2004). Depressionsbilden hos äldre kan skilja sig från den yngre individen och över 85 års ålder yttrar den sig särskilt i kombination av kroppsliga klagomål, irritation och social tillbakadragenhet. Även symtom som ångslan, oro, nedsatt initiativförmåga, försämrad egenvård och viktminskning är vanliga kännetecken. Bakomliggande faktorer till depression hos äldre är ofta läkemedelsbehandling, ensamhet, somatisk sjukdom, hjärnans åldrande, kognitiv försämring samt negativa händelser i livet (Rundgren & Dehlin, 2004; Sable, Dunn & Zisook, 2002).

#### *Munhälsa och munsjukdomar hos äldre*

Munhälsan har förbättrats i Sverige och det blir allt vanligare att ha egna tänder upp i hög ålder (Hugoson et al., 2005a; Österberg, Carlsson & Sundh, 2000). Undersökningen av Hugoson et al. (2005a) visade exempelvis att andelen personer i åldersgruppen 70 år som helt

saknade egna tänder minskade från 16 procent 1973 till 1 procent 2003. Bland äldre som förlorat tänder blir det allt vanligare med implantat. Enligt SBU (2008) betalade Försäkringskassan år 2005 ersättning för cirka 25 000 implantatbehandlingar till patienter över 65 år. Statistiken uppges dock vara bristfällig och siffrorna är därför osäkra.

Munhålan förändras liksom övriga kroppen då man blir äldre. Med tiden utsätts tänderna för slitage och nöts genom åren av normal funktion såsom tuggning och emaljen kan få små sprickor. I emaljen inlagras mineraler och tandens yta blir då hårdare och skörare. Emaljen blir också mörkare. Blottlagda rotytor är vanligt och munslemhinnans epitelskikt blir tunnare (Nordenram & Nordström, 2000).

Saliven har stor betydelse för munhälsan då den har flera skyddande egenskaper för tänder och slemhinnor. Några viktiga funktioner är att smörja slemhinnor, spola rent tänderna från födoämnen och att tillföra mineraler till tänderna. Muntorrhet är relativt vanligt bland äldre och medför en ökad risk att drabbas av ohälsa i munnen. Muntorrhet kan även orsaka svårigheter att tala, bära tandprotes och att äta med försämrad livskvalitet som följd (Gluch, 2003; Nordenram & Nordström, 2000).

Användning av läkemedel ökar med stigande ålder. Endast 15 procent av personer 85 år och äldre använder inga mediciner regelbundet (Larsson & Rundgren, 2003). I FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige) finns omkring 200 läkemedel som uppges ha muntorrhet som biverkning. Framförallt är det läkemedel som används mot högt blodtryck och psykofarmaka som har de mest påtagliga effekterna. Även användning av många mediciner samtidigt ökar risken för muntorrhet. Många äldre äter flera olika läkemedel och det ökar risken för muntorrhet (Fastbom, 2001; Nordenram & Nordström, 2000).

Karies orsakas av att tandens emalj gradvis löses upp av syror som bildas av plackbakterier när en person äter eller dricker något som innehåller socker eller andra kolhydrater. Vanligtvis kan saliven i munnen reparera skadan på emaljen genom utspädning och neutralisering av syrorna och återföring av mineral till emaljen om det dröjer 2-3 timmar innan nästa intag sker. Om personen lider av muntorrhet eller intagen av mat eller dryck sker tätare har inte emaljen möjlighet att remineraliseras och risken för karies ökar.

Gingivit är ett annat ord för tandköttsinflammation och orsakas av att plack finns vid tandköttskanten. Plack innehåller bakterier som framkallar en försvarsreaktion hos kroppens immunförsvar vilket leder till inflammation i området där bakterierna finns. Tecken på gingivit är att tandköttet är rött, svullet och lättblödande. Om placket avlägsnas och området därefter hålls rent läker inflammationen ut och svullnaden försvinner.

Parodontit kallas även tandlossning och är ofta ett följdillstånd av obehandlad gingivit. Plackbakterier har då kommit ned i tandköttsfickan och orsakat en inflammation i tandens stödjevävnader. Om bakterierna inte avlägsnas leder inflammationen till att tanden i större eller mindre grad förlorar sitt fäste i käkbenet och går i värsta fall förlorad (Widenheim, Renvert & Birkhed, 2003).

Stomatit är en inflammation i munslemhinnan som förekommer i olika former. En form är protesstomatit som orsakas av att slemhinnan (vanligtvis i gommen) irriterats av en skavande eller dåligt rengjord tandprotes (Eley & Manson, 2004).

### *Munhälsa relaterat till allmänhälsa*

En bra munhälsa är viktigt för att må bra. Studier visar att äldre uppfattar att munhälsan har betydelse för livskvaliteten på flera olika vis. Viktiga faktorer är att kunna äta, att se bra ut och att kunna skratta och prata (McGrath & Bedi, 1999). Faktorer som värk, muntorrhet, illasittande proteser och dålig smak i munnen kan leda till nedsatt välmående, psykosociala begränsningar samt problem med att äta (MacEntee, Hole & Stolar, 1997; Makhija et al, 2007).

Flera vanliga sjukdomar bland äldre påverkar munhälsan negativt. Diabetes leder i många fall till muntorrhet som i sin tur leder till en ökad kariesrisk och sköra munslemhinnor. Sjukdomen ger även en ökad risk för parodontit. Stroke kan göra att patienten inte har förmågan att rengöra sin mun och måste ha hjälp med den dagliga munvården (Ghezzi & Ship, 2000). Undersökningar har visat att personer med demens har försämrad munhälsa till följd av bristande munhygien. Dementa äter dessutom ofta mediciner som kan ge muntorrhet och man har även sett att Alzheimers sjukdom ger ett minskat salivflöde (Ghezzi, Ship, & Arbor, 2000; Rejnefelt, Andersson & Renvert, 2006). Depression kan ofta leda till att den drabbade tappar intresse och motivation för att sköta sin dagliga hygien samtidigt som vissa antidepressiva läkemedel har muntorrhet som biverkning (Friedlander & Mahler, 2001).

Munhälsan har även betydelse för den allmänna hälsan. Bland annat ses samband mellan munhälsa och sjukdomar i luftvägarna (Andersson, Hallberg, Lorefält, Unosson & Renvert, 2004). Exempelvis kan bakterier från munnen orsaka bakteriell pneumoni hos svaga och äldre personer (Yoneyama et al, 2002). Man har även kunnat se samband mellan parodontal sjukdom och hjärt-kärlsjukdomar (Buhlin, Gustafsson, Håkansson & Klinge, 2002).

### *Äldres boende*

På grund av sjukdom på äldre dagar blir en del individer beroende av hjälp stora delar av dygnet och kan inte längre bo kvar hemma. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är kommunerna skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för äldre människor med behov av vård och omsorg. Rätten till plats i särskilt boende prövas av kommunernas bistånds - handläggare som arbetar under kommunens socialnämnd (Länsstyrelsen Värmlands län, 2006).

Demenssjukdom är en av de vanligaste orsakerna till att äldre flyttar till särskilt boende (Aguerro-Torres, von Straus, Viitanen, Winblad & Fratiglioni., 2001). Enligt SBU (2006) finns cirka 140 000 personer i Sverige som lider av någon form av demens och cirka hälften av dessa lever i särskilt boende.

