

Vi borstar tillsammans!

En verksamhetsmodell för handledning av
närståendevårdare i munhälsa

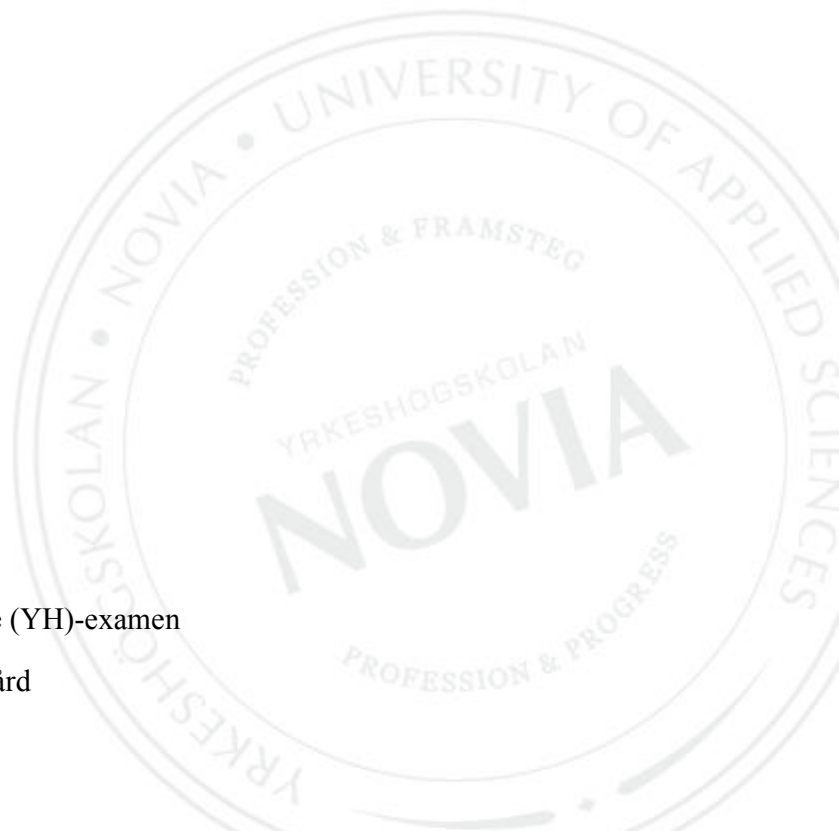
Jimmy Bussman

Fredrik Teir

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Åbo 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Jimmy Bussman, Fredrik Teir

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktningalternativ/Fördjupning: Sjukskötare, YH

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin

Titel: Vi borstar tillsammans! - En verksamhetsmodell för handledning av närståendevårdare i munhälsa

Datum 27.9.2011

Sidantal 69

Bilagor 3

Sammanfattning

Examensarbetet hör till projektet T.A.G. i livet som har som mål att stöda vuxna och äldre i olika livssituationer genom ett resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt för att på så sätt uppnå självständighet och funktionsförmåga. Examensarbetets beställare är Folkhälsans närståendevårdarförening i Åboland. Arbetets syfte är att utreda närståendevårdarnas situation och informationsbehov i anslutning till munhälsan samt att skapa en verksamhetsmodell för Närståendevårdarföreningen. I examensarbetet utreds Närståendevårdarnas situation i Finland med fokus på munhälsa utgående från en litteraturstudie. Den praktiska delen av utvecklingsarbetet baserar sig på en enkätundersökning bland de närståendevårdare som var aktiva i Folkhälsans anhängarecafé våren 2011. I undersökningen utreds närståendevårdarnas situation samt de närståendes munhälsa. I undersökningen (n=25) framgår det att närståendevårdarna uppger sig ha tillräckliga kunskaper om munhälsa samt om vården av denna. De anser sig inte heller ha något behov av att lära sig mer. Dock framkommer det att det bland majoriteten av de närstående förekommer nöjaktig eller dålig munhälsostatus. I undersökningen framkommer det även att män och kvinnor bedömer sin närståendes munhälsostatus olika. Detta kan indikera att närståendevårdarna inte besitter tillräckliga kunskaper i munhälsa. Utgående från litteratur och undersökningens resultat skapas en verksamhetsmodell för handledning av närståendevårdare. Verksamhetsmodellens syfte är att förbättra närståendevårdarnas kunskaper i munhälsa och skapa empowerment, inre motivation och förhöjd funktionsförmåga. Detta gör det sedan möjligt för närståendevårdarna att bättre kunna vårda sina närstående. Verksamhetsmodellen kan även användas för handledning i andra ämnen bland närståendevårdarna.

Språk: Svenska **Nyckelord:** Anhörig, närstående, anhängarevård, närståendevård, munhälsa, munhygien, empowerment, funktionsförmåga, inre motivation, informationsbehov, handledning

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Jimmy Bussman, Fredrik Teir

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyön koulutusohjelma, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidtaja, AMK

Ohjaaja: Heli Vaartio-Rajalin

Nimike: Harjaamme yhdessä! –Suun terveyteen ohjaava toimintamalli omaishoitajille

Päivämäärä 27.9.2011

Sivumäärä 69

Liitteet 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyö on osa O.T.E elämästä-projektia, jonka tavoitteena on tukea aikuisia ja vanhuksia eri elämäntilanteissa, käyttämällä voimavaroja vahvistavia ja kuntouttavia työmenetelmiä, joiden avulla pyritään saavuttamaan itsenäisyyttä ja toimintakykyä. Opinnäytetyön tilaaja on Turunmaan Folkhälsanin omaishoitajien yhdistys. Työn tarkoituksena on selvittää omaishoitajien tilanne ja tiedontarve liittyen suun terveyteen sekä luoda ohjaavia toimintamalleja omaishoitajien yhdistyksille. Aihetta selvitetään kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön käytännön osa perustuu kyselyyn, joka suunnattiin niille omaishoitajille, jotka osallistuivat Folkhälsanin omaistenkahvilan toimintaan keväällä 2011. Tutkimuksessa selvitetään omaishoitoa saavien suun terveyden tilannetta. Tutkimustulokset (n = 25) osoittavat, että omaishoitajat kokevat, että heillä on riittävästi tietoa suun terveydestä ja sen hoidosta. Omasta mielestään heillä ei ole tarvetta oppia lisää aiheesta. Kuitenkin ilmenee, että omaishoitoa saavien enemmistöllä suun terveys on tyydyttävä tai huono. Tutkimuksessa todetaan myös, että miehet ja naiset määrittelevät omaistensa suun terveyden eri tavoin. Tämä osoittaa, ettei omaishoitajilla ole riittävästi tietoa suun terveydestä. Kirjallisuuskatsauksen ja kyselyn tulosten perusteella luodaan toimintamalli omaishoitajien ohjauksen avuksi. Toimintamallin tarkoitus on voimaannuttaa (empowerment) omaishoitajia, lisätä sisäistä motivaatiota, lisätä toimintakykyä sekä lisätä tietoa suun terveydestä. Tämä antaa omaistenhoitajille mahdollisuuden hoitaa omaisiaan paremmin. Toimintamallia voidaan myös käyttää muihin omaishoitajien ohjaukseen liittyviin aiheisiin.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: Omainen, läheinen, omaistenhoito, läheishoito, suunterveys, suuhygienia, hammashygienia, empowerment, toimintakyky, sisäinen motivaatio, tietotarve, ohjaus

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa

BACHELOR'S THESIS

Authors: Jimmy Bussman, Fredrik Teir

Degree Programme: Degree programme in Nursing, Turku

Specialization: Bachelor of Health Care (Nursing)

Supervisor: Heli Vaartio-Rajalin

Title: We're brushing together! - An operating model for guidance of informal caregivers in oral health

Date 27.9.2011

Number of pages 69

Appendices 3

Summary

This bachelor's thesis is a part of the project "T.A.G. i livet". The project goals are to support adults and elderly in different life phases through a resource strengthening and rehabilitating approach to better enable them to achieve independence and heightened functional ability. This thesis is commissioned by Folkhälsans' informal caregivers association in Turunmaa. The intent is to create an operating model to create empowerment, inner motivation and heightened functional ability among the informal caregivers. The intent is also to heighten the knowledge of oral health among the informal caregivers. This will then enable the informal caregivers to better take care of their relatives. In this thesis the present situation of informal caregivers in Finland on oral health matters is investigated on the basis of a literature review. The results of an oral health questionnaire survey are also presented. According to the results (n=25) of the survey, informal caregivers feel that they have enough knowledge of oral health and that they feel no need for further education. In the survey it is shown that the majority of informal care recipients' oral health status is adequate or poor. The results also show that men and women assess the oral health status of their care recipient differently. This could imply that informal caregivers are not aware of their lack of knowledge in oral health. The survey was conducted in the spring of 2011 among the participants of Folkhälsans' café for relatives. An operating model for guidance of informal caregivers is created on the basis of the literature review and survey results. The operating model could also be used with other subjects among the informal caregivers.

Language: Swedish

Key words: Oral health, dental health, informal care, relative care, family care, empowerment, functional ability, inner motivation, guidance, information need

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Målgrupp.....	3
3	Utvecklingsprocess	4
3.1	Syfte, mål och problemformulering	4
3.2	Datainsamling	5
3.3	Närståendevård och munhälsa.....	5
3.3.1	Närståendevårdaren – statistik och demografi i Finland	6
3.3.2	Närståendevårdarens informationsbehov.....	7
3.3.3	Mottagare av närståendevård – statistik och demografi i Finland	10
3.3.4	Definition av munhälsa och munhygien	11
3.3.5	Munhälsa och livskvalitet	12
3.3.6	Munhälsan och utnyttjande av munvårdstjänster hos äldre i Finland	12
3.3.7	Munhälsa i relation till kroniska sjukdomar	16
3.4	Bakgrund till verksamhetsmodellen.....	16
3.4.1	Grundbegrepp i verksamhetsmodellen	16
3.4.2	Handledningsmodell	17
3.4.3	Utformning av handboken	19
3.5	Undersökning	20
3.5.1	Utformning av enkät och dataanalys	21
3.5.2	Praktiskt utförande av undersökningen.....	23
3.5.3	Redogörelse och analys av undersökningens resultat.....	24
4	Vi borstar tillsammans - verksamhetsmodell.....	36
4.1	Tillämpning av handledningsmodellen i verksamhetsmodellen	36
4.2	Tillämpning av undersökningens resultat i handboken.....	40
4.2.1	Munnens uppbyggnad och funktion samt kännetecken för en frisk mun	40
4.2.2	Munhälsa och naturligt åldrande.....	41
4.2.3	Munhälsa och nutrition	42
4.2.4	Munnens sjukdomar.....	43
4.2.5	Munhälsa och kroniska sjukdomar	45
4.2.6	Munhälsa och farmaci.....	47
4.2.7	Skötsel av munnens hygien.....	49
4.2.8	Att hjälpa en person som inte kan utföra munvården själv.....	50
4.2.9	Munvårdstjänster	51
4.3	Förslag till utvärdering och uppdatering av verksamhetsmodellen	53

5	Diskussion.....	55
5.1	Resultatdiskussion.....	57
5.2	Kritisk granskning.....	60
5.3	Validitet och reliabilitet.....	61
5.4	Utvecklingsmöjligheter.....	63
	Källförteckning.....	65

- Bilaga 1 - Förfrågan gällande närståendevårdarens uppfattning om sin närståendes munhälsa.
- Bilaga 2 - Följebrev till frågeformulär om närståendevårdarnas uppfattning om sin närståendes munhälsa.
- Bilaga 3 - Vi borstar tillsammans! – En handbok i munvård för närståendevårdaren.

1 Inledning

Detta examensarbete är en del av projektet ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G i livet” vars mål att stöda vuxna och äldre i olika livssituationer genom ett resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt för att på så sätt uppnå självständighet och funktionsförmåga. Projektet avser uppnå detta genom att utveckla handledning och metoder för egenvård, utveckla resursförstärkande arbetssätt och olika serviceformer. (Novia 2010). Examensarbetets beställare är Folkhälsans förening för närståendevård i Åboland, som arbetslivets representant fungerar som koordinator Eva Björkqvist.

Vi har valt att göra vårt examensarbete om munhälsa bland närståendevårdare och deras närstående. Ämnet ligger i vårt personliga intresse eftersom vi upplever att munhälsan i dag är ett bortglömt och föringat område inom vården. Detta är alarmerande eftersom äldre vuxna som bedömer sin munhälsa som dålig är mindre tillfredsställda med sina liv än de personer som uppger sig ha en bra munhälsa. Dålig munhälsa kan alltså orsaka en påtaglig sänkning av livskvaliten. (Huff, Kinion, Kendra & Klecan 2006, s. 245-255). Enligt WHO:s globala bedömning får miljoner av ålderstigna personer inte den munvård de behöver pga. att myndigheter inte är medvetna om att det är ett problem. WHO påpekar även att utbildning av vårdgivare i munhälsa har en positiv inverkan på vårdtagares munhälsa, oberoende av personens ålder. (WHO 2005, s. 646-647).

Enligt Wårdh, Hallberg, Bergren, Andersson och Sörensen (2000, s. 139-140) upplevs det bland professionella vårdare att munvård är en problemfylld och otrevlig uppgift. Det kan även uppstå etiska problem då vårdtagaren inte vill samarbeta med munvården. Professionella vårdare uttrycker även ett behov av praktiska all dagliga rekommendationer hur man skall bemöta munvårdsrelaterade problem. (Wårdh m.fl. 2000, s. 139).

Vi valde att rikta oss till närståendevårdare eftersom det inte existerar svenskspråkigt material om munhälsa särskilt riktat till närståendevårdare. Informationsbehovet är ett centralt behov bland närståendevårdare, dessutom har det vid samtal med arbetslivsrepresentanten Eva Björkqvist framkommit ett behov av material för handledning och undervisning hos denna målgrupp gällande munhälsa. Vidare kan ämnesvalet motiveras då exempelvis Klinge (2008, s. 14) påpekar att det är mycket viktigt att närståendevårdare vet om vikten av god munhygien för den vårdade i och med att förbättrad munhygien kan minska risken för pneumoni.

Genom vårt arbete skapar vi en verksamhetsmodell om munhälsa för närståendevårdare. Denna verksamhetsmodell utgörs av en undersökning, en handbok i munhälsa, anhörigcafés verksamhet och av kommunal eller privat munvårdsservice. Avsikten med

verksamhetsmodellen är att skapa empowerment, inre motivation och förhöjd funktionsförmåga gällande munhälsa hos närståendevårdarna.

Genom detta examensarbete utvecklar vi våra kompetenser som blivande sjukskötare. Våra egna målsättningar är att utveckla våra kunskaper i handledning och produktion av handledningsmaterial. Dessutom önskar vi få kunskap om munhälsans betydelse för individens hälsa.

Till sjukskötarens kompetensområden hör att agera sakkunnig i vårdarbete. Sjukskötaren skall identifiera och förebygga individens och samhällets hälsoproblem samt hälsohot. Sjukskötaren skall stöda, handleda och uppmuntra individen, familjen och samhället att ta vara på och ansvara för sin hälsa, funktionsförmåga och resurser. Sjukskötaren skall ha ett resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt. Eftersom vi bereder utbildningsmaterial om hur man skall sköta munvården hemma bidrar det till att stöda personer att själva utföra rätt egenvård i hemmet. Samtidigt övar vi oss på att utveckla nytt aktuellt handledningsmaterial, vilket också hör till sjukskötarens kompetensområden. (Undervisningsministeriet 2006, s. 63-71).

Genom att samarbeta med beställaren utvecklar vi våra kompetenser i projektbaserat arbete. Vi fungerar som sakkunniga inom detta område, d.v.s. munhälsans påverkan på hälsan, och genom växelverkan med arbetslivsrepresentanten utvecklar vi vår förmåga i verka i en mångprofessionell miljö. Samtidigt utvecklar vi våra kompetenser i forskningsarbete samt tillämpning av aktuell forskning och praxis. (Undervisningsministeriet 2006, s. 63-71).

2 Målgrupp

Examensarbetets målgrupp består av de närståendevårdare som är involverade i Folkhälsan i Åbolands verksamhet för närståendevårdare. Föreningen ordnar verksamhet för närståendevårdare i form av ett ”Anhörigcafé” där de som fungerar som närståendevårdare har möjlighet att träffa andra personer i samma situation. Caféernas verksamhet delas upp i två temaområden; vårdare till äldre närstående samt föräldrar till barn med särskilda behov. Vi väljer att koncentrera oss på de närståendevårdare som sköter äldre närstående, d.v.s. inte föräldrar till barn med särskilda behov.

Caféverksamheten ordnas i Åbo med omnejd ca 1 gång per månad under vår och höst. De enskilda tillfällena är ca två timmar långa med varierande deltagarantal i och med att deltagandet är frivilligt. Enligt arbetslivsrepresentanten finns det ca 50 aktiva deltagare i anhörigcafés verksamhet. (Folkhälsan, u.å.).

Närståendevårdaren är en person som tar hand om sin anhöriga eller annan närstående p.g.a. att denne av sjukdom eller sitt tillstånd inte klarar sig i vardagen på egen hand. Närståendevårdaren är en person som ansökt och beviljats närståendevårdarstöd från kommunen. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, s. 7). Enligt Lag om stöd för närståendevård (2005/937) är närståendevårdaren; ”en anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära och som ingått ett avtal om närståendevård” (§2, mom. 3).

Närståendevårdarrollen kan en person snabbt hamna i t.ex. genom plötslig sjukdom. Ofta uppstår rollen stegvis allt eftersom en sjukdom framskrider eller behovet av hjälp stiger. I dagens Finland uppskattas att det finns omkring 300 000 personer som erhåller vård av en närstående. Av dessa beräknas omkring 60 000 vara i behov av en anstaltsplats om de inte skulle erhålla närståendevård. Närståendevårdare som erhåller närståendevårdarstöd i Finland är omkring 30 000. (Järnstedt m.fl. 2009, s. 7).

Medelåldern för vår målgrupp, både närståendevårdare och deras närstående, är över 70 år. Enligt närståendevårdarföreningens representant är de vanligaste åkommorna vårdtagarna lider av minnessjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar. Överlag har vårdtagarna dessutom ett uttalat behov av hjälp med att sköta den personliga hygien.

3 Utvecklingsprocess

Vårt tillvägagångssätt för utvecklingsprocessen är att genom litteraturstudie och egen empirisk undersökning bland målgruppen uppnå våra syften och mål. I detta avsnitt av arbetet presenterar vi våra syften, mål och problemformuleringar samt de olika teoretiska delar som utgör grunden i vår examensarbetsprocess.

3.1 Syfte, mål och problemformulering

För vårt examensarbete har vi ställt upp följande syften:

- Göra en undersökning av nuläget gällande munhälsa bland närståendevårdarna och deras närstående.
- Skapa en handbok i munhälsa avsett för handledning av närståendevårdare.
- Skapa en verksamhetsmodell för närståendevårdarföreningen för handledning av närståendevårdare i munhälsa.

Med vårt examensarbete avser vi uppnå följande mål:

- Höja kunskapsnivån om munhälsa hos närståendevårdarna och därmed skapa empowerment, inre motivation och höjd funktionsförmåga i munhälsofrågor.
- Utveckla närståendevårdarföreningens verksamhet genom att förse dem med en verksamhetsmodell och handledningmaterial gällande munhälsa.
- Utveckla våra egna kompetenser för att uppnå de kompetenser som sjukskötaren bör ha enligt Undervisningsministeriet (2006, s. 63-71).
- Eventuellt påverka påfrestningen på hälsovårdssystemet genom att minska förekomsten av förebyggbara munsjukdomar hos mottagarna av närståendevård.
- Eventuellt påverka samhällets ekonomiska påfrestning genom att minska förekomsten av onödiga vårdperioder på vårdinrättningar p.g.a. munhälsorelaterade sjukdomar hos mottagarna av närståendevård.

Som grund för vårt examensarbete har vi ställt upp följande problemformuleringar:

- Vilka praktiska problemområden samt vilket informationsbehov gällande munhälsa kan identifieras hos målgruppen?
- Hur kan vi främja närståendevårdarnas kunskapsutveckling i munhälsofrågor så att dessa upplever empowerment, inre motivation samt höjd funktionsförmåga.
- Hurudan inverkan har munhygien på hälsan hos personer som vårdas hemma av en närståendevårdare?

3.2 Datainsamling

Informationen som utgör basen för vår teoretiska bakgrund är insamlad genom sökningar via Internet på akademiska databaser (EBSCO, Swemed+, Google Scholar) samt genom sökningar med konventionella sökmotorer såsom Google och Bing. Artikelsökningen har gjorts på tre språk; svenska, finska och engelska. Följande sökord användes i artikelsökningar på engelska: **informal care, relative care, family care, community based care, oral health, oral hygiene, dental health, guidance, education, elderly, information need(s), need for information, need for counseling, relative, family caregiver, wife, husband** samt **home caregiver**.

Följande sökord användes vid sökningar på svenska: **anhörigvård, närståendevård, munhälsa, munhygien, oral hygien, tandvård, anhörig, maka, make, handledningsbehov, informationsbehov** samt **närstående**.

Följande sökord användes vid sökningar på finska: **omaishoito, omaistenhoito, läheishoito, suuterveys, suuhygienia, hammashygienia**.

Utöver dessa sökord har även sökningar på olika sjukdomar gjorts i kombination med ovanstående sökord, t.ex. diabetes och cancer.

Som komplement till artikelsökningarna via Internet gjordes manuella sökningar på bibliotek i litteratur relevant till examensarbetets ämne. Vid samtliga sökningar sållades materialet utgående från om de hjälper oss att besvara våra frågeställningar och uppnå våra mål.

3.3 Närståendevård och munhälsa

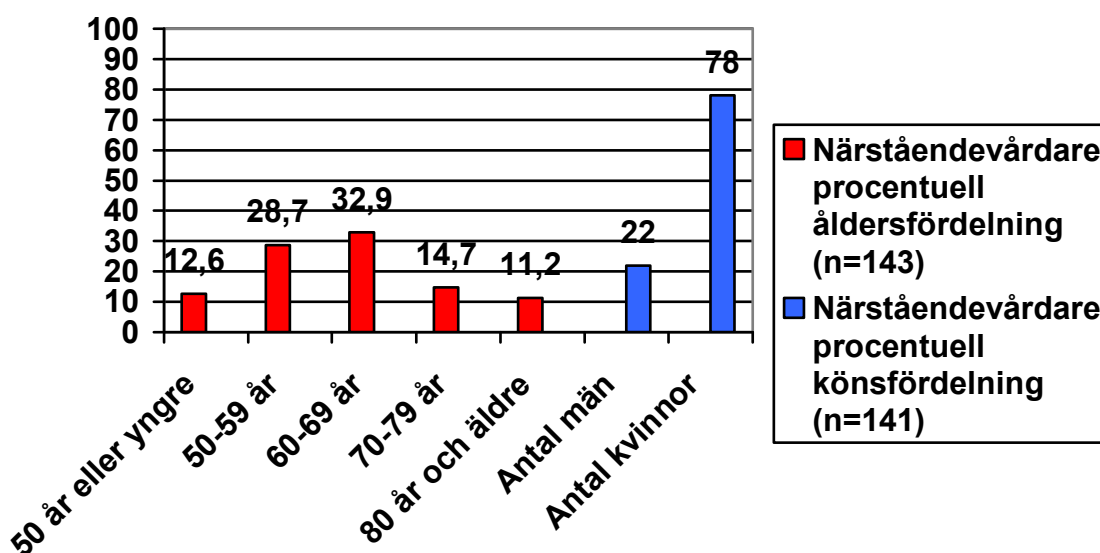
För att utreda närståendevårdarnas och deras närståendes munhälsotillstånd idag gjordes datainsamling (se 3.2). Någon specifik information om enbart närståendevårdarna och deras anhöriga gällande munhälsa hittades inte. För att kunna avgöra vilket informationsbehov

närståendevårdarna har utgick vi från närståendevårdarnas generella informationsbehov. För att knyta an detta till munhälsan redogör vi för den äldre befolkningens munhälsa i dagens Finland. Detta eftersom närståendevårdarna och deras anhöriga i regel är ålderstigna personer (se s. 2). Informationen har delvis sammanställts i tabellformat och redogörs i figurena 1-9.

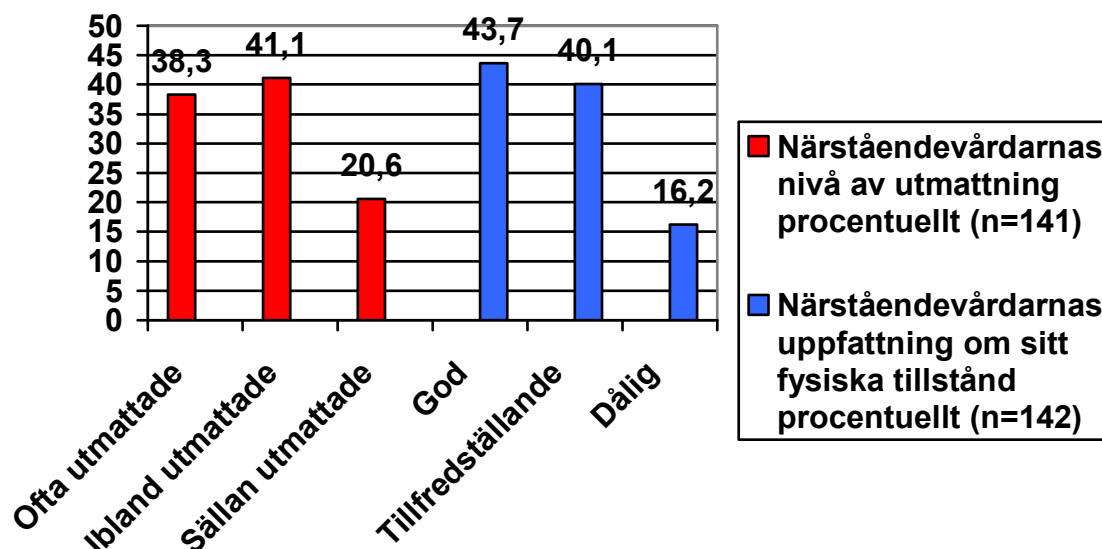
3.3.1 Närståendevårdaren – statistik och demografi i Finland

Salin, Kaunonen och Åstedt-Kurki (2009, s. 492-501) har publicerat en undersökning där data har samlats in i en finsk stad bland 350 närståendevårdare. Undersökningen bestod av en tvådelad enkätundersökning utförd oktober 2006.

