



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Munnen i fokus

Erfarenheter och attityder kring att utföra
munvård på äldre patienter ur
omvårdnadsperspektiv

Författare: Greta Hansson & Maria Lidberg

Handledare: Siv Victorin Nilsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Munnen i fokus

Erfarenheter och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter ur omvårdnadsperspektiv

Focus on the Mouth

Experiences and Attitudes Towards Performing Oral Care on Elderly Patients from a Nursing Perspective

Författare: Greta Hansson & Maria Lidberg

Handledare: Siv Wictorin Nilsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Abstrakt

Bristande munhälsa kan vara en betydande hälsorisk. Äldre patienter är en grupp som ofta har behov av omvårdnad. Trots att de flesta av omvårdnadspersonalen anser att munvård är en viktig del av omvårdnaden visar tidigare forskning att den bortprioriteras i den verkliga vården. Syftet var att ur omvårdnadsperspektiv belysa erfarenheter och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter. Metoden var en litteraturstudie med nio vetenskapliga studier som granskades och analyserades systematiskt. Det framkom fyra kategorier: *Munvårdens betydelse*, *Ansvar för munvården*, *Arbetsbelastning som hinder* och *Svårigheter kring utförandet*. Resultatet visade att omvårdnadspersonal tenderar att skjuta ifrån sig ansvaret för utförandet av munvård samt att munvård upplevs som obehagligt och svårt. Slutsaser som dras är att det är viktigt att omvårdnadspersonalen tar ett gemensamt ansvar och vågar kommunicera trots erfarenheten att munnen kan vara svår att prata om.

Nyckelord

Attityder, Erfarenheter, Munhälsa, Munvård, Omvårdnad, Omvårdnadsperspektiv, Äldre patienter

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Munhälsa	2
Den äldre patientens munhälsa	3
Omvårdnadspersonalens ansvar för munvården	4
Omvårdnadsperspektiv	5
Virginia Hendersons omvårdnadsmodell	5
Erfarenheter och attityder	6
Syfte	6
Metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska avvägningar	9
Resultat	10
Munvårdens betydelse	11
Kunskapsluckan	11
Påverkan på livskvalité	12
Ansvar för munvården	12
Inte min arbetsuppgift	13
Samarbete med tandvården	13
Arbetsbelastning som hinder	14
Hög arbetsbelastning	14
Prioritering av omvårdnadsinsatser	15
Svårigheter kring utförandet	15
Den egna munhälsan	16
En besvärlig uppgift	16
Autonomi och integritet	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	22
Referenser	23

Introduktion

Problemområde

Bristande munhälsa kan vara en betydande hälsorisk, Cullinan och Seymour (2013) påtalar ett samband mellan hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och lungsjukdomar med sjukdomar i munnen. Äldre personer är ofta en stor del av målgruppen med bestående behov av omvårdnadsinsatser (Socialstyrelsen, 2019). Munvård betraktas av omvårdnadspersonal som en viktig och självklar del i omvårdnaden men det händer att munvården prioriteras bort i den verkliga vården (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000). Munvården tenderar att glömmas bort i stressiga situationer eller när patienterna är väldigt sjuka. Först när munhälsan är betydligt försämrad uppmärksammas den (ibid.). En del omvårdnadspersonal upplever att de inte har tillräckligt med kunskap eller erfarenhet kring hur munvården ska utföras (Gil-Montoya, de Mello, Cardenas & Lopez, 2006). Omvårdnadspersonalen ställer sig frågande till hur de ska hantera situationer där patienterna kniper ihop munnen istället för att vilja samarbeta vid munvård (Jablonski et al., 2009). Det finns också en rädsla för att göra patienterna illa och att orsaka blödningar i tandköttet (ibid.). Vissa av omvårdnadspersonalen tar stort ansvar för patienternas munhälsa medan andra förlitar sig på att kollegorna ser till att munvården sköts, vilket kan leda till inkonsekvens i omvårdnaden (Wårdh et al., 2000). Denna litteraturstudie avser att ge överblick över det som redan finns skrivet kring erfarenheter och attityder gentemot att utföra munvård på äldre patienter ur omvårdnadsperspektiv.

Bakgrund

Munhälsa

Munhålan är inklädd i en skyddande slemhinna bestående av epitel som i friskt tillstånd är ljusröd och täckt med saliv (Andersson, 2014). Tungan är täckt av papiller på ovansidan medan undersidan har en tunn slemhinna med många små kärl. En vuxen person har trettiofå permanenta tänder med de fyra visdomständerna inräknade.

Tänderna omges av ett ljusrosa tandkött och i en frisk mun finns det en liten tandköttsficka på en till tre millimeter mellan tandköttet och varje tand (ibid.). Världshälsoorganisationen (WHO, 2003) fastställer att munhälsa är en del av allmän hälsa och väsentlig för välbefinnandet. Munhälsa innebär att munhålan är fri från kronisk värk, cancer, missbildningar såsom läpp-, käk- och gomspalt eller andra sjukdomar som påverkar munhälsan. Bristande munhälsa har en signifikant påverkan på människans livskvalité eftersom munnen är redskapet som används socialt genom tal, leende och kyssar. Munnen är dessutom nödvändig för att smaka, att tugga och att svälja. Utöver det utgör munhålan ett skydd mot infektioner (ibid.).

Den äldre patientens munhälsa

En människa blir patient när hen mottager professionell vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Begreppet patient innebär en reversibel roll och begreppet person behandlar identitet där en person är unik och omöjlig att ersätta (Kristensson Ugglå, 2014). Som patient befinner sig personen i ett kognitivt underläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen till följd av mindre kunskap gällande vårdverksamheten (ibid.). Förenta nationerna (United Nations, 2015) definierar äldre som 60 år och äldre.

Med åren blir munnens slemhinna något tunnare och käkbenen tillbakabildas en aning, vilket blottar tandhalsarna, som i större utsträckning är känsliga för kariesangrepp än tändernas emalj (Larsson & Rundgren, 2010). Salivproduktionen förblir däremot oförändrad som en del av det naturliga åldrandet (ibid.). Multisjuka äldre patienter tar ofta flera olika läkemedel varje dag (Socialstyrelsen, 2009) och många läkemedel har muntorrhet som biverkan, vilket ökar risken för skador på tänderna (FASS, 2017). Tandhälsan har över tid förbättrats och allt fler äldre har kvar sina egna tänder, dock innebär ett större antal egna tänder en ökad risk för parodontit (Socialstyrelsen, 2018a). Det första tecknet på tandköttssjukdom är inflammation i tandköttet som uppmärksammas av att tandköttet blöder vid tandborstning (Heath et al., 2011). Tandköttsinflammationen kan sedan i värsta fall övergå till parodontit men det går att förhindra med god munvård. Parodontit innebär att de strukturer som håller tänderna på plats förstörs vilket leder till att tänderna blir lösare och kan se längre ut (ibid.).

