



Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044-20 30 00

Sjuksköterskeprogrammet 120 p
SJC810 Fördjupningsarbete i omvårdnad
(41-60), 10 poäng

Omvårdnadspersonalens upplevelse av sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder

Datum: 2006-01-22
Författare: Anna Hirvonen
Sara Ryderling
Handledare: Gabriella Nilsson
Examinator: Anna-Karin Edberg

Omvårdnadspersonalens upplevelse av sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder

Författare: Anna Hirvonen och Sara Ryderling

Handledare: Gabriella Nilsson

Litteraturstudie

Datum 2006-01-09

Sammanfattning

Bakgrund: Den orala hälsan är ett problem för många människor med psykiska funktionshinder. Anledningen till det är bland annat att det psykiska funktionshindret kan göra det svårt att klara av grundläggande rutiner i det vardagliga livet. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur omvårdnadspersonalen upplevde sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder. **Metod:** Studien har genomförts som en allmän litteraturstudie och som analysmetod har innehållsanalys använts. **Resultat:** Två huvudkategorier identifierades; barriärer som påverkar förmågan till att utföra oralt hälsoarbete samt barriärer som påverkar utförandet av oralt hälsoarbete. Till den första huvudkategorin knöts underkategorierna; otillräcklig utbildning, brist på stöd från tandvårdspersonal och bristande på rutiner. Till den andra huvudkategorin knöts underkategorierna; påverkan av personliga känslor, etiska dilemman och låg prioriterat. **Slutsats:** Otillräcklig utbildning ledde till att oral omvårdnad prioriterades lågt och påverkades av personliga känslor då omvårdnadspersonalen inte hade kunskap om den orala hälsans betydelse. Alltså mer utbildning rörande den orala hälsan och hur denne främjas är av betydelse, vilket skulle kunna göras genom ett utvecklingsarbete mellan omvårdnadspersonal och tandvårdspersonal.

Nyckelord: Omvårdnad, omvårdnadspersonal, oral hälsa, oral omvårdnad, psykiska funktionshinder.

Nursing staffs´ experience of their situation in the work with oral health in persons with psychological disabilities

Author: Anna Hirvonen and Sara Ryderling

Supervisor: Gabriella Nilsson

Literature review

Date 2006-01-09

Abstract

Background: The oral health is a problem for many people with psychological disabilities. The reason for that is among other things that the psychological disabilities could do it hard to handle fundamental routines in the everyday life.

Aim: The aim of the literature review was to describe how the nursing staff experienced their situation about their work with oral health in persons with psychological disabilities.

Method: The study has been done as an overview and the data has been analysed with content analysis.

Result: Two head categories were identified; barrier that influence the ability to perform the work with oral health and barrier that influence the performance of the work with oral health. The first head category was connected with the categories; insufficient education, education of significance, failed support from dental staff and failed routines. The second head category was connected with the categories; influence of personal feelings, ethical dilemma and low priority. **Conclusions:** Insufficient education lead to that oral care was not prioritised and was influenced by personal feelings when the nursing staff lacked knowledge about the meaning of oral health. In other words it is important with more education in oral health and how this can be promoted, which could be made through a development work between nursing staff and dental staff.

Keywords: Nursing, nursing staff, oral care, oral health, psychological disability.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Datainsamling	8
Urval	9
Analys	10
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Barriärer som påverkar förmågan till att utföra oralt hälsoarbete	11
Otillräcklig utbildning	12
Brist på stöd från tandvårdspersonal	12
Bristande rutiner	13
Barriärer som påverkar utförandet av det orala hälsoarbetet	13
Påverkan av personliga känslor.....	13
Etiska dilemman.....	14
Låg prioritet.....	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23

REFERENSER

- Bilaga 1 Sökschema
- Bilaga 2 a-i Artikelöversikt

BAKGRUND

Att uppmärksamma den orala hälsan är viktigt då den inte belyses i någon vidare utsträckning i omvårdnadssammanhang. Med tanke på hur den orala hälsan påverkar vårt allmänna välbefinnande borde detta område utgöras av en större del i den kliniska verksamheten än vad den gör idag.

Forskning har visat att den orala hälsan är ett problem för människor med psykiska funktionshinder. Anledningen till det är bland annat att det psykiska funktionshindret kan göra det svårt att klara av grundläggande rutiner i det vardagliga livet. Detta på grund av bristande motivation, apati, begränsat samarbete, låg anpassningsförmåga till nya instrument och förändringar i vanor samt bristande kommunikation (Ramon et al. 2003).

Ordet oral hänförs till munnen och de orala funktionerna, men utgör också en viktig roll för det allmänna välbefinnandet. De orala funktionerna representerar en central roll för människan och tas ofta för givet. De tillåter oss bland annat att skratta, prata, smaka, tugga och svälja (U.S. Public Health Service 2000). Oral hälsa beskrivs som en standard av hälsa av de orala delarna, vilka gör det möjligt för en individ att prata och vara social utan aktiva sjukdomar och obekvämligheter och som bidrar till ett allmänt välmående (Kay & Locker 1997). Enligt Världshälsoorganisationen är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp (Constitution of World Health Organization 1946).

I Psykiatireformen (SOU 1992:73) förklaras hur konsekvenserna av en långvarig psykisk störning måste ses som ett funktionshinder. Orsaken till det psykiska funktionshindret kan bland annat vara demens, depression och psykosjukdomar (World Health Organization 1992). Några funktionsnedsättningar som kan uppträda i samband med ett psykiskt funktionshinder är bland annat initiativlöshet, apati, överkänslighet, psykisk sårbarhet, kontaktskygghet, tillbakadragande och oförmåga att omsätta kunskaper (SOU 1992:73).

Världshälsoorganisationen beskriver funktionshinder enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) som ett paraplybegrepp för en förlust eller avvikelse i den fysiska eller psykiska funktionen. Det betecknar de negativa aspekterna av interaktionen mellan en individ med en sjukdom och denna personens kontextuella faktorer i form av omgivnings- och personliga faktorer (Socialstyrelsen 2001). Ur detta perspektiv förskjuts uppmärksamheten från brister hos individen till brister i miljön, som leder till försök att anpassa miljön på olika sätt (SOU 1992:73).

Enligt socialstyrelsen (1993:17) är syftet med omvårdnad att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Med omvårdnad menas således hjälp under kortare eller längre perioder till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själv klarar av att utföra handlingar som hör till det dagliga livet. Då dessa handlingar inte kan utföras ska omvårdnad av god kvalitet tillhandahållas (SOSFS 1993:17), vilket bland annat innebär hjälp med att sköta personlig hygien. Brister i omvårdnaden som bland annat innefattar skötseln av tand- och munhygien avses som allvarliga missförhållanden (SOSFS 2000:5). Förutsättningarna för att omvårdnad ska kunna praktiseras är bland annat att riskfaktorer identifieras (SOSFS 1993:17). I studien användes benämningen omvårdnadspersonal och i den benämningen inkluderades sjuksköterskor, undersköterskor, skötare och personliga assistenter.

Återkommande i studier som gjorts är beskrivningar av det orala hälsotillståndet hos personer med psykiska funktionshinder. De visar att personer med psykiska funktionshinder har en dålig oral kondition i form av dålig andedräkt, svamp och inflammation i munnen, dåligt passande proteser, förstörd emalj och hål i tänderna. Personer med psykiska funktionshinder upplevde sig ständigt ha problem med sina tänder. Flertalet hade även problem med födointaget på grund av det orala hälsotillståndet. Den orala hygien var dålig, trots att undersökningsgruppen uppgav att de borstade sina tänder en till två gånger om dagen. Omvårdnadspersonalen upplevde dock att deras patienter inte lade så stor

vikt vid den orala hälsan. Majoriteten av personer med psykiska funktionshinder sade sig aldrig blivit tillfrågade något angående den orala hälsan av omvårdnadspersonalen (Horst 1992, Hebe 1995, Sjögren & Nordström 2000, Lewis et al. 2001, Mirza et al. 2001).