Enligt nedanstående figur är majoriteten av närståendevårdarna i åldern 60-69 år. Dock är närståendevårdare relativt jämnt fördelade oberoende av ålder. En överväldigande majoritet av närståendevårdarna är kvinnor. (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).



Figur 1. Närståendevårdare enligt ålder och kön (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).



Figur 2. Närståendevårdarnas upplevelse av utmattning samt deras uppfattning om sitt egna fysiska tillstånd oberoende av ålder eller kön (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

Enligt figur 2 känner sig en stor del av närståendevårdarna ofta utmattade medan majoriteten ibland känner sig utmattade. Enbart ca 16% av närståendevårdarna upplevde sin fysiska funktionsförmåga som dålig. (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

Närståendevårdarna använder sig av olika metoder för att klara av vardagen och vården av sina närstående. Dessa är; prioritering, ta en dag i taget, försöka se situationen ur positiv synvinkel, skingra tankarna genom att t.ex. läsa eller se på TV, acceptera sin situation som den är, att tro på sig själv och sin förmåga att hantera situationen, acceptera att situationen inte kan skyllas på någon, unna sig egen fritid, acceptera att den vårdade inte är skyldig till sin egen situation samt att lita på sin expertis och de kunskaper som man byggt upp och besitter. (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

Dessa metoder kan ses som höjande av empowerment eftersom empowerment innebär att ha förmåga att själv hantera sin situation (Kostenius & Lindqvist 2006, s. 82).

3.3.2 Närståendevårdarens informationsbehov

För de flesta närståendevårdare är det viktigt att få information och kunskap om den närståendes sjukdomar eller åkomma och hur dessa/denna vårdas. Viktigt är även att få information om vårdsystemet, vård- och stödformer samt vilka andra möjligheter till hjälp och stöd som finns tillgängliga. Kunskap och information förbygger onödig osäkerhet och hjälper närståendevårdaren att orka. (Järnstedt m.fl. 2009, s. 134).

Enligt Anhörigas riksförbund (u.å) är det information och kunskap som ger en känsla av trygghet åt de som vårdar en anhörig i hemmiljö. Detta gäller oavsett förhållande till den anhörige. Att veta hur man skall handla i olika situationer, vart man skall vända sig när man behöver hjälp och att man kan lita på att hjälp finns när man behöver nämns som avgörande. Informationen kan vara allt från tekniker för förflyttningar till råd och anvisningar gällande hygien, hjälpmedel, kost, sjukdomar, symptom, färdtjänst och mediciner. (Anhörigas riksförbund, u.å).

I en undersökning utförd under år 1997-2000, bland närståendevårdare till cancersjuka personer i Storbritannien, studerades närståendevårdares psykosociala behov. I den kvantitativa enkätundersökningen deltog 262 personer. Bland de behov som kunde urskiljas fanns behovet av information. Det viktigaste psykosociala behovet som upplevdes bland närståendevårdarna var ärlig och uppriktig information, 96% (n = 195) av deltagarna. Information om behandlingsplan 93% (n = 195), prognos 92% (n = 195) samt information om läkemedelsbehandling och bieffekter 88% (n = 195) upplevdes även som viktigt. Att informationen gavs hänsynsfullt, ”sensitively”, upplevdes också som viktigt av 93 % (n = 195) av deltagarna. (Soothill, Morris, Harman, Francis, & McIllmurray 2001, s. 466-467).

I en enkätundersökning gjord år 2006 i England, Wales och Skottland bland närståendevårdare (n = 1909) kom man fram till att ett av de första behoven hos de arbetsföra som hamnar närståendevårdarrollen är behovet av information. Närståendevårdarna i undersökningen skötte om sina anhöriga pga. sjukdom, oförmåga eller att han/hon inte klarar sig själv. Undersökningen kompletterades dessutom med intervjuer (n = 134). De kärnområden som framkommer ur undersökningen är; information om möjligheter till ekonomiskt stöd och vem som bedömer och sköter om sådant, vilka servicealternativ som finns tillgängliga i närområdet, möjligheter till avlastning och hjälp, rättigheter och möjligheter till omstrukturering av det egna arbetslivet samt var man kan få information, hjälp och stöd att orka med både eget liv och arbete vid sidan av omsorgen för den anhörige. (Yeandle, Bennett, Buckner, Fry & Price 2006, s. 11).

Därtill framkommer det i en systematisk litteraturstudie av Bee, Barnes, och Luker (2008, s. 1386) olika behov som kan identifieras hos en närståendevårdare till en person med cancer som vårdas hemma i palliativt vårdskede. Behovet av praktisk information och handledning om olika vårdåtgärder kunde enligt författarna utläsas ur samtliga studier som granskats. (Bee m.fl. 2008, s. 1386).

Enligt en litteraturöversikt, som del av en undersökning, av Nolan och Grant (1989, s. 951) kan man urskilja fyra större grupper av behov hos närståendevårdare som borde uppfyllas av den

professionella vården. Ett av dessa är behovet av information. Författarna beskriver informationsbehovet som allt från att veta vem som sköter vad inom vårdorganisationer till information om den anhörigas sjukdomar och hur dessa behandlas. Behovet av att få information innefattar också vilka möjligheter till hjälp och service som är tillgängliga. (Nolan & Grant 1989, s. 951). Nolan och Grant (1989, s. 958) lyfter fram att närståendevårdarna genom att få relevant information kan få en ökad känsla av kontroll över sin situation samt att graden av informerat samtycke då ökar.

För att ännu påvisa behovet av information hos anhöriga generellt presenteras nedan två undersökningar som utförts bland anhöriga som inte betecknats som närståendevårdare.

Higgins, Joyce, Parker, Fitzgerald och McMillan (2007, s. 212-213) har genom en kvalitativ undersökning undersökt behov bland 10 anhöriga till en äldre person som insjuknat akut. Undersökningen utfördes vid två sjukhus i Australien. Informationsbehovet upplevs enligt författarna som ett stort behov. Detta behov skall inte underskattas hos en person när dennes äldre anhöriga insjuknar akut. Det informationsbehov som lyfts fram är information om de förändringar och utmaningar som stundar och vilka utsikterna är för den sjuka. Att bli informerad möjliggör bedömning, förutseende och planering utgående från den anhörigas egna behov. Viktigt är även att informationen ges respektfullt och ärligt. (Higgins m.fl. 2007, s. 212-213).

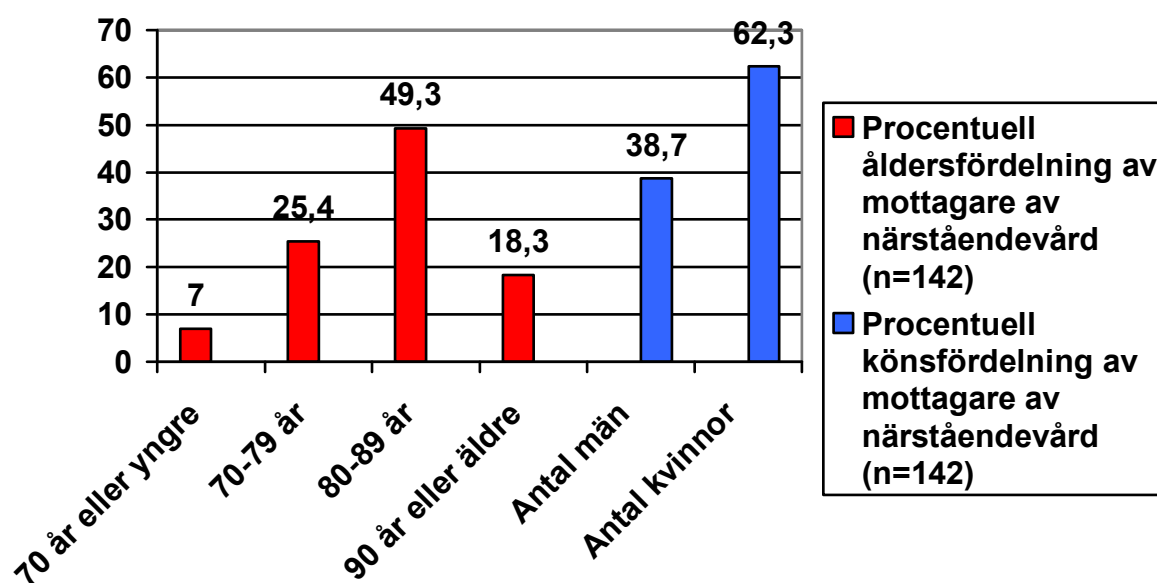
I en finsk undersökning av Eriksson och Lauri (2000) undersöktes informations och emotionellt behov bland 168 anhöriga till patienter med cancer. I undersökningen kom man fram till att anhöriga tyckte att det var viktigt att få information från de professionella vårdare som handhöll den anhöriges vård. Tre områden lyftes fram. **Medicinsk information**; sjukdom, prognos, behandling, undersökningar, biverkningar, behandlingsalternativ samt hur beprövade behandlingsmetoderna är. **Vårdinformation**; symptom, hur stor ansträngning det blir för patienten, patientens sinnesstämning, eventuell upplevelse av smärta samt hur sjukdomen påverkar familjelivet. **Organisatorisk information**; dagschema för avdelningen, vad olika vårdpersonal kan erbjuda, möjligheter till delaktighet i vården samt hur man konkret kan delta i den sjukas vård. Bland dessa var medicinska och vårdinformationen viktigare än organisatorisk information. Information om eventuell upplevd smärta upplevdes som mest viktigt. Information om avdelningens rutiner upplevdes som minst viktig. (Eriksson & Lauri 2000, s. 11-12).

Enligt ovanstående kan man dra slutsatsen att informationsbehovet är ett centralt behov hos närståendevårdare för att de skall klara av sin situation. Det handlar om information om bl.a. sjukdom, behandling, vårdåtgärder, prognos och läkemedelsbehandling. Information om vilka

stödmöjligheter som finns tillgängliga från den professionella vården och från samhället är även viktiga för närståendevårdare.

3.3.3 Mottagare av närståendevård – statistik och demografi i Finland

I detta avsnitt redogör vi för finländsk statistik gällande mottagare av närståendevård baserad på Salin m.fl. undersökning (2009). Vi beskriver ålder och könsfördelning bland mottagarna av närståendevård samt ger en översikt av deras levnadsförhållanden och upplevda problem i vardagen.



Figur 3. Mottagare av närståendevård enligt ålder och kön (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

Enligt figur 3 är den största andelen av mottagarna av närståendevård i åldern 80-89. Majoriteten av mottagarna av närståendevård oberoende av ålder är kvinnor. (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

Bland de som erhöll närståendevård levde 42,3 % (n = 137) tillsammans med den som gav närståendevården. Helt ensamma levde 57,7 % (n = 137). Av dessa led 48,5 % (n = 134) av demens och 60,4% (n = 139) beskrev sin hälsa som dålig. 36 % (n = 139) beskrev hälsan som nöjaktig och enbart 3,6 % (n = 139) beskrev sin hälsa som god. (Salin m.fl. 2009, s. 492-501).

De som erhöll närståendevård (n = 204) beskrev de största upplevda problemområdena enligt följande; minnesproblem 13 %, behov av andra för att klara vardagen 10% och problem att sköta den personliga hygien 9 %. Vidare upplevde 22 % dålig fysisk funktionsförmåga. Någon statistik om hur dessa upplevde sin munhälsa fanns inte att tillgå i undersökningen. (Salin m.fl. 2009, 492-501).

3.3.4 Definition av munhälsa och munhygien

Enligt WHO Media centre (2007) innebär munhälsa att vara fri från kronisk mun- och ansiktssmärta samt mun- och svalgcancer. I definitionen ingår även avsaknad av medfödda missbildningar som gomspalt och sjukdomar som peridontit, hålbildning i tänderna, tandlossning samt andra sjukdomar och tillstånd som påverkar munnen och munhålan.

En frisk mun har hela och funktionsdugliga tänder, elastiska, fuktiga och hela slemhinnor. Tandköttet är elastiskt, ljusrött och har en apelsinskalsliknande yta som inte blöder vid tandborstning. Tungan är belägningsfri, ljusröd och knottrig. Även salivutsöndringen skall vara tillräcklig. (Vianto 2010).

God tandhälsa definieras av Socialdepartementet (2002, s. 132) som ”Avsaknad av smärta från tänder och munhåla. Förmåga att obehindrat kunna tugga olika typer av föda. Avsaknad av obehandlad karies och tandlossning. Ett så lågt antal lagade tänder som möjligt. Avsaknad av synliga tandluckor. Ett ur individens synvinkel utseendemässigt godtagbart bett.”

Enligt Department of Health, London (1994) definieras munhälsa som ett tillstånd när munnen och dess vävnader tillåter en individ att äta, prata och socialisera utan pågående sjukdom. Individen är samtidigt välmående utan att känna sig obekvämt och behöver inte skämmas. (Clay 2002, s. 31). Von Bahr och Christensen (1995, s. 7) konstaterar att munhälsan är viktig eftersom en frisk munhåla har betydelse för individens förmåga att äta. Dessa lyfter även fram aspekter som att individen uttrycker känslor samt pratar med munnen. Munnen har även en betydelse för individens utseende. (Von Bahr & Christensen, 1995, s. 7).

Enligt Huff m.fl. (2006, s. 245-255) har dålig munhälsa, nedsatt funktionsförmåga och upplevelse av smärta ett nära samband. Gott munhälsobeteende korrelerar med högt självförtroende, dåligt självförtroende har påvisat ett icke hälsofrämjande beteende. Ansiktet är en viktig del av den mänskliga identiteten. Individer med dålig munhälsa kan skämmas över sin munhälsa vilket begränsar social interaktion och kommunikation. (Huff m.fl. 2006, s. 245-255). Även Brennan, Singh, Spencer och Roberts-Thomson (2006, s. 83) konstaterar detta.

För att munnens hälsa skall upprätthållas är egenvården av munnen viktig. Att rengöra munnen samt eventuell protes regelbundet två gånger om dagen är en grundförutsättning för munhälsan. (Remes-Lyly 2007, s. 43) Vianto (2010) poängterar att regelbunden munhygien är en hörnsten i munvården och den förebyggande vården av munhälsan. Vianto (2010) ställer upp målsättningar för munhygien enligt följande; att avlägsna bakterier och plack från tändernas yta, förebygga hålbildning, tandköttinflammation och bindvävssjukdomar. Enligt Klinge (2008, s. 14) finns det evidens för att en vård som strävar till en förbättrad munhälsa

minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av pneumonier. Också enkla munskötselåtgärder kan minska risken för bakteriell pneumoni.

3.3.5 Munhälsa och livskvalitet

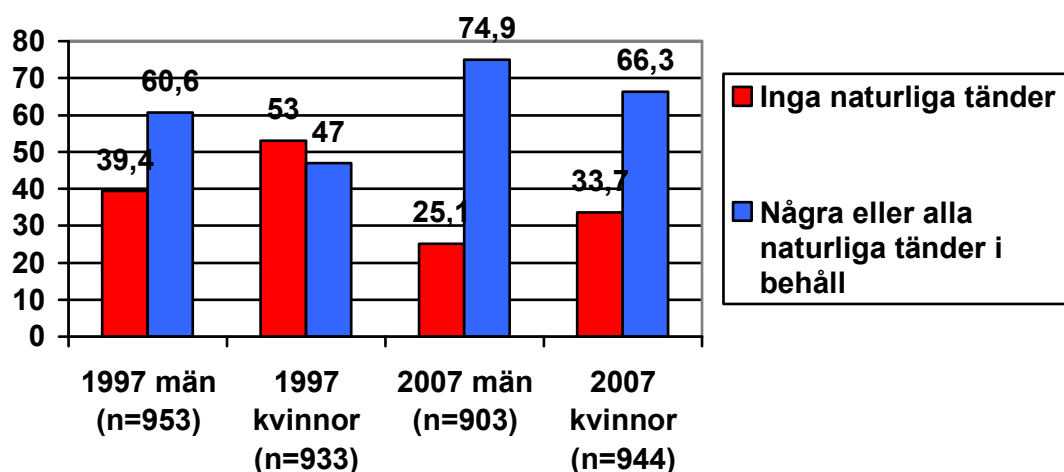
God livskvalitet har samband med en frisk, funktionsduglig och smärtfri mun. En frisk mun möjliggör ett mångsidigt och hälsosamt födointag som i sin tur leder till en välfungerande matsmältning. Man behöver inte skämmas för en frisk mun vilket gör att umgänge med andra människor påverkas positivt. En tandrad av egna friska tänder fungerar bättre än proteser även om tänder skulle fattas. Skadade, lösa, smärtande tänder och dålig munhygien leder både till svårigheter att äta och dålig självkänsla. I värsta fall kan det innebära att personer isolerar sig och undviker att umgås med andra människor. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 21).

I rapporten "Oral health, health and Quality of life in older people" skriver Kandelman, Petersen och Ueda (2008, s. 229-230) att jämförelsen mellan munhälsa och livskvaliteten för äldre människor förutsätter att man ser på den äldres livskvalitet ur ett bredare perspektiv än att bara fokusera på sjukdom. För att närma sig förståelsen för livskvaliteten måste man även se på munhälsan ur ett psykosocialt perspektiv. Rent medicinska aspekter som smärta, obekvämheter, munfunktionsförmåga får inte överskugga eventuella emotionella upplevelser och sociala funktioner så som självkänsla och personligt upplevda behov. Kandelman m.fl. (2008, s. 229-230) påstår att livskvaliteten synnerligen påverkas av tandstatus och behov av att använda hel eller delproteser. Smärta, obekvämheter, muntorrhet orsakad av medicinering samt tandlossning har även en försämrande verkan på livskvaliteten genom att påverka självkänslan, det dagliga livet och känslan av välmående. (Kandelman m.fl. 2008, s. 229-230)

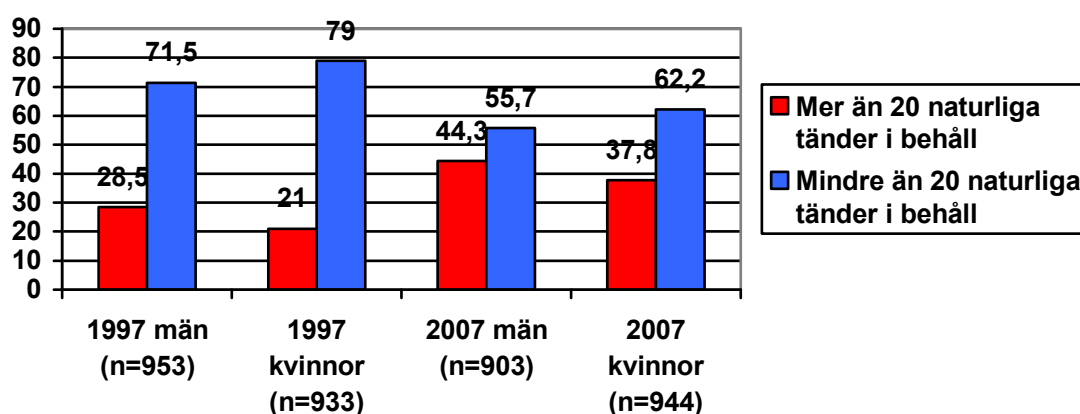
Äldre vuxna som bedömer sin munhälsa som dålig är mindre tillfredställda med sitt liv än personer som uppger sig ha en bra munhälsa. Dålig munhälsa kan orsaka en påtaglig sänkning av livskvaliteten. (Huff m.fl. 2006, s. 245-255).

3.3.6 Munhälsan och utnyttjande av munvårdstjänster hos äldre i Finland

Folkhälsoinstitutet publicerade år 2008 resultaten av en undersökning som jämför munhälsosituationen i Finland år 1997 respektive 2007. Deltagarna i undersökningen var i åldrarna 65-84 år. (Folkhälsoinstitutet 2008, s. 1).



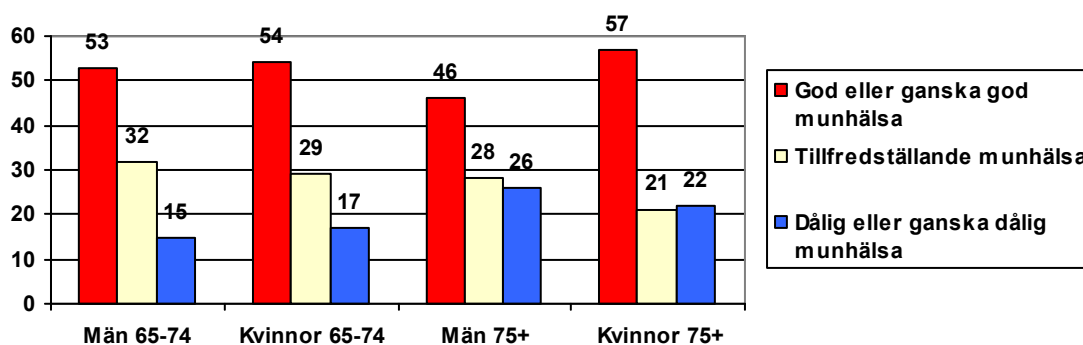
Figur 4. Procentuell fördelning av egna tänder respektive inga egna tänder hos 65-84 år fyllda enligt kön och år (Folkhälsoinstitutet 2008, s. 47).



Figur 5. Procentuell fördelning av mer än 20 naturliga tänder i behåll respektive de med mindre än 20 naturliga tänder i behåll enligt kön och år (Folkhälsoinstitutet 2008, s. 47).

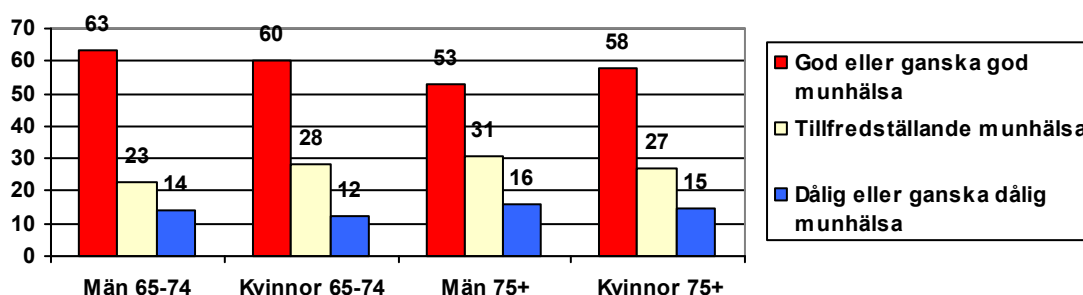
Ur figur 4 och 5 kan man utläsa att andelen äldre som har sina naturliga tänder i behåll har ökat det senaste decenniet. Enligt folkhälsoinstitutet (2008, s. 50) hade 32,4 % av männen och 34,5 % av kvinnorna i åldern 65-84 svårigheter med att tugga och äta mat med tuggmotstånd år 2007.

Folkhälsoinstitutet publicerade år 2004 resultaten av en undersökning där man granskat finländarnas munhälsa och attityder till denna. Undersökningen är gjord på nationell nivå. (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 10).



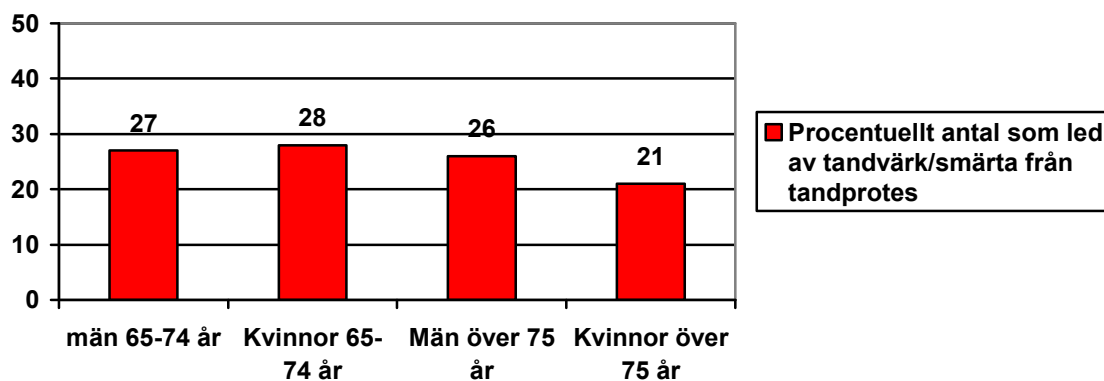
Figur 6. Procentuell fördelning av upplevelsen av den egna munhälsan bland de personer med naturliga tänder i behåll enligt kön och åldersgrupp ($n = 7087$) (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 178).

Ur figur 6 kan man utläsa att upplevelsen av den egna munhälsan är relativt jämnt fördelad oberoende av ålder hos de personer med naturliga tänder i behåll. Dock upplever män över 75 år en försämring av den egna munhälsan jämfört med kvinnor i samma åldersgrupp. (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 178).