Det finns inga normer för vad olika typer av särskilt boende ska kallas. En inventering gjord av Socialstyrelsen (2001) visade att särskilt boende för äldre ofta benämns servicehus, äldreboende, demensboende, ålderdomshem eller sjukhem. Även andra beteckningar kan enligt inventeringen förekomma. I oktober 2002 bodde drygt 115 500 ålderspensionärer permanent i särskilda boendeformer vilket motsvarar 8 procent av hela åldersgruppen. Av dessa var 90 900 (79 procent) 80 år eller äldre. Vid samma period erhöll 9 100 äldre korttidsvård i särskilt boende (Socialstyrelsen, 2003).

Den tid de äldre vistas på boendet och hjälpbehoven varierar. Enligt Socialstyrelsens inventering (2001) kan man se vissa skillnader när det gäller detta mellan de olika

boendeformerna. Totalt sett var vistelsetiden på särskilt boende i genomsnitt kortare än två år för fler än 50 procent av de boende. På sjukhem vistades drygt hälften mindre än ett år men på servicehus och ålderdomshem var det bara en fjärdedel som vistades mindre än ett år. En kartläggning av de boendes fysiska förmåga visade att tre av fem var beroende av hjälp för att klara någon av dagliga aktiviteter som måltider, toalettbesök och förflyttning inomhus. Även här fanns dock betydande skillnader. Exempelvis var cirka fyra femtedelar vid sjukhem och gruppboenden beroende av hjälp för att klara toalettbesök.

När det gäller minnes- och inlärningsförmåga hade generellt sett en tredjedel av de boende mycket nedsatt förmåga och var i behov av handgriplig hjälp vid många dagliga aktiviteter. Vid gruppboenden och sjukhem utgjorde gruppen minst 50 procent av de boende (Socialstyrelsen, 2001).

### ***Munvård till äldre***

#### *Egenvård*

För att bevara en god munhälsa krävs en god egenvård med daglig rengöring av munhålan. Hugoson et al. (2005b) visade i en undersökning att år 2003 borstade 93 procent i gruppen 60-åringar och 89 procent i gruppen 80-åringar sina tänder minst två gånger dagligen. Hos äldre personer finns ofta lagningar, kronor, broar och delproteser där plack lätt ansamlas och kan orsaka karies, gingivit och parodontit om det inte tas bort regelbundet. God munhygien är viktig även hos personer som bär tandprotes eftersom bristande proteshygien kan leda till protessstomatit i det område där protesen sitter.

För en del medför åldrandet nedsatt funktionell och/eller kognitiv förmåga och en ökad användning av läkemedel. Dessa faktorer kan påverka den äldres möjligheter att upprätthålla en god munhygien, vilket ökar risken för munsjukdomar (Nordenram & Nordström, 2000). Flera studier har visat att gingivit, karies och stomatit är de sjukdomstillstånd i munnen som är vanligast bland äldre som bor i särskilt boende (Frenkel, Harvey & Newcombe, 2000; Murray, Ede-Nichols & Garcia-Godoy, 2006; Peltola, Vehkalahti, & Wuolijoki-Saaristo, 2004).

#### *Uppsökande verksamhet*

Med syftet att förbättra munhälsan bland hela befolkningen infördes i Sverige 1 januari 1999 det reformerade tandvårdsstödet. En del av stödet, uppsökande verksamhet, inriktades mot äldre och funktionshindrade med stort omsorgsbehov som bor i särskilda boendeformer, och denna verksamhet administreras av landstingen (Socialstyrelsen, 2005). Enligt tandvårdslagen (SFS1985:125) och tandvårdsförordningen (SFS1998:1338) ges landstingen i uppdrag att ansvara för att uppsökande verksamhet bedrivs.

Uppsökande verksamhet ska enligt lagen bedrivas bland dem som omfattas av LSS (1993:387) och bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, får hemsjukvård eller som är bosatta i eget boende och har motsvarande behov som de personer som tidigare nämnts.

Uppsökande verksamhet förutsätter samarbete mellan kommuner och tandvård. Avgiftsfri munhälsobedömning och individuell munvårdsinformation ska erbjudas alla som är berättigade till det och där är kommunerna en viktig länk eftersom de har kunskap om vilka

som tillhör personkretsen. I den uppsökande verksamheten ingår årlig munhälsobedömning, individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården, ett tandvårdserbjudande och handledning av vårdpersonal (SFS 1998:1338). Målet med munvårdsutbildningen till vårdpersonalen är att de ska ha kunskaper för att stödja och hjälpa de boende med daglig munvård samt kunna tolka signaler och tecken på behov av nödvändiga tandvårdsinsatser. Ofta är det tandhygienister som arbetar med den uppsökande verksamheten. En uppföljning genomförd av Socialstyrelsen visar bland annat att det är svårt för tandvården att få kommunernas vårdpersonal att genomföra föreslagna munvårdsåtgärder (Socialstyrelsen, 2005).

Sveriges kommuner och landsting (2007) lämnar årligen ut en ut en rapport där antalet personer som tagit del av uppsökande verksamhet redovisas. År 2006 bedömdes 162 000 personer i Sverige tillhöra personkretsen och 95 191 blev uppsökta av tandvårdspersonal. Orsaken till att inte fler uppsöktes uppgav man i rapporten främst bero på problem att nå fram till de berättigade individerna, oftast de som då bodde i eget boende. Många av dem tackade även nej till tjänsten att bli uppsökta och uppgav att de inte ville ha hembesök. Andra problem som framkom var bristande samarbetsrutiner med kommunen. Enligt rapporten har 15 av 21 landsting registrerat hur många som fått erbjudandet om munhälsobedömning. Erbjudandet nådde fram till cirka 74 procent av personkretsen och av dem var det cirka 20 procent som tackade nej (Sveriges kommuner och landsting, 2007).

#### *Munvård till äldre i särskilt boende*

Hjälp med munvård är en del i den dagliga omvårdnaden inom äldrevården då många av de äldre som bor i särskilt boende är beroende av hjälp med den dagliga munhygien (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000). Wårdh och medarbetare (2000) visade att äldre vid ett särskilt boende i de flesta fall var i behov av hjälp eller stöd och uppmuntran för att klara sin munhygien. En annan svensk studie visade att 64 procent av de boende behövde daglig munvård av personalen (Nordenram & Ljunggren, 2002). Studier från England och Tyskland har visat liknande resultat (Frenkel et al., 2000; Knabe & Kram, 1997).

Hos dementa patienter på särskilt boende är det vårdgivaren som har huvudansvar för att daglig munvård genomförs. Den boendes munhygien kan annars snabbt försämrans. Samtidigt kan sjukdomen medföra att den äldre gör motstånd eller uppträder aggressivt på grund av rädsla då hon kanske inte känner igen situation eller vårdpersonalen, vilket kan göra det svårt för personalen att genomföra munvård (Rejnefelt et al., 2006; Wårdh et al., 2000).

Flera studier har visat att munvården på särskilda boenden ofta är brisfällig med dålig munhälsa hos de boende som följd (Frenkel, et al., 2000; Gil-Montoya, de Mello, Cardenas & Lopez, 2006; Peltola et al., 2004; Wårdh, Berggren, Andersson & Sörensen, 2002). I studier som undersökt varför munvården på särskilt boende ofta är brisfällig har flera möjliga anledningar hittats. Dålig kunskap om munhälsa och munvård bland vårdpersonalen, tidsbrist, bristande rutiner och boende som inte vill ha hjälp eller gör motstånd när personalen försöker utföra munvård är några anledningar som kommit upp (Gil-Montoya et al., 2006; Reed, Broder, Jenkins, Spivac & Janal, 2006; Wårdh, Andersson & Sörensen, 1997; Wårdh et al., 2002). Det har även visats 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 (Jablonski, Munro, Grap, & Elswick, 2005; Wårdh et al., 2000).