Faktorer som påverkar den orala hälsan är bland annat graden av sjukdom, bruket av tobak, psykofarmaka, kontinuiteten i tandläkarbesök samt intaget av snacks och läsk. Sjukhusvistelse i mer än tre månader är en annan faktor som påverkar den orala hälsan (Thomas et al. 1996, Sjögren & Nordström 2000, Mirza et al. 2001). Personer med psykiska funktionshinder som behandlades under en längre tid på sjukhus hade en sämre oral hälsa och fler orala problem än de personer med psykiska funktionshinder som behandlades under en kortare tid på sjukhus (Thomas et al. 1996, Sjögren & Nordström 2000). De patienter som besökte öppenvården hade en bättre oral hälsa än de som var inlagda, oavsett om de var inneliggande under en kortare eller längre period (Thomas et al. 1996). Det sågs ett samband mellan de symptomen (apati, passivitet och brist på intresse) som ett psykiskt funktionshinder kan medföra och en försämring av den orala hälsan. Personer som vistas på sjukhus under en längre tid hade fler svåra symptom än de som vistades ute i samhället och därav hade också personer med psykiska funktionshinder som besökte öppenvården en bättre oral hälsa (Thomas et al. 1996, Sjögren & Nordström 2000).

Då oral hälsa inte belyses i någon vidare utsträckning i omvårdnadssammanhang skulle det vara intressant att få en bild av hur omvårdnadspersonalen upplever sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur omvårdnadspersonalen upplever sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder.

METOD

Studien utformades som en allmän litteraturstudie vilket innebar att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen på det valda ämnesområdet.

Litteraturstudien ämnade åstadkomma en syntes av material från tidigare genomförda empiriska studier (Forsberg & Wengström 2003). Litteraturstudien baserades på vetenskapliga artiklar inom ämnesområdet.

Datainsamling

Sökord som identifierades (Polit & Beck 2004) var oral health, oral health care, psychiatric patients, disability, schizophrenia, psychotic patients, psychotic disorder, mental illness, depression, dementia, mental health, nurse, nursing, staff, caregiver, care och experience. Sökorden användes både enskilt och i kombination i de olika databaserna.

Datorbaserad sökning (Polit & Beck 2004) gjordes i databaserna Cinahl, Medline, PsychInfo, PubMed, SveMed+, Academic Search Elite, Elin@Kristianstad och Science Direct. Efter sökningarna beställdes artiklar som inte var tillgängliga i fulltext. Manuell sökning (Polit & Beck 2004) gjordes i referenslistor och i avhandlingar.

Genom inklusionskriterier avgränsades problemområdet och huvuddragen i sökningarna fastställdes (Willman & Stoltz 2002). Inklusionskriterierna för studien var personer med psykiska funktionshinder över 18 år, dementa personer, personer med depression, omvårdnadspersonal som arbetade inom psykiatri samt omvårdnadspersonal som vårdade personer med demens. Artiklarna skulle vara på

engelska, danska, norska, tyska eller svenska och publicerade mellan 1991 och 2005.

Urval

Då den datorbaserade sökningen gjordes lästes abstracten igenom för de artiklar som ansågs relevanta mot syftet. Efter den datorbaserade sökningen fanns 22 artiklar att tillgå, var på åtta artiklar exkluderades. Detta på grund av att sökningar skedde i flertalet databaser och dessa åtta artiklar blivit dubletter. Återstod 14 artiklar, vilka valdes ut för vidare granskning för att få en uppfattning om artikelns vetenskapliga karaktär. Härifrån exkluderades sex artiklar varpå de inte var av vetenskaplig karaktär. Vidare exkluderades två artiklar på grund av att de inte svarade mot syftet. De sex artiklarna som återstod från den datorbaserade sökningen inkluderades i studien (se bilaga 1). En artikel inkluderades från de avhandlingar som studerats. Efter granskning i referenslistor valdes tio artiklar ut. Härpå exkluderades fyra artiklar på grund av att de inte var av vetenskaplig karaktär. Tre exkluderades då de inte svarade mot syftet. De återstående tre artiklarna inkluderades i studien. Sammanfattningsvis återges tio artiklar i resultatdelen (se bilaga 2 a-i).

Artiklarna som återges i resultatdelen har blivit kvalitetsbedömda enligt den mall för utvärdering av kvalitativ forskning som Forsberg och Wengström (2003) presenterar. Då artiklar med såväl en kvalitativ som en kvantitativ del inkluderades låg fokus på den kvalitativa delen då studien ämnade undersöka upplevelser. Kvalitetsbedömningen av dessa artiklar har skett enligt samma mall som övriga artiklar i studien blivit bedömda efter. Kvaliteten på de enskilda artiklarna presenteras i artikelöversikten (se bilaga 2 a-i). Kvaliteten på artiklarna har graderats efter hög-, medel- och låg kvalitet. I mallen för kvalitativa artiklar förekom totalt 30 frågor. För att graderas med hög kvalitet skulle 26 frågor eller fler i checklistan kunna besvaras med fördel för den föreliggande studien. För att erhålla medel kvalitet skulle 18-25 frågor kunna besvaras. De artiklar som endast kunde besvaras med 17 eller färre av frågorna graderades med låg kvalitet.

Analys

Först läste författarna studierna var för sig för att få en fördjupad förståelse. Sedan diskuterades studiernas innehåll för att finna likheter och skillnader och på så sätt systematiskt och stegvis klassificera data och identifiera teman och mönster.

Genom innehållsanalysen identifierades koder, underkategorier och huvudkategorier (Forsberg & Wengström 2003). De identifierade kategorierna utgör rubriker i resultatredovisningen.