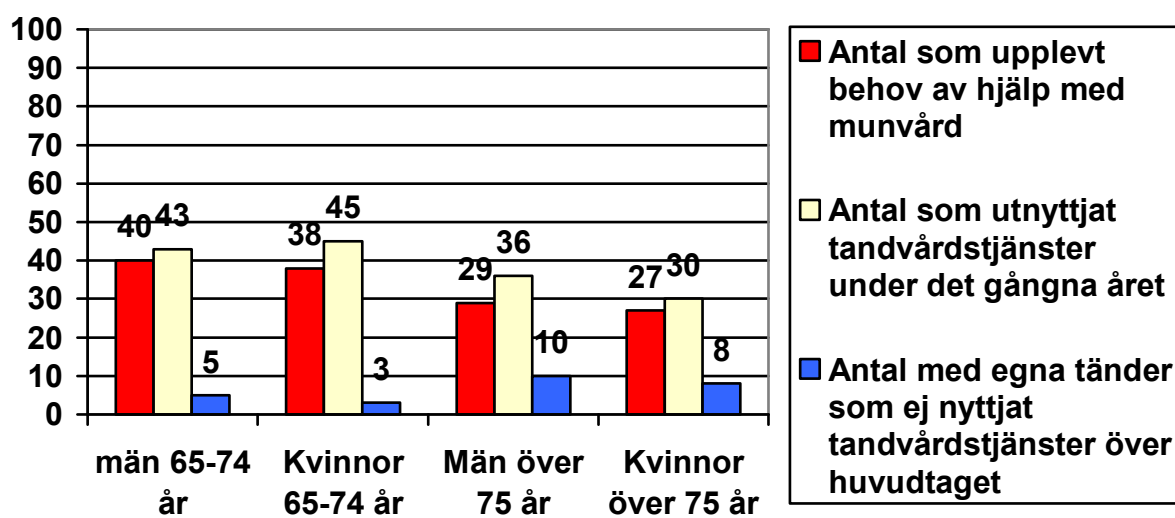
Figur 7. Procentuell fördelning av upplevelsen av den egna munhälsan bland de personer med inga naturliga tänder i behåll enligt kön och åldersgrupp ($n = 7087$) (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 178).

De personer med inga naturliga tänder i behåll upplever överlag sin egen munhälsa lika oavsett ålder eller kön. En viss försämring bland män över 75 går att påvisa jämfört med kvinnor i samma ålder. (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 178).



Figur 8. Andel av undersökningens deltagare som uppgett sig lida av tandvärk eller smärta från tandprotes fördelade enligt ålder och kön ($n = 7087$) (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 178).

Av figur 8 framgår det att den procentuella andelen av de personer som upp gav att de led av tandvärk eller smärta från tandprotes var mindre hos de över 75 år oberoende av kön (Folkhälsoinstitutet 2004, s.178).



Figur 9. Procentuell fördelning av den äldre befolkningens utnyttjande av tandvårdstjänster under det gångna året samt antal av de undersökta individerna som upplevt behov av hjälp med munvård kategoriserat enligt ålder och kön ($n = 7087$) (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 37, 53, 56).

Ur figur 9 går det att utläsa att det upplevda behovet av hjälp med munvård minskar med åldern oberoende av kön. Även antalet som utnyttjat tandvårdstjänster under det gångna året minskar medan andelen som ej utnyttjat tandvårdstjänster över huvudtaget ökar. (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 53, 56).

3.3.7 Munhälsa i relation till kroniska sjukdomar

Enligt (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, s. 23) kan kroniska sjukdomar förvärras av en dålig munhälsa. Dessa sjukdomar är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancer, led och reumasjukdomar, kroniska lungsjukdomar, svåra hudsjukdomar och kroniska inflammationssjukdomar i matsmältningskanalen. Personer med MS-sjukdom, Parkinsons sjukdom, pågående cellgift- eller kortisonbehandling, antikoagulationsmedicinering samt personer som genomgått olika typer av organtransplantation räknas även i likhet med tidigare nämnda som riskpatienter då det gäller munhälsan. Munhälsan bör skötas omsorgsfullt hos personer med kroniska sjukdomar. Nämnas kan även att personer med kroniska sjukdomar använder läkemedel regelbundet. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, s. 23).

3.4 Bakgrund till verksamhetsmodellen

I detta avsnitt redogör vi valet av handledningsmodell som vi bygger upp vår egen verksamhetsmodell utgående ifrån. Vi beskriver även andra modeller som vi har övervägt att använda. Begreppen empowerment, inre och yttre motivation samt funktionsförmåga förklaras och definieras. Slutligen beskriver vi grundprinciperna för ett bra skriftligt handledningsmaterial.

3.4.1 Grundbegrepp i verksamhetsmodellen

Kähäri-Wiik, Niemi och Rantanen (1997, s. 13) beskriver **funktionsförmåga** som en term som innefattar en persons förmåga att möta och klara av utmaningar i det vardagliga livet. Personen klarar av att fungera i växelverkan med sin omgivning samt att ställa upp mål att sträva till. Begreppet funktionsförmåga delas vidare upp i fysisk, psykisk och social funktionsförmåga. Fysisk funktionsförmåga inkluderar fysiologiska grundfunktioner, fysiskt skick och hälsotillstånd. Psykisk funktionsförmåga innebär att vara kapabel att motta och processera information, förmåga att skapa sig en uppfattning om omgivningen samt känna och hantera känslor. Vidare innebär psykisk funktionsförmåga att kunna planera och göra informerade ansvarsfulla beslut om livet för att möta och klara av motgångar. Social funktionsförmåga består av förmåga att känna kärlek och skapa relationer till familjemedlemmar samt vänner, både i arbetslivet och i andra sammanhang. Dessa tre delar utgör tillsammans en helhet. Om det finns brister i något delområde påverkas även andra delområden. Detta innebär att man måste se människans funktionsförmåga som en helhet. (Kähäri-Wiik m.fl. 1997, s. 13).

Kostenius och Lindqvist (2006, s. 79) definierar begreppet **empowerment** som ”hjälp till självhjälp”, d.v.s. att medvetandegöra och stärka individens egenmakt. Empowerment kan ses

som en process och som ett mål bestående av makt, kontroll, självtillit och stolthet. Med makt avses förmågan att påverka, exempelvis den egna situationen. I grunden för empowerment ligger människans lika värde och förmåga att kontrollera sitt eget liv. (Kostenius & Lindqvist 2006, s. 82).

Inre motivation definieras av Granbom (1998, s. 15-16) som ”naturligt motivering”. Den baserar sig på en önskan att ta reda på någonting av eget intresse, utan påverkan av utomstående faktorer. Den grundar istället sig på inre personlighetsfaktorer. Det är dock möjligt att öka en persons inre motivation genom stöd och uppmuntran av personens egna initiativ. För att väcka en persons inre motivation bör man väcka dennes intresse och engagemang. (Granbom 1998, s. 15-16).

Yttre motivation definieras som att motivationen upprätthålls genom att personen hoppas på en belöning eller försöker uppnå ett uppställt mål, t.ex. att läsa på för ett prov. Yttre motivation kan också innebära försök att uppnå mål ställda av andra genom påtryckning, exempelvis i form av hot eller bestraffning. Skillnaden mellan inre och yttre motivation ligger i att den motivation som uppnås genom yttre påtryckning försvinner då påtryckningen upphör. (Granbom 1998, s. 16-17).

3.4.2Handledningsmodell

Som grund för vår verksamhetsmodell har vi valt att utgå från Glasgow, et al. och Whitlock, et als 5 A modell för beteendeändring. Vi valde denna i och med att den passar bra att tillämpa på hela vår process från utformning av produkten utgående från teoridelen och undersökningen till utdelning och användning av produkten hos målgruppen. Handledningsmodellen i den form som vi utgår ifrån är tillämpad av projektet ”Pilot Collaborative on Self-Management Support” för att assistera vårdarbetare i handledning av patienter och familjer med kroniska sjukdomar att göra upp mål och handlingsplaner i beteendeförändring i samband med kronisk sjukdom. (Institute for Healthcare Improvement, u.å). I boken Ohjaaminen hoitotyössä beskriver Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen och Renfors (2007, s. 100-103) en modell för handledning i Mini-interventionsform utgående från modellen 5 A. Modellen, som ursprungligen var avsedd att användas som hjälp vid rökavvändning, har även visat sig vara användbar i andra sammanhang. Modellens tillämpning i Mini-interventions form har visat sig vara användbar för stora befolkningsgrupper. Modellen kan även tillämpas vid uppbyggnaden av innehållet i långvariga handledningsförhållanden. (Kyngäs m.fl. 2007, s. 100-103).

Modellen utgår från fem olika steg i en process som är ämnad att utmynna i en för varje patient personlig handlingsplan.

Assess, Bedömning. I det första steget bedöms patientens övertygelser, beteende och kunskaper. Detta kan t.ex. göras genom en kort undersökning. Samtidigt ges patienten feedback. (Institute for Healthcare Improvement, u.å).

Advice, Råd. I det andra steget ges patienten specifik information om sitt tillstånd och informeras om fördelar med att ändra beteendet. Patienten delges information som motiverar denna till deltagande. (Institute for Healthcare Improvement, u.å).

Agree, Överenskommelse. I det tredje steget gör man tillsammans med patienten upp mål utgående från för- och nackdelar av beteendeförändring. Detta görs utgående från patientens egna intressen och förmåga att ändra på sitt beteende. (Institute for Healthcare Improvement, u.å).

Assist, Assistans. I det fjärde steget identifieras patientens svagheter och svårigheter i förändringen av sitt beteende. Man funderar tillsammans på lösningar för patientens svårigheter och problem. Patienten stöds för att klara av sina mål. (Institute for Healthcare Improvement, u.å).

Arrange, Göra upp. I det femte och sista steget görs en plan upp för hur patienten på egen hand skall fullfölja sin plan för att nå bättre hälsa. Patienten stöds med uppföljning, t.ex. genom återbesök. (Institute for Healthcare Improvement, u.å).

Under vårt förarbete till produkten har vi även bekantat oss med nedanstående modeller. Dessa har av ett eller annat skäl ej har lämpat sig för våra ändamål. Vi väljer att redogöra för dessa för att bättre kunna motivera vårt val av 5 A modellen.

Transteoretiska-modellen för ändring av beteende skapades av James Prochaska år 1977. Modellen kallas även **stages of change** och är avsedd att beskriva vilka faser en individ genomgår för att uppnå en förändring i sitt beteende. Grundmodellen består av sex faser, dessa är: förövägelsefasen, övervägelsefasen, förberedelsefasen, handlingsfasen, upprätthållelsefasen och avslutningsfasen. Modellen har tillämpats i bland annat tobaksavvänjning, dietförändring och alkoholanvändning. (Prochaska & Velicer 1997, s. 38-39). Vi har valt att inte använda oss av denna modell eftersom den är avsedd att förändra ett redan existerande negativt beteende, exempelvis missbruk.

Health belief-modellen är publicerad år 1966 av Irwin Rosenstock. Modellen var ursprungligen avsedd att förklara vad som fick svårt sjuka personer att söka sig till vård, men

modellen har sedan dess utökats för att kunna beskriva varför personer uppvisar ett visst beteende i hälsofrågor. Modellen bygger på fyra grundbegrepp: upplevd utsatthet för ohälsa, upplevd allvarsgrad av ohälsa, upplevda hinder för att uppnå bättre hälsa och upplevda fördelar med förbättrad hälsa. (Rosenstock, Strecher & Becker 1988, s. 177). Vi använder oss inte av denna modell då den är avsedd att förklara ett beteende istället för att beskriva hur ett visst beteende kan uppnås, detta gör modellen därmed svår att tillämpa i vårt arbete.

3.4.3 Utformning av handboken

För att utforma vår handbok har vi valt att utgå från Torkkola, Heikkinen och Tiainen's bok "Potilasohjeet ymmärettäviksi, Opas potilasohjeiden tekijöille" (2002). Enligt författarna är utgångspunkten vid utformning av handledningsmaterial tudelad. Dels vilket mål den som gör handledningsmaterialet har, d.v.s. att ge information till den handledda och dels vilket mål som den som skall få handledningsmaterialet har, d.v.s. att få information. (Torkkola m.fl. 2002, s. 35).

Vid utformande av handledningsmaterial är det väsentligt att fundera på till vem handledningsmaterialet görs. Ett bra handledningsmaterial talar direkt till personen som läser materialet. Handledningsmaterialet bör vara utformat så att personen som tar del av materialet genast förstår att materialet är ämnat för honom/henne. (Torkkola m.fl. 2002, s. 36).

Det är viktigt att handledningsmaterialet inte utformas som raka instruktioner, t.ex. "gör såhär", "gör inte såhär". Att handledningsmaterialet förklarar varför det är viktigt att följa de rekommendationer som materialet ger, för och nackdelar, är viktigt för att personen som skall ta del av materialet skall förstå och fullfölja de instruktioner som materialet ger. (Torkkola m.fl. 2002, s. 38).

Handledningsmaterial bör vara utformat så att det viktigaste alltid kommer först. Detta eftersom den som gör materialet då kan försäkra sig om att de personer som bara läser början av materialet och sedan lägger det åt sidan även tar del av det centrala av innehållet. Om början av materialet innehåller saker som är centrala ökar chansen att intresse väcks hos läsaren att läsa hela materialet. Läsaren får känslan av att denna text är viktig att läsa. (Torkkola m.fl. 2002, s. 39).

Rubriker och underrubriker är essentiella ur läsarens synvinkel. En bra inledande rubrik berättar vad materialet handlar om och väcker samtidigt läsarens intresse. Mellanrubriker är essentiella eftersom dessa delar in texten i lämpliga avsnitt och berättar vad enskilda stycken handlar om. Mellanrubriker ger läsaren översikt och hjälper denne att ta sig genom materialet.

Mellanrubriker behöver vanligtvis inte utbroderas i samma utsträckning som huvudrubriken, enstaka ord räcker. (Torkkola m.fl. 2002, s. 39-40).

Bilder i anslutning till texten i handledningsmaterialet gör materialet mer tilltalande för läsaren. Bra valda bilder väcker intresse, ökar förståelsen hos läsaren samt kompletterar texten. Om man använder bilder är det avgörande att det finns en förklaring för hur bilden skall tolkas. Om bilder som inte direkt stöder texten och dess förståelse använd är det viktigt att fundera på vilka tankar dessa kan väcka hos läsaren. (Torkkola m.fl. 2002, s. 40-41).

Vad gäller brödtextens utformning är det av stor vikt att språket är vardagligt skrivet. När texten formuleras är det även viktigt att tänka på om formuleringen kan väcka omedelbara frågor hos läsaren som inte är insatt i textens baktanke. Att hitta en logisk ordningsföljd i textens uppbyggnad är även avgörande och ökar förståelsen för läsaren. Korrekt språkbruk är även av stor vikt för förståelsen av materialet. Fackliga termer bör undvikas. (Torkkola m.fl. 2002, s. 42-43, 46).

I slutet av materialet är det viktigt att det finns kontaktuppgifter till den som gjort materialet. Essentiellt är även att det finns information om var läsaren kan hitta tilläggsinformation om ämnet som presenterats i materialet. Detta eftersom det är viktigt för läsaren att kunna ställa frågor om det är något som denne inte förstår samt söka mer information om ämnet om sådant behov uppstår. Utskrivet i materialet bör även vara när materialet är gjort eller uppdaterat. Detta ger upplysningar om hur aktuellt materialet är för sitt syfte. (Torkkola m.fl. 2002, s. 44-46).

Handledningsmaterialets utseende är också essentiellt att tänka på. Utseendet och innehållet bör gå hand i hand. En bra layout intresserar läsaren och gör texten läsbar. Luftig text är lättläst, dvs. texten bör inte vara för kompakt och informationsspäckad. (Torkkola m.fl. 2002, s. 53-54).

3.5 Undersökning

Vi väljer att göra vår undersökning i form av en enkätundersökning i och med att vi då kan samla in data från ett större antal närståendevårdare än om vi hade valt att göra intervjuer. Anhörigcafé är verksamt på flera orter i Åboland och i och med att vår enkät är avsedd att delas ut till närståendevårdarna i samband med dessa träffar underlättas det praktiska arbetet för vår del. Undersökningen kräver därmed inte vår personliga närvaro. En enkätförfrågan gör det även möjligt för oss att ställa standardiserade frågor vilket ökar undersökningens tillförlitlighet i jämförelse med en undersökning t.ex. i form av en intervju. (Denscombe 2009, s. 208).

Undersökningen utgörs av 22 frågor (bilaga 1) . En del av enkäten utgörs av ett följbrev (bilaga 2) som beskriver syftet med undersökningen och klargör insamlade datas användningsområden. Frågorna är utformade i avsikt att inte vara ledande för att så lite som möjligt påverka svaren från respondenterna.

Ordningsföljden och utformningen av frågorna är avsedd att väcka eftertanke och skapa motivation till informationssökning hos närståendevårdarna. Empowerment går till stor del ut på problemlösning, dock kan man inte lösa några problem innan man är medveten om att dessa existerar (Söderkvist 2001, s. 30). Genom att göra närståendevårdarna medvetna om eventuella problem så kan de ta det första steget mot empowerment. Att bli medveten om att problemet gäller en själv eller en närstående skapar förhöjd inre motivation att göra någonting åt saken.

3.5.1 Utformning av enkät och dataanalys

Samtliga frågor i vår enkät är baserade på våra frågeställningar och på den teoretiska bakgrund vi redogör i rubrik 3.3. Samtliga frågor i undersökningen är avsedda att hjälpa oss utreda närståendevårdarnas informationsbehov, demografi och situation i hänsyn till munhälsan.

Frågeformuläret är i enkätform med både fasta svarsalternativ och öppna frågor. Enkäten är standardiserad då samtliga respondenter besvarar samma frågor. Svarsalternativen för frågorna med fasta svarsalternativ är strukturerade. (Patel & Davidson 2003, s. 71-72, 111).

Enligt Patel och Davidson (2003, s. 111-114) är variabler på nominalskalenivå indelningsbara i kategorier emedan variabler på intervallskalenivå ger mätvärden som kan rangordnas och som har ett bestämt avstånd mellan varandra, t.ex. 1, 2, 3 osv. Svaren från de frågor som har fasta svarsalternativ kommer att kvantifieras till frekvenstabeller för att sedan slutligen redogöras i arbetet i form av stolpdigram.

Svaren från de kvalitativa frågorna, fråga 18, 21 och 22 kategoriseras enligt ämne, t.ex. svårigheter och önskemål. Dessa kategorier skapas utgående från de svar som erhålls i undersökningen. (Patel & Davidson 2003, s. 121-122). Fråga 22 är standardiserad men ostrukturerad. Fråga 18 och 21 är standardiserade medan svarsalternativen är delvis ostrukturerade. (Patel & Davidson 2003, s. 72).

Fråga 1 och 5 är avsedda att utreda åldern på de närståendevårdare samt deras vårdtagare som deltar i undersökningen. Ålderskategorierna är baserade på de ålderskategorier som användes i undersökningarna Suomlaisten aikuisten suunterveys – Terveys 2000 samt i Health behavior and health among Finnish Elderly, spring 2007, with trends 1993-2007. Detta gör det möjligt

för oss att jämföra målgruppen med litteraturen. Målet med frågorna är att ge oss information om målgruppens demografi

Fråga 2 och 6 är utformade i syfte att utreda fördelningen mellan könen bland deltagarna i vår undersökning. Även dessa frågor är avsedda att ge oss information om målgruppens sammansättning.

Fråga 3 är avsedd att ge oss information om närståendevårdarens upplevda hälsotillstånd. Vi använder oss av samma svars kategorier som i undersökningen gjord av Salin, Kaunonen och Åstedt-Kurki (2009) för att vi skall kunna jämföra vårt resultat med deras undersökning. Frågan kan även hjälpa oss att utreda vår egen undersöknings mätarvaliditet.

Fråga 4 är avsedd att utreda närståendevårdarens nivå av utmattning på en skala från 1 till 10. Syftet med denna fråga är att i analysen av resultaten utreda eventuella samband mellan upplevt informationsbehov och nivå av utmattning. Beroende på om eventuella samband kan påvisas kan detta sedan hjälpa oss att bättre anpassa vår produkt till vår målgrupp. Bakgrunden till frågan är baserad på Salin m.fl. (2009, s. 492-501) undersökning där det framgick att 33,8% av närståendevårdarna ofta känner sig utmattade och 41,1% utmattade ibland.

Fråga 7 och 8 är avsedda att ge oss en bild av den vårdades allmänna hälsotillstånd och munhälsotillstånd. I och med att uppfattningen om hälsostatus undersöktes av (Salin m.fl. 2009, s. 492-501) kan vi jämföra svaret på fråga 7 i vår undersökning med deras resultat för att granska vår undersöknings mätarvaliditet. Upplevd munhälsostatus undersöktes som en del Suomlaisten aikuisten suunterveys – Terveys 2000 undersökningen och fråga 8 ger oss möjlighet att utreda om närståendevårdmottagarna upplever sin munhälsostatus bättre eller sämre än Finlands befolkning. Detta ger oss möjlighet att utreda om det förekommer skillnader som kan indikera om vår målgrupps vårdtagare är speciellt utsatta. (Folkhälsoinstitutet 2004, s. 36).

Fråga 9 är utformad i syfte att utreda i vilken omfattning närståendevårdsmottagarna har egna tänder, protes respektive ingendera. Frågan är baserad på statistik som redogjordes i både Suomlaisten aikuisten suunterveys – Terveys 2000 undersökningen samt undersökningen Health behavior and health among Finnish Elderly, spring 2007, with trends 1993-2007. Dessutom skiljer sig rekommendationerna om munhygiens skötsel mellan en protesförsedd och en icke protesförsedd mun, detta ger oss information om tyngdpunktsfördelningen i handboken.

Fråga 10 är ämnad att ta reda på förekomsten av smärta i munnen i och med att avsaknad av smärta definieras som en förutsättning för munhälsa enligt WHO Media centre (2007).

Fråga 11, 12 och 13 är baserade på Department of Health, London (1994) definition av munhälsa och är avsedd att ge oss en uppfattning om det föreligger problem med att äta, prata och socialisera bland mottagarna av närståendevård. Frågorna är även utformade i syfte att medvetandegöra närståendevårdaren om sambandet mellan munhälsa och ät, prat och kommunikationssvårigheter.

Fråga 14 är baserad på Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmäs (2003, s. 23) redogörelse för kroniska sjukdomar som har en avsevärd påverkan på munhälsan och vice versa. Syftet är att utreda förekomsten av dessa sjukdomar i avsikt att bättre kunna anpassa produkten till målgruppens behov. Svarkategorierna kan även fungera som en intresseväckare hos närståendevårdarna ifall deras närstående lider av en eller flera av dessa sjukdomar och de inte tidigare varit medvetna om att det finns samband mellan sjukdomen och munhälsan. Ifall så är fallet kan frågan skapa motivation hos närståendevårdaren att söka mer information.

Fråga 15, 16 och 17 är avsedda att utreda nuläget bland närståendevårdarna gällande skötseln av den närståendes munhygien. Frågorna är avsedda att ge svar på i vilken grad närståendevårdaren är involverad i sin närståendes munvård. Frågorna är även avsedda att väcka eftertanke hos närståendevårdarna huruvida de överhuvudtaget är involverade i sin anhörigas munvård och huruvida de tagit sin närståendes munhälsa i beaktande.

Fråga 18, 19, 20 och 21 är formulerade i syfte att ge oss grundläggande information om närståendevårdarnas informationsbehov och deras upplevda problemområden gällande skötseln av sin närståendes munhälsa. Detta anknyter direkt till vår problemformulering d.v.s. vilka praktiska problemområden samt vilket informationsbehov gällande munhälsa som kan identifieras hos målgruppen.

Fråga 22 är avsedd att ge en möjlighet för de deltagande närståendevårdarna att få sina önskemål gällande produktens innehåll och utformning tillgodosedda i handbokens slutgiltiga form.

3.5.2 Praktiskt utförande av undersökningen.

Enkäten skrevs ut i 50 exemplar eftersom målgruppen är ca 50 till antalet. Enkäten skickades per post till arbetslivsrepresentanten för Folkhälsan i Åboland. Arbetslivsrepresentanten delade sedan ut enkäten bland deltagarna i anhörigcafé på de olika verksamhetsområdena. Deltagarna avgjorde sedan på basis av vårt följebrev (Bilaga 2) om de valde att delta i undersökningen. De ifyllda resultaten returnerades till oss per post, på vår bekostnad, för analys.

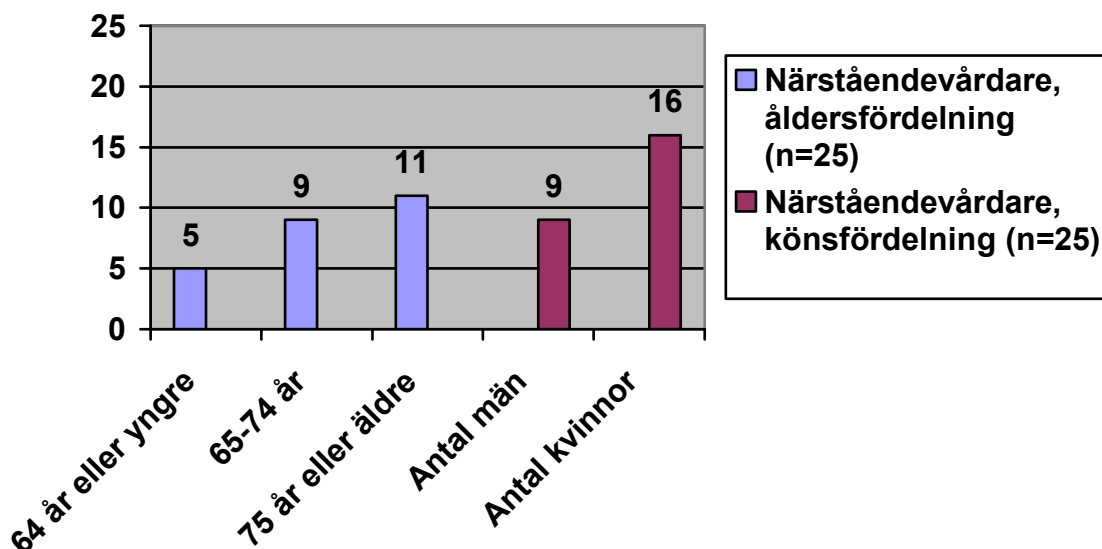
Som tidtabell för undersökningen sattes en månad. Enkäten fanns hos arbetslivsrepresentanten för utdelning på anhörigcafé den 31.3.2011. Ifyllda formulär skickades från arbetslivsrepresentanten till oss för analys i mitten av maj 2011.

Vi strävade till att upprätthålla de etiska riktlinjerna för informerat samtycke (Denscombe 2009, s. 198-199) i vår undersökning genom att vi i följebrevet (bilaga 2) redogör för syftet med undersökningen, hur data kommer att hanteras och genom att beskriva hur vi använder resultaten till att skapa vår verksamhetsmodell. I följebrevet framgår även våra namn, adresser och kontaktuppgifter.