Det är av intresse att undersöka hur vårdpersonal på särskilda boenden ser på de äldres munvård samt att ta reda på om åtgärder som munvårdsutbildning till vårdpersonalen kan göra att arbetet med munvård blir enklare att utföra. Då det är övervägande äldre med någon typ av demenssjukdom som bor i särskilt boende, vilket kan medföra särskilda svårigheter samtidigt som behovet av stöd och hjälp med munvård är stort, riktades den här studien endast till vårdpersonal på särskilt boende.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva vårdpersonalens attityder och beteenden avseende den egna samt de äldres munhälsa och munvård. Syftet var också att undersöka om munvårdsutbildning till vårdpersonalen kan relateras till deras munvårdsinsatser till äldre i särskilt boende.

### ***Frågeställningar***

1. Vilka attityder har vårdpersonalen till sin egen munhälsa?
2. Vilka attityder och beteende har vårdpersonalen till de boendes munhälsa och munvård?
3. Kan munvårdsutbildning relateras till vårdpersonalens munvårdsinsatser till de äldre i särskilt boende?

## **Metod**

### ***Design***

Designen är en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Studien har genomförts som en pilotstudie under våren 2008 för att testa ett frågeformulärs utformning.

### ***Population och urval***

Studien vände sig till vårdpersonal på särskilda boenden för äldre i Värmland. År 2006 fanns 89 särskilda boenden för äldre med totalt 2951 boendeplatser i Värmlands 16 olika kommuner (Länsstyrelsen Värmlands län, 2006). Urvalet omfattar vårdpersonalen vid två särskilda boendeenheter i Värmland. Våren 2008 arbetade 45 personer vid de båda boendeenheterna.

### ***Frågeformulärets utformning***

Frågeformuläret (Bilaga I) bestod av 31 slutna frågor med fasta svarsalternativ och avslutades med en öppen fråga. Frågeformuläret var uppdelat i fem delar. Den första delen innehöll frågor av demografisk karaktär och den andra delen tog upp frågor om vårdpersonalens egen munhälsa. Den tredje delen innehöll frågor om hur ofta vårdpersonalen hjälpte de boende med munvård och om de tyckte att det är svårt att ge munvård. Del fyra innehöll frågor om vårdpersonalen fått munvårdsutbildning och om de ansåg sig behöva mer kunskaper om munhälsa och munvård. Den femte delen innehöll frågor om vårdpersonalen upplevde att munvården på deras avdelningar fungerade. Den innehöll också frågor om tillgänglighet till munvårdshjälpmiddel, vilka de största hindren för att hjälpa de boende med munvård var och om närstående eller anhöriga brukade ifrågasätta vårdpersonalens utförande av munvård. En öppen fråga med möjlighet för respondenten att lämna egna synpunkter avslutade frågeformuläret.

Frågorna har delvis hämtats från ett frågeformulär utformat av Wårdh et al., (1997) och från en omarbetad version (Wårdh & Sörensen 2005) av det i USA utformade instrumentet Dental Coping Beliefs Scale. Frågorna översattes av författarna till svenska, några omarbetades och nya frågor lades till för att passa studiens syfte.

### ***Datainsamlingsmetod***

Avdelningscheferna på de två boendeenheterna kontaktades och informerades via telefon och email om studiens syfte och genomförande. De tillfrågades om möjligheten att få genomföra studien på det aktuella boendet. Efter att avdelningscheferna skriftligt och muntligt informerat övrig vårdpersonal meddelades att det fanns intresse att delta i studien. Önskemål framfördes från författarna att vid ett besök få lämna ut frågeformuläret vid ett tillfälle då vårdpersonalen var samlad, som vid exempelvis ett personalmöte. Detta var dock inte möjligt men löfte gavs att få besöka boendena vid en tidpunkt då de flesta av vårdpersonalen fanns på plats. När författarna kom till boendeenheterna fanns där 15 vårdpersonal. Frågeformulär lämnades samtidigt i personalrummen vid de båda boendeenheterna för att nå övrig vårdpersonal som inte var närvarande. Totalt lämnades 45 formulär ut.

Muntlig information lämnades i samband med att författarna personligen lämnade ut frågeformulären. Den skriftliga informationen gavs i ett informationsbrev (Bilaga II) som medföljde frågeformuläret. Alla deltagare ombads underteckna en skriftlig samtyckesblankett (Bilaga III) som lades i ett separat kuvert för att inte kunna bindas till frågeformulären. Samtliga respondenter informerades om vikten av att besvara frågorna så noggrant som möjligt och att sedan lämna frågeformuläret i bifogat svarskuvert på en plats som valts ut av enhetscheferna och författarna. Frågeformulären hämtades på överenskommen tid av författarna och förvarades därefter inlåsta så att ingen obehörig kunde ta del av svaren. När frågeformulären hämtades vid avtalad tidpunkt fem dagar senare, hade 21 formulär besvarats. Personalen uppgav att alla intresserade ännu inte lämnat in sina svar. Därför avtalades en ny tid sju dagar senare för att samla in formulär. Då hade ytterligare tre formulär besvarats. Vid förfrågan om det fanns flera som ville delta i studien, bedömde ledning och personal att de som var intresserade redan hade besvarat frågeformuläret. Därmed avslutades datainsamlingen.

### ***Databearbetning***

Frågeformulären samlades in och kodades och därefter matades svaren in i statistikprogrammet SPSS version 16.0. För att undvika felaktigheter vid inläsningen av data genomfördes inmatningen gemensamt av författarna, där den ena läste upp svaren och den andra matade in dem i dataprogrammet. Därefter gjordes en kontrollinläsning av vartannat frågeformulär. Materialet bearbetades därefter med deskriptiv statistik.

### ***Etik***

Deltagarna i studien informerades skriftligt och muntligt om studien och dess syfte. Deltagandet var frivilligt, frågeformuläret besvarades anonymt och uppgifterna hanterades konfidentiellt. Etiskt tillstånd att genomföra studien har lämnats av Etikrådet, Avd för Hälsa och Miljö på Karlstads Universitet (Bilaga IV).

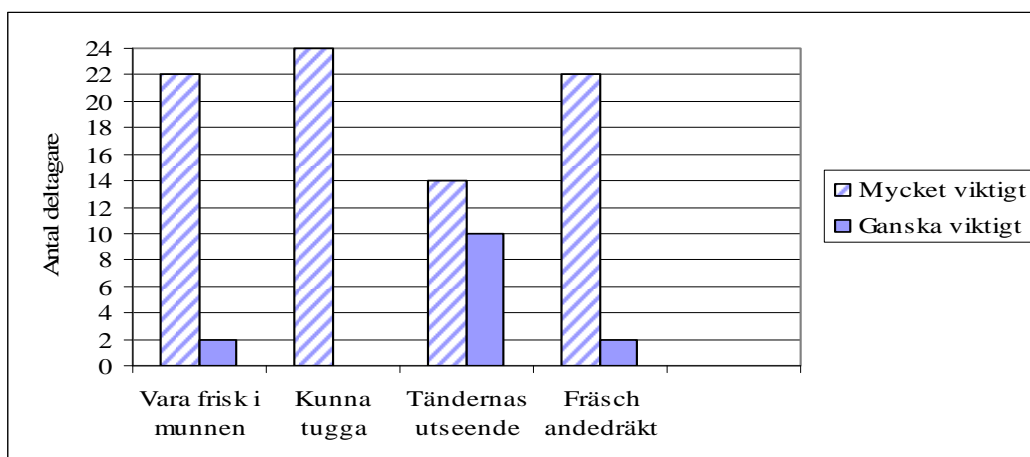
## Resultat

Av de fyrtiofem individer som erbjöds att delta i undersökningen valde tjugofyra att besvara frågeformuläret. Elva respondenter hade lämnat någon fråga obesvarad.