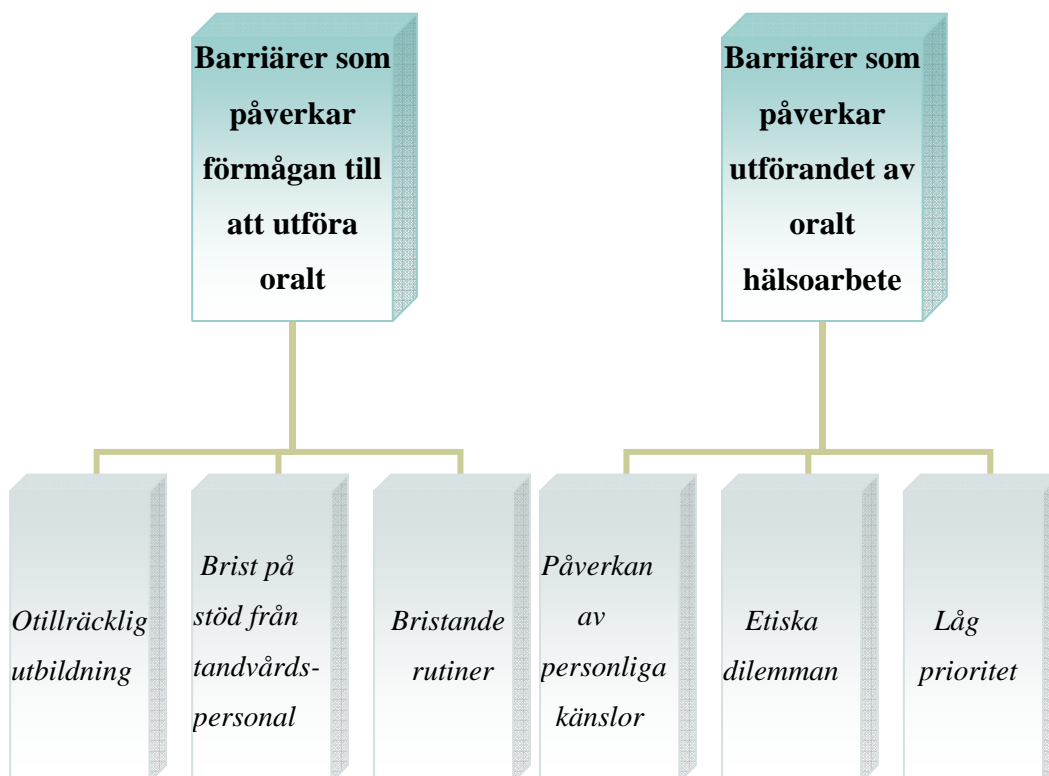
Etiska överväganden

Vetenskapsrådet har gett ut riktlinjer för god medicinsk forskning och betonade att ohederlighet och fusk inte får förekomma. Urval och presentation av resultat bör beaktas. Viktigt är att de studier som inkluderas i litteraturstudien har fått tillstånd från en etisk kommitté att genomföras eller att noggranna etiska överväganden gjorts. Det finns dock inte längre några bestämmelser om att kvalitativa studier skulle ha etiskt godkännande. Detta medför att det kan ha inkluderats studier som inte blivit godkända av någon etisk kommitté. Vidare är det viktigt ur etisk synpunkt att alla artiklar som ingår i litteraturstudien redovisas, oavsett om resultatet stödjer eller inte stödjer forskarens åsikt (Forsberg & Wengström 2003).

Personer med psykiska funktionshinder inkluderas under utsatta grupper inom forskning. Grundprincipen för forskning med utsatta grupper var: ”syftet med forskningen ska vara att få fram kunskaper som är relevanta för den utsatta gruppens hälsobehov: forskaren ska inte utföra forskning på utsatta grupper som lika gärna kan utföras på andra grupper – det ska finnas en kunskaps vinst som inte kan erhållas på annat sätt. Försökspersoners önskan om att inte delta ska självklart respekteras även här” (Vetenskapsrådet 2003).

RESULTAT

I resultatet framkom barriärer som påverkar förmågan till att utföra oralt hälsoarbete som en huvudkategori. Till denna knöts underkategorierna otillräcklig utbildning, brist på stöd från tandvårdspersonal samt bristande rutiner. Den andra huvudkategorin som identifierades var barriärer som påverkar utförandet av det orala hälsoarbetet. Till denna knöts underkategorierna påverkan av personliga känslor, etiska dilemman och låg prioritet (se figur 1).



Figur 1. Översikt av huvudkategorier och underkategorier.

Barriärer som påverkar förmågan till att utföra oralt hälsoarbete

Huvudkategorin beskriver barriärer som omvårdnadspersonalen upplever för att kunna utföra oral omvårdnad. Till denna huvudkategori hänförs underkategorierna; otillräcklig utbildning, brist på stöd från tandvårdspersonal och bristande rutiner.

Otillräcklig utbildning

Omvårdnadspersonalen upplevde att deras utbildning i oral hälsa var otillräcklig, då de erhållit lite utbildning eller ingen alls (Boyle 1992, Fiske & Lloyd 1992, Wårdh et al. 2000). Detta kunde speglas i att oral omvårdnad utfördes på ett felaktigt sätt (Fiske & Lloyd 1992, Wårdh et al. 2003). Såväl grundläggande kunskap i oral hälsa (Marmy & Matt 2003) som kunskap om olika orala sjukdomstillstånd saknades (Weeks & Fiske 1994). Antalet som praktiskt tränat på att utföra oral omvårdnad innan sin yrkesverksamma tid var få (Wårdh et al. 2000). Mer praktisk träning i oral omvårdnad och utbildning i oral hälsa efterfrågades (Wårdh et al. 1997, Marmy & Matt 2003).

De som fått utbildning i oral hälsa kände att de var mer medvetna om patienternas orala omvårdnadsbehov (Wårdh et al. 2000) och hade en mer positiv inställning till att utföra omvårdnadsåtgärden (Fiske & Lloyd 1992). Majoriteten skattade oral omvårdnad som en naturlig och viktig del i omvårdnadsarbetet (Weeks & Fiske 1994, Chalmers et al. 1996, Wårdh et al. 1997, Wårdh et al. 2000) och var medvetna om att det var dem som ansvarade för den orala hälsan (Eadie & Schou 1992). De patienter som utförde sin egen orala hygien behövde stöd och uppmuntran. Somliga upplevde att det var av betydelse att försöka förklara för patienten vad oral omvårdnad var bra för (Wårdh et al. 2000) och speciellt viktigt i arbetet med den orala hälsan upplevde omvårdnadspersonalen att borstning av tänderna var (Fiske & Lloyd 1992).

Brist på stöd från tandvårdspersonal

I arbetet med den orala hälsan önskades mer stöd från tandvårdspersonalen (Fiske & Lloyd 1992, Wårdh 1997). Kontakten med tandvården sågs som något utan klar struktur och hembesök av tandvårdspersonal skedde utan uppföljning.

Instruktioner som gavs i samband med hembesöken upplevdes inte alltid vara så lätta att utföra i praktiken (Wårdh et al. 2000). Omvårdnadspersonalen önskade dock att tandvårdspersonalen regelbundet skulle besöka deras patienter för att utföra orala undersökningar (Fiske & Lloyd 1992).

Bristande rutiner

Arbetet kring den orala hälsan var dåligt beskrivet och rutiner som fanns tycktes sakna struktur. Det uttrycktes ett behov av att förbättra de rutiner som fanns för att främja den orala hälsan, men samtidigt trodde de att det var en omöjlighet (Wårdh et al. 2000). En kontroll av det orala hälsotillståndet sades göras rutinmässigt eller så gjordes det då symptom på eventuell sjukdom i de orala regionerna dykt upp (Horst 1992). Boyle (1992) visade att det inte fanns någon rutin för att utföra oral omvårdnad på någon patient, förutom på de patienter som tillfälligt drabbats av någon somatisk sjukdom.

Barriärer som påverkar utförandet av det orala hälsoarbetet

Huvudkategorin beskriver barriärer som omvårdnadspersonalen upplever i arbetet med att utföra oral omvårdnad. Till denna huvudkategori hänförs underkategorierna; påverkan av personliga känslor, etiska dilemman och låg prioritet.

Påverkan av personliga känslor

Oral omvårdnad beskrevs i negativa termer (Wårdh et al. 2000) och det fanns en motvilja bland personalen till att utföra omvårdnadsåtgärden (Eadie & Schou 1992). En del upplevde den orala omvårdnaden som motbjudande (Boyle 1992, Eadie & Schou 1992, Chalmers et al. 1996, Wårdh et al. 1997) medan andra upplevde att den hör till en av de mest motbjudande omvårdnadsåtgärderna att utföra. Där av försökte de undvika att utföra den (Boyle 1992, Eadie & Schou 1992, Fiske & Lloyd 1992, Weeks & Fiske 1994). Rädslan för att bli biten, närvaron av slem och krutor, matrester, användning av tandtråd och hantering av proteser var faktorer som upplevdes som motbjudande och påverkade personalen till att inte vilja utföra omvårdnadsåtgärden (Boyle 1992, Fiske & Lloyd 1992, Wårdh et al. 2000). Det fanns även de som sällan eller aldrig upplevt att arbetet kring den orala hälsan var motbjudande (Chalmers et al. 1996). De som sällan upplevt omvårdnadsåtgärden som motbjudande upplevde att det som de till en

början upplevde som motbjudande försvann med tiden (Eadie & Schou 1992, Wårdh et al. 2000).