I följebrevet (bilaga 2) framgår det att deltagaren ger sitt samtycke till deltagande i undersökningen genom att fylla i och lämna in ifylld enkät. Om deltagaren väljer att lämna in en ofylld enkät räknas detta som ett beslut att inte delta i undersökningen. I följebrevet beskrivs även de uppgifter deltagaren förväntas göra för att delta i undersökningen, d.v.s. svara skriftligt på en enkät. (Denscombe 2009, s. 199). I och med att enkäten besvaras anonymt säkerställs respondenternas anonymitet. Då resultaten redogörs i form av stolpdiagram och frekvenstabeller och inte i form av citat så bevaras den individuella respondentens anonymitet.

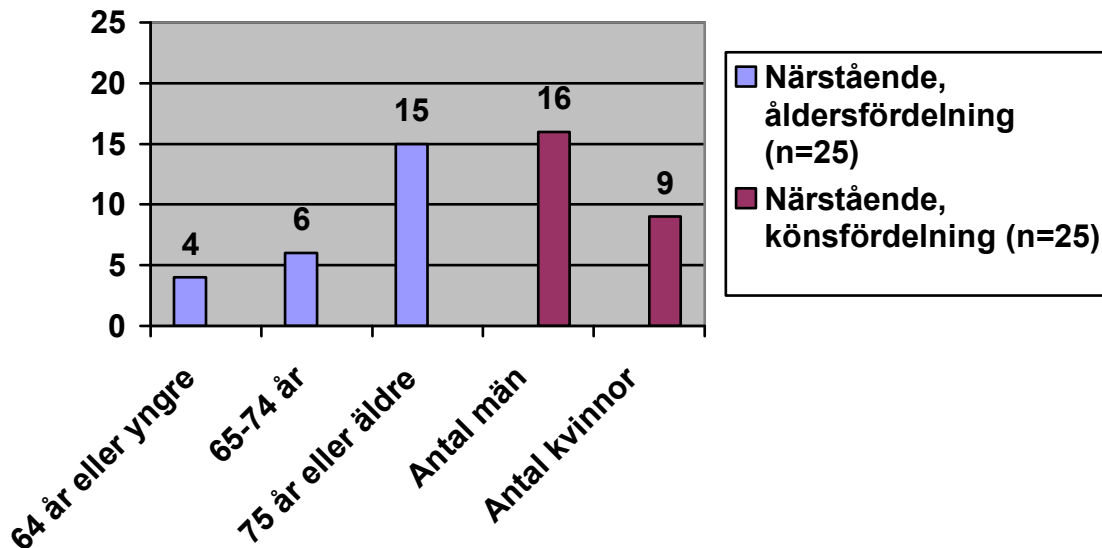
3.5.3 Redogörelse och analys av undersökningens resultat

Nedan redogör vi för resultaten av vår undersökning bland de närståendevårdare som medverkade i Anhörigcaféns verksamhet i april 2011. Det totala antalet besvarade enkäter var 25 till antalet dvs. hälften av de utskickade enkäterna blev besvarade. Vi har inte tagit de enkäter i beaktande där frågorna har besvarats på ett tolkningsbart sätt, t.ex. svarat både ja och nej. Vi har inte heller tagit de svar i beaktande där deltagaren uppenbart missförstått frågan.



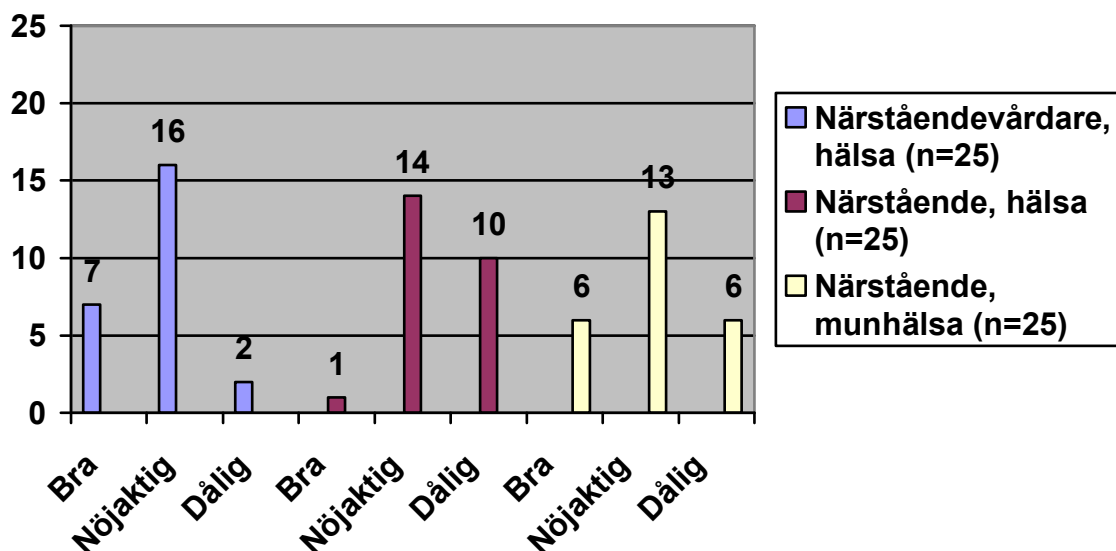
Figur 10. Ålder och könsfördelning bland närståendevårdarna.

Ur figuren framgår det att majoriteten av närståendevårdarna som deltog i undersökningen var 65 år eller äldre. Båda könen finns representerade bland närståendevårdarna, dock indikerar undersökningens resultat att det finns fler kvinnliga närståendevårdare än manliga.



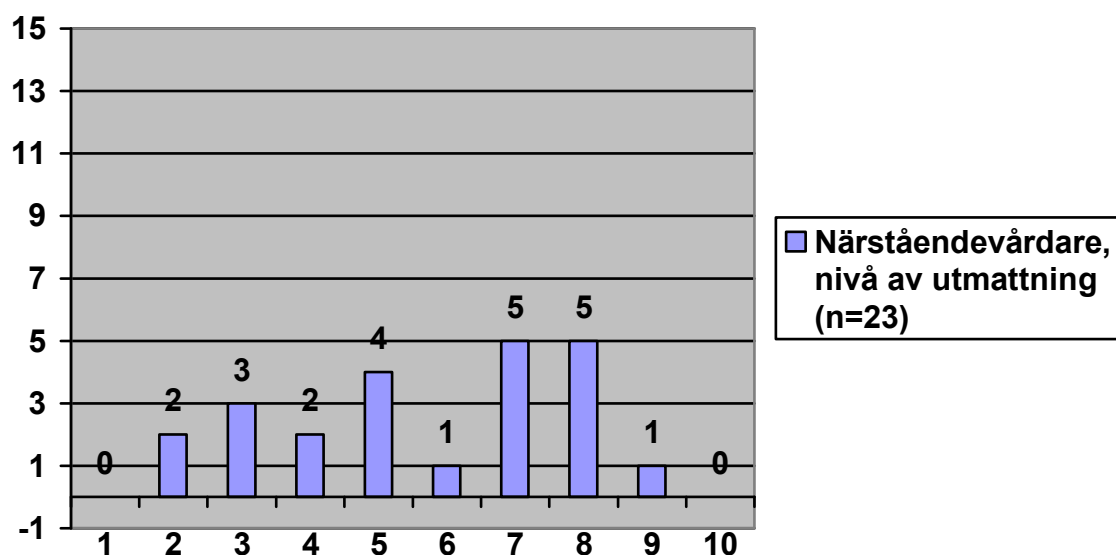
Figur 11. Ålder och könsfördelning bland mottagare av närståendevård.

Av undersökningen framgår det att majoriteten av mottagarna av närståendevård var 75 år eller äldre, dvs. överlag var mottagarna av närståendevård äldre än närståendevårdarna. Båda könen finns representerade bland mottagarna av närståendevård, resultaten indikerar att det finns fler män än kvinnor som är mottagare av närståendevård.



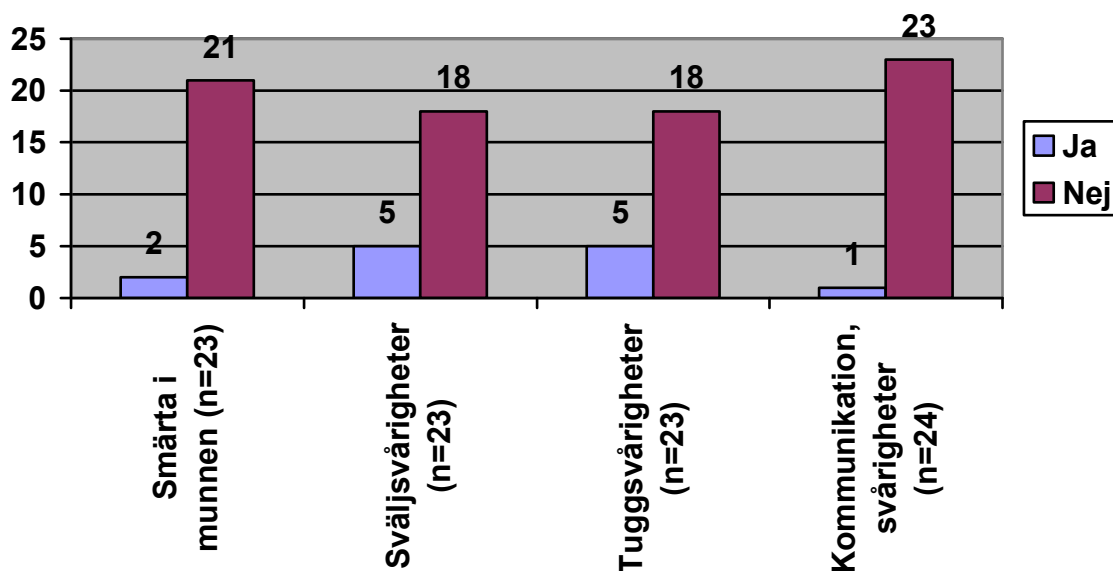
Figur 12. Upplevelse av hälsa bland närståendevårdare och mottagare av närståendevård.

Överlag upplever närståendevårdarna som deltog i undersökningen sin hälsa som nöjaktig eller bra medan mottagarna av närståendevård uppges av närståendevårdarna ha nöjaktig eller dålig hälsa. Majoriteten av mottagarna av närståendevård uppges ha nöjaktig munhälsa, förekomsten av bra respektive dålig munhälsa är likvärdigt fördelade.



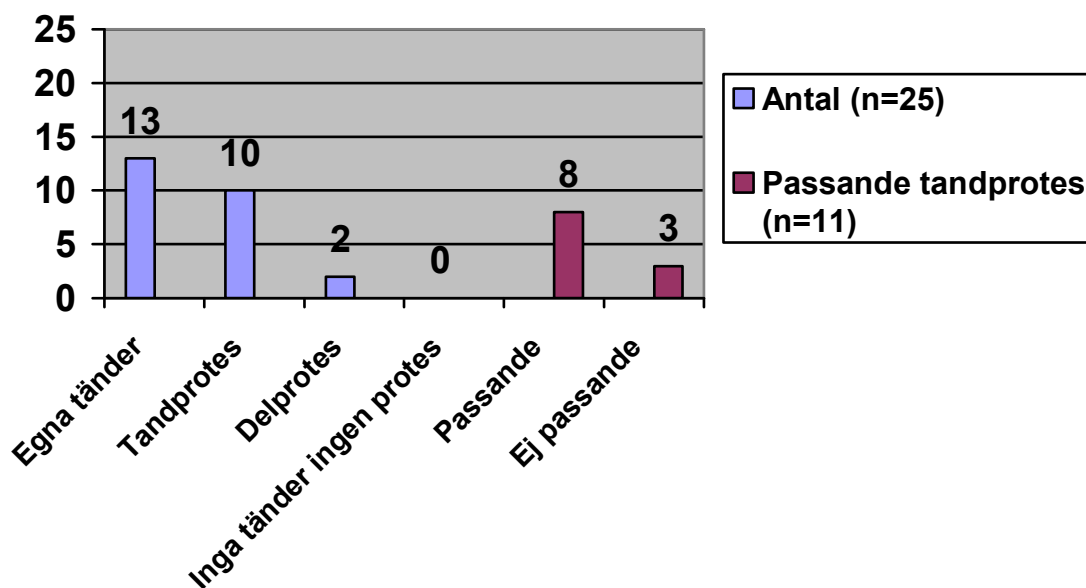
Figur 13. Närståendevårdarnas uppskattning av sin nivå av utmattning. 1 innebär ingen utmattning och 10 alltid utmattad.

Närståendevårdarna som deltog i undersökningen upplever överlag en hög nivå av utmattning, majoriteten av deltagarna i undersökningen angav en grad av utmattning som är 5 eller mer. Vad denna grad av utmattning beror på framgår inte av undersökningen.



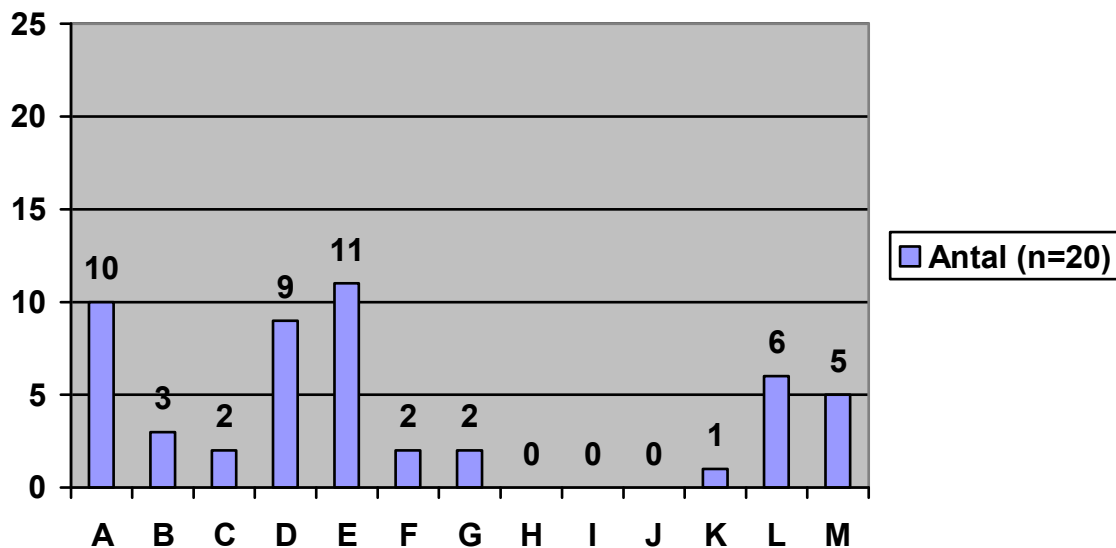
Figur 14. Förekomst av smärta i munnen, sväljningssvårigheter, tuggsvårigheter samt svårigheter att kommunicera p.g.a. dålig munhälsa hos mottagare av närståendevård.

Överlag förekom det få fall av smärta i munnen, sväljsvårigheter, tuggsvårigheter och kommunikationssvårigheter hos mottagarna av närståendevård enligt närståendevårdarna. Dock fanns det en liten förekomst av samtliga problem bland den undersökta gruppen. Eftersom ingen av dessa kategorier förekom starkt bland vårdtagarna kan man fundera på vilka grunder närståendevårdarna bedömt munhälsan som nöjaktig eller dålig hos vårdtagarna.



Figur 15. Förekomst av naturliga tänder, hel- och delprotes samt inga tänder/ingen protes hos mottagarna av närståendevård. I figuren redogörs även om protesens passande hos protesanvändarna.

Förekomsten av egna tänder hos mottagarna av närståendevård var aningen högre än förekomsten av tandproteser, dock var det ingen bland den undersökta gruppen som var helt utan tänder eller protes. Närståendevårdarna uppgav att protesen inte passade hos enbart ett fåtal av närståendevårdsmottagarna som använde protes.



A: Minnesstörning

G: Kronisk lungsjukdom

M: Transplantation

B: Cancer

H: Svår hudsjukdom

C: Diabetes

I: MS-sjukdom

D: Demenssjukdomar

J: Parkinsons sjukdom

E: Hjärt- och kärlsjukdomar

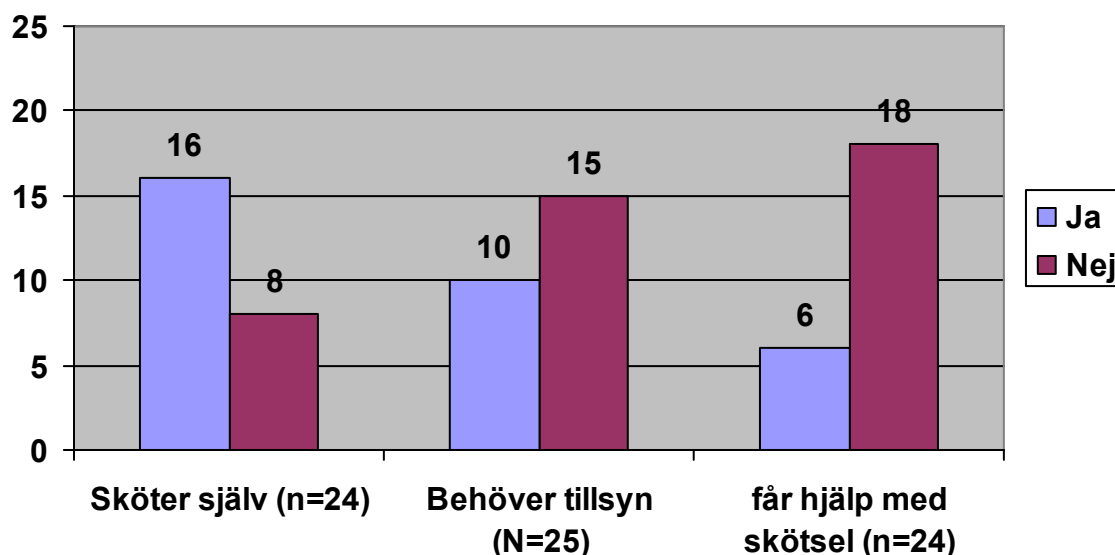
K: Cellgift- eller kortisonbehandling

F: Autoimmun sjukdom

L: Antikogulationsbehandling

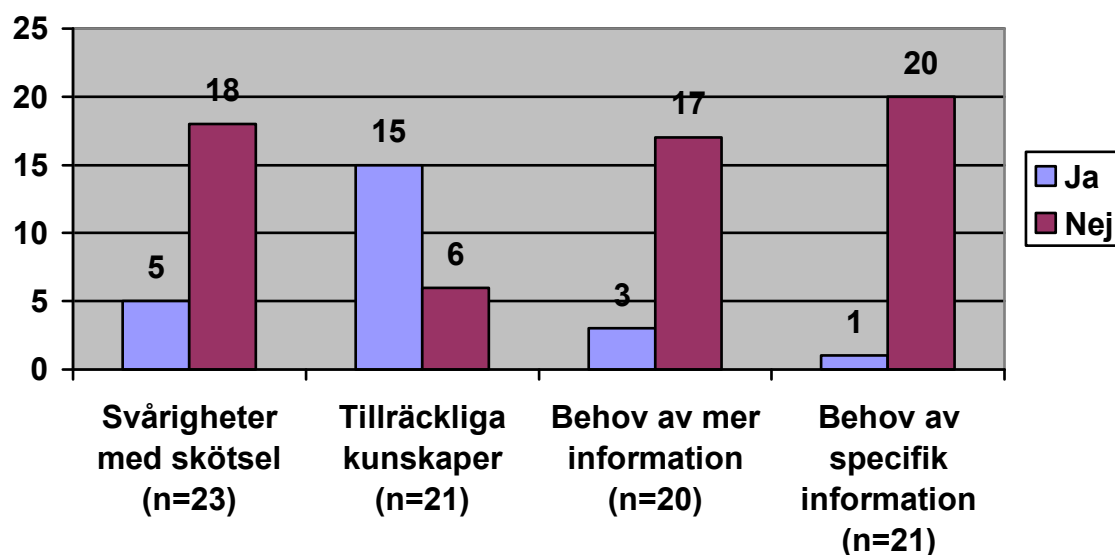
Figur 16. Förekomst av kroniska sjukdomar med inverkan på munhälsan bland mottagare av närståendevård.

Nästan samtliga sjukdomstillstånd som enligt vår litteraturstudie (se 3.3.7) har en påverkan/påverkas eller har en effekt på munhälsan förekom bland den undersökta gruppen. Dock fanns inte svår hudsjukdom, MS-sjukdom eller Parkinsons sjukdom bland den undersökta gruppen. De vanligaste sjukdomarna hos mottagarna av närståendevård i undersökningen var minnessjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar.



Figur 17. Hur skötsel av munhälsa och munvård förverkligas hos mottagaren av närståendevård.

Lite mer än hälften av mottagarna av närståendevård sköter själv om sin munhälsa. Resten av mottagarna av närståendevård behöver tillsyn eller får hjälp med skötseln av närståendevårdaren. Ett fåtal sköter inte själv om munhälsan men får heller ingen hjälp med denna. Som orsak till detta anges exempelvis att mottagaren av närståendevård vägrar munvård.



Figur 18. Närståendevårdarnas upplevelse av sina kunskaper i munhälsa och munhygien, behov av mer information om munhälsa och om de upplever svårigheter med att sköta sin närståendes munvård.

Överlag upplever närståendevårdarna att de har tillräckliga kunskaper om munhälsa och att de inte behöver mer information eller specifik information riktad till närståendevårdare.

Närståendevårdarna upplever inte överlag några svårigheter med munvården. Dock förekommer det ett litet men existerande behov av mer information och otillräckliga kunskaper i munhälsa och munvård bland de undersökta närståendevårdarna. Ett fåtal av närståendevårdarna ansåg att de inte behövde mer information fastän de uppgav att de inte hade tillräckliga kunskaper (3 st).

De deltagare som svarade att de upplevde svårigheter i skötseln av sin närståendes munvård upplevde följande svårigheter:

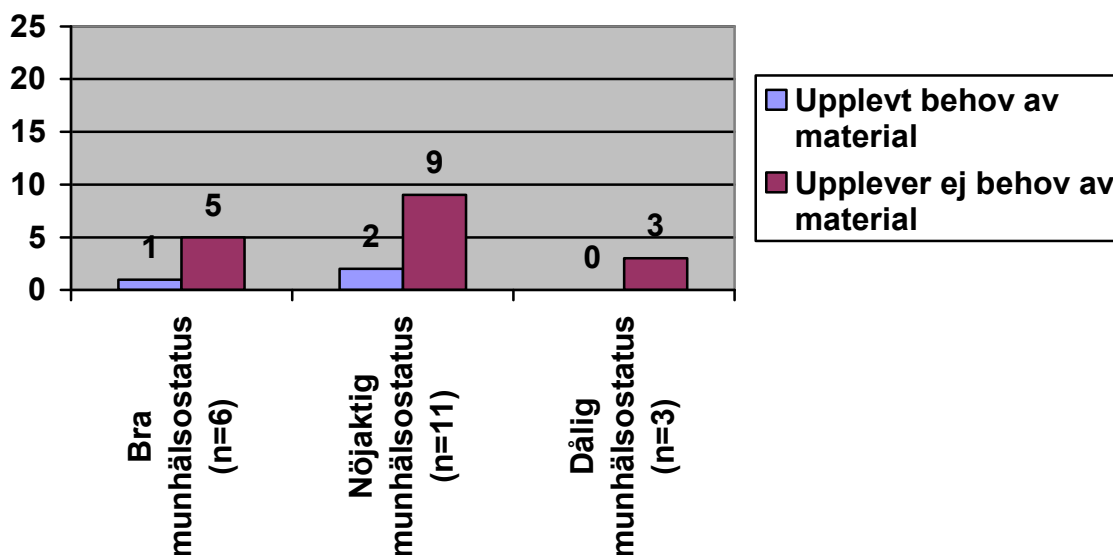
- Mottagaren av närståendevård vill inte borsta tänderna/öppna munnen (3st)
- Svårigheter p.g.a. tvångsmässiga rörelser hos mottagaren av närståendevård (1st)
- Mottagaren av närståendevård måste upprepade gånger uppmanas till munvård (1st)

Endast en deltagare svarade att hon/han ville ha mer information gällande specifika problemområden gällande munhälsa. Hon/han ville ha mer information om följande:

- Vad göra då mottagaren av närståendevård inte samarbetar?

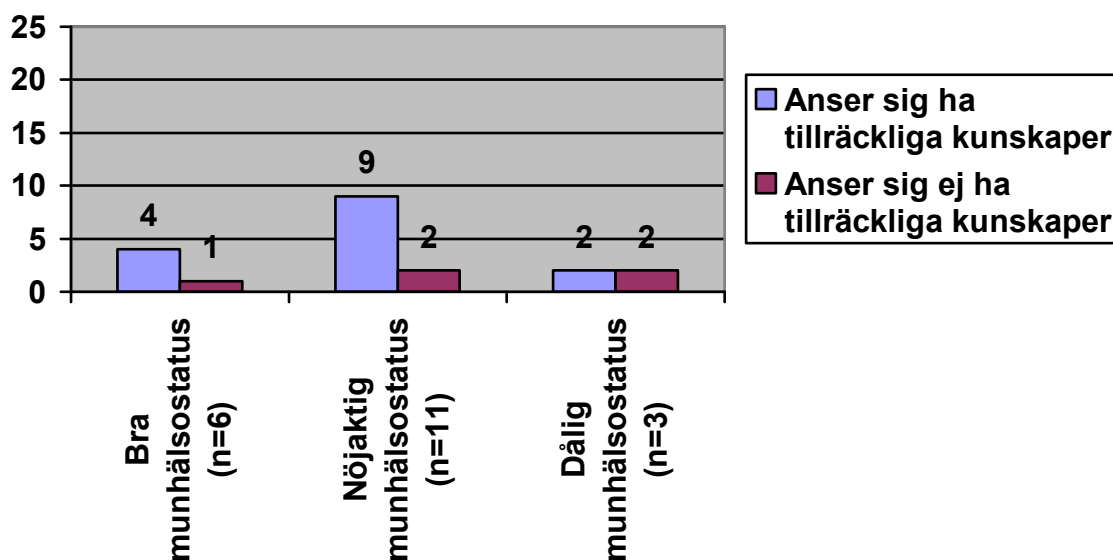
De närståendevårdare som deltog i undersökningen lämnade majoriteten frågan om eventuella önskemål gällande informationsmaterialet obesvarad (23st), dock framförde två deltagare följande önskemål:

- Hur sköts tandproteser?
- Allmänt om munhygien
- Hur få en protes att sitta bra?