Omvårdnadspersonalens ansvar för munvården

Hälso- och sjukvårdspersonal är ett brett begrepp som definieras i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, kap. 1, 4 §) och som innefattar bland annat legitimerad personal inom hälso-och sjukvårdsyrket, personal som är medverkande i hälso-och sjukvården av patienter på sjukhus och andra vårdinrättningar samt de som biträder den legitimerade personalen. Eftersom hälso- och sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, med eller utan specialistutbildning, undersköterskor och vårdbiträden deltar i omvårdnadsarbetet kring patienten har författarna valt att använda begreppet omvårdnadspersonal.

Munvård är viktigt för att hålla en god munhygien, förhindra sjukdomar och lindra de munhälsoproblem som redan finns (Andersson, 2014). Vid munvård bör tänderna borstas två gånger per dag á två minuter med tandkräm som innehåller fluor, alternativt specialtandkräm för patienter med känsliga slemhinnor eller muntorrhet. Rengöring mellan tänderna med exempelvis tandtråd eller mellanrumsborste rekommenderas en gång dagligen, likaså att munskölj används som komplement. Om det föreligger svårigheter att rengöra munnen på grund av exempelvis smärta kan munnen istället sköljas med Klorhexidin Dental under en kortare period. Ifall patienten har tandersättning eller tandprotes är det viktigt att dessa rengörs. En viktig del i munvården är också att förebygga och åtgärda dålig andedräft vilket görs genom, förutom att borsta tänderna, att rengöra tungan och munslemhinnan med en extra mjuk tandborste och ljummet vatten. Speciella medel kan användas att sköljas med eller badda munnen med. Nedsatt salivsekretion kan leda till dålig andedräft och obehag men kan lindras genom att fukta munnen ofta. Vid svårare besvär kan intorkat slem torkas bort med koksalt och saliversättningsmedel ges. Läppar och mungipor ska smörjas in efter utförd munvård (ibid.).

Sjuksköterskan ska kontinuerligt bedöma sina patienters munhälsa samt analysera huruvida det förekommer risk för olika munhälsoproblem (Andersson, 2014). Munhälsobedömningar är särskilt viktiga och bör ske ofta på patienter vars allmäntillstånd är nedsatt. Om åtgärder behövs och sätts in är det viktigt att de följs upp. Det är sjuksköterskan som har ansvaret för att munhälsobedömningarna genomförs och dokumenteras samt att åtgärder sker och utvärderas. Det kan dock variera vem av omvårdnadspersonalen som utför munvården (ibid.).

Omvårdnadsperspektiv

Den legitimerade sjuksköterskan innehar ledarrollen för omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Omvårdnad har som utgångspunkt en humanistisk syn på människan med ett existentiellt filosofiskt synsätt, där människan är en aktiv och skapande del av sin kontext (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, kap. 6, 1 §) ska patienter ges kunnig och omsorgsfull vård som uppfyller kraven på att vården ska genomföras i enlighet med evidens och beprövad erfarenhet. Omvårdnad handlar om att vårdaren har kunskap om vad hen kan göra för att på lång sikt främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Svensk sjuksköterskeförening betonar att ansvaret för att alla människors rätt och värde sörjes för ligger hos vårdpersonalen (ibid.).

Virginia Hendersons omvårdnadsmodell

Henderson (1982) beskriver i sin omvårdnadsmodell att sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten utföra hälsofrämjande åtgärder som patienten inte själv klarar av, på grund av sitt hälsotillstånd, bristande kunskap eller avsaknaden av viljemässig ork. Sjuksköterskan ska utföra dessa åtgärder med målet att patienten så snart som möjligt ska kunna återfå sin egen förmåga att utföra dem självständigt. Vidare måste dessa omvårdnadsåtgärder anpassas utifrån patientens ålder, psykiska tillstånd, fysiska och intellektuella förmågor samt kulturella bakgrund. Henderson delar in sjuksköterskans omvårdnad i fjorton delfaktorer varav en är "Att hjälpa patienten hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden" (Henderson, 1982, s. 24). Omvårdnadsåtgärderna är inte enbart för att patienten ska uppleva fysiskt välbefinnande utan också en möjlighet för sjuksköterskan att ge sin fulla uppmärksamhet till patienten för att på så sätt trösta och lugna patienten och därmed skapa en god relation. Henderson poängterar att det material som behövs för vården måste vara lättillgänglig för patienten och att standarden på renlighet inte ska sänkas när patienten är sjuk utan i stället höjas, trots att det i vissa fall innebär att tvång är nödvändigt. En del i nämnd omvårdnad är rengöring av mun och tänder vilket sjuksköterskan måste kunna utföra på ett effektivt sätt oavsett vilket tillstånd patienten är i. Tanderna och tandköttet ska rengöras minst två gånger om dagen och sjuksköterska ska undvika att ersätta tandborstning med rengöring med bomullspinnar (Henderson, 1982).

Erfarenheter och attityder

Erfarenheter definieras i Svenska Akademiens ordlista (Svenska Akademien, 2015) som de kunskaper och färdigheter en person erhåller genom det hen varit med om. En attityd kan beskrivas som en mental inställning eller som en känsla för ett objekt, en person eller idé (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). Till skillnad från en tro eller övertygelse så är en attityd vanligen långvarig. Attityder kan klassas som positiva eller negativa, respektive bra eller dåliga och varierar mellan individer. Attityder påverkar både tankar och beteenden (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att ur omvårdnadsperspektiv belysa erfarenheter och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter.

Metod

Litteraturstudien har genomförts som en icke systematisk litteraturstudie med induktiv ansats. Enligt Kristensson (2014) innebär en icke systematisk litteraturstudie att den inte fullt lever upp till de villkor som ställs på en systematisk litteraturstudie eftersom den inte täcker in alla tänkbara studier i sökningen.