Etiska dilemman

Arbetet med den orala hälsan upplevdes som den mest bekymmersamma omvårdnadsåtgärden. Att erbjuda hjälp med den orala omvårdnaden kändes både genant och kränkande gentemot patienten och inte som en naturlig del i omvårdnadsarbetet (Eadie & Schou 1992, Wårdh et al. 1997, Wårdh et al. 2000). Personalen kände sig osäkra på om de skadade patienten eller inte i samband med utförandet, men även hur vida det var rätt att tvinga någon till oral omvårdnad eller inte. Då de använt sig av tvång hade de sedan känt sig illa till mods (Wårdh et al. 2000). Att visa empati i situationen kring utförandet av den orala omvårdnaden var något som majoriteten upplevde att de gjorde (Weeks & Fiske 1994). Somliga hade svårigheter i att ta över och utföra den orala omvårdnaden då patienten själv inte fullföljde utförandet. Att dra gränsen för vad som var etiskt rätt, ta över och fullfölja utförandet eller inte, upplevdes som bekymmersamt (Horst 1992, Marmy och Matt 2003). Särskilt svårt att utföra den orala omvårdnaden upplevdes det vara då patienterna inte öppnade munnen (Chalmers et al. 1996, Wårdh et al. 2000). Andra svårigheter som upplevdes i samband med utförandet var att patienten bet i tandborsten och vägrade, skrek, spottade och använde sig av ett hotfullt språk (Chalmers 1996). Det visade sig att kvaliteten på den orala omvårdnad som utfördes berodde på hur samarbetsvillig patienten var (Wårdh et al. 2000).

Låg prioritet

Teoretiskt gavs oral omvårdnad hög prioritet, men då de skulle utföra den kom andra omvårdnadsåtgärder före (Wårdh et al. 2000). Vid skattning av olika omvårdnadsåtgärder var hjälp med den orala omvårdnaden den omvårdnadsåtgärd som prioriterades lägst (Wårdh et al. 1997, Marmy & Matt 2003). Trots en överenskommelse bland omvårdnadspersonalen om att oral omvårdnad skulle

utgöras av en naturlig del i den dagliga omvårdnaden upplevde flertalet att åtgärden inte prioriterades i relation till andra omvårdnadsåtgärder. Det visades också ett ointresse i att utföra oral omvårdnad bland personalen (Weeks & Fiske 1994, Wårdh et al. 2003). Det ansågs att det fanns andra viktigare omvårdnadsåtgärder att ta hand om än att utföra oral omvårdnad och somliga ansåg att oral omvårdnad var onödig (Eadie & Schou 1992, Wårdh et al. 1997). Oral omvårdnad separerades från övriga omvårdnadsåtgärder och diskuterades inte förrän problem i munhålan var uppenbara och de tycktes vara mindre uppenbara än andra problem. Omvårdnadspersonalen visste att omvårdnadsåtgärden skulle utföras två gånger om dagen, men den utfördes mer sällan (Wårdh et al. 2000). Utförandet kopplades samman med få positiva belöningar, då personalen upplevde att oral omvårdnad inte gav någon tillfredställelse att utföra och inte bidrog till att förstärka deras egen status. På grund av detta utfördes inte oral omvårdnad i någon vidare utsträckning (Eadie & Schou 1992). Då en patient var somatiskt sjuk förnekades behovet av oral omvårdnad (Wårdh et al. 2000) och den orala hälsan diskuterades inte för de patienter som betraktades som svåra (Chalmers et al. 1996).

Sällan nämndes riskerna med dålig oral hälsa och därför prioriterades oralt omvårdnadsarbete lågt (Eadie & Schou 1992). Brist på tid uttrycktes som en faktor till varför oral omvårdnad inte utfördes (Weeks & Fiske 1994, Chalmers et al. 1996, Wårdh et al. 1997, Wårdh et al. 2000) medan andra inte såg tiden som ett hinder, mer än i stressade situationer då det var lätt att glömma bort den orala omvårdnaden (Wårdh et al. 2000). Brist på personal och att patienterna sade att de inte önskade någon hjälp var andra anledningar som personalen uttryckte till varför de inte utförde oral omvårdnad (Chalmers et al. 1996, Wårdh et al. 1997).

DISKUSSION

Studien visade att omvårdnadspersonalen upplevde att de saknade kunskap gällande oral hälsa då de fått en otillräcklig utbildning. Omvårdnadspersonalen som upplevde att utbildningen var av betydelse såg oral hälsa ur ett annat perspektiv än de som inte erhållit utbildning. Vidare upplevde omvårdnadspersonalen en påverkan av personliga känslor i utförandet av oral omvårdnad, framförallt att det var motbjudande. Stödet från tandvårdspersonalen och rutinerna kring utförandet upplevdes som bristfälliga. Arbetet med den orala hälsan gavs inte någon prioritet i jämförelse med andra omvårdnadsåtgärder och i utförandet upplevde omvårdnadspersonalen ett etiskt dilemma.

Metoddiskussion

Litteraturstudier sammanställer material som redan finns vilket kan vara fördelaktigt. Dessa kan fylla flera viktiga funktioner i forskningsprocessen. Bland annat kan den ge inspiration till nya forskningsprojekt, orientera läsaren om vad som är känt på området samt identifiera eller utveckla kliniska interventioner som kan prövas genom en empirisk studie (Polit & Beck 2004). Forsberg och Wengström (2003) beskriver svagheter som kan föreligga med en litteraturstudie. Det är bland annat att tillgången till relevant forskning kan ha varit begränsad, selektivt urval om forskaren inkluderar studier som endast stödjer den egna ståndpunkten samt att olika experter på samma område kan dra helt olika slutsatser.

För att besvara studiens syfte skulle även en empirisk studie kunnat göras. Om denna design lett till att resultatet sett annorlunda ut är svårt att säga. Med utgångspunkt från egna erfarenheter skulle resultatet sannolikt ha blivit likvärdigt.

För att komplettera de sökningar som gjorts med hjälp av datorbaserade sökningar gjordes manuella sökningar i referenslistor, vilket bör göras (Willman & Stoltz 2002). Enligt Polit och Beck (2004) kan den manuella sökningen överskuggas av den datorbaserade sökningen, vilket kan leda till att studier som kunde ha varit av

betydelse gått förlorade. Detta kan ha skett då en artikel exempelvis haft en titel som inte stämmer överrens med innehållet. Det kan även ha skett i den datorbaserade sökningen då författarna till studier som använt sig av nyckelord som inte fullt ut stämmer överrens med innehållet. Samt att sökord som kunde ha använts inte användes.

Då studien ämnade undersöka hur omvårdnadspersonalen upplever sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder var det från början tänkt att endast personer med psykossjukdomar skulle inkluderas. Efter flertalet sökningar med ett fåtal relevanta träffar valdes det att inkludera personer med depression och demens samt omvårdnadspersonal för dessa grupper. Detta då både depression och demens utgör ett psykiskt funktionshinder, men om inte på samma sätt som psykossjukdomar. Detta kan medföra att resultatet kunde ha sett annorlunda ut. Det var dock inte möjligt att genomföra en sådan studie om endast en av patientgrupperna inkluderats då tillgången på material var knapphändig. Att inkludera omvårdnadspersonal som arbetar med personer som har depression gav inga nya utfall av material till studien. Att därefter gå vidare och inkludera personer med fysiska funktionshinder för att erhålla fler studier kändes inte aktuellt. Detta skulle medföra att studiens huvudsakliga syfte kom allt för långt ifrån det som var tänkt från början.

Trots vetenskapen om att forskningen på detta område som studien ämnade belysa var begränsad valdes området. Detta då författarna ansåg att ämnet inte belyses tillräckligt i omvårdnadssammanhang och är av sådan vikt att det borde lyftas upp mer. Att målgruppen utgjordes av omvårdnadspersonal som vårdade personer med psykiska funktionshinder berodde på att författarna ansåg att personer med psykiska funktionshinder var en grupp som var speciellt sårbara och utsatta.

Att artiklarna fick vara på engelska, danska, norska, tyska och svenska berodde på att författarna ansåg sig behärska dessa språk. Detta bidrog till att inte göra en allt för stor avgränsning, då en snäv avgränsning redan gjorts beträffande målgruppen.