Figur 19. Närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och närståendevårdarens upplevda behov av specifikt informationsmaterial och informationsmaterial för närståendevårdare.

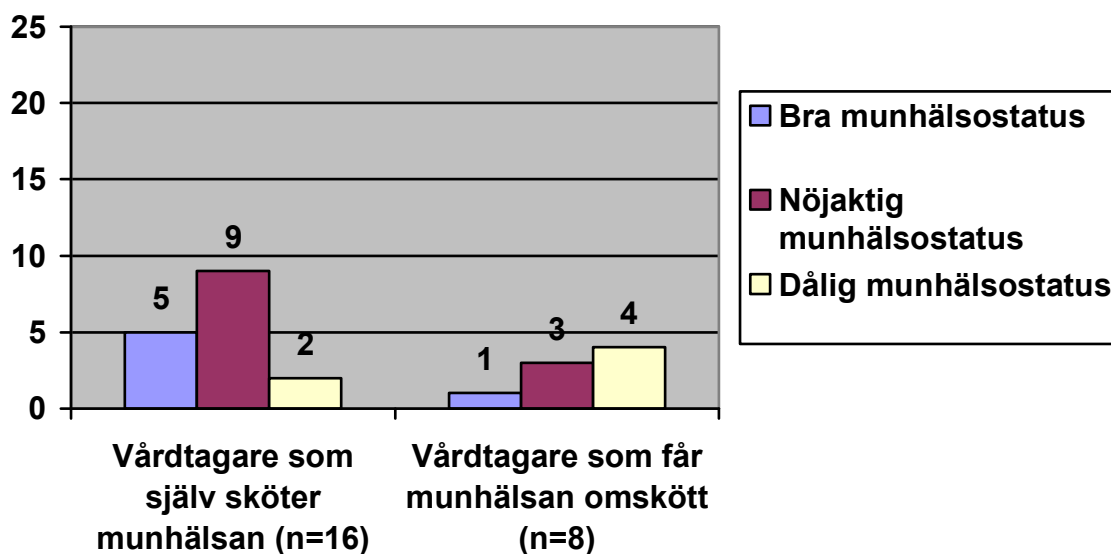
Av figur 19 framgår det att deltagarna i undersökningen överlag inte ansåg sig vara i behov av informationsmaterial oberoende av sin närståendes munhälsostatus. En intressant observation är att närståendevårdarna inte upplever ett behov av material fastän de anger sin närståendes munhälsostatus som nöjaktig eller dålig. Vad detta beror framgår inte av undersökningen.



Figur 20. Närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och närståendevårdarens uppfattning om sin förmåga att sköta sin närståendes munhälsa.

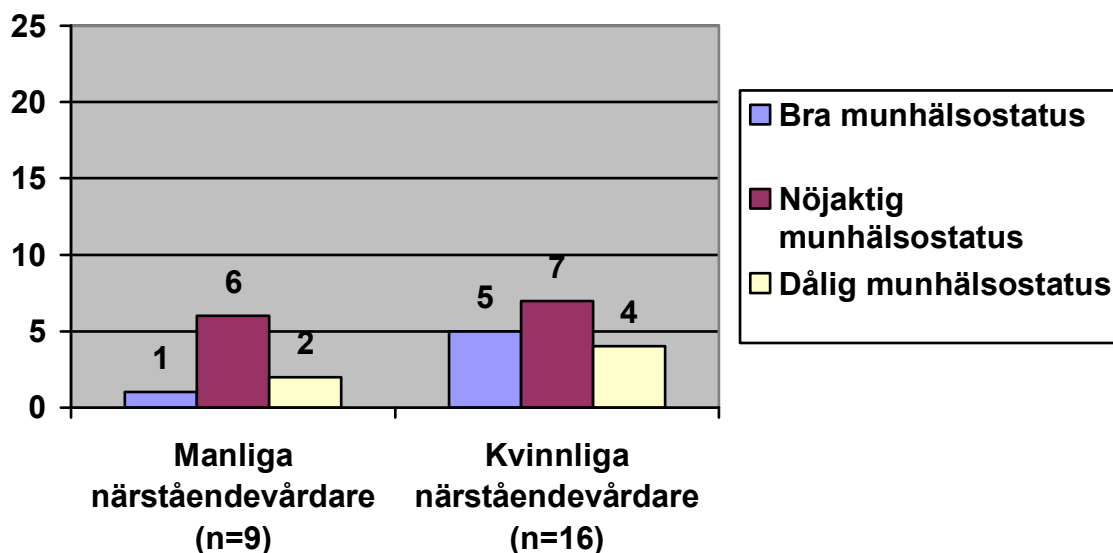
Överlag ansåg deltagarna i undersökningen att de kunde sköta om sin närståendes munhälsa, oberoende av vårdtagarens munhälsostatus. Även bland de närståendevårdare som

rapporterade sin närståendes munhälsa som dålig så ansåg hälften av dessa att de hade tillräckliga kunskaper i munhälsa. Vad detta beror framgår inte av undersökningen.



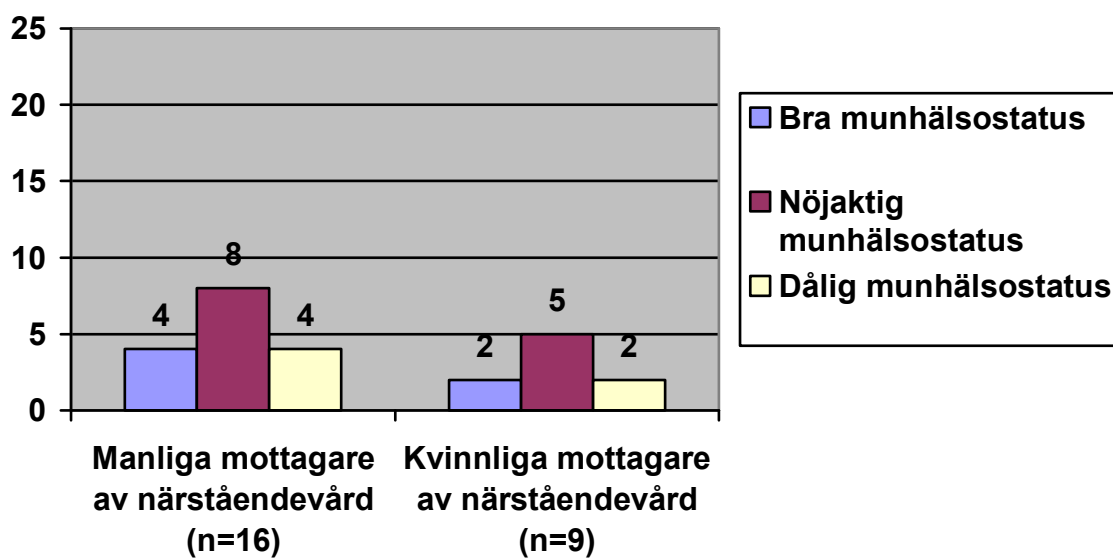
Figur 21. Närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och vem som sköter om munhälsan hos vårdtagaren.

De vårdtagare som själv sköter om sin munhälsa har överlag bättre munhälsostatus än de som får sin munhälsa omskött av närståendevårdaren. Vad detta beror på framgår inte av undersökningen. Möjligtvis kan detta bero på att de som behöver hjälp med munhälsan är sjukare eller att de närståendevårdare som sköter sin närståendes munhälsa bättre kan bedöma sin närståendes munhälsostatus. Möjligheten finns även att närståendevårdaren helt enkelt inte har tillräckliga kunskaper i munhälsa för att kunna sköta om sin närståendes munhälsa på ett adekvat sätt.



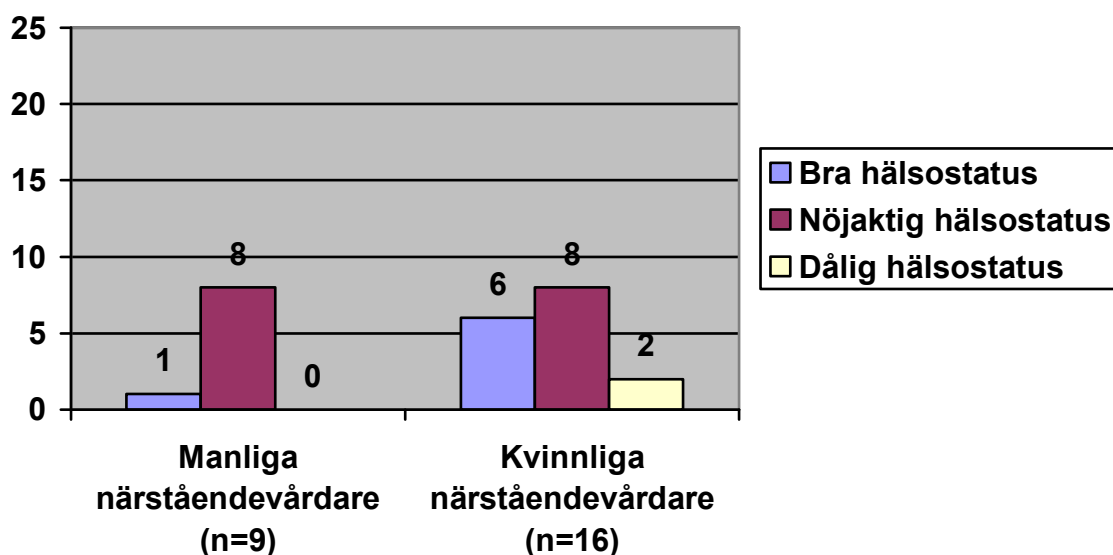
Figur 22. Närståendevårdarnas uppfattning om sin vårdtagares munhälsa enligt kön.

Manliga närståendevårdare upplever enligt figuren sin vårdtagares munhälsostatus sämre än sina kvinnliga motsvarigheter, en tredjedel av kvinnorna upplever sin vårdtagares munhälsa som bra medan majoriteten av männen upplever den som nöjaktig eller dålig.



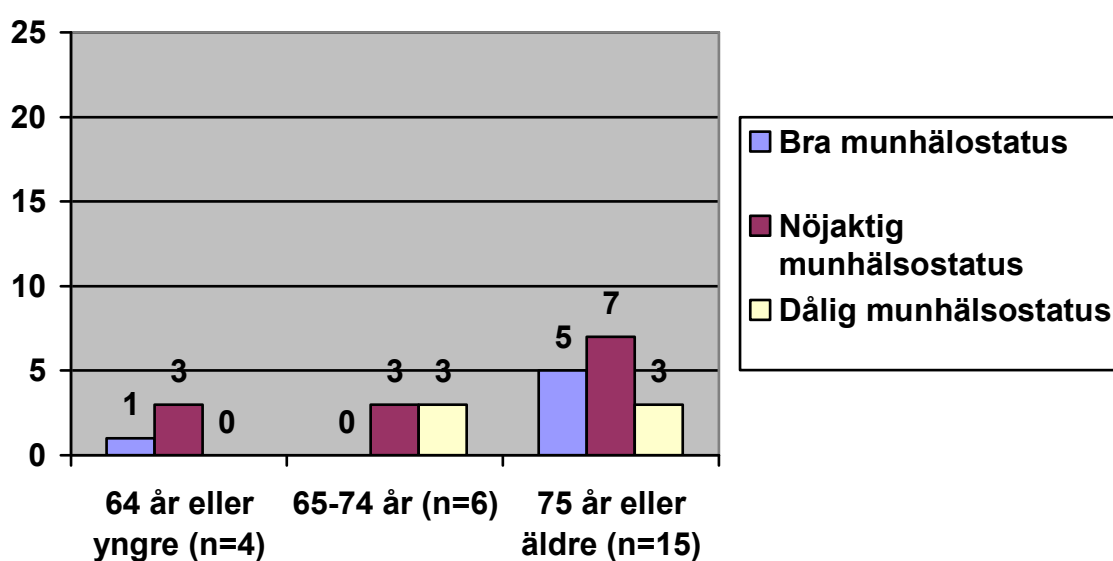
Figur 23. Närståendevårdsmottagarens kön och munhälsostatus.

Ur figuren framgår det att munhälsostatus är i stort sett oberoende av vårdtagarens kön.



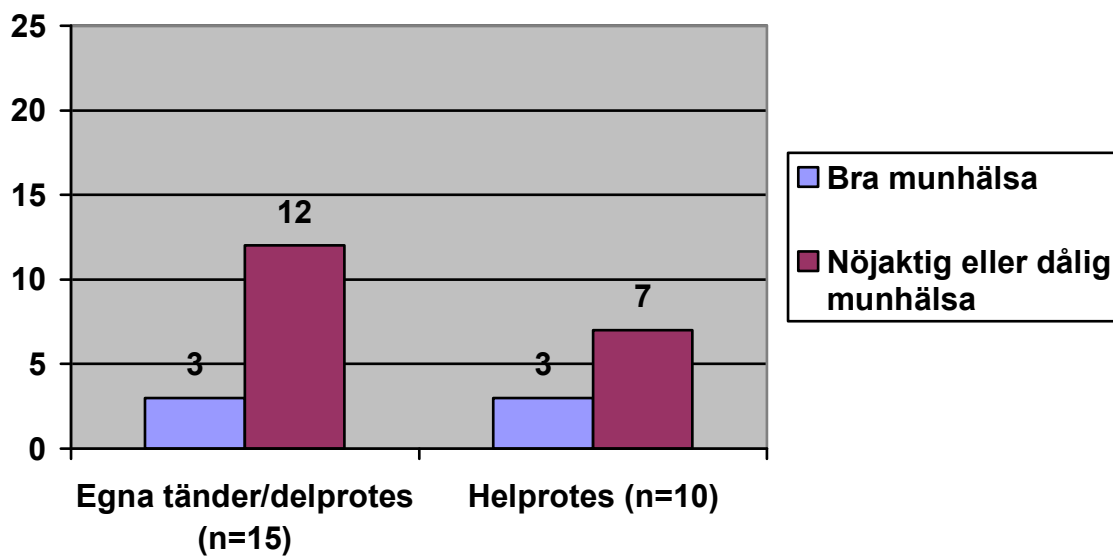
Figur 24. Närståendevårdarnas uppfattning om sin egen hälsa enligt kön.

Även då det kommer till den egna hälsan upplever männen i majoritet sin hälsa som nöjaktig medan en stor del av kvinnorna upplever sin hälsa som bra.



Figur 25. Närståendevårdsmottagarens ålder och munhälsostatus.

Åldersgruppen 65-74 år uppges ha en sämre munhälsostatus jämfört med de yngre och äldre ålderskategorierna. Fördelningen gällande munhälsa är i stort sett lika mellan den yngsta och den äldsta ålderskategorin.



Figur 26. Närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och förekomsten av egna tänder/delprotes eller helprotes

I en jämförelse mellan de med egna tänder/delprotes och de med helprotes framgår det att de med helprotes rapporteras ha en bättre munhälsostatus än de med egna tänder/delprotes. Vad detta beror på framgår inte av undersökningen.

4 Vi borstar tillsammans - verksamhetsmodell

I detta avsnitt av examensarbetet redogör vi för verksamhetsmodellens uppbyggnad. Avsnittet beskriver hur vi tillämpar den teoretiska bakgrunden och resultaten av vår egen undersökning för att skapa verksamhetsmodellen. Verksamhetsmodellen är avsedd att användas av Folkhälsan i Åbolands personal som kommer i direkt kontakt med närståendevårdarna via anhörigcaféets verksamhet.

4.1 Tillämpning av handledningsmodellen i verksamhetsmodellen

Vi tillämpar modellen med 5 A, enligt Institute for Healthcare Improvement (u.å), genom att den får tjäna som den grund vi baserar vår egen verksamhetsmodell på. I vår verksamhetsmodell ingår vår enkätundersökning, handbok, anhörigcaféets träffar och den kommunala/privata tandvården.

Assess (bedömning) tillämpar vi genom att utreda närståendevårdaren och dennes vårdtagares munhälsostatus samt önskemål genom vår enkätundersökning. I framtiden kan enkätundersökningen upprepas av arbetslivet för att säkerställa handbokens aktualitet. Förslagvis kunde detta ske vart femte år, med uppdatering av handboken vid behov. Närståendevårdarna får även feedback genom att frågorna är formulerade för att väcka eftertanke (se 3.5.1).

Advice (råd) förverkligas genom handbokens faktainnehåll. I och med att innehållet utformas i enlighet med enkätundersökningens resultat och litteraturstudien gällande närståendevårdarens informationsbehov så uppfyller handboken modellens krav på skräddarsydda rekommendationer för målgruppen. Handboken är avsedd att delas ut bland närståendevårdare i samband med anhörigcaféet. Efter detta kan handboken delas ut exempelvis 1 gång per år till nya närståendevårdare.

Agree (överenskommelse) genomförs med hjälp av handboken genom att närståendevårdaren innan gruppdiskussionen själv får läsa och ta del av den information som finns i handboken. I samband med gruppdiskussionen får de sedan välja om de vill förändra sitt hälsobeteende eller inte, detta baserat på de fakta om vad dålig respektive god munhälsa medför för individen.

Assist (assistera) förverkligas genom att närståendevårdarna får i grupp diskutera och tillsammans lösa upplevda problem samt dela praktiska råd med varandra. Detta sker efter att närståendevårdarna har haft god tid på sig att läsa och bekanta sig med handbokens innehåll,

exempelvis vid därpå följande anhörigcafé. Idealt kunde en sakkunnig (munhygienist/tandläkare) medverka i gruppträffen för att besvara eventuella frågor.

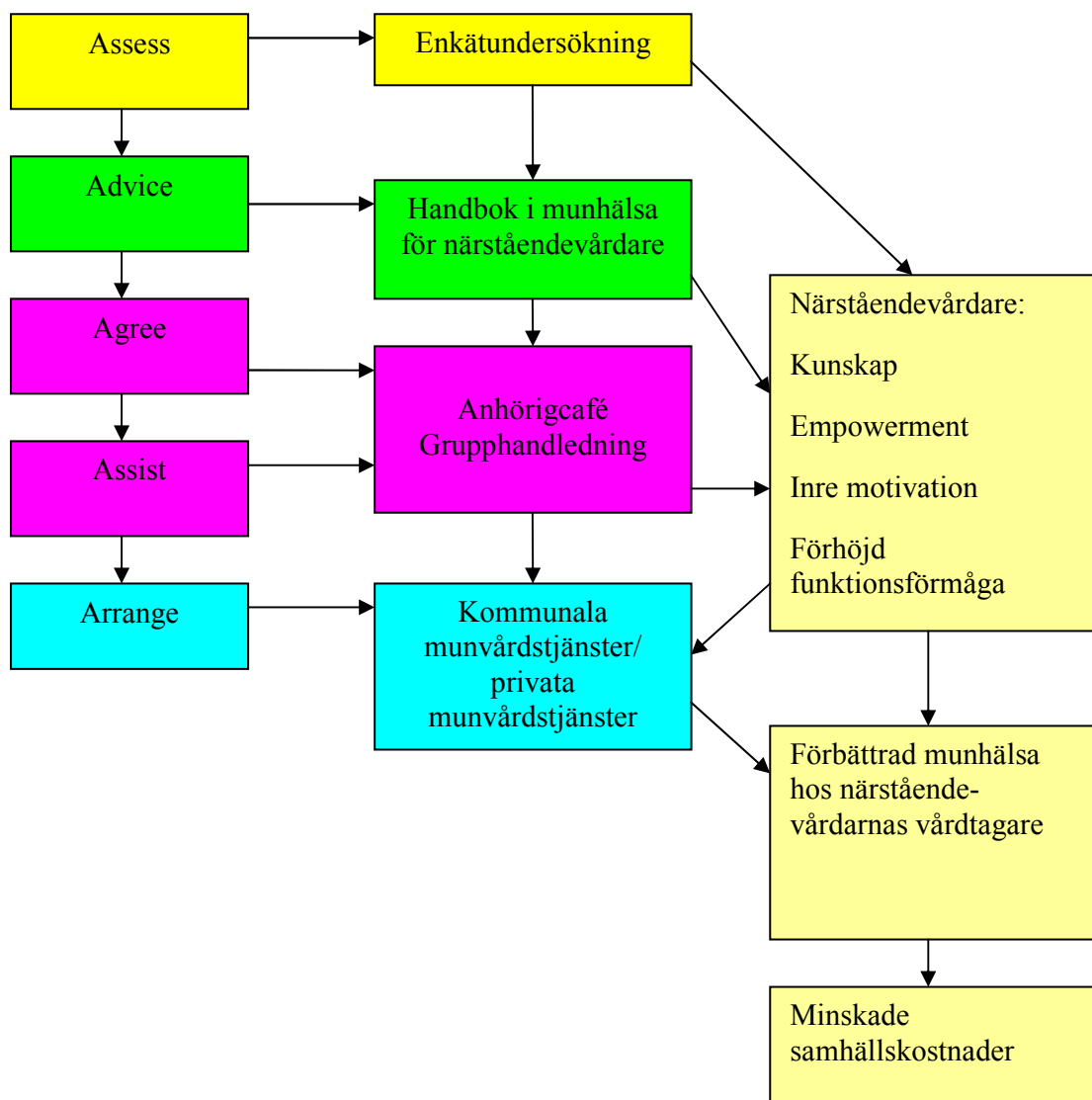
Arrange (göra upp) tillämpas genom att närståendevårdarna i både produkten och på gruppträffen uppmanas att kontakta kommunal eller privat tandvård för att göra upp en individuell munvårdsplan för sina vårdtagare efter dennes behov.

Genom att utforma vår verksamhetsmodell på detta sätt avser vi skapa empowerment hos närståendevårdarna genom att medvetandegöra dem om eventuella munhälsoproblem, genom att höja deras kunskapsnivå och genom att medvetandegöra dem om vilka servicemöjligheter som finns och som de har rätt att utnyttja.

Vi avser skapa inre motivation hos närståendevårdarna genom att ge dem kunskap om munhälsans stora inverkan på hälsan som helhet samt vilka följder slarv med munhygien kan medföra. Vi avser även skapa inre motivation genom att ge dem tillräcklig kunskap för att själva kunna identifiera eventuella munhälsoproblem hos sin vårdtagare.

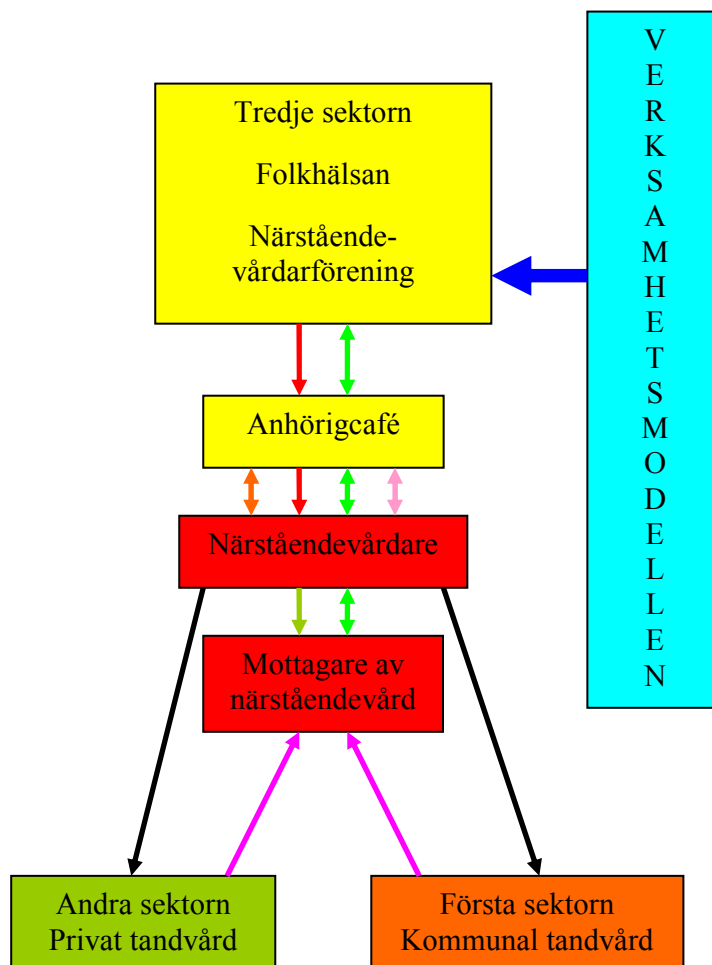
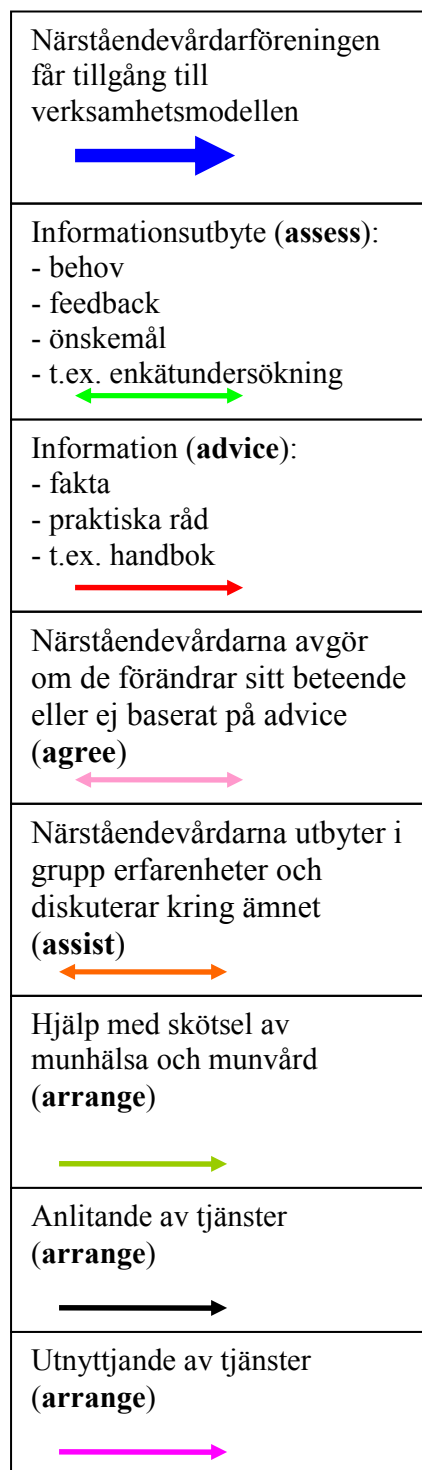
Vi vill inte skapa yttre motivation hos närståendevårdarna eftersom yttre motivation genom sin natur inte är hållbart, d.v.s. då den faktor som skapar den yttre motivationen upphör (t.ex. personal som uppmanar till handling) upphör även mottagarens motivation till handling.