Urval

Urvalet bestod av totalt nio studier varav fyra med kvalitativ ansats, fyra med kvantitativ ansats och en utförd med mixed method, som alla berörde erfarenheter eller attityder kring att utföra munvård på äldre patienter. Studierna söktes fram genom databaserna PubMed och CINAHL. PubMed innehåller huvudsakligen medicinsk vetenskaplig litteratur (Kristensson, 2014). Inom det vårdvetenskapliga området är CINAHL en relevant databas för att hitta vetenskapliga artiklar (Polit & Beck, 2017). CINAHL står för Cumulative Index to Nursing

and Allied Health Literature (ibid.). Att sökningen genomförs i mer än en databas ökar chansen för att sökningen ska få en tillräcklig omfattning (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Inklusionskriterierna för litteraturstudien var att studierna skulle vara publicerade mellan år 2004 och 2019, skrivna på engelska och bedömas vara av medelhög till hög kvalitet. De studier som exkluderades berörde andra åldersgrupper än äldre patienter eller berörde patienter som var intuberade vilket tillhör intensivvård.

Datainsamling

Sökningen i PubMed innefattade MeSH-termerna "Attitude to Health", Attitude of Health Personnel, "Attitude", "Nursing Staff", "Nurses", "Nursing", "Nursing Care" och "Oral Hygiene". MesH-termerna kompletteras med fritextorden "Oral Health" och "Mouth Care" (Tabell 1). Sökningen i CINAHL innefattade CINAHL Subject Headings-termerna "Mouth Care", "Nurses", "Nursing Care", "Attitude", "Attitude of Health Personnel", "Perception" samt fritextorden "Oral Hygiene" och "Oral Health" (Tabell 2). Efter sökningen lästes alla titlar igenom för att göra en inledande bedömning angående vilka studier som var relevanta gentemot föreliggande litteraturstudies syfte. Utifrån titlarna sorterades studier gällande andra åldersgrupper än äldre bort manuellt, liksom de vars syfte var att undersöka intuberade patienter. Därefter lästes kvarvarande studiers abstrakts igenom. Sökresultatet i PubMed och CINAHL jämfördes för att sortera bort dubletter (n=sex). I tabellerna har dubletterna inkluderats i PubMed-sökningen och därmed exkluderats från CINAHL-sökningen (Tabell 1; Tabell 2). Studier som vid läsningen av abstrakts bedömdes som relevanta lästes i sin helhet för vidare bedömning. Vid genomläsningen sorterades studier bort (n=sex) då de berörde övertygelser eller mätte kunskap, vilket inte svarade mot föreliggande studies syfte. Därefter genomgick de valda studierna kvalitetsgranskning och fördes in i en litteraturmatris. Under granskningen sorterades ytterligare studier bort (n=tre) till följd av att de inte heller motsvarade syftet.

Tabell 1 Litteratursökning i PubMed

PubMed Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext*	Granskade artiklar	Inkluderade i resultatet
#1 ("Attitude to Health"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Attitude"[Mesh:NoExp]	567	332			
#2 (((("Nursing Staff"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh])	384	515			
#3 (("Oral Hygiene"[Mesh]) OR "Oral Health") OR "Mouth Care"	56	439			
#4 #1 AND #2 AND #3 NOT Pregnant	232				
#5 Limits: Publication date from 2004/01/01 to 2019/12/31; English	198	22	14	10	8

* Inklusive dubletter i CINAHL
Sökdatum 19/11/21

Tabell 2 Litteratursökning i CINAHL

CINAHL Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext*	Granskade artiklar	Inkluderade i resultatet
#1 "Oral Hygiene" OR "Oral Health" OR (MH "Mouth Care+")	22	566			
#2 (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Care+")	462	350			
#3 (MH "Attitude+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Perception+")	463	342			
#4 #1 AND #2 AND #3	178				
#5 Limits: Academic Journals, Published dates 2014/01/01 to 2019/12/31, English	151	14	4	2	1

* Exklusive dubletter i PubMed
Sökdatum: 19/11/19

Dataanalys

För att göra en granskning av god kvalitet behöver en systematisk granskning ske med hjälp av en granskningsmall (Kristensson, 2014). Statens beredning för medicinsk och social utvärderingsmall (SBU, 2017) för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik har använts för att granska kvaliteten på de kvalitativa studierna. Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool (JBI, 2017) användes för de kvantitativa studierna. Till studien med mixed method användes granskningsmallen MMAT av Hong et al. (2018).

För att förtydliga resultaten från de olika granskningsmallarna omvandlades poängsättningen till procentsatser. Medelhög kvalitet bestämdes vara 60–75 % och hög kvalitet 76–100 %. Alla studierna bedömdes ha medelhög till hög kvalitet efter kvalitetsgranskningen och inkluderades därmed i resultatet. Tre av de kvalitativa studierna bedömdes ha hög kvalitet och en bedömdes vara medelhög. Av de kvantitativa studierna bedömdes tre vara av medelhög kvalitet och en av hög kvalitet. Studien med mixed method bedömdes vara av hög kvalitet.

Dataanalysen har genomförts utifrån Fribergs (2017) tre steg. De tre stegen innebär att först läsa igenom de utvalda studierna flertalet gånger för att på så sätt få en uppfattning av vad de handlar om. I det andra steget ska de relevanta delarna av respektive studie dokumenteras i en litteraturmatris för att få struktur på och en översikt av materialet som sen ska analyseras. I det tredje steget identifieras likheter och skillnader i koder som därefter sorteras under olika rubriker som skapar kategorier med tillhörande underkategorier (ibid.). När kategorierna och underkategorierna fastställts översattes koderna från engelska till svenska av båda författarna enskilt för att sedan jämföras. Under kodningsarbetet återvände författarna till artiklarna för att minska risken för tolkningsfel.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen utgör en redogörelse för etiska principer gällande medicinsk forskning som involverar människor (World Medical Association, 2013). I deklarationen fastställs att integritet och självbestämmande ska bevaras hos de som deltar i studien. Deltagarna i studien ska vara informerade om vad det innebär att delta, vilken metod som kommer användas samt informerade om att det alltid är möjligt att avbryta sitt deltagande. Vidare redogör Helsingforsdeklarationen att nyttan med studien ska överväga eventuella risker, minimera skaderisken och följa aktuell lagstiftning. Innan studien genomförs ska den ha genomgått en etisk prövning av en etisk kommitté (ibid.).