Tolv personer var mellan 25 och 45 år och 11 var 46 år eller äldre. En besvarade inte frågan om ålder. Arton arbetade som undersköterskor, fyra som vårdbiträden och två svarade "annat" på frågan. Tre arbetade på servicehus, tre på demensboende eller gruppboende och fjorton arbetade på äldreboende. Två svarade med två olika alternativ och två besvarade inte frågan. Två år var den kortaste tiden inom vårdyrket och 39 år var den längsta, medianen var 19 år. En besvarade inte frågan om antal år i yrket.

### *Vårdpersonalens egen munhälsa*

Respondenternas uppfattningar om sin egen munhälsa och betydelsen av goda egenvårdsvanor visade att de värderade god munhälsa och fungerande tänder högt, se Figur 1.



Figur 1. Fördelning av respondenternas svar på vikten av olika aspekter av den egna munhälsan.

Arton respondenter upplevde sin munhälsa som bra medan övriga upplevde den som ganska bra. Tjugotvå borstade tänderna 2 gånger per dag och två borstade tänderna en gång per dag. Fjorton respondenter rengjorde dagligen mellan tänderna, sju minst en gång per vecka, två någon gång per månad och en "sällan eller aldrig".

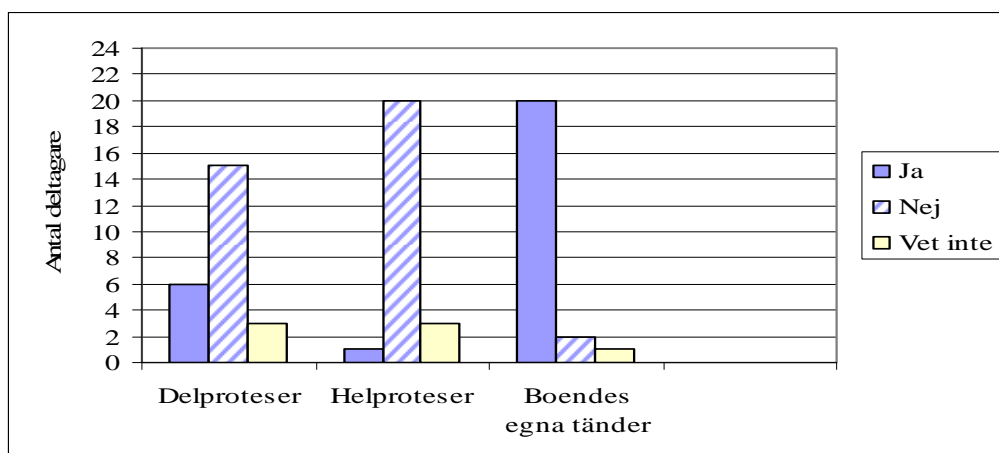
### *Munvård i vårdpersonalens arbete*

Tjugo respondenter ansåg att de boende borde få hjälp med munvård två gånger per dag och fyra svarade en gång per dag. En tredjedel hjälpte de boende med munvård två gånger/dag, se Tabell 1.

Tabell 1. Fördelning av respondenternas svar på hur ofta de brukar hjälpa den boende med munvård i relation till hur ofta respondenterna ansåg att de boende bör få hjälp.

	Bör få hjälp 2 gånger/dag n= 20	Bör få hjälp 1 gång/dag n= 4
Hjälper 2 gånger/dag	8	0
Hjälper 1 gång/dag	8	4
Hjälper någon gång/vecka	1	0
Hjälper sällan eller aldrig	3	0

Alla utom tre upplevde att det som var svårast att hjälpa de boende med var munhygien, en uppgav blöjbyte och två besvarade inte frågan. De flesta ansåg att det var svårt att rengöra de boendes egna tänder och att helproteser var enklast att rengöra, se Figur 2.



Figur 2. Fördelning av respondenternas svar om det är svårt att rengöra delproteser, helproteser respektive de boendes egna tänder. En besvarade inte frågan.

Tjugo av respondenterna angav att de tyckte att det var svårare att rengöra boendes egna tänder än proteser, två svarade nej och resterande svarade vet inte.

### *Munvårdsutbildning hos vårdpersonalen*

Samtliga utom en respondent svarade att de fått utbildning i munvård. Sexton respondenter hade fått munvårdsutbildning i sin grundutbildning, tolv genom uppsökande verksamhet och två hade fått det på annat sätt. Av dessa hade sex respondenter fått munvårdsutbildning både i sin grundutbildning och genom uppsökande verksamhet. En hade fått det genom uppsökande verksamhet och på annat sätt.

Utbildningen har för de flesta innehållit teoretisk och praktisk undervisning i munvård, undervisning om mun- och tandsjukdomar och om munvårdshjälpmedel. En besvarade inte frågan om huruvida utbildningen innehöll undervisning om mun- och tandsjukdomar. Frågor om respondenternas uppfattningar om de ansåg sig behöva mer kunskaper inom området visade att åsikterna om det varierade, se Tabell 2.

Tabell 2. Fördelning av respondenternas svar på behov av mer kunskaper inom området munvård.

	Mun- och tandsjukdomar n=24	Praktisk munvård n=24	Munvårdshjälpmedel n=24
Ja	9	10	8
Nej	7	9	12
Vet inte	8	5	4

### *Munvård till äldre i särskilt boende*

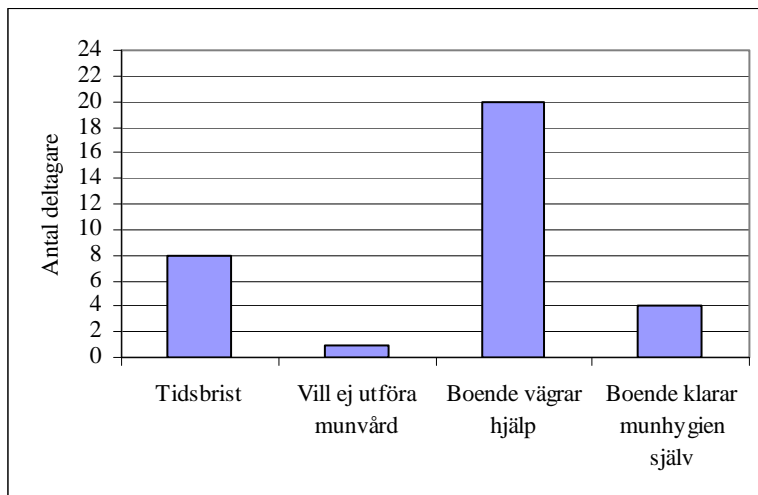
Tre respondenter tyckte att munvården till de boende fungerade bra, fjorton att den fungerade ganska bra, medan fem tyckte att den fungerade ganska dåligt och en att den fungerade dåligt.

En besvarade inte frågan. Fyra uppgav att de ofta samtalande om de boendes munvårdsbehov, fjorton svarade att det görs ibland och sex svarade att det sällan eller aldrig görs. Majoriteten av respondenterna upplevde att ge munvård till de boende var en del av god omvårdnad, se Tabell 3.