Vi vill skapa förhöjd funktionsförmåga hos både närståendevårdare och vårdtagare genom att ge dem tillräcklig kunskap och motivation att förbättra sin munhälsa och därmed eliminera onödiga sjukdomar p.g.a. okunskap eller misskötsel. Vi avser även höja funktionsförmågan hos närståendevårdarna genom att ge dem de praktiska tips och råd de behöver för att underlätta vardagen och därmed minska sin nivå av utmattning.



Figur 27.Handledningsmodellens teoretiska tillämpning i verksamhetsmodellen och verksamhetsmodellens teoretiska effekter.

I figuren ovan ser man hur handledningsmodellen 5 A teoretiskt tillämpas i vår verksamhetsmodell samt vilka faktorer de fem olika stegen påverkar och vilka effekter verksamhetsmodellen teoretiskt leder till.



Figur 28.Handledningsmodellens praktiska tillämpning i verksamhetsmodellen och verksamhetsmodellens praktiska användning.

I ovanstående figur förklaras verksamhetsmodellens praktiska användning stegvis. Denna figur kan med fördel användas av ledaren i gruppen så att denna har en visuell överblick över verksamhetsmodellen under grupphandledningen.

4.2 Tillämpning av undersökningens resultat i handboken

Av undersökningen framkommer att målgruppen i majoritet tycker att de har tillräckliga kunskaper om munhälsa och anser sig inte behöva mera information om munhälsa. (Se figur 18). Vid korstabulering av tidigare nämnda behov och munhälsostatus framkommer dock att behovet av information inte korrelerar med närståendevårdsmottagarens munhälsostatus. (Se figur 19). Vi anser att om målgruppen hade tillräckliga kunskaper i munhälsa så borde närståendevårdsmottagarens munhälsostatus i större utsträckning vara god. Vi anser därmed att det är motiverat att utforma en handbok för att upplysa målgruppen.

I samband med litteraturstudien samlades information gällande munhälsa och munhygien. Dessa fakta presenteras nu i handboken utgående från de specifika behov som framkom bland målgruppen i vår egen undersökning. I detta avsnitt presenteras utförligt de fakta som utgör grunden för handboken. I handboken presenteras samma fakta i ett mer kompakt och lättillgängligt format utgående från den teori som redogörs i avsnittet om handbokens utformning (3.4.3). Handbokens struktur är uppbyggd så att den inleds med ett förord tillägnat läsaren. Sedan presenteras teori som slutligen övergår i praktiska råd och anvisningar.

4.2.1 Munnens uppbyggnad och funktion samt kännetecken för en frisk mun

För att kunna bedöma en persons munhälsa är det avgörande att veta en frisk muns kännetecken. Eftersom majoriteten av vår målgrupp är 65 år eller äldre, (se figur 10), är det ingen självklarhet att alla av dessa vet vilka en frisk muns kännetecken är. Detta eftersom lagstadgad tandvård för skolbarn infördes år 1956, dvs. efter att dessa slutfört sin läroplikt. (Undervisnings- och kulturministeriet u.å). Jämför även 4.2.

Munnen är en helhet som består av läppar, kinder, tunga, gom, munbotten, tandkött och tänder. Munnen är en viktig del av vår kropp i många avseenden. Det är med munnen som en människa äter, med munnen uttrycker vi oss genom att prata och skratta. (Von Bahr & Christensen, 1995, 7-8; Öhrn & Andersson, 2006, 15). Munnen används också för den nonverbala kommunikationen i form av mimik (Öhrn & Andersson, 2006, 15). Munnen har även betydelse för en människas utseende (Von Bahr & Christensen, 1995, 7-8; Öhrn & Andersson, 2006, 15). Munnen är ett område som uppfattas som mycket intimt och känsligt av många människor. (Von Bahr & Christensen, 1995, 7-8).

En frisk mun kännetecknas av hela och funktionsdugliga tänder. Munnens slemhinnor är elastiska, fuktiga, hela och ljusröda. Tandköttet är elastiskt, ljusrött, har en apelsinskalsliknande yta och blöder inte vid borstning. Tungan är fri från beläggningar,

knottrig samt ljusröd. Den friska munnen är fuktig, dvs. salivsekretionen är tillräcklig. (Vianto 2010).

4.2.2 Munhälsa och naturligt åldrande

Då majoriteten av vår målgrupp är 65 år eller äldre, uppfattar vi det som nödvändigt att dessa känner till hur åldrandet påverkar munhälsan. Detta gör det möjligt för dem att kunna bedöma sin närståendes munhälsa.

Enligt Heikkinen och Rantanen (2008, s. 472) medför det naturliga åldrandet en hel del förändringar som får konsekvenser för munhälsan. Ahlborg, Alborn och Andersson (1994, s. 14) skriver att den mest påtagliga åldersförändringen är slitage av tändernas tuggytor i och med tändernas naturliga funktion. Tänderna blir även mindre känsliga med åren p.g.a. att pulparummet inuti tanden blir mindre till följd av förkalkningsprocessen. Tandköttet drar sig tillbaka till följd av åldrandet vilket leder till att rötternas ytor blottläggs, detta kan få tänderna hos en äldre person att se längre ut än hos en yngre person. Tänderna får också en mörkare färg med åren. (Ahlborg m.fl. 1994, s. 14).

Remes-Lyly (2007, s. 40) beskriver munnens åldrande som en process som medför att munnens slemhinnor förtunnas och skadas i relation till ålder. Tändernas emalj blir mineralrikare och därmed känsligare för frakturer. Tandrötternas yta blir porösare och därmed mindre motståndskraftig mot sura förhållanden jämfört med emaljen. Rötternas yta klarar enbart ett pH på 6,2 emedan emaljen löses upp först vid ett pH på 5.

Tilltagande ålder försvagar smaksinnet. Särskilt smaken av söta livsmedel försvagas vilket kan leda till ökad användning av sötningsmedel, detta ökar risken för att det skall bildas hål i tänderna. Hålen bildas främst på rotytan hos äldre och då karies lägger sig som ett band runt tanden kan det medföra att tanden går av vid roten. Bakterierna kan sedan sprida sig till käkbenet via tandroten och till resten av kroppen. (Remes-Lyly 2007, s. 40).

Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä (2003, s. 8) konstaterar att åldrandet i sig själv inte medför en minskad salivutsöndring, dock leder ett flertal åldersrelaterade sjukdomar till att salivutsöndringen minskar. I Heikkinen och Rantanens (2008, s. 472) arbete framgår det att då blodcirkulationen försvagas minskar den mängd saliv som utsöndras vilket leder till att munnens slemhinnor blir svagare. Störningar i salivutsöndringen leder till att tungan får en tendens att fastna i muntaket, att mungiporna torkar och blir inflammerade samt att tungan börjar svida. En torr mun gör det även svårare att svälja.

4.2.3 Munhälsa och nutrition

Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä (2003, s. 27) skriver att tänderna och munhålans skick påverkar starkt förmågan att äta tillräckliga mängder av rätt slags kost. Särskilt tandlöshet påverkar dietutbudet. Tuggsvårigheter, muntorrhet och sväljningssvårigheter kan leda till oönskad viktninskning och olika bristsjukdomar. Andra sjukdomar kan även öka behovet av näring då energiåtgången är större.

En del av närståendevårdsmottagarna har tugg- och sväljsvårigheter, (se figur 14). Majoriteten har dock inte sådana problem. Vi uppfattar det därför som nödvändigt att upplysa målgruppen om sambandet mellan munhälsan och förmågan att äta för att dessa skall kunna förebygga att sådana problem uppstår. Samtidigt lyfts nutritionens övriga inverkan på munhälsan fram i syfte att medvetandegöra målgruppen, (jämför påstående i 4.2.1).

En regelbunden och mångsidig diet är viktigt för en god munhälsa. Det är också till fördel om maten måste tuggas innan den sväljs, även om man inte är kapabel att tugga med vare sig egna tänder eller med protes. Maten bör inte bestå av enbart purékost såvida att det inte är nödvändigt, exempelvis på grund av tugg- eller sväljsvårigheter. Om maten tuggas främjas utsöndrandet av saliv. Tuggrorelserna hjälper även till att skölja munnen. Det utsöndras mindre saliv om kosten är flytande. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 24).

Enligt Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä (2003, s. 24) kan en person som lider av törst p.g.a. en torr mun orsakad av läkemedel bli utsatt för ett ökat syraangrepp på tänderna om de dricker söt saft. Söt saft som törstsläckare kan t.o.m. förstöra tänderna i en torr mun på bara någon månad. Förekomsten av socker i maten kan förvärra en redan existerande svampinfektion. Rekommendationen är därmed att saft innehållande socker kan serveras vid måltiderna, men att t.ex. vatten eller andra sockerfria drycker rekommenderas mellan måltiderna. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 24).

För att förebygga framtida problem med munhälsan är det skäl att ha en regelbunden måltidsrytm för att minimera antalet syraangrepp på tänderna. Antalet måltider per dygn borde vara ca 5-6 varav tre är huvudmåltider och två-tre är mellanmål. Frukt och bär innehåller viktiga vitaminer och spårämnen, de bör dock ätas på en gång och fortlöpande småätande undvikas då de innehåller fruktsocker som orsakar syraangrepp på tänderna. Då munnen får vila mellan måltiderna ser saliven till att minska mängden bakterier och effekterna av syraangrepp på tänderna. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 24, 26).

Efter måltiderna är det skäl att skölja munnen med vatten för att få bort matrester och för att fukta munnen. Produkter som innehåller Xylitol minskar tillväxten av bakterier i munhålan och

kan därmed mer fördel användas av både yngre och äldre. Yngre personer kan använda sig av tuggummi emedan äldre personer kan använda sig av sugtabletter eller pastiller. För att ytterligare förebygga bildandet av hål kan man använda sig av fluortabletter som finns att få från apoteket. Dessa bör dock inte användas om dricksvattnets fluorinnehåll är högre än 0,5 mg/l. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 26).

4.2.4 Munnens sjukdomar

För att målgruppen skall kunna urskilja eventuella tecken på sjukdom i munnen är det viktigt att de känner till munnens sjukdomar. Vi ser det inte som någon självklarhet att målgruppen känner till dessa (jämför påstående i 4.2.1 samt 4.2).

Karies är en sjukdom som angriper emaljen (tandens hårdaste vävnad), dentin och rotcement. Speciellt i riskzonen för att drabbas av karies är individer med muntorrhet p.g.a. medicinering och individer som fått strålbehandling. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 24).

För att karies skall uppstå plockar Von Bahr och Christensen (1995, s. 24) fram fyra faktorer; tand, socker, bakterier och tid. Dessa samverkar genom att bakterien behöver socker för att leva och producera syrahaltiga ämnen. Ju längre tid de syrahaltiga ämnena, som demineraliserar ytan på tänderna, finns i munnen desto större är chansen att ett hål fräts i tandens yta. Bakterierna fäster vid den hinna, pelliceln, som även fungerar som en skyddande yta på emaljen. När bakterierna fäst sig på tanden och med hjälp av socker från födoämnen och saliv växt till sig, bildas det plack. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 25; Öhrn & Andersson 2006, s. 69, 74).

Vanligaste ställena för kariesangrepp är i kanten av eller under lappningar av tidigare hål, i de fåror, fissurer, som finns på tändernas tuggyta, längs med tandköttskanten och intill tändernas tuggytor (Von Bahr & Christensen 1995, s. 25). Tidiga tecken på karies är att tanden får en kritaktig färg. När karies fått fortgå och blivit mer allvarlig uppstår en brunaktig färg. (Öhrn & Andersson 2006, s.74).

En riskfaktor för karies är att man småäter, dvs. fler än 6 måltider/dygn. Då hinner salivens syraneutraliserande verkan inte återställa pH-balansen i munnen. Om det dessutom handlar om sockerrika födoämnen är risken ännu större. En annan riskfaktor är om rotyta är blottlag p.g.a. hög ålder, parodontit eller felaktig borstteknik. Muntorrhet innebär även en ökad risk för karies. (Öhrn & Andersson 2006, s. 76).

Gingivit, eller tandköttsinflammation är en vanligt förekommande sjukdom i munnen. Första tecknet på gingivit är att tandköttet börjar blöda när man borstar tänderna. Övriga tecken är att

tandköttet är rodnat, blankt, svullet och irriterat. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 35; Öhrn & Andersson 2006, s. 71).

När gingivit uppstår beror det på att bakterier ansamlats vid tandköttskanten eller mellan tänderna i form av plack. Bakterierna som i vissa fall kan producera toxiner irriterar tandköttet som reagerar genom att bli inflammerat. (Öhrn & Andersson 2006, s. 76). Förloppet för utbrott av gingivit sker snabbt. Redan att plack får ligga kvar några dagar leder till att symptom på gingivit uppstår. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 36).

Parodontit betyder i dagligt tal tandlossning. Tandlossningen drabbar främst individer över 40 år men kan även förekomma i tonåren. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 37). Parodontit uppkommer efter ett länge pågående och obehandlat tillstånd av gingivit. Parodontit är en sjukdom som vanligen utvecklas under lång tid. (Öhrn & Andersson 2006, s. 76).

Symptom på att parodontit föreligger är ömt och blödande tandkött eller gingivit, dålig andedräkt och smak i munnen, tandkött som börjar dra sig tillbaka, tänder som börjar se allt längre ut och att gluggar bildas mellan tänderna som blivit allt mer rörliga. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 37).

De bakterier som orsakat gingiviten vandrar efter en tid ner i tandköttsfickorna och utsöndrar ämnen som förstör bindvävstrådarna som fäster tanden i käkbenet. Rengöringen försvåras när bakterierna tränger allt längre ner och tandköttsfickan fördjupas. När bakterieinfektionen krupit tillräckligt långt ner längs med tanden och rothinnetrådarna lösts upp lossnar tanden. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 37-38; Öhrn & Andersson 2006, s. 71-72).

Risfaktorer för parodontit är rökning, diabetes och Downs syndrom. Personer med Downs syndrom har även ökad risk för gingivit. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 36).

Tandsten uppkommer av plack som blivit kvar på tandens yta och förkalkats (Von Bahr & Christensen 1995, s. 36; Öhrn & Andersson 2006, s. 70). Det finns två typer av tandsten; salivsten som förekommer mest hos yngre personer och exudatsten som förekommer hos vuxna. Skillnaden mellan dessa är att salivstenen, gul till färgen, sitter på tanden ovanför tandköttskanten medan exudatsten sitter under tandköttskanten i tandköttsfickor som är inflammerade. (Von Bahr & Christensen 1995, s. 39). Tandstenen har en skrovlig yta och är omöjlig att göra ren från bakteriebeläggningar. Därför förekommer det i regel alltid gingivit vid tandsten. (Öhrn & Andersson 2006, s. 70).

Xerostomi eller muntorrhet är en direkt eller indirekt följd av minskad salivproduktion men kan även orsakas av uttorkning genom munandning eller feber. (Ahlborg m.fl. 1994, s. 8; Öhrn

& Andersson 2006, s. 77). Orsaker som gör att salivproduktionen minskar kan vara oro, rädsla, minskad vakenhet, nedsatt tuggförmåga, näringsbrist eller strålbehandling (Ahlborg m.fl. 1994, s. 8). Andra orsaker kan vara läkemedelsbiverkningar och kroniska sjukdomar (Öhrn & Andersson 2006, s. 77; Ahlborg m.fl. 1994, s. 8). Följderna av muntorrhet kan återspeglas till salivens funktionsområden. När munnen blir torr, dvs. salivens verkan försvinner, ökar risken för sjukdomar. Infektioner, karies, sprickor och sår uppstår lättare samt det blir svårare att tugga, svälja och prata. (Ahlborg m.fl. 1994, s. 8; Öhrn & Andersson 2006, s. 77).

I munhålan finns ett rikt liv av mikroorganismer. I normala fall lever dessa i balans och utgör ingen risk för **infektioner**. Om kroppens försvarsmekanismer försvagas av någon anledning, t.ex. av sjukdom eller nedsatt allmäntillstånd, kan dock dessa i vanliga fall harmlösa mikroorganismer bli virulenta och orsaka infektioner. (Öhrn & Andersson 2006, s. 78)

Den vanligaste virusinfektionen är Herpes labialis, i dagligt tal kallad munsår. Infektionen tar sig i uttryck i smärtsamma, sårbildande blåsor. Infektionen läker ut spontant efter ca en vecka utan behandling, men viruset ligger latent kvar i vävnaderna och kan blomma upp vid senare tillfällen t.ex. vid stress, sjukdom eller solexponering. (Öhrn & Andersson 2006, s. 78).

Svampinfektion, Candidos, som förorsakas av *Candida albicans* är vanligt förekommande bland personer med nedsatt motståndskraft, muntorrhet och undernäring d.v.s. hos barn och äldre individer. Proteser som inte rengörs noggrant eller sitter dåligt är en annan riskfaktor. Protesstomatit är infektion av slemhinnan under protesen orsakad av mikroorganismer. (Öhrn & Andersson 2006, s. 79).

Muncancer, som är vanligare hos män än hos kvinnor, är munhålan allvarligaste sjukdom. En tidig upptäckt av förändringar i munnen ökar möjligheterna att behandla och bota sjukdomen. Vid misstanke eller upptäckt av förändring är det viktigt att en specialist utreder saken. Alkohol användning och rökning ökar risken för muncancer. Stor solexponering medför risk för cancer på läppar. (Öhrn & Andersson 2006, s. 79).

4.2.5 Munhälsa och kroniska sjukdomar

Som tidigare nämnts (se 3.3.7) påverkas munhälsan av kroniska sjukdomar och vice versa. Vår målgrupp lider av många kroniska sjukdomar. (Se figur 16). Vi anser därmed att det befogat att upplysa målgruppen om sambandet mellan kroniska sjukdomar och munhälsan.

Ett samband mellan **kardiovaskulära sjukdomar** och orala infektioner går att påvisa enligt Meurman, Sanz och Janket (2004, s. 411). Forskning tyder även på att det finns en förhöjd risk för stroke hos personer med parodontit. De direkta orsakerna till detta samband är inte fullt

utredda, men ett troligt förlopp är direkt infiltration av mikroorganismer i blodomloppet via munvävnaden. (Meurman m.fl. 2004, s. 411).

För patienter som undergår **antikoagulationsbehandling** medför den förhöjda blödningstendensen risker. Exempelvis måste medicineringsen tillfälligt avbrytas inför besök till tandläkare. Den avbrutna medicineringsen medför i sin tur att tillståndet medicineringsen är avsedd att behandla kan återkomma. (Lääkietokeskus 2009, s. 1616).

Diabetes innebär en förhöjd risk för sjukdomar som påverkar smaksinne, salivproduktion och munvävnader. Vanligt förekommande hos diabetiker är karies, xerostomi och svampinfektioner i munhålan. (Ship 2003, s. 7).

Personer med diabetes är särskilt utsatta för infektioner på grund av dålig blodsockerbalans. Pågående infektioner i munhålan hos diabetiker kan även höja blodsockernivån och därmed kräva större insulinmängder hos insulindiabetiker. (Ship 2003, s. 9).

För **personer med nedsatt allmäntillstånd** kan infektioner i munhåla medföra allvarliga konsekvenser för hälsan. Exempelvis förekomsten av svamp i munhålan kan orsaka livsfarliga infektioner. Därför är patienter som undergår strålbehandling speciellt utsatta. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 23).

Det finns få skillnader i munhälsa mellan äldre personer och äldre personer med **demens** i ett tidigt stadium. Däremot finns det hög förekomst av munsjukdomar och åkommor bland äldre personer med medelsvår och svår demens. Munsjukdomar och åkommor relaterar snarare till graden av demens än specifika demenssjukdomar. Äldre personer med demens behöver oftast hjälp med skötsel av munhygien. Hos dementa förekommer ofta svårigheter med samarbete vid munhygien t.ex. då personen inte öppnar munnen eller ej känner att den vill ha munnen rengjord. (Chalmers & Pearson 2005, s. 410-419).

Inflammationstillstånd som angriper mag- tarmkanalen, som exempelvis Celiaki, angriper ofta också munnens vävnader. Bland annat förekommer det ofta stomatit och felaktigheter i tandemaljens struktur hos personer med Celiaki. (Campisi m.fl. 2007, s. 1530).

Infektioner i munhålan kan även förvärra förloppet hos exempelvis Crohns sjukdom, psoriasis och reumatism. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, s. 23).

Pneumoni hör till en av de absolut mest förekommande infektionssjukdomarna hos äldre personer. En stor del av dessa infektioner orsakas av aspiration av mikroorganismer som förekommer i munhålan. En illa skött mun har en högre förekomst av dessa mikroorganismer

vilket i sin tur leder till en högre risk för att insjukna i pneumoni. (Terpenning & Shay 2002, s. 584).

Personer med **kroniska lungsjukdomar** så som KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) är känsliga för att insjukna i respiratoriska infektioner. Dessa infektioner kan även få allvarliga följder i och med att redan förekommande andningssvårigheter kan förvärras. (Albertson, Louie & Chan 2010, s. 571-572).

Neurologiska sjukdomar kan påverka munhälsan avsevärt i och med att sjukdomarnas symptom kan medföra att personen inte mer är kapabel att ta hand om sig själv och att personen kan bli sängbunden. De neurologiska symptomen kan även medföra sväljningssvårigheter och andra besvär som exempelvis kan öka risken för pneumonier. Den vanligaste dödsorsaken hos personer med Parkinsons sjukdom är pneumoni. (Alaranta m.fl. 2001, s. 199-201).

Organtransplantation innebär användning av medicinering som hämmar immunförsvaret för att organet inte skall stötas bort av kroppen (Chisholm, Lance & Mulloy 2005, s. 1775). Användning av immunosuppressiva mediciner medför en förhöjd känslighet för infektioner, dessa infektioner kan även ha ett allvarligare förlopp än hos en person som ej använder medicinering av denna typ (Thomas & Miller 2009, s. 263). En dålig munhälsa medför större risk för infektioner, så som också redan konstaterats i avsnittet om kroniska lungsjukdomar och respiratoriska infektioner.

Personer med **inopererade proteser** så som exempelvis mekaniska hjärtklaffar är känsliga för infektioner, exempelvis i samband med tandkirurgi. Sådana proteser innebär även att personen måste behandlas med antikogulationsmedicinering för resten av livet, med de risker i förhållande till munhälsan detta innebär (se avsnittet om antikogulationsbehandling). (Järhult & Offenbartl 2006, s. 554).

4.2.6 Munhälsa och farmaci

Som konstaterats i kapitel 3.3.7 har läkemedelsanvändning en påverkan på munhälsan. Eftersom närståendevårdsmottagarna lider av kroniska sjukdomar i stor utsträckning, (Se figur 16), använder de också läkemedel. Därmed anser vi det motiverat att upplysa målgruppen om läkemedelsanvändningens inverkan på munhälsan och vice versa.

Enligt Nurminen (2008, s. 504-505) är en väldigt vanlig biverkning av läkemedelsanvändning muntorrhet, även känt som Xerostomi. Särskilt läkemedel med en antikolinerg verkan påverkar salivutsöndringen då denna stimuleras av det parasympatiska nervsystemet, läkemedel med

antikolinerg verkan inhiberar det parasympatiska nervsystemet vilket resulterar i minskad salivutsöndring. Vanliga läkemedel med antikolinerg verkan är bl.a. tricykliska antidepressiva och vissa neuroleptika, antihistaminer och parkinsonmediciner. Det finns över 400 läkemedel som säljs i Finland som orsakar muntorrhet, varav största delen är avsedda att användas fortgående eller långvarigt (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 18).

Neuroleptika kan orsaka störningar och tvångsrörelser i munnens muskler t.ex. i läppar och tungan, sk. Tardiv Dyskinesi. Detta tillstånd kan vara svårt att identifiera och kan fortgå fastän medicineringen avslutas. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 19). Vissa epilepsimedikiner kan orsaka svullet tandkött. (Öhrn & Andersson 2006, s. 71).

Läkemedel med tillsatta sötningsmedel som sackaros eller fruktos kan leda till att tänderna blir angripna av karies då dessa sötningsmedel fungerar som näring för bakterierna. Exempel på dessa är orala lösningar så som hostmediciner och antibiotika avsedda för barn. (Nurminen 2008, s. 504-505).

Vissa läkemedel kan leda till att munnen blir utsatt för angrepp av mikroorganismer som vanligtvis är oförmögna att orsaka infektion, exempelvis *Candida albicans* som orsakar munsvamp, sk. Torsk. Det finns en mångfald olika läkemedel som kan orsaka detta, exempelvis inhalerbara kortikosteroider, bredspektrumantibiotika, preventivpiller, cellgifter och immunosuppressiva läkemedel samt läkemedel som minskar salivutsöndringen. (Nurminen 2008, s. 505).