Till föreliggande litteraturstudie har det i största möjliga mån valts ut studier som genomgått granskning av en etisk kommitté eller där det förs etiska resonemang. I lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, kap. 1, 4 §) fastställs det att etisk prövning ska tillämpas på forskning som innebär ett fysiskt ingrepp på forskningspersonen, forskning

som påverkar personen fysiskt eller psykiskt eller är en uppenbar risk för skada samt studier på biologiskt material från avliden människa (ibid.). Med hänvisning till lagen om etikprövning har två svenska studier utan godkännande från etisk kommitté inkluderats i resultatet. Det eftersom deltagarna i studierna inte tillhör en sårbar grupp och det inte förekommer någon uppenbar risk för fysisk eller psykisk skada. I föreliggande litteraturstudie har materialet från datainsamlingen bearbetas sanningsenligt enligt akademisk hederlighet. Akademisk hederlighet innefattar att inte använda sig av påhittade eller falska data samt att inte plagiera någon annans arbete (Lunds universitet, 2012).

Resultat

Genom analysen framkom fyra kategorier: *Munvårdens betydelse*, *Ansvar för munvården*, *Arbetsbelastning som hinder* och *Svårigheter kring utförandet* med tillhörande underkategorier (Tabell 3).

Tabell 3 Kategorier

Munvårdens betydelse	Ansvar för munvården	Arbetsbelastning som hinder	Svårigheter kring utförandet
Kunskapsluckan	Inte min arbetsuppgift	Hög arbetsbelastning	Den egna munhälsan
Påverkan på livskvalité	Samarbete med tandvården	Prioritering av omvårdnadsinsatser	En besvärlig uppgift Autonomi och integritet

Munvårdens betydelse

Att munvården har betydelse för människors välbefinnande tycks vara allmänt känt bland omvårdnadspersonalen, men inte alla tycktes ha kunskap om hur en relevant munvård skulle utföras vilket kunde få konsekvenser för patienterna. Kategorin beskrivs närmare i underkategorierna *Kunskapsluckan* och *Påverkan på livskvalité*.

Kunskapsluckan

Att kunskap är en viktig del av munvården togs upp i en norsk observations- och tvärsnittsstudie där de äldre patienternas tandhälsa undersöktes och analyserades utifrån deras tandvårdsregister och där omvårdnadspersonalen svarade på en enkät (Willumsen, Karlsen, Naess & Bjørntvedt, 2012). Kunskapens betydelse för munvården underströks också av Ek, Browall, Eriksson & Eriksson (2018) som genomförde fokusgruppsintervjuer med 23 personer inom olika vårdprofessioner i Sverige. Emellertid var det flera studier som visade att omvårdnadspersonalen upplevde att de hade för lite kunskap inom munvård (Andersson, Nordenram, Wårdh & Berglund, 2007; Dharamsi, Jivani, Dean & Wyatt, 2009; Ek et al., 2018; Lindqvist, Seleskog, Wårdh & von Bultzingslowen 2013). Denna kunskapslucka resulterade i olämplig vård (Dharamsi et al., 2009) och skapade känslor av osäkerhet och otillräcklighet (Ek et al., 2018). Bristande kunskap om sjukdomar i munnen lyftes fram som ett problem (Andersson et al., 2007; Dharamsi et al., 2009; Ek et al., 2018).

Omvårdnadspersonalen visste inte vad de skulle leta efter eller vad de skulle göra i olika situationer med munhälsoproblem (Andersson et al., 2007). Det framkom också att de tyckte att det var märkligt att dessa färdigheter saknades i teamet hos de som arbetade närmre med de äldre patienterna (ibid.). Omvårdnadspersonalen visste inte vad de skulle göra om tandköttet blödde och ställde sig tveksamma till att rengöra tunga och borsta tänderna på de patienter som hade känslig kräkreflex eller lösa tänder (Dharamsi et al., 2009).

I en studie som utfördes i Kanada kombinerades enkäter, intervjuer och observationer (Dharamsi et al., 2009). Det var 90 undersköterskor som deltog i enkätundersökningen och 26 deltagare med olika vårdprofessioner som intervjuades. I resultat framkom det att hälften av deltagarna i enkätundersökningen trodde att de äldres tänder ramlade ut som en naturlig del av

åldrandet. Vidare trodde en tredjedel att det inte var nödvändigt att borsta tänderna för att avlägsna plack och endast ungefär en tredjedel ansåg att de äldre patienterna skulle erhålla munvård dagligen (Dharamsi et al., 2009). I en studie från Sverige svarade 454 deltagare som var anställda på ett äldreboende på en enkätundersökning (Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012). I likhet med den kanadensiska studien trodde hälften av deltagarna att de äldres tänder skulle falla ut naturligt av ålder oavsett om tänderna togs om hand eller inte (ibid). Omvårdnadspersonalen ansåg att det fanns ett behov av kontinuerlig utbildning inom munhälsa (Ek et al., 2018)

Påverkan på livskvalité

I en enkätundersökning utförd på två geriatriska akutvårdsavdelningar i Australien med 131 respondenter underströks det att munvård i den dagliga omvårdnaden är viktigt (Gibney, Wright, Sharma & Naganathan, 2015). Vilket även visades av Wårdh et al. (2012) och Lindqvist et al. (2013) som intervjuat 23 anställda på ett äldreboende i Sverige. God munhälsa är av stor vikt för välbefinnande och för god livskvalitet (Dharamsi et al., 2009; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013). Detta poängterades också i en svensk studie där 15 distriktssköterskor verksamma i primärvården intervjuades (Andersson et al., 2007). Att dagligen undersöka munnarna hos de äldre patienterna ansågs vara viktigt (Dharamsi et al. (2009). Kännedom kring samband mellan munhälsa och den allmänna hälsan i förhållande till ökad mortalitet påtalades av Lindqvist et al. (2013).

Ansvar för munvården

Att munvård tillhörde omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter var de flesta respondenterna överens om men trots det var det otydligt vem som tog ansvar för munnen. Kategorin beskrivs närmare i underkategorierna *Inte min arbetsuppgift* och *Samarbete med tandvården*.

Inte min arbetsuppgift

Attityderna kring vems ansvar det är att utföra munvård skiljde sig åt både inom och mellan de olika studierna. Att ansvaret låg hos en annan profession än sin egen var en återkommande åsikt (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013). Distriktssköterskorna hävdade att munhålan och dess problem inte var deras ansvar utan att munhälsa och munvård tillhörde andra professioner (Andersson et al., 2007). Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan menade att det är sjuksköterskorna som arbetar nära patienterna som ansvarar (ibid). Medan de sjuksköterskorna framhävde att munvård inte var en del av sjuksköterskans arbete (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018) och att de hade en aktiv roll i munvården först när patienterna var vid livets slutskede (Ek et al., 2018). Istället var det undersköterskorna som hade hand om munvården och det framkom att de intresserade sig lite mer för munhälsan hos de äldre som de var kontaktperson för (Lindqvist et al., 2013).