Tabell 3. Fördelning av respondenternas svar på hur munvårdsinsatser till de boende kunde beskrivas. Flera alternativ kunde fyllas i. Två besvarade inte frågan.

En del av god omvårdnad	Något som måste göras	Ingrepp i personens integritet	Otrevlig aktivitet	Bortfall
18	9	1	1	2

Nitton respondenter uppgav att det alltid fanns nödvändiga munvårdshjälpmiddel tillgängliga hos de boende och fem att det ofta fanns. Samtliga respondenter utom en svarade att det ofta eller ibland hände att de boende vägrade ta emot hjälp med munvård. En besvarade inte frågan. Respondenterna tyckte att det största hindret för att hjälpa de boende med munvård var att de boende vägrade ta emot hjälp, se Figur 3.



Figur 3. Fördelning av respondenternas svar angående hinder för att utföra munvård till de boende. Nio hade fyllt i två alternativ.

Tjugo respondenter svarade att det aldrig eller sällan hände att anhöriga eller närstående ifrågasatte deras utförande av munvård och tre att det kunde hända ibland medan en svarade att det hände ofta.

När det gällde den avslutande öppna frågan var det tre respondenter av tjugofyra som skrev några egna kommentarer. Kommentarer tillförde inte något av vikt för studien och har inte behandlats vidare.

## Diskussion

Resultatet av studien visade att respondenterna tyckte att det var viktigt att ha en bra munhälsa och uppgav att de borstade sina tänder två gånger dagligen. Majoriteten ansåg även att de boende borde få hjälp med munvård två gånger/dag men endast hälften brukade hjälpa de boende med munvård så ofta. Munhygien ansågs av de flesta vara den svåraste delen i

omvårdnadsarbetet. Samtliga respondenter utom en hade fått munvårdsutbildning och cirka en tredjedel av dem ansåg sig behöva mer kunskaper inom munhälsa och munvård. Sju av tio upplevde att munvården på deras avdelningar fungerade bra eller ganska bra.

De flesta ansåg att munvård till de boende var en del av god omvårdnad men några beskrev det som något som måste göras. Endast en ansåg det vara en otrevlig aktivitet. Samtliga uppgav att de boende ibland eller ofta vägrade ta emot hjälp med munvård och det upplevdes som det största hindret för att utföra munvård. Även tidsbrist ansågs som ett hinder.

### *Metoddiskussion*

Studien genomfördes med kvantitativ ansats och data samlades in med stöd av ett frågeformulär. Kvantitativ ansats används för att få information om exempelvis hur ofta något sker eller hur många personer i en grupp som tycker en viss sak. Vid datainsamlingen utförs alltså någon typ av mätning och den information som kommer in bearbetas med statistiska analysmetoder (Patel & Davidsson, 2003). Fördelar med denna typ av undersökning är att information kan samlas in från en större grupp människor på samma gång och svaren är relativt enkla att sammanställa och att analysera. Om studiens syfte i stället hade efterfrågat en djupare förståelse för vårdpersonalens attityder och inställningar till munvård, hade det varit lämpligare att genomföra intervjuer med personer ur målgruppen alternativt använda ett frågeformulär med öppna frågor. Dessa typer av studier har tidigare gjorts inom området av bland andra Frenkel (1999), Paulsson, Söderfeldt, Nederfors & Fridlund, (2002) och Wårdh et al. (2000) och har givit värdefull information.

Nackdelar med ett frågeformulär är att respondenterna inte ges möjlighet att lämna egna kommentarer eller beskrivningar om hur de tolkat eller uppfattat frågorna. En annan nackdel är att risken för bortfall är större vid en enkätundersökning än vid intervjuer (Bryman, 2002). Detta är också svagheter som finns i denna studie.

En styrka med studien är att undersökningen genomfördes vid två olika boendeenheter på två olika orter, oberoende av varandra. Studien genomfördes som en pilotstudie för att testa frågeformuläret. Att göra en pilotstudie innebär att en studie innan en egentlig undersökning genomförs i liten skala för att pröva exempelvis dess upplägg eller teknik för att samla in data (Patel & Davidsson, 2003). Här gjordes det för att testa hur frågorna uppfattades och tolkades av respondenterna samt om de var enkla att besvara. I och med att studien var en pilotstudie deltog endast personal från två särskilda boendeenheter för äldre i Värmland och resultaten kan därmed inte generaliseras till att gälla vårdpersonal på samtliga särskilda boendeenheter för äldre i länet. Svarsfrekvensen var ungefär 53 procent. Svarsfrekvens på 50-60 procent kan anses som knappt godkänt (Bryman, 2002). Det är tveksamt om resultatet från denna studie kan generaliseras till att gälla all vårdpersonal på de två utvalda boendeenheterna.

Risken finns att det endast är vårdpersonal som tycker att äldres munvård är viktigt som har besvarat frågeformuläret, vilket kan ge en felaktig bild av hur gruppen uppfattar betydelsen av god munvård till äldre. Med en högre svarsfrekvens är det möjligt att resultatet sett annorlunda ut. En orsak till den låga svarsfrekvensen kan vara att författarna inte gavs möjlighet att ge muntlig information om studiens syfte och genomförande till samtliga i personalgruppen. När författarna kom till boendeenheterna var endast delar av personalen tillgängliga, och övriga fick ta del av materialet som lämnats i personalrummet. Eftersom samtliga inte fanns på arbetsplatsen kanske svarsfrekvensen hade blivit högre om

frågeformulär delats ut vid flera olika tillfällen. Då hade flera haft möjlighet att få den muntliga informationen av författarna.

I samband med att frågeformulären delades ut ombads de som ville delta i studien att skriva under en samtyckesblankett där det stod att de fått information om studien och att de gav sitt samtycke till att delta. Flera ställde sig undrande till samtyckesblanketten eftersom frågeformuläret skulle besvaras anonymt och undrade varför deras namn då skulle lämnas ut. Efter förklaring av författarna att samtyckesblanketterna endast skulle läsas av dem personligen och inte bindas till frågeformulären fylldes blanketterna i. Kanske kan samtyckesblanketten eventuellt ha avskräckt personer som inte fick den muntliga informationen från att besvara frågeformuläret?

När frågeformuläret utformades ombads respondenterna uppge kön. Frågan ströks dock eftersom relativt få män arbetar på den typ av arbetsplats som studien riktades till och därför hade det blivit svårt för dessa att vara anonyma. Frågeformuläret konstaterades ha en del brister och svagheter som behöver rättas till. På frågan om yrkestitel behövs till exempel ytterligare ett alternativ, exempelvis ”annat” då det visade sig att de tre alternativ som fanns inte passade in på alla. Avsikten var att ett svarsalternativ skulle väljas om inget annat uppgavs. Dock hade flera alternativ fyllts i på ett antal frågor av flertalet respondenter. Detta gällde främst frågorna om vårdpersonalens munvårdsutbildning, deras beskrivning av munvårdsinsatser till de boende och hinder för att utföra munvård. Dessa kommer att göras om till flervalsfrågor. Enligt Bryman (2002) är det viktigt att det tydligt framgår hur frågor ska besvaras och även detta kommer att förbättras inför nästa undersökning. Frågeformuläret skulle även kunna kompletteras med frågor angående kunskap om och rengöring av implantat eftersom dessa blir allt vanligare.