Trots vetskapen om att det inte fanns så mycket forskning på området valdes artiklar som var publicerade mellan 1991 och 2005 detta då forskningen skulle vara så aktuell som möjligt (Forsberg & Wengström 2003). Många sökord har använts vilket kan vara både för- och nackdelar (Göteborgs Universitet 2002). Fördelen var att problemområdet avgränsades väl och gav en relevant mängd träffar i de datorbaserade sökningarna. Nackdelen kan ha varit att det avgränsades så snävt att relevanta studier riskerades att gå förlorade.

Enligt Forsberg och Wengström (2003) bör kvalitetskraven på studier som inkluderats i litteraturstudien specificeras. De påtalar att studier med låg kvalitet inte bör ingå i en litteraturstudie. De studier som kvalitetsbedömts och erhållit en hög kvalitet anses vara tillförlitliga, trovärdiga, giltiga och överförbara. Tillförlitligheten kan såväl hänföras till metoden som använts som till resultatet som genererats (Willman & Stoltz 2002). I de studier som var av hög kvalitet har metod och resultat beskrivits tydligt, vilket gör att studien blir tillförlitlig.

Trovärdigheten hänförs till sanningen i datan och tolkningen av den (Polit & Beck 2004). Att trovärdigheten är hög i de artiklar som blivit bedömda till att ha en hög kvalitet har sin grund i tillförlitligheten. Då metod och resultat är väl beskrivna genererar det sanning i datan och tolkning av den vilket leder till att den betraktas som trovärdig. I kvalitativa studier är det forskaren som är instrumentet för såväl undersökningen som för analysen. På grund av detta är forskarens upplevelser, kvalifikationer och reflektioner viktiga för att skapa förtroende för datan. Forskaren ska rapportera sådan information, såväl personlig som professionell, som kan ha påverkat insamlingen av datan, analysen och tolkningen på ett positivt eller negativt sätt (Polit & Beck 2004). I de artiklar som erhållit hög kvalitet presenteras forskarens kvalifikationer och vad dessa kan ha för betydelse för den föreliggande studien.

En studies giltighet hänförs till hur korrekt observationen är, hur bra den visar oss omvärlden som den är (Hartman 2004). Att studierna som bedömts ha en hög

kvalitet är giltiga hänförs till att metoden är väl redovisad och utifrån det tolkas det att observationen är korrekt genomförd. Vidare har länderna där studierna är genomförda beaktats. Då samtliga studier är genomförda i västländer, främst i norra Europa, är förhållandena jämförbara.

Överförbarheten hänförs till hur generaliserbar datan är. Forskarens ansvar ligger i att föregå med en beskrivning av datan som är tillräcklig för att läsaren ska kunna värdera överförbarheten av datan till andra sammanhang (Polit & Beck 2004). I de studier som genom kvalitetsbedömningen erhållit en hög kvalitet finns det en rik beskrivning av datan för att kunna generalisera denna.

De studier som efter kvalitetsbedömningen blivit bedömda till att ha en medel kvalitet beror på att de inte hade en så tillfredställande beskrivning av metod delen, som de som erhöll hög kvalitet hade. Vidare kan dessa studiers tillförlitlighet diskuteras på grund av att metoden inte redovisades på ett tillfredställande sätt. Resultatet som genererats kan då inte betraktas som helt tillförlitligt. Trovärdigheten kan också ifrågasättas då det kan vara svårt att tolka sanningen i datan med en metod som inte är tillfredställande. Dessa studiers giltighet kan vara svårt att säga något om. Detta på grund av att observationen som gjorts kan vara gjord på ett tillfredställande sätt men att forskaren sedan brustit i redovisningen av tillvägagångssättet.

Den studie som erhöll en låg kvalitet efter bedömningen är av samma kvalitet som de som erhöll en medel kvalitet. Studien som graderats med låg kvalitet har fått graderingen på grund av att författarna till artiklarna inte angivit vad det är för patientgrupper som vårdas i boendet mer än att det är äldre människor. På grund av detta har det inte kunnat uteslutas eller konstaterats att dessa människor är dementa eller lider av depression. Dessa artiklar har trots det valts att inkluderas i studien med beaktning till det som nämnts. Att dessa studier inkluderats beror på att tillgängligheten av material till den föreliggande studien var bristfällig.

Resultatdiskussion

Utförandet av oral omvårdnad kan påverkas av personliga känslor hos omvårdnadspersonalen. Denna studie visade att oral omvårdnad beskrevs i negativa termer och att personalen upplevde att oral omvårdnad hörde till en av de mest motbjudande omvårdnadsåtgärderna att utföra. Andra studier har visat på att hur vida omvårdnadspersonalen upplevde oral omvårdnad som motbjudande eller inte kopplades samman med utbildningsnivå (Furr et al. 2004). Alltså är inte omvårdnadspersonal som i sitt arbete möter personer med psykiska funktionshinder ensamma om att uppleva omvårdnadsåtgärden som motbjudande. Att andra studier visat att utbildningsnivån inverkar på personalens upplevelser av att utföra oral omvårdnad kan även hänföras till denna studies resultat.

Då oral omvårdnad upplevs som motbjudande kan det resultera i att omvårdnaden inte utförs på ett adekvat sätt och syftet med omvårdnaden går delvis förlorat. Den bristfälliga omvårdnaden kompenseras inte av målgruppen själv på grund av det psykiska funktionshindret som bland annat kan yttra sig i initiativlöshet, apati och en oförmåga att omsätta kunskaper (SOU 1992:73). Detta leder till att det allmänna hälsotillståndet hos personer med psykiska funktionshinder kan påverkas. Att hälsan skulle påverkas på ett negativt sätt på grund av att personen ifråga är i omvårdnadspersonalens händer verkar oroväckande. Det har konstaterats att en lång vistelse på sjukhus relateras till en ökning av hål i tänderna samt en försämrad oral hygien (Thomas et al. 1996). Då den orala omvårdnaden upplevs som motbjudande skulle mer utbildning möjligen kunna hjälpa omvårdnadspersonalen att få en annan upplevelse av att utföra oral omvårdnad. Med den ökade kunskapen skulle handlingen förhoppningsvis inte upplevas som motbjudande utan handlingens betydelse skulle stå i fokus och bidra till att den orala hälsan förbättrades. Detta är av betydelse då det har påvisats att den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder är mindre bra (Horst 1992, Hebe 1995, Sjögren & Nordström 2000, Lewis et al. 2001, Mirza et al. 2001).

Tidsbrist och låg prioritering kan vara en av grunderna till att oral omvårdnad inte utförs på ett adekvat sätt. Studien visade att omvårdnadspersonalen upplevde att oral omvårdnad inte prioriterades bland omvårdnadsåtgärderna. Tidsbrist var den främsta orsaken som uppgavs till varför de inte utförde oral omvårdnad. Oral omvårdnad har även visat sig ha låg prioritet bland omvårdnadspersonal på medicinavdelningar (Jones et al. 2004). Då omvårdnadspersonalen prioriterade oral omvårdnad resulterade det i en högre kvalitet på utförandet (Furr et al. 2004). Då denna studie påvisade att oral omvårdnad sällan prioriterades kunde samband mellan kvalitetsnivå och utförande inte ses. Brist på tid identifierades som den främsta orsaken till varför oral omvårdnad inte utfördes och stöds av andra studierna som gjorts på området (Adams 1996, Paulsson et al. 1999, Østergaard & Tind 2003).