Däremot uttryckte respondenterna, oavsett vilken yrkesroll de hade inom vården, att bedömning av munhålan och munhälsan var en del av deras ansvar (ibid.). Majoriteten (80 %) av undersköterskorna i studien av Dharamsi et al. (2009) kände igen att munvård var del av deras uppgifter och en liten andel (10 %) av undersköterskorna kände att det var deras men även patientens familjs uppgift. I studien av Willumsen et al. (2012) ansåg de legitimerade sjuksköterskorna signifikant oftare att munvård skulle inkluderas i deras uppgifter än vad undersköterskorna och vårdbiträdena gjorde. Till skillnad från de tidigare nämnda studierna var åsikten hos majoriteten av respondenterna i Wårdh et al. (2012) att de äldre skulle säga ifrån när de behövde hjälp.

Samarbete med tandvården

Attityderna kring ifall omvårdnadspersonalen skulle samarbeta med tandvården eller inte skiljde sig åt både mellan och inom studierna. Det framkom genom 26 intervjuer i en brasiliansk studie (Unfer, Braun, Ferreira, Ruat & Batista, 2012) att omvårdnadspersonalen ansåg att det vore positivt att ha en tandläkare som såg efter munhälsan en gång i månaden. Likaså upplevdes det som en värdefull resurs av omvårdnadspersonalen att det fanns en tandvårdsklinik i samma byggnad (Lindqvist et al., 2013). Att tandhygienisterna utbildade

omvårdnadspersonalen ansågs också bra, däremot var det endast en fjärdedel av deltagarna i Wårdh et al. (2012) som hade föredragit hjälp från kommunens tandvårdsteam. Emellertid gick attityderna kring samarbete med tandvården isär hos omvårdnadspersonalen enligt Andersson et al. (2007). En del menade att det inte fanns något behov av att samarbeta med tandvårdsprofessioner medan andra önskade ett samarbete eftersom de saknade någon att diskutera munhälsoproblem med (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018).

Arbetsbelastning som hinder

Att det inte fanns tillräckligt med tid och att munvården hade lägre prioritet än andra omvårdnadsåtgärder var anledningar till att munvården inte utfördes på de äldre patienterna. Kategorin beskrivs närmare i underkategorierna *Hög arbetsbelastning* och *Prioritering av omvårdnadsinsatser*

Hög arbetsbelastning

I en svensk studie av Forsell et al. (2011) genomfördes en enkätundersökning där 105 personer som arbetade på ett äldreboende deltog, framkom det att majoriteten (92 %) av omvårdnadspersonalen ansåg sig ha tillräckligt med tid för att utföra munvård. Till skillnad från i studien av Willumsen et al. (2012) där endast en femtedel av deltagarna ansåg att de alltid kunde ta sig tid för patienternas munvård. Tidsbrist var en anledning till varför munvården inte genomfördes (Gibney et al., 2015; Wårdh et al., 2012). Ungefär en tredjedel (33 %) av deltagarna poängterade att tidsbrist var den huvudsakliga orsaken till att munvården inte blev utförd (Gibney et al., 2015). Erfarenheten av avsaknad av tid framkom även av resultatet i Andersson et al. (2007) där omvårdnadspersonalen uttryckte att de bara hade tid för det mest brådskande och att munvården inte inkluderades där. Det fanns inte tid att prata om munnen vid korta besök på vårdcentralen eller vid hembesök och tidsbristen förklarades vara den främsta anledningen till att deras uppgifter inte blev utförda (ibid.). Av det dagliga omvårdnadsarbetet ansågs tandborstningen vara det som tog längst tid, att prata om det, uppmana till det och att utföra det tog lång tid i jämförelse med andra arbetsuppgifter (Lindqvist et al., 2013). Det behövdes hjälp ifrån kollegor när de äldre patienterna inte

samarbetade med att öppna munnen men ifall det inte fanns någon tillgänglig och det inte fanns mer tid var omvårdnadspersonalen tvungen att fortsätta med annat omvårdnadsarbete (Ek et al., 2018). Känslan av att inte kunna vårda patienten ur ett helhetsperspektiv på grund av den relativt höga arbetsbelastningen skapade frustration och var anledningen till att munvården inte utfördes på daglig basis (Andersson et al., 2007; Dharamsi et al., 2009). Personalbrist lades även fram som en orsak till att munvården inte blev utförd dagligen (Andersson et al., 2007; Unfer et al., 2012), men det poängterades att personalen gjorde vad de kunde trots brist på personal (Unfer et al., 2012).

Prioritering av omvårdnadsinsatser

Munvården prioriterades inte av olika anledningar (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012). En anledning var att medicinering prioriterades högre än munvård av omvårdnadspersonalen (Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012) medan en annan anledning var att annat omvårdnadsarbete prioriterades högre än munvård (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012).

Omvårdnadspersonalen berättade att de inte fokuserade på munhälsoproblem (Andersson et al., 2007). Inte ens vid nedsatt aptit eller ät- och sväljsvårigheter utfördes bedömningar av munstatus (Ek et al., 2018). Det framkom även att de äldre patienterna som gjorde motstånd mot munvård fick lägst prioritet (Dharamsi et al., 2009).

Svårigheter kring utförandet

Att munvård upplevdes som svårt relaterades till omvårdnadspersonalens uppfattning om sin egen mun, att de äldre patienterna var motvilliga och att omvårdnadspersonalen var måna om att bevara patienternas integritet. Kategorin beskrivs närmare under underkategorierna *Den egna munhälsan*, *En besvärlig uppgift* och *Autonomi och integritet*.

Den egna munhälsan

Omvårdnadspersonalens rutiner gällande sin egen munvård påverkade rutinerna kring vilken typ av munvård som bedrevs (Unfer et al., 2012). Exempelvis var det en informant som dagligen använde tandtråd och ansåg därför att de i personalen borde hjälpa de äldre patienterna med att använda tandtråd, men att det var komplicerat (ibid.). Det påvisades ett samband mellan omvårdnadspersonalens inställning till sin egen munstatus, rädsla för att själv gå till tandläkaren och omvårdnaden som gavs (Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013). Det framkom att personalen som inte tog väl hand om sin egen mun tenderade att vara mindre motiverade att utföra munvård på andra (Dharamsi et al., 2009). Under en intervju av Wårdh et al. (2012) påtalades vikten av att personalen skulle utgå från sig själv gällande vården som bedrevs, att själv föreställa sig obehaget som är förenligt med att inte få tänderna borstade under en period.