En respondent hade fyllt i frågeformuläret och lämnat in det men hade inte skrivit under samtyckesblanketten. Trots detta inkluderades svaren i studien då författarna bedömde att svaren var värdefulla för studien på grund av den låga svarsfrekvensen. Eftersom enkätformulären lämnades in anonymt, gick det inte att veta vilken av dessa som saknade samtyckesblankett. Respondenten kan också anses ha accepterat att delta i studien i och med att frågeformuläret lämnades in. Om detta var etiskt riktigt kan naturligtvis diskuteras. Om en samtyckesblankett används i nästa studie kommer eventuella frågeformulär som saknar undertecknad samtyckesblankett att exkluderas.

Svarsfrekvensen var låg på den avslutande öppna frågan. Tanken med den var att få in synpunkter angående frågeformuläret men de svar som kom in handlade inte om det. Förmodligen framgick inte tillräckligt tydligt vad som efterfrågades och det kan det vara en möjlig orsak till att så få besvarade den. Enligt Trost (2001) är anledningar till att öppna frågor lämnas obesvarade att osäkra ofta låter bli att skriva något, att respondenterna tycker det är besvärligt att formulera sig skriftligt samt att det tar för lång tid att skriva ett eget svar.

Forskarna var ej närvarande då enkäterna besvarades. Detta minskade risken att respondenterna kände sig tvingade att delta i studien samtidigt som forskarnas närvaro inte påverkade svaren. Om de varit närvarande hade risken funnits att respondenterna känt sig stressade samt inte känt sig anonyma. Risken hade då funnits att de inte besvarat frågorna ärligt utan strävat efter att ge en positiv bild av sitt beteende och sina attityder. Bryman (2002) benämner detta fenomen ”social desirability”, dvs. individen vill skapa en så bra bild av sig själv som möjligt.

## *Resultatdiskussion*

På frågan om typ av arbetsplats fanns fyra alternativ och två boenden besöktes. I svaren uppgavs tre olika typer av boenden. Var det så att två olika boenden fanns i samma hus eller benämnde personalen inom samma enhet boendet olika? Enligt ett konstaterande som Socialstyrelsen gjort vid en inventering av särskilda boende former (2001) varierar det hur olika särskilda boenden benämns och kanske är det så i det här fallet.

De flesta respondenterna uppgav sig ha goda personliga tandborstvanor och samtliga ansåg att det var mycket viktigt att kunna tugga. Tändernas utseende uppgavs däremot inte lika viktigt. Samma sak visade den studie av Wårdh et al. (1997) varifrån delar av frågeformuläret som använts i denna studie är hämtade.

Attityden till munvård var relativt lika bland respondenterna. En majoritet ansåg att de boende bör få hjälp med munvård 2 gånger per dag och såg munvården som en del av god omvårdnad. En positiv attityd till munvård till äldre har visats även i tidigare studier där vårdpersonal uttryckt att de boendes orala hälsa är viktig (Frenkel, 1999; Frenkel, Harvey & Needs, 2002; Thean, Wong & Koh, 2007). I föreliggande studie upplevdes dock munvård samtidigt vara den svåraste arbetsuppgiften och detta kan vara en möjlig orsak till att den ibland blir bristfällig.

Relativt få brukade hjälpa de boende med munvård två gånger dagligen. För att kunna upprätthålla en bra munhälsa är den dagliga rengöringen viktig och det är lämpligt att rengöra munnen två gånger per dag. Ett flertal studier har visat att munhygien är dålig hos många äldre på särskilt boende (Coleman & Watson, 2006; Gil-Montoya et al., 2006; Peltola et al., 2004). Det tyder på att de boende inte får hjälp med regelbunden munvård.

Åtta respondenter hade fått munvårdsutbildning endast genom sin grundutbildning. Av dessa var det endast en som hjälpte de boende med munvård två gånger dagligen. Wårdh och medarbetare (2000) visade att få i Sverige genomgått någon munvårdsutbildning efter sin grundutbildning. De som fått ytterligare utbildning upplevde att de tack vare den blivit mer medvetna om de äldres munvårdsbehov. Möjligen kan resultatet av denna studie tyda på samma sak. De allra flesta i studien hade munvårdsutbildning och därmed är det svårt att utläsa om munvårdsutbildning kan relateras till vårdpersonalens munvårdsinsatser till de äldre. Tidigare studier där man undersökt vilken effekt munvårdsutbildning till vårdpersonalen har på de boendes munhälsa har visat varierande resultat. En studie visade att utbildningen ökade vårdpersonalens kunskaper men det var oklart om detta resulterat i någon beteendeförändring (Reed et al, 2006). Andra studier har visat att munvårdsutbildning gett positiv effekt på de äldres munhälsa med lägre förekomst av plack, gingivit och protesstomatit (Frenkel, Harvey & Newcombe, 2001; Isaksson, Paulsson, Fridlund & Nederfors, 2000; Nicol, Sweeney, McHugh & Bagg, 2005). Motsatsen har visats i studier där den orala hygien hos de boende inte förbättrats trots utbildning av personalen (McEntee et al., 2007; Wårdh et al., 2002).

Cirka en tredjedel av respondenterna ansåg sig behöva mer kunskaper om munvård och då främst praktiska kunskaper. En undersökning av Paulsson et al. (2002) visade att vårdpersonalen inte tyckte sig behöva mer teoretiska kunskaper men mer praktisk information med uppföljning på arbetsplatsen samt ett regelbundet samarbete med tandvården. Paulsson, Fridlund, Holmén & Nederfors (1998) visade i en annan studie att de kunskaper som vårdpersonal ansåg vara viktigast när det gällde munvård var kunskaper om



munvårdshjälpmedel samt om munhålets sjukdomar. Enligt Wårdh et al. (2000) uttryckte vårdpersonalen att den munvårdsutbildning som de fått var otillräcklig och önskade regelbundna kurser i munvård och då framförallt praktisk utbildning.

En liten del av respondenterna upplevde att munvården på deras avdelningar fungerade dåligt. Det hade varit intressant att veta på vilket sätt de upplevde att den inte fungerade. Även andra studier har visat att delar av vårdpersonalen ibland upplevde att det fanns brister i munvården på arbetsplatsen. Resultaten där visade att det främst fanns ett missnöje med hur munvården sköttes av kollegor på arbetsplatsen (Frenkel, 1999; Wårdh et al., 2002).

Tandborste och tandkräm fanns oftast tillgängliga hos de boende vilket är positivt då det är en förutsättning för att kunna utföra munvård. I en studie genomförd i Belgien visades att tandborstar fanns tillgängliga hos 80-85 procent av de boende (De Visschere, Grooten, Theuniers & Vanobbergen, 2006). Motsatsen visade en studie från USA där tandborste och tandkräm endast fanns hos 27 procent av de boende (Coleman & Watson, 2006).

Samtliga uppgav att de boende ofta eller ibland vägrade ta emot hjälp med munvård. Även andra studier har visat att detta är vanligt förekommande (Coleman & Watson, 2006; Paulsson, 2002; Wårdh et al., 2002.) Ofta är det hos dementa patienter som vårdpersonalen möter motstånd (Wårdh et al., 2000). I den situationen ställs vårdpersonalen inför ett etiskt dilemma då vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska arbeta för att förebygga ohälsa samtidigt som samma lag säger att vården ska bygga på patientens självbestämmande och integritet. Detta problem togs även upp i studien av Wårdh och medarbetare (2000).

De största hindren för att ge munvård till de boende som uppgavs var att de boende inte ville ha hjälp samt tidsbrist. Samma sak visade en studie genomförd i Spanien (Gil-Montoya et al., 2006). En studie av Wårdh et al (1997) visade däremot att de största hindren var att de boende inte ville ha hjälp samt att de boende kunde borsta sina tänder själva. Dock ingick även hemtjänstpersonal i den studien vilket kan förklara skillnaden i och med att personer som bor kvar hemma mer sällan behöver hjälp med munhygien.