Att prioritera denna omvårdnadsåtgärd lågt kan hänföras till en otillräcklig utbildning rörande oral hälsa. Hade omvårdnadspersonalen varit medvetna om den orala hälsans betydelse för det allmänna välbefinnandet skulle de kanske försökt prioritera annorlunda. För att göra omvårdnadspersonalen mer medveten om betydelsen av oralt hälsoarbete hade de behövt erhålla mer utbildning. Den nya kunskapen skulle kunna hjälpa dem att prioritera om bland omvårdnadsåtgärderna och efter erhållen utbildning skulle oralt hälsoarbete förhoppningsvis inte längre ses som något onödigt och något som är ämnat att prioriteras som lågt. Detta gäller även för omvårdnadspersonal som inte arbetar med personer med psykiska funktionshinder. Ett sätt att prioritera upp den orala hälsan i omvårdnadssammanhang kunde vara att vid inskrivning utföra och dokumentera ett oralt status efter ett befintligt bedömningsinstrument. Detta skulle kunna hjälpa personalen att genom standardiserade bedömningar upptäcka problem i de orala regionerna och därefter sätta in individuella åtgärder under tiden de är inne för vård. Det har visat sig att överrensstämelsen mellan de bedömningar som görs av sjuksköterskor och tandhygienister med hjälp av ett bedömningsinstrument var goda (Andersson 2004). Detta visar på att orala bedömningsinstrument är användbara av personal i omvårdnadssammanhang för att främja den orala hälsan.

Bedömningsinstrumentet skulle även bidra till att arbetet med den orala omvårdnaden kvalitetssäkrades. För att använda sig av ett oralt bedömningsinstrument krävs dock praktisk träning och att omvårdnadspersonalen har kunskap om den orala hälsan och kan urskilja tillstånd som inte tillhör de normala.

Den praktiska och den teoretiska utbildningen i oral omvårdnad kan vara avgörande för hur omvårdnadspersonalen förhåller sig till det orala hälsoarbetet. Resultatet visade att omvårdnadspersonalen upplevde att utbildningen i oral omvårdnad var otillräcklig och få hade praktiskt tränat på utförandet. Det fanns ett intresse i att erhålla utbildning och utbildningen hade betydelse för sätt att se på den orala omvårdnaden. Även andra studier har visat att det finns skillnader gällande utbildningen i oral omvårdnad bland omvårdnadspersonalen. Bland annat på medicinavdelningar, intensivvårdsavdelningar och i hemtjänsten (Adams 1996, Engberg et al. 1999, Jones et al. 2004). Följaktligen är det inte specifikt för omvårdnadspersonal som i arbetet möter personer med psykiska funktionshinder att sakna generell kunskap gällande den orala hälsan. Den omvårdnadspersonal som erhållit viss utbildning upplevde att de behövde en uppdatering, men även ytterligare utbildning gällande den orala hälsan (Adams 1996, Jones et al. 2004). Att praktisk erfarenhet upplevdes som ett hinder har även uppmärksammats i andra studier (Østeergaard & Tind 2003). Den nivå av utbildning som omvårdnadspersonalen hade kopplades samman med kvaliteten på den orala omvårdnaden som de praktiserade (Furr et al. 2004).

Att otillräckliga kunskaper hos omvårdnadspersonalen rörande oral hälsa på grund av otillräcklig utbildning uppmärksammas är viktigt, vilket gör att problemet rörande den orala hälsan kommer upp till ytan. Uppenbarligen var det inte enbart ett problem för omvårdnadspersonalen som i arbetet möter personer med psykiska funktionshinder, utan även för grupper av omvårdnadspersonal inom andra omvårdnadsdiscipliner. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2000:5) säger att brister i omvårdnaden som innefattar skötseln av tand- och munhygien

avses som allvarliga missförhållanden. Vidare påvisar Socialstyrelsens allmänna råd (1993:17) att förutsättningarna för att omvårdnad ska kunna praktiseras är bland annat att riskfaktorer identifieras. Att identifiera dessa riskfaktorer kan bli problematiskt då omvårdnadspersonalen inte besitter tillräckliga kunskaper rörande oral hälsa på grund av otillräcklig utbildning. Kunskapsbristen leder till osäkerhet eller bristande insikt om den orala omvårdnadens betydelse för patientens välbefinnande (Engberg et al. 1999). För att komma åt problemet kan åtgärder för att öka kunskaperna sättas in. Detta kan bland annat ske genom olika utbildningar som leds av professionell tandvårdspersonal. Utbildning i oral omvårdnad påverkar det praktiska utförandet med mätbara förbättringar i den orala hälsan (Sweeney et al. 2005).

Vidare resulterar otillräcklig utbildning hos omvårdnadspersonalen i att inte kunna stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa på ett adekvat sätt, vilket är omvårdnadens huvudsakliga syfte (SOSFS 1993:17) och viktigt då den orala hälsan har inverkan på den allmänna hälsan. Personer med psykiska funktionshinder som inte klarar av att utföra sin dagliga hygien där oral skötsel ingår ska tillhandahållas omvårdnad av god kvalitet. Då inte kunskaperna är tillräckliga hos omvårdnadspersonalen blir omvårdnaden bristande och inte av den kvalitet som var ämnad. Inte bara tillräckliga kunskaper om den orala hälsan är av betydelse för personal som arbetar med personer med psykiska funktionshinder. Att känna till att graden av sjukdom, bruket av tobak, psykofarmaka, kontinuiteten i tandläkarbesök och intaget av snacks och läsk är faktorer som påverkar den orala hälsan är också viktigt (Thomas et al. 1996, Sjögren & Nordström 2000, Mirza et al. 2001). Detta för att på olika sätt kunna bedriva ett preventivt arbete för att stärka den orala hälsan hos denna patientgrupp.

Slutsats

Studien visade att omvårdnadspersonalen upplevde att de hade en otillräcklig utbildning. Detta anser författarna orsaka att de vidare upplevde brist på stöd från tandvårdspersonal, att rutinerna var bristande, påverkan av personliga känslor,

etiska dilemman och att omvårdnadsåtgärden prioriterades lågt (se figur 2). Hade omvårdnadspersonalen haft tillräckliga kunskaper rörande den orala hälsan och hur denne främjas hade personalen inte behövt uppleva brist på stöd från tandvårdspersonalen. Detta då personalen själv kunde fattat fler beslut och inte behövt uppleva att de inte kunde utföra omvårdnadsåtgärden utan stöd. Att rutinerna upplevdes som bristande kan hänföras till att kunskaperna inte var tillräckliga för att se betydelsen av att upprätthålla en god oral hälsa genom fasta rutiner. Att påverkas av personliga känslor i samband med utförandet skulle kunna minskas genom att låta handlingens betydelse stå i fokus. En ökad kunskap skulle också kunna bidra till att de blir medvetna om hur de ska förhålla sig till patienterna för att minimera risken för att hamna i ett etiskt dilemma. Att ha vetskap om den orala hälsans betydelse hade kunnat hjälpa omvårdnadspersonalen att prioritera annorlunda bland omvårdnadsåtgärdena.



Figur 2. Översikt av vad en otillräcklig utbildning kan påverka.

Ett utvecklingsarbete mellan omvårdnadspersonal och tandvårdspersonal är av betydelse. Med utgångspunkt från vad studien visar påtalas mer utbildning för omvårdnadspersonalen rörande den orala hälsan och hur denne främjas. Då författarna ansåg att den orala hälsan inte belyses tillräckligt i

omvårdnadssammanhang sågs detta som ett motiv till att undersöka hur omvårdnadspersonalen upplever sin situation kring arbetet med den orala hälsan hos personer med psykiska funktionshinder. Studien har bland annat bekräftat att personalen upplever att de har en otillräcklig utbildning och detta kan vara den främsta orsaken till att den orala hälsan inte belyses i någon vidare utsträckning i omvårdnadssammanhang.

Forskning av betydelse hade varit att göra en bred studie rörande omvårdnadspersonalens teoretiska och praktiska kunskaper kring oral hälsa. En sådan studie skulle kunna innefatta flertalet olika avdelningar inom såväl slutenvården som öppenvården. Detta hade kunnat hjälpa exempelvis utbildningsansvariga inom omvårdnadsutbildningarna att få en uppfattning om hur kunskapsläget ser ut. Detta för att sedan kunna avgöra vilken tyngd de skulle lägga på området i sina utbildningar.

REFERENSER

Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, ss. 552-560.