En besvärlig uppgift

Munvård ansågs av omvårdnadspersonalen vara obehagligt (Forsell et al., 2011; Lindqvist et al., 2013) eller särskilt motbjudande (Dharamsi et al., 2009) samtidigt som majoriteten (75 %) av deltagarna i Willumsen et al. (2011) inte alls ansåg att munvård var obehagligt (ibid.). Obehaget som upplevdes berodde huvudsakligen på de äldre patienternas motvilja (Forsell et al., 2011). Det fanns också en rädsla för att skada patienterna som ledde till obehag (Forsell et al., 2011; Lindqvist et al., 2013). Dålig andedräkt och bakterier i munnen bidrog även till obehaget (Forsell et al., 2011; Unfer et al., 2012) samt otillräcklig kunskap kring skötsel av broar och tandkronor (Forsell et al., 2011). En del i personalen tyckte illa om att borsta de äldre patienternas tänder och menade att de hellre byter inkontinensskydd eller utför intimhygien efter tarmtömning (Dharamsi et al., 2009) medan andra informanter inte föredrog annat omvårdnadsarbete framför munvård (Forsell et al., 2011).

Omvårdnadspersonalen hade den gemensamma erfarenheten att munvård var svårt att utföra (Andersson et al., 2007; Dharamsi et al., 2009; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012). Att se efter andras tänder var nästan det svåraste de gjorde (Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012).

Omvårdnadspersonalen poängterade att munvård verkar lätt men är svårt (Dharamsi et al., 2009). Svårigheterna berodde på fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar hos patienterna (Dharamsi et al., 2009; Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012). Omvårdnadspersonalen menade att det inte fanns mycket att göra när en person med demens vägrade munvård (Lindqvist et al., 2013). En kognitiv nedsättning ställde högre krav på den som utförde vården eftersom det blev svårare (Unfer et al., 2012). Patienter som avböjde munvården, var motvilliga och inte ville samarbeta var en bidragande faktor till omvårdnadspersonalens erfarenhet av munvården som svår (Dharamsi et al., 2009; Forsell et al., 2011; Gibney et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012). Majoriteten av omvårdnadspersonalen var av erfarenheten att de äldre ibland eller alltid gjorde motstånd vid munvård (Forsell et al., 2011; Wårdh et al., 2012) och att det var därför munvården inte genomfördes (Gibney et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). Det var svårt när de äldre patienterna spottade och bet eller när de inte alls ville öppna sina munnar (Dharamsi et al., 2009; Lindqvist et al., 2013; Wårdh et al., 2012). Det upplevdes därmed lättare av omvårdnadspersonalen att undersöka patienternas ögon eller näsor än deras munnar (Andersson et al., 2007).

Autonomi och integritet

Integritet upplevdes som ett hinder för utförandet av munvård (Andersson et al., 2007). Det fanns en stor risk att integriteten kunde kränkas när det förelåg dagligt behov av assistans vid munhygien (Lindqvist et al., 2013) och det ansågs vara viktigare att respektera autonomi än att fråga om lov att få inspektera munnen och utföra munvård (Ek et al., 2018). Speciellt påträngande upplevdes det att utföra munvård på de äldre patienter som inte förstod behovet (ibid.). Munnen ansågs vara en privat och intim sfär och munvård upplevdes som förolämpande (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018), vilket var orsaken till att munnen och munhälsoproblem betraktades som ett känsligt ämne att ta upp (Andersson et al., 2007). Omvårdnadspersonalen var av erfarenheten att de äldre patienterna skämdes och inte ville visa sina munnar för dem, därmed blev anmärkningar om munhälsoproblem speciellt kränkande (Andersson et al., 2007). Det kändes lättare att fråga om att få undersöka patienternas hals än munhåla likväl som det kändes lättare att fråga ifall den äldre patienten behövde hjälp med intimhygien (Ek et al., 2018). För att kunna utföra bra munvård betonades

därför vikten av en god vårdande relation mellan omvårdnadspersonalen och den äldre patienten (ibid.)

Majoriteten (84 %) av omvårdnadspersonalen hade erfarenheten att de hade behövt använda milt fysiskt tvång för att kunna utföra munvård ordentligt (Forsell et al., 2011). De äldre patienterna som motsatte sig hjälp med munvård ansågs vara ett betydande problem (Willumsen et al., 2012). Trots detta var det bara en femtedel (21 %) av deltagarna som hade övervägt att söka lagligt tillstånd för att få använda tvång (ibid.). Att omvårdnadspersonalen inte ville tvinga de äldre patienterna som avvisade hjälp med munvård återfanns Lindqvist et al. (2013) resultat.

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att belysa erfarenheter och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter genomfördes denna litteraturstudie. Enligt Kristensson (2014) är litteraturstudien ett bra tillvägagångssätt för att sammanställa tillämpbar kunskap som sedan kan överföras till praktiken. Föreliggande studie är inte en systematisk litteraturöversikt då den inte täcker in alla tillgängliga data men tillvägagångssättet har varit systematiskt. Studier med kvalitativ och kvantitativ metod har inkluderats med syftet att stärka de kvalitativa fynden med större datamängd från de kvantitativa studierna.

I sökningarna som genomfördes framkom inte bara attityder utan också erfarenheter från omvårdnadspersonalen. Med hjälp av ytterligare sökord hade datainsamlingen kunnat inkludera fler relevanta studier. Under arbetets gång noterades att sökordet ”Experiences” saknades. Gällande vald åldersgrupp genomfördes testsökningar både med sökord som ”Aged” eller ”Elderly” samt med de åldersfilter som finns i respektive databas. Eftersom flera av studierna då felaktigt sällades bort genomfördes istället sökningen utan vare sig sökord eller filter gällande ålder, sökträffen sorterades istället manuellt. I sökningen inkluderades studier

som var publicerade de senaste femton åren. Ett sådant relativt brett tidsspann fastställdes för att inte exkludera relevanta studier som motsvarar föreliggande studies syfte. De äldre studierna som valdes ut ansågs vara aktuella eftersom resultaten hade flera likheter med de nyare studiernas resultat.

Studierna lästes var för sig för att få en ökad förståelse för innehållet samt för att undvika att färgas av varandras tolkningar. Även översättningar och kodning av data utfördes enskilt för att därefter jämföras för att eftersträva korrekta översättningar i största möjliga mån. Därefter bearbetades och analyserades koderna gemensamt. Målet med analysförfarandet var att eftersträva att undvika feltolkningar för att öka litteraturstudiens trovärdighet och pålitlighet.