Inflammation av munnens slemhinnor, även känt som stomatit kan orsakas av läkemedelsanvändning enligt Nurminen (2008, s. 505). Stomatit kan även uppstå till följd av en allergisk reaktion mot läkemedel, varav den allvarligaste formen är Steven-Johnsons syndrom vilken i munnen orsakar uppkomsten av stora blåsor som sedan spricker och blir till blödande sår i munnens slemhinna.

Sår på munnens slemhinna och på tungan kan uppstå som en följd av en lokal retning, till exempel då tablettens hålls länge i munnen, vid användning av t.ex. kaliumkloridtabletter, bukspottskörtelsenzympreparat och acetylsalicylsyra. Dock kan dessa effekter minskas genom att läkemedlet tas med en riklig mängd vätska. (Nurminen 2008, s. 506).

Det är skäl att notera att lokal retning kan uppstå till följd av att tablettens förblir osvald, t.ex. på grund av sväljningssvårigheter eller om man har försökt använda tablettens som lokal smärtlindring genom att trycka den mot en värkande tand. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 18).

Övriga bieffekter läkemedel kan orsaka är förändringar och nedsättning av smaksinnet, orsakat av t.ex. cellgifter, Kaptopril, Terbinafin eller Metronidazol. Missfärgning av tänderna och strukturella störningar i emaljens uppbyggnad kan orsakas av tetracykliner, detta främst hos barn. Önskad tillväxt av tandkötet kan uppstå till följd av användningen av kalciumhämmare eller Fenytonin. (Nurminen 2008, s. 506).

Enligt Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä (2003, s. 19) kan användningen av antikoagulantia öka blödningstendensen i munnen. Även bredspektrumantibiotika kan öka blödningsrisken genom att förstöra de K-vitaminproducerande bakterierna i tarmen.

4.2.7 Skötsel av munnens hygien

Som tidigare konstaterats kan vi inte utgå från att vår målgrupp känner till hur munnens hygien skall skötas, (jämför påstående i kapitel 4.2 samt 4.2.1). Därmed anser vi det befogat att upplysa målgruppen om hur munnens hygien skall skötas. Dessutom framkom det i undersökningen ett informationsbehov om hur tandproteser skall skötas.

En regelbunden munhygien är förutsättningen för att munnen skall hållas frisk. Munhygien bör inriktas på att avlägsna bakterier och plack från tändernas ytor samt att förebygga hålbildning, tandköttsinflammation och bindvävssjukdomar. (Vianto 2010).

En tandförsedd mun bör borstas morgon och kväll. Tandborsten som används skall vara mjuk och stadig samt tandkrämen som används bör vara en fluortandkräm. Borstningen sker med korta, knyckande rörelser och det är speciellt viktigt är att borsta vid tandköttskanten. (Vianto 2010).

Tandmellanrummen rengörs minst två gånger i veckan med tandtråd, tandstickor eller tandmellanrumsborste. Tungan borstas med tandborste eller med ett för tungan avsett rengöringsverktyg dagligen. Efter behov rengörs munnen hos tandvården. (Vianto 2010).

Protesanvändare bör plocka ut proteserna efter varje måltid och skölja munnen med vatten. Proteserna rengörs därtill morgon och kväll med mjuk för proteser avsedd tandborste och vatten. Vid rengöringen bör även användas tandkräm avsedd för proteser eller tvålförsedda rengöringsmedel t.ex. diskmedel. Vid rengöringen är det speciellt viktigt att de av protesens ytor som ligger mot slemhinnorna i munnen rengörs omsorgsfullt. Även delproteser bör plockas ut och rengöras omsorgsfullt. (Vianto 2010).

Till natten plockas protesen ut och förvaras rengjord i ett torrt och luftigt kärl. Om protesen förvaras fuktig i ett slutet kärl eller i vatten finns risk för bakterie- och svamptillväxt på protesens ytor. Protesen sköljs med vatten före den placeras tillbaka i munnen. (Vianto 2010).

En gång i veckan bör protesen rengöras ordentligt. Detta görs genom att använda för protesrengöring avsedda brustabletter. Tanderna skall ligga i lösningen minst en timme, bra går även att låta dem ligga över natten. Efter rengörningen bör protesen sköljas noggrant med vatten. Om tandsten och missfärgningar uppstår på protesen kan den med hjälp av ultraljud rengöras hos tandvården. (Vianto 2010).

Kemisk eller antibakteriell rengöring av munnen kan vara befogad i olika situationer om mekanisk rengöring inte är möjligt på grund av t.ex. kirurgiska ingrepp eller trauman i munområdet. Andra orsaker kan vara när den mekaniska rengöringen inte är tillräcklig, t.ex. vid akut parodontit. Geriatriska, dementa eller utvecklingshämjade personer kan även ha nytta av kemisk rengöring. (Vianto 2010).

Klorhexidinhaltiga sköljmedel, munvatten, och klorhexidingel bör användas i kurer om högst två veckor. Lösningarna kan användas morgon och kväll genom att gurgla och skölja munnen en minut och spotta ut. Som komplement till munvatten kan klorhexidingel användas för lokalbehandling av problemområden i munnen. (Vianto 2010).

4.2.8 Att hjälpa en person som inte kan utföra munvården själv

Av undersökningen har det framkommit ett behov av praktiska råd när närståendevårdsmottagaren vägrar munvård, (se kapitel 3.5.3). Vi anser det därmed motiverat att ta upp etiska dilemman i samband med munvård i handboken.

Enligt Öhrn och Andersson (2006, 141) kan man stöta på etiska dilemman när man utför munvård åt en annan människa. Dilemman uppstår när olika etiska principer krockar med varandra och man måste avgöra vilken som väger tyngre, dvs. vilken som är mest rätt. (Öhrn & Andersson, 2006, 141).

Munnen är för de flesta människor ett mycket privat område som man vill sköta om själv. Det är inte ovanligt att personer vägrar ta emot hjälp med munhygien från någon annan även om personen inte kan sköta munhygien själv. Det är vanligt att äldre pga. läkemedel eller demens inte själv känner av smärta från munnen eller förstår att fråga efter hjälp med munhygien. Vanligt är att den äldre biter ihop munnen och vägrar att samarbeta. Trots att detta är en helt naturlig reaktion medför den etiska problem för den som försöker hjälpa den äldre. (Nordenram 2002). Man kan tänka utifrån att människans autonomi skall tas i beaktande,

d.v.s. att människan skall ha rätt att bestämma över sig själv. Dock blir tankesättet om autonomi krångligt när en människa inte själv kan utföra sin munhygien eller förmedla hur denne vill ha sin munhygien utförd. (Öhrn & Andersson 2006, s. 139).

Om man utgår från ”godhetsprincipen” strävar man till att göra gott genom sitt handlande, avlägsna och förebygga lidande samt främja välbefinnande hos den som vårdas. Ett annat etiskt tankesätt är att utgå från att man inte skadar eller handlar så att en människa upplever lidande. Med att skada och orsaka lidande gäller alla dimensioner d.v.s. både fysiskt och psykiskt lidande. (Öhrn & Andersson 2006, s. 140).

För att råda bot på etiska dilemman som uppstår i en vårdssituation menar Öhrn och Andersson (2006, s. 150) att det inte finns någon modell eller handlingsätt som är absolut och kan tillämpas på varje enskilt fall. Problem som uppstår löses bäst genom att vårdaren är lyhörd, öppen och förstående för att tolka en annan människas önskningar och behov. Det gäller att se hela situationen ur ett helhetsperspektiv för att kunna bedöma vad som är rätt och fel i varje enskild situation. (Öhrn & Andersson 2006, s. 150).

Det är viktigt att berätta för personen som skall få munnen skött vad som kommer att ske innan munvården inleds. Detta gäller även medvetslösa och oförstående personer. Medel som kan förorsaka obehag bör undvikas, exempelvis tandkräm på torra och såriga slemhinnor. Dessa skall innan munvården fuktas ordentligt. Försiktighet bör iaktas då tandborsten används långt inne i munnen, annars kan kräkreflexer utlösas. (Von Bahr & Christensen, 1995, s. 54-58).

Då munvården utförs är det bra att stå eller sitta snett bakom personen som vårdas. Denna kan även stöda sitt huvud mot vårdarens arm. Svårt sjuka eller medvetslösa personer får aldrig ha tandprotesen i munnen då denna kan glida ner i svalget och leda till kvävning. (Von Bahr & Christensen, 1995, s. 54-58).

Enligt författarnas egna erfarenheter från arbetsfältet så kan även sång eller visslande samtidigt vid munvård underlätta samarbetet med den vårdade. Att göra munvården till en dagligen återkommande rutin kan även underlätta fastän det kan vara kämpigt i början. Man kan även göra det till en rutin att i anslutning till munvården göra någonting som den vårdade gillar, exempelvis spela ett musikstycke.

4.2.9 Munvårdstjänster

För att upplysa vår målgrupp om vilken rätt dessa har till tandvård och göra det lättare för dem att komma i kontakt med tandvården har vi plockat med detta avsnitt i handboken. För äldre är det viktigt att regelbundet besöka tandläkare, exempelvis den egna hälsovårdscentralens

tandläkare eller en privat tandläkarmottagning. För de som har svårigheter att besöka en mottagning är det möjligt att tandläkaren kommer på hembesök för att göra en bedömning av munhälsan, det är även möjligt att göra vissa vårdåtgärder i hemmet. Denna verksamhet ordnas både av hälsovårdscentralen och av privata sektorn. Utöver hembesök av tandläkare kan även munhygienister och tandskötare göra hembesök. (Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, s. 51).

De äldre personer som utnyttjar hemvård och hemsjukvårdens tjänster får sin munhälsa kartlagd i samband med den större bedömningen av funktionsförmågan som görs då behovet av hemvård/hemsjukvård utreds. Baserat på denna bedömning kan sedan hemvårdspersonalen göra upp en vård- och serviceplan för munvården enligt behov. I denna plan bör ingå en bedömning av en yrkesperson inom munvården. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, s. 52).

För de äldre som vårdas på en institution under en kortare tid är det viktigt att munhälsan tas i beaktande. Man bör utreda om vården förbättrar munhälsan eller om vården innebär negativa effekter, t.ex. biverkningar av medicinering. Under tiden på institutionen kan närområdets hälsocentralstandläkare eller tandhygienist besöka avdelningen vid behov. Det är skäl att komma ihåg att medföra den vårdades egna munvårdsredskap till avdelningen då dessa är anpassade efter den vårdades behov. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, s. 53).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, §26) skall kommunen ordna mun- och tandvård för kommunens samtliga invånare i syfte att främja och följa upp munhälsan hos befolkningen. Dessa tjänster utgörs av att göra hälsoundersökningar och ge hälsorådgivning. Till dessa tjänster hör även att undersöka, förebygga samt behandla munsjukdomar. I lagen finns även stadgat att patientens behov av särskilda stöd och undersökningar skall utredas i ett tidigt stadium. Lagen stadgar även att kommunens tandvård är skyldig att samarbeta med personalen inom den specialiserade sjukvården och den övriga hälso- och sjukvården. (Hälso- sjukvårdslag, 2010/1326, §26).

Ur Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, §51) framgår det att en bedömning av invånarens vårdbehov skall göras inom skälig tid, maximalt tredje dagen efter att invånaren tagit kontakt. Vården skall inledas inom skälig tid, maximalt tre månader. För mun- och tandvårdstjänster får denna tidsperiod överskridas med ytterligare tre månader, d.v.s. väntetiden får vara maximalt sex månader. (Hälso- sjukvårdslag, 2010/1326, §51).

I handboken redogör vi för följande kontaktoppgifter då vår målgrupp är bosatt i Åboland.

Pargas hälsostations tandvårdscentral, Elmgrenvägen 11. Tidsbeställningen är öppen vardagar kl 8-11.30 och telefonnumret är 02 454 5300. (Väståbolands stad u.å).

Nagu hälsostations tandvårdsmottagning, Klockstapelgränd 2. Tidsbeställningen är öppen kl. 08-09 och telefonnumret är 0400 117 131. (Väståbolands stad u.å).

Kimitoöns tandvård, Vårdbackavägen 4-6. Tidsbeställningen är öppen vardagar och telefonnumret är 02 4260 436, 02 4260 435. (Kimitoöns kommun, 2011).

Korpo hälsostations tandvårdsmottagning på Tallbackavägen. Telefontid och tidsbeställning jämna veckor måndag till fredag, udda veckor måndag till onsdag kl. 08-09 och telefonnummer är 0400 117 132. (Väståbolands stad u.å).

Houtskär hälsostations tandvårdsmottagning på Hälsogården, Näsby. Tidsbeställning onsdag till fredag, telefonnummer 0400 117 133. (Väståbolands stad u.å).

Iniö hälsostation telefonnummer 0400 117 121 (Väståbolands stad u.å).

Tandläkarjour under veckoslut och söckenhelger finns på Lemminkäinen 2, Åbo. Tidsreservering lördagar, söndagar och söckenhelger kl. 9.00 – 10.30. Telefonnummer 02 313 1564. (Väståbolands stad u.å).

Åbo stads munhälsovård. Tidsbeställningen är öppen måndag till fredag kl. 08-16. telefonnumret är 02 266 0644. (Åbo stad, Social- och hälsovårdsbyrån 2011).

4.3 Förslag till utvärdering och uppdatering av verksamhetsmodellen

Vi avser inte själva i praktiken utvärdera vår verksamhetsmodell i detta arbete. För att garantera verksamhetsmodellens användbarhet borde den ändå utvärderas efter att den implementerats i praktiken. Det är förvisso möjligt att enbart utvärdera utgående från teorin, dock vore det av värde att utreda målgruppens synpunkter på verksamhetsmodellen som helhet efter att de tagit del av dess innehåll. Synpunkter från arbetslivet skulle även vara viktiga för att kunna tillämpa verksamhetsmodellen i närståendevårdarföreningens verksamhet.

Vi tänker oss att utvärderingen kunde göras via en enkel enkätförfrågan. För att ytterligare förstärka verksamhetsmodellens reliabilitet så kunde vår undersökning revideras och utföras på nytt bland samma målgrupp. I samband med undersökningens revidering kunde man även utforma frågor som testar de hypoteser vi nämner i avsnittet Diskussion. Man kunde också utveckla en mätare för att utreda till vilken grad verksamhetsmodellen bidrar till ökad

funktionsförmåga, inre motivation samt empowerment hos målgruppen. En liknande enkätförfrågan kunde riktas till närståendevårdarföreningens personal.

På basis av undersökningarnas resultat kunde sedan verksamhetsmodellen enligt behov revideras. Meningen är även att verksamhetsmodellen kontinuerligt skall granskas kritiskt gällande innehåll och uppdateras i takt med att rekommendationer och information ändras. Vi önskar även att någon annan kunde ta sig an/utvärdera detta arbete, t.ex. i form av ett examensarbete.

5 Diskussion

Bakgrunden till vårt arbete härstammar från ett tidigare arbete vi gjorde som en del av en kurs i handledning och undervisning. Valet att göra examensarbetet i par var redan gjort innan examensarbetsprocessen inleddes. Detta då det kändes självklart att i någon form fortsätta på det arbete vi gjorde i kursen handledning och undervisning. Vi hade även redan tidigare utvecklat ett bra samarbete och hade samma mål med examensarbetsprocessen, dvs. ambitionerna var på samma nivå.

Samarbetet som sådant har fungerat bra, arbetsfördelningen har naturligt fördelat sig rättvist på grund av att våra olika kunskapsområden har visat sig komplettera varandra. Arbetet i sin helhet har vi båda bearbetat trots att förarbetet delats upp jämbördigt, till exempel informationssökning. Vi kan därmed båda konstatera att vi är mycket nöjda med valet av arbetsmetod.

I vårt tidigare arbete konstaterade vi att munhälsa är ett ämne som bör lyftas fram eftersom det visade sig vara ett förringat ämne. Detta kan möjligen bero på att många tar munhälsan för given och inte vet att det är en viktig del av människans hälsa som helhet.

Vi valde att göra vårt examensarbete som en del av projektet T.A.G. i livet eftersom projektets mål bra överrensstämde med de mål som vi personligen hade tänkt oss uppnå med examensarbetet. Projektet T.A.G. i livet fungerade som en naturlig del av vårt egna arbete. Arbetet i projektet gav oss möjlighet att utbyta erfarenheter och kunskap med övriga projektdeltagare. Samtidigt gav projektet oss en realistisk tidtabell och ramar att arbeta inom. Projektets arbetsmetoder med handledning både individuellt och i grupp har fungerat mycket bra. Grupphandledningen har gett oss en möjlighet att få svar på de frågor vars svar har gynnat samtliga deltagare i projektgruppen. Den individuella handledningen har varit synnerligen professionell, jämlik och till stor nytta för vårt arbete. Vår handledare har genom att ställa oss kluriga frågor och påståenden fått oss att själva lösa problem utan att ge oss färdiga svar och lösningar. Detta har i efterhand gett oss mersmak på forskningsarbete då denna process har varit mycket intressant och lärorik. Vår förmåga att kritiskt granska oss själva som blivande yrkespersoner har utvecklats enormt.

Genom projektet kom vi i kontakt med närståendevårdarföreningen i Åboland och genom ett lyckligt sammanträffande visade sig det att närståendevårdarna var en passande målgrupp för vårt arbete. Vårt samarbete med arbetslivsrepresentanten Eva Björkqvist har

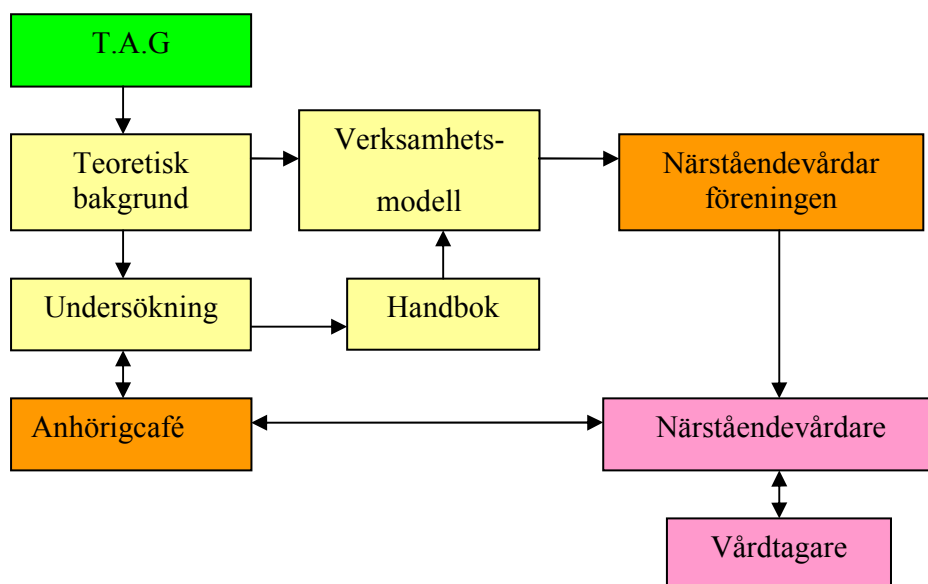
varit sporadiskt, inledningsvis fick vi den grundinformation som behövdes för att kunna starta examensarbetsprocessen. I samband med enkätundersökningen var representantens insats avgörande då vi inte själva skulle ha haft möjlighet att delta vid anhörigcafé's träffar. I övrigt har arbetslivsrepresentantens medverkan varit sparsam i processen som helhet, bland annat då det gäller feedback.

Det har i vårt arbete visat sig att närståendevårdarnas vårdtagare är en av de grupper vars munhälsa är viktig att ta i beaktande då dessa ofta lider av många kroniska sjukdomar och vårdas av en vårdare som i de flesta fall saknar formell kompetens. Detta gör att närståendevårdaren har ett stort behov av handledning. Vi byggde därför upp vårt arbete så att vi genom handledning av närståendevårdaren strävar till att förbättra närståendevårdsmottagarens munhälsa.

Vi inledde vårt arbete genom att göra en litteraturstudie. Munhälsa i samband med närståendevård visade sig vara ett utforskat ämne. Vi använde oss av en bredd sökmetod med manuell sökning i lokala bibliotek samt artikelsökning via Internet. Genom litteraturstudien kunde vi urskilja vilka områden som har en inverkan på munhälsan hos en person som vårdas av en närstående. Samtidigt utredde vi vilka behov närståendevårdaren hade. Litteraturstudien hjälpte oss sedan att välja en lämplig handledningsmodell att basera vår egen verksamhetsmodell på. Handledningsmodellen visade sig tillämplig på hela examensarbetsprocessen och gav en god grund för vårt fortsatta arbete. Vi har alltså genom litteraturstudien, undersökningen och handboken tillämpat de två första stegen i vår verksamhetsmodell; **assess** och **advice**. Närståendevårdarföreningen får sedan slutföra processen, dvs. stegen **agree**, **assist** och **arrange**.

Utgående från handledningsmodellen och litteraturstudien utformade vi sedan en empirisk undersökning i enkätform. Folkhälsans anhörigcafé visade sig vara som klippt och skuren för en undersökning i detta format. Genom representanten Eva Björkqvist nådde vi ett stort antal närståendevårdare vilket resulterade i att ca hälften av målgruppen deltog i enkätundersökningen. Arbetsbördan blev heller inte stor eftersom Björkqvist förmedlade undersökningen till och från målgruppen.

På basis av litteraturstudien och resultaten från enkätundersökningen fick vi den information vi behövde för att kunna motivera vårt val av innehåll i verksamhetsmodellens handbok. Handboken innehåller endast sådant material som visat sig vara relevant för vår målgrupp.



Figur 29. Flödesschema över examensarbetsprocessen.

5.1 Resultatdiskussion

Ur litteraturgranskningen framkom det att majoriteten av närståendevårdarna var 60-69 år och i majoritet kvinnor (se 3.3.1). Dessa upplevde sig även ofta utmattade och rapporterade i medeltal ett nöjaktigt till gott fysiskt tillstånd. I vår egen enkätundersökning var majoriteten av närståendevårdarna kvinnor över 65 år och rapporterade sitt hälsotillstånd i majoritet som nöjaktigt eller gott. Då vi korstabulerar närståendevårdarnas uppfattning om sin egen hälsa med könet (se figur 24) framkommer det att majoriteten av männen upplever sin hälsa som nöjaktig medan kvinnorna upplever den som god. Vår målgrupp upplevde sig i majoritet vara utmattade (se figur 13). Det går alltså att utläsa att vår målgrupp gällande könsfördelningen överrensstämmer med litteraturen. Då det kommer till åldersfördelningen är vår målgrupp till synes något äldre. Utmattningsnivån samt hälsotillståndet verkar vara på samma nivå. Det är även värt att nämna att det enligt litteraturen påstås att en närståendevårdare som är välinformerad och som fått tillräcklig information upplever sin utmattningsnivå som lägre (se 3.3.2). Det finns alltså en potentiell möjlighet att kunna minska vår målgrupps utmattningsgrad genom att informera och handleda dessa. Det finns till synes även ett större behov av handledning och information bland männen.

Enligt litteraturstudien (se 3.3.2) upplever närståendevårdarna ett stort behov av information. Informationen är av slaget konkret information om sjukdom, behandling, vårdåtgärder, prognos och läkemedelsbehandling samt om vilka stödmöjligheter som finns att

tillgå. I vår egen undersökning påstår sig inte närståendevårdarna ha någon speciellt behov av information, dessutom uppger de sig ha tillräckliga kunskaper om munhälsa. Dock framgår det vissa specifika önskemål gällande information (se s. 31). Anmärkningsvärt i detta avseende är att närståendevårdsmottagarens munhälsa i majoritet är nöjaktig eller dålig (se figur 12) trots att närståendevårdaren uppger sig ha tillräckliga kunskaper i munhälsa. Då vi korstabulerar närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och närståendevårdarens upplevda behov av information (se figur 19) kan vi, som vi tidigare konstaterat, dra slutsatsen att faktorerna inte korrelerar med varandra. Vid korstabulering av närståendevårdsmottagarens munhälsostatus och närståendevårdarens uppfattning om sin förmåga att sköta om sin närståendes munhälsa (se figur 20) framkom det att den närståendes munhälsa var dålig även bland de närståendevårdare som uppgav sig kunna sköta om sin vårdtagares munhälsa. Dessutom har de närståendevårdsmottagare som sköter om sin munhälsa själv (se figur 21) överlag en bättre munhälsostatus än de som får sin munhälsa omskött av sin närståendevårdare. Nämnas kan också att detta kan bero på att de som behöver hjälp med munhälsan har sämre hälsa eller att de närståendevårdare som sköter om sin närståendes munhälsa bättre kan bedöma munhälsostatus.

Vi ställer därmed upp en hypotes om att närståendevårdarna i vår målgrupp inte är medvetna om att de lider av kunskapsbrist. Vi antar att om närståendevårdaren hade tillräckliga kunskaper så skulle närståendevårdsmottagarens munhälsostatus i större utsträckning varit god.

Enligt litteraturen (se 3.3.3) var majoriteten av mottagarna av närståendevård kvinnor i åldern 80-89 år. Över 60 % uppgav sig lida av dålig hälsa, enbart 3.6 % uppgav hälsan som bra. Bland mottagarna av närståendevård förekom det generellt minnesproblem, problem att klara sig själv samt problem med att sköta den egna hygien. I likhet med litteraturen förekom det många kroniska sjukdomar bland målgruppens vårdtagare (se figur 16). Utgående från resultaten av vår undersökning var närståendevårdsmottagarna i samma ålder som litteraturen påvisar, dvs. över 75 år. Majoriteten av dessa var män i motsats till vad som framgår av litteraturen.

Närståendevårdarna upplevde i likhet med litteraturen att närståendevårdsmottagarna har ett dåligt eller nöjaktigt hälsotillstånd. Då det kommer till munhälsan upplever majoriteten att dessa har ett nöjaktigt munhälsotillstånd. Fördelningen mellan bra och dåligt munhälsotillstånd var jämt fördelat (se figur 12). Det förekommer minnesproblem hos hälften av närståendevårdsmottagarna. Majoriteten av närståendevårdsmottagarna sköter själv sin munhygien, dock behöver en stor del tillsyn av sin vårdare. Ungefär en fjärdedel får hjälp med munhygien. Även en fjärdedel av närståendevårdarna uppger att de har problem med att

sköta sin närståendes munhygien. Vi kan alltså konstatera att det finns ett behov av hjälp bland mottagarna av närståendevård gällande skötseln av munhygien. Det har redan tidigare konstaterats att munhälsostatus har ett nära samband med det allmänna hälsotillståndet (se 3.3.4).