Andersson, P. (2004). *Assesment of oral health status in frail patients in hospital*. Diss. Department of Periodontology Faculty of odontology Malmö University, Malmö, Sverige.

Boyle, S. (1992). Assesing mouth care. *Nursing Times*, vol. 88; 15, ss. 44-46.

Constitution of World Health Organization. (1946). *WHO definition of Health*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. [läst 2005-09-20].

Chalmers M, J., Levy M, S., Buckwalter C, K., Ettinger L, R. & Kambhu P, P. (1996). Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Special Care in Dentistry*, vol. 16; 2, ss. 71-79.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Eadie, D. R. & Schou, L. (1992). An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through carers of elderly people. *Community Dental Health*, vol. 9, ss. 343-348.

Engberg, H. & Gustafsson, M-L. (1999). Utveckling av kompetens och samverkan runt de äldre och funktionshindrades munhälsa. *Svensk Sjukhustandläkartidning*, vol. 2, ss. 21-24.

Fiske, J. & Lloyd A, H. (1992). Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers' attitudes to oral health. *European Journal Prostodont Rest Dental*, vol. 1; 2, ss. 91-95.

Furr, A.L., Binkley, C.J., McCurren, C. & Carrico, R. (2004). Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48;5, ss. 454-462.

Göteborgs Universitet, avdelningen för allmän medicin. (2002). Tillgänglig: <http://www.infovoice.se/fou/>. [läst 2005-12-01].

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Från kunskapsteori till metodteori. Lund: Studentlitteratur.

Hebe, B. (1995). Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, vol. 23, ss. 44-48.

Horster, G. (1992). Dental care in psychiatric hospitals in the Netherlands. *Special Care in Dentistry*, vol. 12; 2, ss. 63-66.

Jones, H., Newton, J.T. & Bower, E.J. (2004). A survey of the oral care practices of intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 20;2, ss. 69-76.

Kay, E. & Locker, D. (1997). *Effectiveness of oral health promotion: a review*. Health Education Authority, London.

Lewis, S., Jagger G, R. & Treasure, E. (2001). The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Special Care Dentist*, vol. 21; 5, ss. 182-186.

Marmy, M. & Matt, F. (2003). Kenntnisse in der Mund- und Zahnhygiene des Pflegepersonals eines psychogeriatrischen Heims / Bilan des connaissances bucco-dentaires du personnel soignant d'un EMS de psychogériatrie. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, vol. 113; 7, ss. 787-800.

Mirza, I., Day, R., Phelan, M. & Wulff-Cochrane, V. (2001). Oral health of psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin*, vol. 25, ss. 143-145.

Paulsson, G., Nederfors, T. & Fridlund, B. (1999). Conceptions of oral health among nurse managers. A qualitative analysis. *Journal of Nursing Management*, vol. 7, ss. 299-306.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods seventh edition*. London: Lippincott Williams & Wilkins.

Ramon, T., Grinshpoon, A., Zusman, S.P. & Weizman, A. (2003). Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *European Psychiatry*, vol. 18, ss. 101-105.

Sjögren, R. & Nordström, G. (2000). Oral health status of psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, ss. 632-638.

Socialstyrelsen. (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). ss. 1-273. PDF-format. Tillgänglig:

<http://www.sos.se/FULLTEXT/4/2003-4-1/2003-4-1.pdf?valURL=http://www.sos.se/FULLTEXT/4/2003-4-1/2003-4-1.pdf>.

[läst 2005-09-22].

SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Författningshandbok 2003 för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber AB.

SOSFS 2000:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a § *socialtjänstlagen (1980:620)*. Författningshandbok 2003 för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber AB.

SOSFS 1992:73. Psykiatriutredning. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.

Swenney, N.R., McHuggs, 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*, vol. 33, ss. 115-124.

Thomas, A., Lavrentzou, E., Karouzos, C. & Kontis, C. (1996). Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Special Care in Dentistry*, vol. 16; 2, ss. 84-86.

US. Department of Health and Human Service. Oral health in America. A report of the Surgeon General. (2000). Rockville, MD: US.

World health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. ss. 1-263. PDF-format. Tillgänglig: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>. [läst 2006-01-19].

Weeks, J.C. & Fiske, J. (1994). Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology*, vol. 11; 1, ss. 13-17.

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*, vol. 14; 1, ss. 28-32.

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

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

Østergaard, P. & Tind, M. (2003). Plejepersonalets problemer med oral forebyggelse for indlagte psykiatriske patienter. *Tandlægebladet*, vol. 107; 4, ss. 248-251.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord	Antal sökträffar i databas	Under sökord	Antal sökträffar i databas	Under sökord	Antal sökträffar i databas
PubMed 4/9 -05	Oral health	3950	and psychiatric patients	31	and nursing	1
PubMed 11/10 -05	Oral health	3950	and nursing staff	63		
PubMed 11/10 -05	Oral health	3950	and nursing staff	63	Related Articles	
SveMed+ 11/10 -05	Oral health care	141	and nursing	27		