Bortfallet bestod av studier som inte helt motsvarade syftet i föreliggande litteraturstudie, däribland de som fokuserade mer på kunskap och övertygelser gällande munvård än attityder och erfarenheter. Alla studier som inkluderades i resultatet har bedömts vara av medelhög till hög kvalitet vilket höjer resultatets trovärdighet. I resultatet skildes inte de olika yrkeskategorierna och professionerna åt. Det eftersom syftet med studien är att belysa uppfattningar och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter ur omvårdnadsperspektiv. I vissa sammanhang innefattar begreppet omvårdnadspersonal endast undersköterskor och vårdbiträden men som fastställts i bakgrunden omfattar omvårdnadspersonal i föreliggande studie vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet var att ur omvårdnadsperspektiv belysa erfarenheter och attityder kring att utföra munvård på äldre patienter. Litteraturstudien genomfördes med avsikten att möjliggöra insikt i ämnet utan att generalisera det resultat som framkom. I resultatet visade det sig att flera av respondenterna sköt ifrån sig ansvaret för munvården på en annan profession, på sina kollegor eller bara ospecificerat sköt ifrån sig ansvaret (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013). Varken sjuksköterskorna, undersköterskorna eller vårdbiträdena tog sig an munvården trots att flera av dem kände igen att den var del av deras arbetsuppgifter (Dharamsi et al., 2009; Ek et al., 2018). Omvårdnadspersonalen i Wårdh et al. (2000) studie

poängterade dock att trots att de äldres munhälsa var flera olika professioners angelägenhet så låg ändå huvudansvaret på var och en som utförde munvården. I resultatet framkom det att vissa ur omvårdnadspersonalen menade att de äldre patienterna skulle säga till när de var i behov av munvård (Wårdh et al., 2012). Enligt Wårdh (2000) borde omvårdnadspersonalen hjälpa patienterna att föra deras talan när de inte själva har förmågan längre. Med hänsyn till det kognitiva underläget patienterna befinner sig i till följd av mindre kunskap om vårdverksamheten jämfört med personalen, som Kristensson Ugglå (2014) beskriver, anser författarna att det vore ett för stort ansvar att lägga på patienterna. Det är tänkbart att patienten upplever att det är svårt att be om hjälp, speciellt i de fall då omvårdnadspersonalen verkar upptagen eller stressad. Att omvårdnadspersonalen undviker att fråga patienten om hen behöver hjälp med munvården kan bero på välvilja att värna om patientens integritet men det kräver att omvårdnadspersonalen är lyhörd gentemot patientens behov.

Att inte vilja ta på sig ansvaret är inte förenligt med Hendersons (1982) omvårdnadsmodell där hon beskriver att sjuksköterskan ska ta sig an allt omvårdnadsarbete som patienten inte själv klarar av att utföra. Om det så beror på patientens hälsotillstånd, bristande kunskap eller att patienten inte har någon ork rent viljemässigt. Om patienten varken har viljan eller orken och omvårdnadspersonalen förväntar sig att patienten säger till vid behov finns risken att munvården inte utförs, vilket kan leda till att patienten blir lidande till följd av problem relaterat till bristande munhälsa. Författarna föreslår att omvårdnadspersonalen visar lyhördhet genom en noggrann omvårdnadsanamnes och att de uppmärksammar samt åtgärdar munhälsoproblem såsom dålig aptit, muntorrhet eller smärta. Henderson (1982) understryker också vikten av att material nödvändigt för omvårdnad finns tillgängligt vilket i det här fallet är munvårdsprodukter.

Trots oklarheterna om vems ansvar munvården är står det tydligt beskrivet i den svenska sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) att det i omvårdnadsteamet är den legitimerade sjuksköterskan som ska ansvara för och besitta omvårdnadskompetensen. Det innebär att sjuksköterskan ansvarar för att bedöma, diagnostisera, planera, genomföra samt utvärdera omvårdnaden (ibid.). Undersköterskorna arbetar patientnära och hjälper patienterna med det som de inte klarar av själva omvårdnads- och omsorgsmässigt (Statens offentliga utredningar [SOU], 2019). Därmed finns det ett gemensamt ansvar för att utföra omvårdnad och författarna uppmuntrar till interna

diskussioner i verksamheterna kring vem som gör vad och hur det följs upp. Vad som ingår i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor och undersköterskor i andra länder kan dock skilja sig åt gentemot vad som ingår för svenska sjuksköterskor.

Resultatet visade att det fanns paralleller mellan hur omvårdnadspersonalen skötte sin egen munhygien och hur väl munvården utfördes på de äldre patienterna (Dharamsi et al., 2009; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013; Unfer et al., 2012). Detta samband styrks även av Coker, Ploeg, Kaasalainen & Carter (2017) och Wårdh et al. (2000) där det visade sig att sjuksköterskornas attityder kring sin egen munvård påverkade patienternas munvård. Att omvårdnadspersonalens inställning till sin egen mun kan påverka kvalitén på den munvård som bedrivs kan vara en viktig insikt och ett angeläget ämne att ta upp redan på utbildningsnivå samt för vidare forskning.

Den gemensamma uppfattningen var att munvård ansågs obehagligt och svårt till följd av att de äldre patienterna var motvilliga eller hade kognitiva funktionsnedsättningar (Dharamsi et al., 2009; Forsell et al., 2011; Gibney et al., 2015; Lindqvist et al., 2013; Willumsen et al., 2012; Wårdh et al., 2012). Att patienterna var motvilliga var anledningen till att munvården inte utfördes (Gibney et al., 2015). Motvilliga patienter tas även upp av Jablonski et al. (2009) som en svårighet med munvård. Omvårdnadspersonalen tyckte det var obehagligt när patienterna vägrade öppna munnen eller spottades och var rädda för att skada dem (ibid.). Virginia Henderson (1982) menar emellertid att rengöring av mun och tänder är en del av omvårdnadsarbetet som måste vara möjligt att utföra oavsett patientens tillstånd. Coker et al. (2017) uppmärksammar att hur omvårdnadspersonalen bemöter patienter som motsätter sig munvården påverkade huruvida munvården utfördes eller inte. Ifall patienterna vägrade kunde omvårdnadspersonalen välja att försöka övertyga och övertala patienterna eller acceptera att de avböjde hjälpen (ibid.). Att känna till och utveckla tillvägagångssätt för att bemöta personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdomar är viktigt för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder (Socialstyrelsen, 2018b). Likaså behövs utbildning och stöd för personalen så de besitter tillräcklig kompetens för att förebygga tvång (Socialstyrelsen, 2016). Författarna instämmer med Socialstyrelsen om att utbildning behövs.