Den största delen av respondenterna upplevde att anhöriga sällan ifrågasatte deras munvårdsinsatser till de boende. Wårdh et al. (1997) fann i sin studie att vårdpersonalen ibland tvingades in i diskussioner med anhöriga om otillfredsställande munvård. Peltola, Vehkalahti & Simolia (2005) visade i en annan studie att det ibland hände att patientens besökare gav negativa kommentarer om den boendes orala hälsa.

### ***Konklusion***

Slutsatsen i denna studie är att vårdpersonalen upplevde att äldres munvård är viktig. Få respondenter efterfrågade mera kunskap om munhälsa och munvård och de flesta ansåg inte att bristen på kunskap orsakar att munvården åsidosätts. Faktorer som att de äldre inte vill ta emot hjälp med munvård och tidsbrist uppgavs av flera som hinder och det bidrar till att munvården prioriteras lågt i omvårdnadsarbetet.

Munvård ingår som en viktig del i omvårdnadsarbetet av äldre med stort vård- och omsorgsbehov. Framtida forskning bör fokusera på vårdpersonalens faktiska kunskaper om munhälsa och munnens betydelse för äldres livskvalitet. Fortsatt forskning kring samverkan mellan kommunens vård- och omsorg samt tandvård behövs för att synliggöra munvårdens betydelse för äldres välbefinnande.

## Referenser

- Aguerro-Torres, H., von Straus, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization of the elderly. The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(8): 795-801.
- Andersson, P., Hallberg, IR., Lorefält, B., Unosson, M., & Renvert, S. (2004). Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *International Journal of Dental Hygiene*, 2: 70-74.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- 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: 254-259.
- Coleman, P., & Watson, N.M. (2006). Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54: 138-143.
- De Visschere, L.M., Grooten, L., Theuniers, G., & Vanobbergen, J.N. (2006). Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions-a cross-sectional study. *Gerodontology*, 23: 195-204).
- Eley, B.M., & Manson, J.D. (2004). *Periodontics (5:e uppl)*. London: Wright.
- Fastbom, J. (2001) *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.
- Frenkel, H.F. (1999). Behind the screens: care staff observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology*, 16(2): 75-80.
- Frenkel, H., Harvey, I., & Newcombe, R.G. (2000). Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology*, 17(1): 33- 38.
- Frenkel, H.F., Harvey, I., & Newcombe R.G. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29: 289-297.
- Frenkel, H., Harvey, I., & Needs, K. (2002). Oral health care education and its effect on caregivers´ knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(2): 91-100.
- Friedlander, A., & Mahler, M. (2001). Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications. *Journal of the American Dental Association*, 132: 629-638.
- Ghezzi, E.M., & Ship, J.A. (2000). Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health. *Journal of Public Health Dentistry* 60(4): 289-296.
- Ghezzi, E.M, Ship, J.A., & Arbor, A. (2000). Dementia and oral health. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology & Endodontics*, 89(1): 2-5.

- Gil-Montoya, J.A., de Mello, A.L.F., Cardenas, C.B., & Lopez, I.G. (2006). Oral health protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. *Geriatric Nursing*, 27: 95-101.
- Gluch, J.I. (2003). *The older adult*. IN: Darby, M.L., & Walsh, M.M. (2003). *Dental Hygiene - Theory and Practice* (2.<sup>nd</sup> edition). Philadelphia: N.B. Saunders.
- Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Nydell Helkimo, A., Lundin, S Å, Norderyd, O., Sjödin, B., & Sondell K. (2005a). 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.
- Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Nydell Helkimo, A., Lundin, S Å, Norderyd, O., Sjödin, B., & Sondell K. (2005b). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003).I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swedish Dental Journal*, 29: 125-138.
- Isaksson, R., Paulsson, G., Fridlund, B., & Nederfors, T. (2000). Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects. *Special Care in Dentistry*, 20 (3): 109-113.
- Jablonski, R.A., Munro, C.L, Grap, M.J, & Elswick, R.K. (2005). The role of biobehavioral, environmental, and social forces on oral health disparities in frail and functionally dependent nursing home elders. *Biological Research for Nursing*, 7: 75-82.
- Knabe, C., & Kram, P. (1997). Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *Journal of Oral Rehabilitation*, 24: 909-912.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Länsstyrelsen i Värmlands län. (2006). *Inventering av särskilt boende inom äldreomsorgen i Värmlands län*. Karlstad: Länsstyrelsen.
- MacEntee, M.I., Hole, R., & Stolar, E. (1997). The significance of the mouth in old age. *Social Sciences of Medicine*, 46(9): 1449-1458.
- MacEntee, M.I., Wyatt, C.C.L., Beattie, B.L., Paterson, B., Levy-Milne, R., McCandless, L., & Kazanjian, A. (2007). Provision of mouth-care in long-term care facilities: an educational trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35: 25-34.
- Makhija, S.K., Gilbert, G.H., Litaker, M.S., Allman, R.M., Sawyer, P., Locher, J.L., & Ritchie, C.S. (2007). Association between aspects of oral health-related quality of life and body mass index in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55: 1808-1816.
- McGrath, C., & Bedi, R. (1999). The importance of oral health to older people's quality of life. *Gerodontology*, 16: 59-63.
- Murray, P.E, Ede-Nichols, D., & Garcia-Godoy, F. (2006). Oral health in Florida nursing homes. *International Journal of Dental Hygiene*, 4: 198-203.

Nicol, R., Sweeney, M.P., McHugh, S., & Bagg, J. (2005). Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33: 115-1124.

Nordenram, G., & Ljunggren, G. (2002). Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Diseases*, 8: 296-302.

Nordenram, G., & Nordström, G. (2000). *Äldretandvård*. Stockholm: Gothia.

Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Paulsson, G., Fridlund, B., Holmén, A., & Nederfors, T. (1998). Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Special Care in Dentistry*, 18 (6): 234-242.

Paulsson, G., Söderfeldt, B., Nederfors, T., & Fridlund, B. (2002). Nursing personnel's views on oral health from a health promotion perspective: a grounded theory analysis. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60: 42-49.

Peltola, P., Vehkalahti, M.M., & Simoila, R. (2005). Oral health-related well-being of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology*, 22: 17-23.

Peltola, P., Vehkalahti, M.M., & Wuolijoki- Saaristo, K. (2004). Oral health and treatment needs of the long- term hospitalised elderly. *Gerodontology*, 21: 93-99.

Reed, R., Broder, H.L., Jenkins, G., Spivac, E., & Janal, M.N. (2006). Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology*, 23: 73-78.

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.

Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur. 245 s.

Sable, JA., Dunn, LB., & Zisook, S. (2002). Late-life depressions. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*; 57: 18-35.

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2008). *SBU synar tandimplantat och rotbehandling*. Stockholm: SBU.

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturstudie*. Rapport nr 172. Stockholm: SBU.

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Allmänna förlaget.

SFS 1985:125 Tandvårdslagen. Stockholm: Allmänna förlaget.

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.  
Stockholm: Allmänna förlaget.

SFS 1998:1338 Tandvårdsförordningen. Stockholm: Allmänna förlaget

SFS 2001:453 Socialtjänstlagen. Stockholm: Allmänna förlaget.