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Boyle, S. England. 1992.	Assesing mouth care.	Syftet var att undersöka den rapporterade munvården av omvårdnadspersonal; att undersöka kunskapen rörande oral hälsa hos omvårdnadspersonalen; att utreda omvårdnadspersonalens roll i utförandet av munvård.	Omvårdnadspersonal som vårdade äldre människor med demens och andra kognitiva nedsättningar på ett sjukhus. Semistrukturerade intervjuer och oral undersökning.	Intervjuerna spelades in på band och blev senare utskrivna. Den orala undersökningen genomfördes av ett tandläkarteam. Analys skedde på två nivåer. Den första nivån handlade om datan som togs upp under intervjuerna av undersökaren samt de ämnen som togs upp av de intervjuade. På den andra nivån identifierades nyckelord rörande munvård som upprättades för att åtgärder skulle kunna vidtas.	Sjukhusets policy eller rutiner som existerade misslyckades att inverka på omvårdnadspersonalen. Detta berodde på personalens kunskap, tro och utförande av oral omvårdnad. Det fanns starka åsikter bland omvårdnadspersonalen för behovet av en effektiv oral omvårdnad.	Medel.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Chalmers M, J. et al. USA. 1996.	Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents.	Syftet var att undersöka faktorer som påverkade omvårdnadspersonalens åtgärder för att utföra munvård på patienter som bor på äldreboende.	N= 488 omvårdnadspersonal på 25 äldreboenden. Enkäter och strukturerade intervjuer.	Föreståndarna delade ut enkäterna till alla anställda. 65 intervjuer utfördes med omvårdnadspersonal på 11 äldreboenden. Chi-square analyses, <i>t</i> test, ANOVA, logistic regression.	Det fanns ett samband mellan några av de fyra grupperna av faktorer som omvårdnadspersonalen påverkades av i att utföra munvård. Dessa var; omvårdnadspersonalens attityder till munvård, brist på tid och personal till att utföra munvård samt beteende och psykiska svårigheter hos patienter.	Låg.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Eadie, D.R. & Schou, L. Scotland. 1992.	An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through carers of elderly people.	Syftet var att undersöka omvårdnadspersonalens attityder och kunskaper om oral omvårdnad hos äldre människor, avgöra behovet av information och att mäta responsen på en ide om en flygblads kampanj rörande oralhygien.	N=48 omvårdnadspersonal som vårdade äldre människor på sjukhus eller i kommunen. Gruppdiskussioner. Varje grupp bestod av sex deltagare	Diskussionsgruppen leddes av en erfaren gruppleddare. Det utfördes i ett privat boende utanför arbetstid. Varje diskussion varade mellan 1-1½ timme. De spelades in på band. Innhållsanalys.	Hinder som omvårdnadspersonalen upplevde för att utföra oral omvårdnad var att det gavs låg prioritet, sågs som problematiskt, otrevligt, otacksamt och bedrövligt.	Medel.
Fiske, J. & Lloyd A, H. England. 1992.	Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers' attitudes to oral health.	Syftet med studien var att identifiera möjligheterna för tandvårdspersonal att motivera omvårdnadspersonal att utföra oral omvårdnad	N=110 patienter boende på fem vårdhem. N= 54 omvårdnadspersonal på fem vårdhem. Strukturerade intervjuer och enkäter samt en oral undersökning.	Intervjuerna och frågeformulären hanterades av Lloyd A, H. Informationen som framkom i intervjuerna skrevs direkt ner på intervju schemat. De orala undersökningarna utfördes på vårdhemmen. Datan analyserades med hjälp av Statistical Package for Social Services (SPSSX).	I genomsnitt var omvårdnadspersonalens attityder till patienternas och sin egen orala hälsa positiv. Omvårdnadspersonalen hade upplevt att de saknade praktisk träning för att kunna utföra oral omvårdnad. En majoritet av omvårdnadspersonalen önskade utbildning gällande oral hygien.	Medel.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Horst ter, G. Nederländerna 1992.	Dental care in psychiatric hospitals in the Netherlands.	Syftet var att undersöka hur munvård är organiserat på psykiatriska sjukhus; att utreda vilka problem med munnen patienter på psykiatriska avdelningar hade; och att undersöka omvårdnadspersonalens roll i att utföra ett preventivt arbete och att diagnostisera problem med den orala hälsan.	N=61 omvårdnadspersonal på 28 psykiatriska sjukhus med en variation på 20-170 patienter/sjukhus. Intervjuerna utfördes på omvårdnadspersonal som valdes ut av avdelningsföreståndaren. Kriterierna för att bli utvald var att vara väl medveten om oral hälsa och patienternas beteende. Två tandläkarstudenter utförde intervjuerna som varade i 20 minuter. Patienterna som deltog i enkätundersökningen valdes ut slumpmässigt.	Omvårdnadspersonalen intervjuades. Enkätundersökning i två delar. Del 1 med 21 öppna frågor som riktade sig till patienterna. Del 2 med 6 möjliga svarsalternativ som riktade sig till omvårdnadspersonalen. Innehållsanalys (?).	Studien visade att de mest återkommande svaren angående de orala problemen var dålig oral kondition, dålig oral hygien och dåligt passande proteser. Omvårdnadspersonalen kunde bli bättre i prevention och diagnostisering rörande den orala hälsan.	Hög.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Marmy, M. & Matt, F. Schweiz. 2003.	Kenntnisse in der Mund-und Zahnhygienede s Plegepersonals eines psychogeriatris chen Heims.	Syftet med den föreliggande undersökningen var att inventera den teoretiska kunskapen hos omvårdnadspersonalen på ett äldreboende som regelbundet hade en tandläkare närvarande. Anslutande till detta fick omvårdnadspersonalen en teoretisk kurs i munhygien.	N=20 omvårdnadspersonal på ett äldreboende för psykiskt funktionshindrade. Enkäter med slutna svarsalternativ.	Direkt efter att enkäterna besvarats samlades de in för att kunna sammanställas så målgruppen sedan skulle kunna slussas vidare till den teoretiska kursen som gavs i munhygien. Datan som framkom genom enkäterna sammanställdes genom att summera antalet som svarat på respektive svarsalternativ och sedan jämfört antalet som svarat på de olika svarsalternativen för var och en av frågorna.	Studien visade att omvårdnadspersonalen saknade kunskap i att utföra munvård hos patienter som inte var samarbetsvilliga. Omvårdnadspersonalen visade ett stort intresse i att utöka sin kunskap på området. Omvårdnadsansvarig påpekar svårigheten i att prioritera ibland omvårdnadsåtgärderna och fram till nu har den orala omvårdnaden bara utgjorts av en liten del i omvårdnadsarbetet.	Medel.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Weeks, J.C. & Fiske, J. England. 1994.	Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff.	Syftet var att identifiera påverkan, attityder och utförande hos omvårdnadspersonalen i relation till den orala omvårdnad de gav till personer med funktionshinder.	N=26. Omvårdnadspersonal på ett hem för människor med kronisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Djup intervjuer.	Intervjuerna genomfördes av Weeks, J.C. Och varade i ca 45 minuter. Spelades in på band och skrevs ut direkt efter intervjuerna av intervjuaren. Analysen skedde genom noggrann läsning av det utskrivna materialet för att identifiera teman som var utmärkande för materialet.	Omvårdnadspersonal såg oral omvårdnad som en del av arbetet och utförde arbetet på ett empatisk och hjälpande sätt. Omvårdnadspersonalen syftade till att hjälpa patienterna till ökad självkänsla, hålla munnen ren samt fräsch andedräkt. Faktorer som hämmade utförandet av oral omvårdnad var avsaknad av träning, tidsbrist och okunskap i att förstå processer som orsakar orala sjukdomar.	Medel.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wårdh, I. et al. Sverige. 1997.	Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides.	Syftet med studien var att undersöka omvårdnadspersonalens attityder angående oral omvårdnad. Vidare undersöktes om det fanns någon skillnad i attityder mellan olika grupper av omvårdnadspersonal.	N=364 omvårdnadspersonal från sjukhem, serviceboende för dementa samt intensivvårdsavdelning. Enkätundersökning baserad på 27 punkter uppdelade i 4 olika kategorier.	Enkäterna delades ut till undersökningsgruppen via avdelningsföreståndaren. Vid insamling efter två veckor lades enkäterna i slutna kuvert för att vidbehålla sekretessen. Innehållsanalys (?).	Studien visade att hjälp med oral omvårdnad upplevdes som mer obehaglig än andra omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskorna tycktes ha en mer positiv inställning till oral omvårdnad än övrig omvårdnadspersonal. Resultatet indikerar på ett gap mellan kunskap och praktik i omvårdnadspersonalens attityder till oral omvårdnad av beroende gamla och flertalet funktionshindrade patienter.	Hög.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wårdh, I. et al. Sverige. 2000.	Oral health care – a low priority in nursing.	Syftet var att undersöka omvårdnadspersonalens upplevelse av att hjälpa patienter med oral vård.	N=22 omvårdnadspersonal från tre serviceboende, två demensboende, två sjukhem. Djup intervjuer.	Intervjuerna utfördes på arbetsplatsen och tog mellan 30-60 minuter. De bandades. Wårdh utförde två intervjuer. 20 intervjuer utfördes av en sjuksköterska med erfarenheter från äldreomsorg. Grounded Theory.	Resultatet indikerade på att oralt hälsoarbete är lågprioriterat inom omvårdnad. Studien visar att kvaliteten på den orala omvårdnaden som patienterna mottager beror på flera faktorer. Det fanns inte någon specifik rutin kring utförandet av den orala omvårdnaden. Andra omvårdnadsåtgärder gavs högre prioritet. Att utföra oral omvårdnad beskrevs som att passera ett hinder där huvudproblemet var att få tillåtelse till utförandet. Omvårdnadspersonalen behövde mer utbildning i munhälsövård.	Hög.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wårdh, I. et al. Sverige. 2003.	Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aids: one-year follow-up interviews with oral care aids at nursing facility.	Syftet var att utreda hur de orala omvårdnadsmedhjälparna hade upplevt sin nya uppgift rörande oral omvårdnad.	N=4 omvårdnadspersonal som blivit utvalda till att arbeta som medhjälpare till oral omvårdnad i två boende. Personliga intervjuer.	Intervjuerna utfördes av Wårdh, I och varade i 90 minuter. De spelades in på band och skrevs ut av en sekreterare. Grounded Theory.	Studien visade att trots flertalet förändringar i miljön, motsträviga patienter och tillfällig avsaknad av åtagande från kollegorna kände omvårdnadspersonalen som ansvarade för den orala omvårdnaden ansvar för utförandet av den. De uttryckte tapperhet, förmågan att se verkligheten, bekräftelse och empati som karakteristiskt för vad som skilde dem åt från noviser.	Medel.