I vissa fall ansågs patienternas integritet vara ett hinder för att prata om munnen eller att utföra munvård (Andersson et al., 2007; Ek et al., 2018; Lindqvist et al., 2013). Alla personer

har integritet oavsett kognitiv- och fysisk förmåga (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att respektera integriteten innebär att respektera personen, att vara lyhörd inför att alla människor är olika och att människan är sårbar (ibid.). Författarna anser att omvårdnadspersonalen behöver bli bättre på att kommunicera med patienten om munvård på ett personcentrerat sätt och våga prata om det fastän det kan kännas svårt. Till skillnad från andra omvårdnadsåtgärder talar inte munnen lika högt när den försummas, exempelvis märks det tydligt ifall ett inkontinensskydd inte blivit bytt medan munnen tenderar att glömmas bort.

Slutsats och kliniska implikationer

En hälsosam mun är viktigt för välbefinnandet och i de situationer patienten inte själv klarar av att ta hand om sin mun tyder studiens resultat på att omvårdnadspersonalen behöver ta ett gemensamt ansvar. Dels för hur munvården ska genomföras och följas upp, dels för att förbättra kommunikationen sinsemellan. Vidare visar studiens resultat ett samband mellan hur personalen sköter sin egen munhygien och hur väl munvården utförs. Omvårdnadspersonalens attityd spelar en viktig roll när patienten motsätter sig munvården genom att inte ge upp utan ihärdigt fortsätta försöka finna lösningar och vägar runt svårigheterna.

En del i det är att våga prata om munnen och munhälsoproblem med sina patienter trots att flera ur omvårdnadspersonalen erfarit att det är ett svårt ämne att ta upp. Föreliggande litteraturstudie ger en inblick i ämnet men representerar inte all aktuell forskning inom området. Därför behövs mer forskning om munvård ur omvårdnadsperspektiv, förslagsvis i form av en intervjustudie.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen mellan författarna av litteraturstudien har varit jämn. Genomläsning och granskning av artiklarna skedde enskilt för att därefter göra en gemensam dataanalys. Texten har producerats tillsammans och den slutgiltiga versionen har båda författarna bidragit lika mycket till.

Referenser

* 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. doi:778855485

Andersson, P. (2014). Munhälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 301–330). Lund: Studentlitteratur.

Berman, A., Snyder, S.J. & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (10th revised edition.) Harlow: Pearson Education Limited.

Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Carter, N. (2017). Nurses' oral hygiene care practices with hospitalised older adults in postacute settings. *International Journal of Older People Nursing* 12(1). doi: 10.1111/opn.12124.

Cullinan, M. P., & Seymour, G. J. (2013). Periodontal disease and systemic illness: Will the evidence ever be enough? *Periodontology 2000*, 62(1), 271–286. doi:10.1111/prd.12007

* Dharamsi, S., Jivani, K., Dean, C., & Wyatt, C. (2009). Oral care for frail elders: Knowledge, attitudes, and practices of long-term care staff. *Journal of Dental Education*, 73(5), 581-588. doi:73/5/581

* Ek, K., Browall, M., Eriksson, M., & Eriksson, I. (2018). Healthcare providers' experiences of assessing and performing oral care in older adults. *International Journal of Older People Nursing*, 13(2), 1-9. doi:10.1111/opn.12189

Erfarenhet (2015). *I Svenska Akademiens Ordlista*. Hämtad 20 december, 2019, från <https://svenska.se/tre/?sok=erfarenheter&pz=1>

FASS. (2017). *Biverkningar av läkemedel*. Hämtad 17 mars, 2019. Från FASS, <https://www.fass.se/LIF/menydokument?userType=2&menyrubrikId=152>

* Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(3), 199-203. doi:10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 141–151). Lund: Studentlitteratur.

* Gibney, J., Wright, C., Sharma, A., & Naganathan, V. (2015). Nurses' knowledge, attitudes, and current practice of daily oral hygiene care to patients on acute aged care wards in two Australian hospitals. *Special Care in Dentistry*, 35(6), 285-293. doi:10.1111/scd.12131

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(2), 95-101. doi:10.1016/j.gerinurse.2005.12.003

Heath, H., Sturdy, D., Edwards, T., Griffiths, J., Hylton, B., Jones, V., & Lewis, D. A. (2011). Promoting older people's oral health. *Nursing Standard*, 1(19). Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=104829309&site=ehost-live>

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Hong, QN., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., ... Vedel I. (2018) *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*. Hämtad 20 november, 2019, från Canadian Intellectual Property Office http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf

Jablonski, R. A., Munro, C. L., Grap, M. J., Schubert, C. M., Ligon, M., & Spigelmyer, P. (2009). Mouth care in nursing homes: Knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants. *Geriatric Nursing*, 30(2), 99–107. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.06.010

Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tool for use in JBI Systematic Reviews: Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. Hämtad 21 november, 2019, från Joanna Briggs Institute, <https://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I, Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 21–68). Stockholm: Liber.

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

* Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., & von Bultzingslowen, I. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(4), 298-305. doi:10.1111/idh.12016

Lunds universitet. (2012). *Riktlinjer och föreskrifter rörande plagiering och vilseledande plagiering inom utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå vid Lunds universitet*. Hämtad från <https://www.medarbetarwebben.lu.se/sites/medarbetarwebben.lu.se/files/riktlinjer-foreskrifter-plagiering.pdf>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

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

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. (2009-126-71). Västerås: Edita Västra Aros. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-1-23.pdf>

Socialstyrelsen. (2018a). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b). *Vård och omsorg vid demenssjukdom: Sammanfattning med förbättringsområden*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>

SOU 2019:20. *Stärkt kompetens i vård och omsorg: Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en handbok*. Hämtad 20 november, 2019, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

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

* Unfer, B., Braun, K. O., Ferreira, A. C., Ruat, G. R., & Batista, A. K. (2012). Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*, 29(2), 324-330. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00475.x

United Nations. (2015). *World Population Ageing 2015*. (ST/ESA/SER.A/390). New York: United Nations. Hämtad 17 april, 2019. Från

https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4:1. rev. och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

* Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), 748-755. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x

World Health Organisation. (2003). *The World Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Genève: World Health Organisation. Från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68506/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 310(20), 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053.

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 Sciences*, 14(2), 137-142. Från: <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=107146718&site=ehost-live>

* Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel - an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), 787-792. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x

* artiklar som inkluderats i resultatet