Socialstyrelsen. (2001). *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? – En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). *Äldre - vård och omsorg år 2002. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen. (2006). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån. (2006a). *Sveriges framtida befolkning 2006-2050. Demografiska rapporter 2006:2*. Stockholm: SCB.

Statistiska Centralbyrån. (2006b). *Undersökning av levnadsförhållanden 1980-2005 (ULF). Ohälsa och sjukvård 1980-2005*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Sveriges kommuner och landsting. (2007). *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Uppföljning av 2006 års verksamhet*. <http://www.sk1.se> (2008-02-14)

Thean, H., Wong, M.L, & Koh, H. (2007). The dental awareness of nursing home staff in Singapore-a pilot study. *Gerodontology*, 24: 58-63.

Trost, Jan. (2001) *Enkätboken* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Widenheim, J., Renvert, S., & Birkhed, D. (2003). *Förebyggande tandvård* (2:a uppl.). Stockholm: Gothia.

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.

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: 330-336.

Wårdh, I., Hallberg, L. R-M., Berggren, U, Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral health care - a low priority in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14: 137-142.

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

Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiya, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., & Morita T. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *Oral Care Working Group Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (3): 430-433.

Österberg, T., Carlsson, G E., & Sundh, V. (2000). Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975-1997 by Statistics Sweden. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(4): 177-182.

# Frågeformulär

## Bakgrund

### 1. Ålder

25 år eller yngre

26-45 år

46 år eller äldre

### 2. Arbetsplats

Servicehus

Demensboende eller gruppboende

Äldreboende

Sjukhem

### 3. Yrkestitel

Sjuksköterska

Undersköterska

Vårdbiträde

### 4. Antal år i yrket

.....

## Din munhälsa

### 5. Hur tycker du att din munhälsa är?

- Bra
- Ganska bra
- Ganska dålig
- Dålig

### 6. Hur viktigt är det för dig att vara frisk i munnen?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

### 7. Hur viktigt är det för dig att kunna tugga?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

### 8. Hur viktigt är utseendet på dina tänder?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

### 9. Hur viktigt är det för dig att ha fräsch andedräkt?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

### 10. Hur ofta borstar du tänderna?

- 2 gånger/dag
- 1 gång/dag
- Någon gång/vecka
- Sällan eller aldrig

### 11. Blöder tandköttet när du borstar tänderna?

- Ja, ofta
- Någon gång
- Nej, aldrig
- Vet ej

### 12. Hur ofta rengör du mellan tänderna?

- 1 gång/dag
- Minst 1 gång/vecka
- Någon gång/månad
- Sällan eller aldrig



## Munvård i ditt arbete

**13. Hur ofta anser du att den boende ska få hjälp med munvård?**

- 2 gånger/dag
- 1 gång/dag
- Någon gång/vecka
- Mera sällan

**14. Hur ofta brukar du hjälpa den boende med munvård?**

- 2 gånger/dag
- 1 gång/dag
- Någon gång/vecka
- Sällan eller aldrig

**15. Vad tycker du är svårast att hjälpa den boende med?**

- Matning
- Munhygien
- Kroppshygien
- Blöjbyte

**16. Tycker du att det är svårt att rengöra delproteser?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**17. Tycker du att det är svårt att rengöra helproteser?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**18. Tycker du att det är svårt att rengöra de boendes egna tänder?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**19. Tycker du att det är svårare att rengöra egna tänder än proteser?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

## Munvårdsutbildning

**20. Har du fått munvårdsutbildning?**

- Ja, i min grundutbildning
- Ja, genom uppsökande verksamhet
- Ja, annat sätt
- Nej, har ingen munvårdsutbildning

**21. Vad innehöll din utbildning?**

**a) Teoretisk undervisning i munvård**

- Ja
- Nej

**b) Praktisk undervisning i munvård**

- Ja
- Nej

**c) Undervisning om mun- och tandsjukdomar**

- Ja
- Nej

**d) Undervisning om olika munvårdshjälpmiddel**

- Ja
- Nej

**22. Anser du dig behöva mer kunskap om mun- och tandsjukdomar?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**23. Anser du dig behöva mer kunskap om praktisk munvård?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**24. Anser du dig behöva mer kunskap om munvårdshjälpmiddel?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

## Munvård till äldre i särskilt boende

**25. Upplever du att munvården fungerar på din avdelning?**

- Ja, bra
- Ja, ganska bra
- Nej, ganska dåligt
- Nej, dåligt

**26. Samtalar personalen på din avdelning om de boendes munvårdsbehov?**

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

**27. Hur skulle du vilja beskriva dina munvårdsinsatser till de boende?**

**Du kan välja flera alternativ.**

- En del av god omvårdnad
- Något som måste göras
- Ingrepp i personens integritet
- Otrevlig aktivitet

**28. Finns nödvändiga hjälpmedel, som t.ex. tandborste och tandkräm, alltid tillgängliga?**

- Ja, alltid
- Ja, ofta
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

**29. Händer det att den boende vägrar ta emot hjälp med munvård?**

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

**30. Vad är största hindret när du ska hjälpa den boende med munvård?**

- Tidsbrist
- Jag vill inte utföra munvård
- Den boende vägrar ta emot hjälp
- Den boende klarar sin munhygien själv

**31. Ifrågasätter anhöriga eller närstående ditt utförande av munvård?**

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig



### Informationsbrev

#### **Till dig som arbetar på särskilt boende**

Vi är två studenter som läser tredje året på tandhygienistprogrammet vid Karlstads universitet och skriver ett examensarbete.

Syftet med vår studie är att beskriva vårdpersonalens attityder och beteenden avseende munvård och om munvårdsutbildning påverkar vårdpersonalens munvårdsinsatser till äldre i särskilt boende. Vi är intresserade av att veta hur du som arbetar på särskilt boende uppfattar betydelsen av munvård till de boende och därför är det värdefullt för oss om du som vill svara på våra frågor.

Arbetet genomförs som en pilotstudie där vi valt ut dig för att testa medföljande frågeformulär. Deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Om du väljer att besvara vårt frågeformulär är det betydelsefullt för undersökningens kvalitet om att du besvarar frågeformuläret så fullständigt som möjligt.

Dina svar kommer inte att avslöja Din identitet, då frågeformuläret är anonymt och behandlas konfidentiellt. Det är enbart vi som utför studien som kommer att läsa dina svar. Insamlad data kommer att förvaras inlåst, svaren kommer att matas in i dataprogram och efter avslutad studie kommer de insamlade frågeformulären att förstöras.

Om du har synpunkter eller problem med att bevara frågeformuläret så fråga oss gärna.

Tandhygieniststuderande

Ann-Christine Johansson mob: 070- 392 10 36

Eva Daarstad mob: 070- 315 68 38

**Tack på förhand för din medverkan!**

**SAMTYCKE/ MEDGIVANDE**

**Munvård för äldre på särskilt boende**

Jag har tagit del av informationen om studien angående munvård för äldre på särskilt boende.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak till detta.

Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien.

Ort, datum .....

Underskrift .....

Namnförtydligande .....



### Etikrådet vid Avdelningen för hälsa och miljö

Etikrådet har genomfört etikprövning av följande uppsatser:

- Eva Daurstad, Ann-Christine Johansson: Munnvården till äldre – en enkätstudie till vårdpersonal på särskilt boende
- Lena Krok: Tandhygieniststuderas uppfattning inför sitt kommande yrke

Båda studierna bedöms – efter en del ändringar -- vara acceptabla ur forskningsetisk synpunkt.

Kalmar den 17 januari 2008

Rolf Ahlén  
Ordförande