Eftersom vi i vår litteraturgranskning inte hittade specifik information om närståendevårdsmottagarens munhälsa så valde vi att redogöra för den finländska befolkningens munhälsostatus som är i samma ålderskategori som målgruppens vårdtagare. Enligt statistiken (se 3.3.6) så hade över 70 % av män i åldern 65-84 år sina egna tänder i behåll år 2007. Motsvarande procentantal för kvinnorna var ungefär 60 %. Ungefär en tredjedel hade tuggsvårigheter oberoende av kön. Statistiken visar även att förekomsten av naturliga tänder ökat under en tioårsperiod mellan 1997 och 2007. Majoriteten av de med egna tänder uppgav år 2000 sin munhälsostatus som god (se figur 6). Förekomsten av smärta i munnen pga. tandvärk eller smärta från protes var ca 25 %. Även förekomsten av smärta minskar då åldern tilltar.

I vår egen undersökning (se figur 15) framgår det att något färre, ungefär hälften av närståendevårdsmottagarna, har sina egna tänder i behåll oberoende av kön. Ingen av närståendevårdsmottagarna saknade helt tänder. Bland ungefär en femtedel av mottagarna av närståendevård förekom det tugg- och sväljsvårigheter, smärta från tänderna förekom enbart hos en tiondel. Utgående från detta kan man dra slutsatsen att vår målgrupps vårdtagares munhälsostatus korrelerar med den finska befolkningens munhälsostatus om man jämför samma åldersgrupp. Förekomsten av tugg- och sväljsvårigheter förekom i mindre utsträckning bland närståendevårdsmottagarna. Vi kan anta att problem med smärta i munnen minskar då förekomsten av egna tänder minskar pga. ökad ålder. Andra möjliga orsaker till minskningen kan vara fysiologiska (se 4.4.2). I efterhand kan vi således konstatera att användningen av Finlands befolknings munhälsa var en lämplig utgångspunkt för uppgörandet av enkäten.

Vid korstabulering mellan närståendevårdarnas uppfattning om sin vårdtagares munhälsa och närståendevårdarens kön kan man se ett intressant samband. Manliga närståendevårdare upplever överlag sin vårdtagares munhälsostatus som sämre än vad sina kvinnliga motsvarigheter gör (se figur 22). Vår hypotes utgående från detta är att de manliga närståendevårdarna besitter sämre kunskaper gällande munhälsa än kvinnorna.

Då vi korstabulerar närståendevårdsmottagarens kön och munhälsostatus (se figur 23) ses ingen skillnad beroende på kön. Vi anser att detta stärker vårt tidigare antagande då skillnaden till synes är beroende på närståendevårdarens kön.

Utgående från figur 25 går det att anta att närståendevårdsmottagare i åldern 65-74 år uppges ha sämre munhälsostatus än övriga ålderskategorier. Vi tror att detta möjligen kan bero på att behovet av en protes ökar då munhälsostatus hos de med egna tänder försämras. (Jämför med figur 26 och 27). Nämnas kan även att de med helprotes uppges ha bättre munhälsostatus än de med egna tänder/delprotes.

5.2 Kritisk granskning

Syftet med examensarbetet var att göra en undersökning bland närståendevårdarna, att skapa en handbok i munhälsa samt att skapa en verksamhetsmodell (se 3.1). Vi kan konstatera att vi har uppnått samtliga av våra syften.

Målen för vårt arbete var att höja kunskapsnivån gällande munhälsa bland närståendevårdarna. Målet var även att skapa empowerment, inre motivation och höjd funktionsförmåga. Att i skrivande stund utvärdera huruvida dessa mål har uppnåtts är omöjligt eftersom närståendevårdarföreningen ännu inte har fått tillgång till vår verksamhetsmodell och handbok i munhälsa. Dock anser vi det troligt att dessa mål kan uppnås då verksamhetsmodellen tas i bruk.

Målet att utveckla våra egna kompetenser som blivande sjukskötare har vi redan delvis diskuterat. Vi kan konstatera att vi har utvecklats som professionella personer under denna process, särskilt då det kommer till kritiskt tänkande. Vi har även blivit insatta i munhälsans påverkan på individens hälsa som helhet. Begreppen empowerment, inre och yttre motivation samt funktionsförmåga har vi också fått en djupare förståelse för.

Ett annat mål med examensarbetsprocessen var att utveckla närståendevårdarföreningens verksamhet. Även detta mål är i skrivande stund svårt att kunna ta ställning till eftersom närståendevårdarföreningen inte fått verksamhetsmodellen. Vi kan dock anta att föreningens verksamhet kan utvecklas positivt om de väljer att ta vår verksamhetsmodell i användning. Verksamhetsmodellen kan hjälpa föreningen att strukturera sin handledning av närståendevårdarna. Verksamhetsmodellen kan även tillämpas på andra för närståendevårdarna aktuella ämnesområden vilket gör att verksamhetsmodellen kan fungera som en enhetlig struktur för handledningsverksamhet i föreningens regi.

Som målsättning satte vi även att möjligen kunna påverka samhällspåfrestningen genom att minska förebyggbara munhälsorelaterade sjukdomar och därmed minska förekomsten av onödiga vårdperioder samt den ekonomiska påfrestningen på samhället. Vi hoppas att vårt arbete skulle kunna få sådana konsekvenser. Att utvärdera huruvida detta mål uppnås är även inte möjligt i nuläget. För att nå detta mål krävs det troligen en mer omfattande användning av vår verksamhetsmodell än enbart Folkhälsans närståendevårdarförening i Åboland. Teoretiskt sett borde detta inte vara någon omöjlighet.

Då vi inledde examensarbetsprocessen ställde vi också upp problemformuleringar. En av dessa var att utreda vilka praktiska problemområden samt vilket informationsbehov gällande munhälsa som kan identifieras hos målgruppen. Vi anser oss ha i omfattande utsträckning utrett detta problem genom vår litteraturgranskning och enkätundersökning.

Ett annat problemområde var hur vi skulle kunna främja närståendevårdarnas kunskapsutveckling så att dessa upplever empowerment, inre motivation samt höjd funktionsförmåga. Vi anser att vår verksamhetsmodell skulle kunna lösa detta problem i och med att den i grunden är uppbyggd för att främja dessa aspekter. I vilken omfattning verksamhetsmodellen förverkligar denna kunskapsutveckling måste utvärderas i efterhand. Att utvärdera detta är bortom examensarbetets ramar.

Vår sista problemformulering, dvs. vilken inverkan munhygien har på hälsan för en person som vårdas hemma av en närståendevårdare, har vi även kunnat besvara. Vi har kunnat se att det finns en specifik problematik bland närståendevårdarna. Dessa påstår sig kunna ta hand om sin närståendes munhälsa, ändå är majoriteten av närståendevårdsmottagarnas munhälsa nöjaktig eller dålig (se figur 20). Vi påstår att om närståendevårdarna hade tillräckliga kunskaper i munhälsa så skulle de kunna sköta om sin närståendes munhälsa i sådan omfattning att deras munhälsostatus vore god.

5.3 Validitet och reliabilitet

Validitet indelas vanligen i yttre och inre validitet. Med yttre validitet avses huruvida en undersöknings resultat är generaliserbara. Inre validitet betyder hur väl undersökningens resultat beskriver det undersökta fenomenet. Mätarvaliditet innebär samma som inre validitet, dvs hur väl mätaren mäter det undersökta fenomenet. Mätarvaliditeten höjs då mätaren är piloterad. Mätaren bör även vara utformad i syfte att undersöka fenomenet så objektivt som möjligt.

Med reliabilitet avses tillförlitlighet. Huruvida mätaren är reliabel eller inte beror på om det finns resultat från flera undersökningar utförda med samma mätare som ger jämförbara resultat. Upprepade mätningar med samma mätare höjer även reliabiliteten. En mer omfattande mätare är vanligtvis mer reliabel än en kort sådan. (Metsämuuronen 2005, s. 57-59, 66). I vårt fall är mätaren vår enkätundersökning.

Vår litteraturstudie anser vi vara reliabel då denna är gjord på basis av vetenskapliga källor, både internationella och nationella sådana. Sökning efter litteratur gjordes på de båda inhemska språken samt engelska både manuellt och via databaser. Vi har även strävat till att använda oss av så aktuella forskningsresultat som möjligt. En reliabilitetssänkande faktor är att litteratursökningen inledningsvis var relativt ostrukturerad. För att ytterligare kunna förbättra vårt arbete så kunde vi ha strukturerat vår sökande av litteratur, så att vi kunnat redogöra för exempelvis antalet träffar på sökorden i tabellformat. Samtidigt skulle vi ha haft bättre översikt över vilka sökord som kombinerats med varandra. Detta har visat sig vara en viktig lärdom med tanke på framtida arbete. Denna aspekt är en av de större stötestenarna i vår examensarbetsprocess.

Vår mätare sattes samman utgående från litteraturstudiens resultat. Detta innebär att enkäten är förankrad i tillförlitlig information. Svartalternativen i enkäten anpassades enligt litteraturstudiens undersökningar för att göra den direkt jämförbar med dessa. En brist är dock att vår mätare aldrig blev piloterad, detta pga. tidsbrist. Samtidigt måste nämnas att mätaren heller inte använts i andra undersökningar. För att ännu komplettera vår undersöknings resultat kunde kvalitativa intervjuer med samma målgrupp ha utförts, detta skulle ha gett oss mer information gällande t.ex. varför målgruppen svarade så som de gjorde på enkäten. Vi kan konstatera att vår mätare ändå borde vara på hög validitetsnivå eftersom den baserar sig på litteraturstudien.

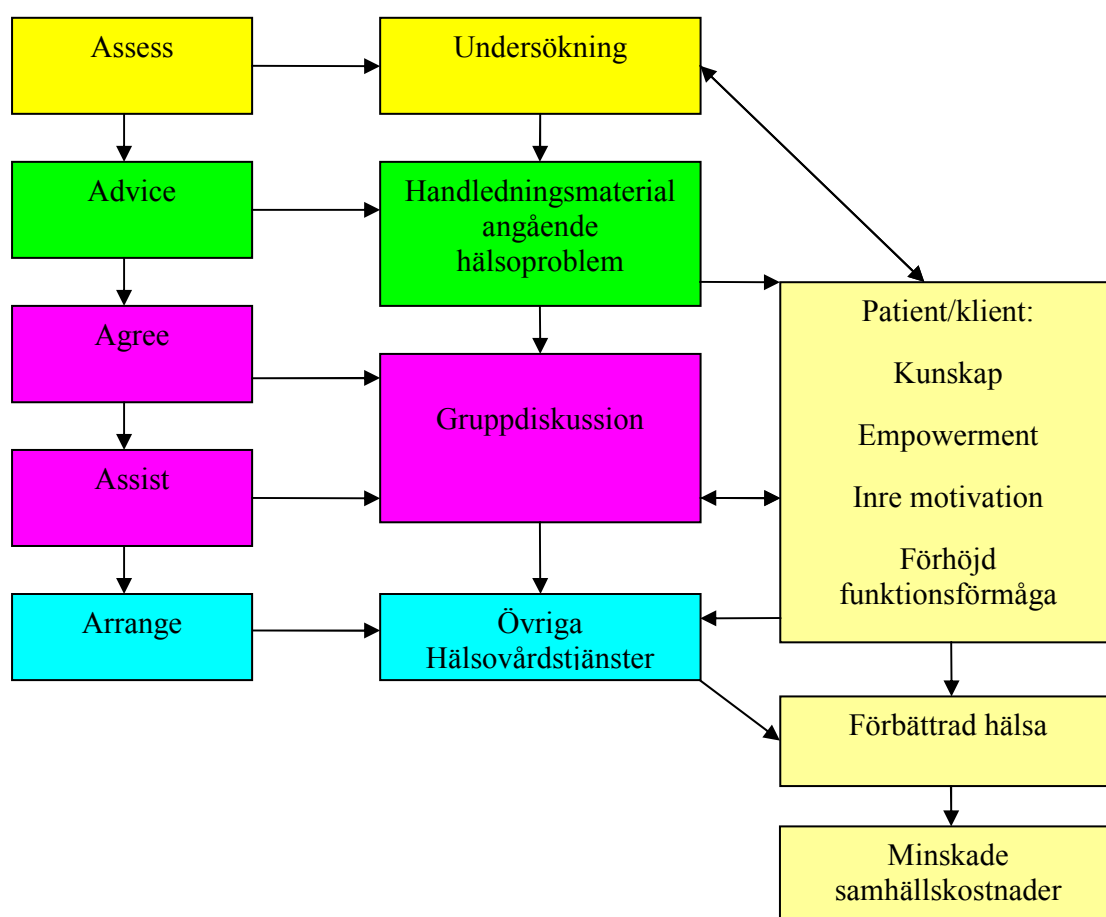
Vi analyserade undersökningens resultat för hand, vilket gjorde att mer komplicerade jämförelser blev svåra att utföra. Användningen av statistisk mjukvara skulle eventuellt ha bidragit till att mer omfattande jämförelser och korstabuleringar kunnat utföras. Resultaten visade sig som avsett vara jämförbara med tidigare undersökningar. Reliabiliteten stärks dessutom genom att våra data visade sig överrensstämma delvis med den finländska befolkningen i samma ålderskategori som vår målgrupp.

I och med att vår verksamhetsmodell är i grunden uppbyggd utgående från en redan beprövad modell kan vi påstå att verksamhetsmodellen till sin helhet är både valid och reliabel. Verksamhetsmodellen har även skraddarsytt utgående från både litteraturstudien

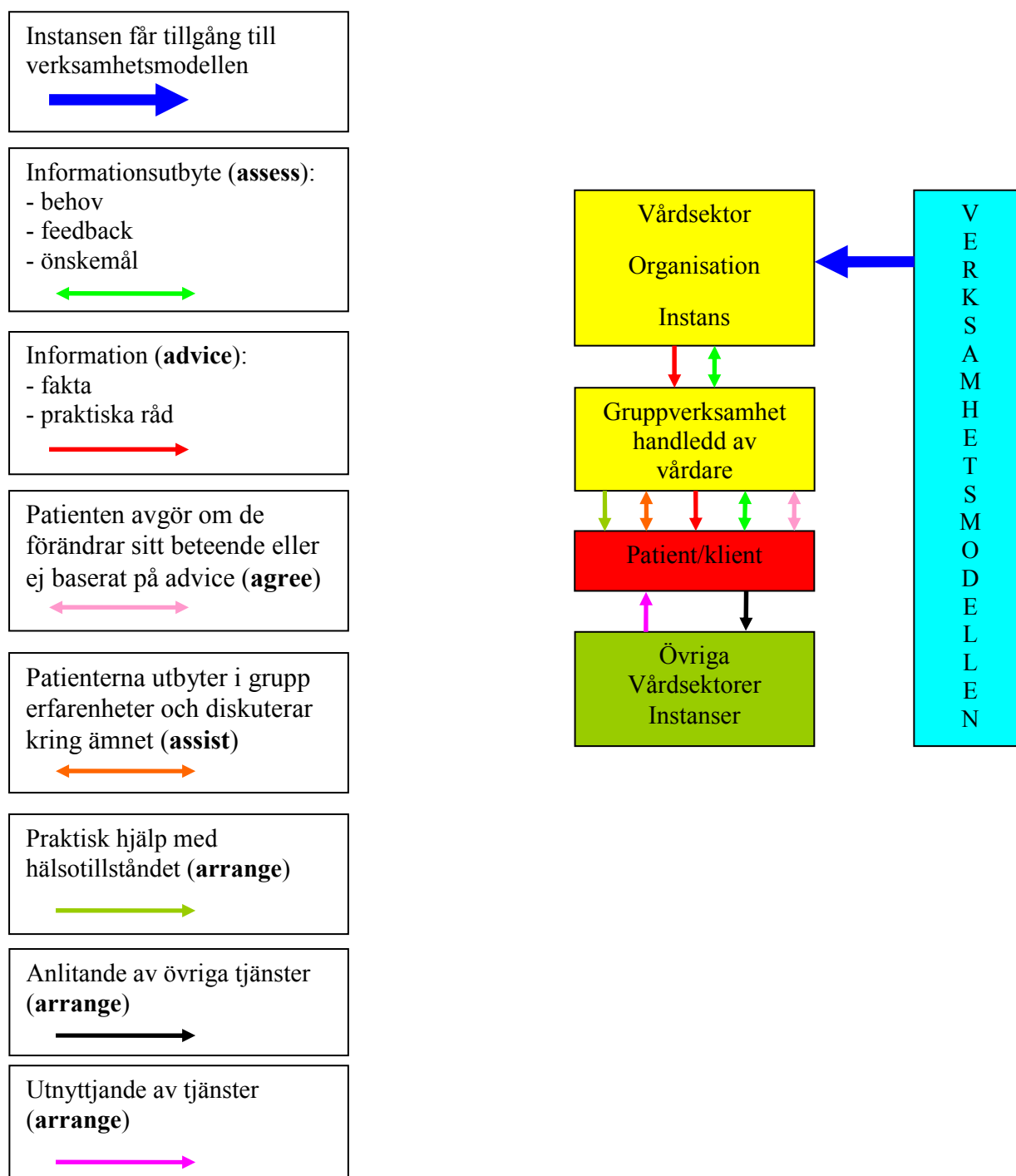
och undersökningens resultat. En utvärdering av verksamhetsmodellen då den är tagen i bruk skulle ge ytterligare information om dess validitet och reliabilitet. Handboken är en del av verksamhetsmodellen och utvärderas i anslutning till verksamhetsmodellen.

5.4 Utvecklingsmöjligheter

Vi anser att verksamhetsmodellen som sådan även kan anpassas till andra ämnesområden. Närståendevårdarföreningen kan med en liten arbetsinsats utforma en ny enkätundersökning i något för närståendevårdarna relevant ämne. Utgående från en litteraturstudie samt en ny undersökning kunde sedan en handbok eller annat handledningsmaterial utformas enligt verksamhetsmodellens grundprinciper (figur 30). Den generella praktiska tillämpningen (figur 31) kan sedan tjäna som en grund för det praktiska utförandet av handledningen.



Figur 30. Verksamhetsmodellens grundprinciper.



Figur 31. Verksamhetsmodellens generella praktiska tillämpning.

Vi anser även att den generella verksamhetsmodellen kan anpassas till en annan grupp av människor med behov av handledning gällande hälsoproblematik. Exempelvis bland anhöriga till patienter som nyligen insjuknat i en kronisk sjukdom, t.ex. diabetes. Vår förhoppning är att vår verksamhetsmodell kunde vara till nytta för en så bredd grupp människor som möjligt.

Källförteckning

- Ahlborg, B., Alborn, B. & Andersson, J. (1994). *Munhälsa på äldre dagar*. Handbok för vårdpersonal. Skanör: AnA Förlag HB.
- Alaranta, H. m.fl. (2001). *Neurologia*. Helsingfors: Duodecim OY.
- Albertson, T., Louie, S. & Chan, A. (2010). The Diagnosis and Treatment of Elderly Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Bronchitis. *The American geriatrics society*, 2010(58), 570-579.
- Anhörigas riksförbund. (u.å). Handbok för anhöriga. Tillgänglig: <http://handbok.ahrisverige.se/Forms/User/ViewText.aspx?parentId=14> (Hämtad: 4.3.2011).
- Bee, P. E., Barnes, P., & Luker, K. A. (2008). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 2008(18), 1379–1393.
- Brennan, D., Singh, K., Spencer, A. & Roberts-Thomson, K. (2006) Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and quality of life outcomes* 2006(4), 83.
- Campisi, G. m.fl. (2007). Oral pathology in untreated coeliac disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2007(26), 1529–1536.
- Chalmers, J. och Pearson A. (2005). Oral Hygiene care for residents with dementia: A literature review. *Journal of advanced Nursing*. 2005(52), 410-419.
- Chisholm, M., Lance, C. & Mulloy, L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American journal of health-system Pharmacy*. 2005(62), 1775-1781.
- Clay, M. (2002). Assessing oral health in older people. *Nursing older people*, 14(8), 31-32.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson & Lauri. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer Care*. 2000(9), 8-15.

Folkhälsan (u.å.) <http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Vard-och-rehabilitering/Narstaendevart-kategori/Aboland-stod-for-narstaende/> (Hämtad: 14.01.2011).

Folkhälsoinstitutet (2004). *Suomlaisten aikuisten suunterveys – Terveys 2000 tutkimus*. Publikation 2004:B16.

Folkhälsoinstitutet. (2008) *Health behavior and health among Finnish Elderly, spring 2007, with trends 1993-2007*. Publikation 14:2008.

Granbom, A-K. (1998). *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Heikkinen, E. & Rantanen T. (2008). *Gerontologia*. Helsingfors: Duodecim Oy.

Higgins, I., Joyce, T., Parker, V., Fitzgerald, M., & McMillan, M. (2007). The immediate needs of relatives during hospitalization of acutely ill older relatives. *Contemporary Nurse*. 2007(26), 208–220.

Huff, M., Kinion, E., Kendra, M. & Klecan T. (2006). Self-esteem: a hidden concern in oral health. *Journal of Community Health nursing*, 23(4), 245-255.

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326.

Institute for Healthcare Improvement. (u.å). 5 A's Behaviour Change Model. Adapted for Self-management Support Improvement. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/1D622508-E3CA-44BA-8DD5-CC8786AFE9B4/2154/5AsBehaviorChangeModel.pdf>. (Hämtad: 16.3.2011).

Järhult, J. & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken*. Stockholm: Liber AB.

Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T., & Salanko-Vuorela, M. (2009). *Omainen hoitajana*. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki: Kirjapaja.

Kandelman, D., Petersen P. E. & Ueda, H. (2008). Oral health, health and quality of life in older people. *Special care Dentistry*, 28(6), 224-236.

Kimitoöns kommun. (2011). Tandvården i Kimito. <http://www.kimitoon.fi/vard-och-omsorg/halsocentralen/tandvard/>. (Hämtad: 4.11.2011).

Klinge B. (2008). Tänderna - en hjärtefråga. *Nordisk geriatrik* 2008(2), 10-15.

Kostenius, C. & Lindqvist A-K. (2006). *Hälsovägledning – Från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.

- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A., Rantanen, A. (1997). *Kuntoutuksella Toimintakykyä*. Helsingfors: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen Hoitotyössä*. Helsingfors: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lag om stöd för närståendevård. 2.12.2005/937.
- Lääketietokeskus (2009). *Pharmaca Fennica – III*. Helsingfors: Lääketietokeskus OY.
- Metsämuuronen, J. (2005). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsingfors: Methelp international Ky.
- Meurman, J., Sanz, M. & Janket, S-J. (2004). Oral Health, Atherosclerosis, and Cardiovascular Disease. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 2004(15), 403-413.
- Nurminen, M. (2008). *Lääkehoito*. Helsingfors: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Nolan, M.R., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1989(14), 950-961.
- Nordenram, G. (2002). Munhygien när patienten inte kan eller vill. *Vårdalnytt* 2002(2).
- Ohlson, L. (2002). *Hälsopedagogik*. Stockholm: Liber.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behaviour change. *American journal of health promotion*, 1997(12), 38-48.
- Remes-Lyly, T. (2007). God munhälsa ger äldre livskvalitet. *Tabu*, 2007(6), 40-43.
- Rosenstock, I., Stretcher, V. & Becker, M. (1988). Social learning and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Salin, S., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2009) Informal carers of older family members: How they manage and what support they receive from respite care. *Journal of clinical nursing*. 2009:18, 492-501.
- Ship, J. (2003). Diabetes and oral health – an overview. *Journal of the American Dental Association*, 2003(134), 4-10.

Socialdepartementet. (2002). Tandvården till 2010.

<http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/42/ed07a4db.pdf>. (Hämtad: 4.3.2011).

Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J. C., Francis, B. och McIllmurray, M. B. (2001).

Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs?. *Health and Social Care in the Community* 9(6), 464–475.

Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. (2003). *Ikäihmisten suun hoito – opas sosiaali- ja terveystalouden henkilöstölle*. (u.o.), Suomen Hammaslääkäriliitto ry.

Söderkvist, B. (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Terpenning, M. & Shay, K. (2002). Oral health is cost-effective to maintain but costly to ignore. *Journal of American geriatrics society*, 2002(50), 584-585.

Thomas, L. & Miller, G. (2009). Interactions between Antiinfective Agents and Immunosuppressants. *American journal of transplantation*, 2009(9), 263-266.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). *Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeiden tekijöille*. Tammerfors: Tammi.

Undervisningsministeriet. (2006). Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot.

Undervisnings- och kulturministeriet. (u.å). Ministeriets historia.

http://www.okm.fi/OPM/Ministerioe_ja_hallinnonala/historia/?lang=sv. (Hämtad: 16.9.2011).

Vianto, M. (2010). *Suuhygienia*. Sairaanhoidajan käsikirja. www.terveysportti.fi (hämtad: 4.5.2010).

Västabolands stad. (u.å). Tandvård.

http://www.vastaboland.fi/web/halsa/tandvard/sv_SE/pargas_tandvard/. (Hämtad: 15.9.2011).

Von Bahr, M. & Christensen, I. (1995). *Tandvård*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

WHO Media centre. (2007). Oral Health.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>. (Hämtad: 28.02.2011).

WHO. (2005). More oral health care needed for ageing populations. *Bulletin of the World Health Organisation*, 2005(9), 646-647.

Wårdh, I., Hallberg, L., Bergren, U., Andersson, L. & Sörensen S. (2000) Oral health care- a low priority in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2000(14), 137-132.

Yeandle, S., Bennett, S., Buckner, L., Fry, G. & Price, C. (2006) *Stages and Transitions in the Experience of Caring*. University of Leeds.

http://www.carersuk.org/Professionals/Orderpublications/c_download_publication?product_code=4026. (Hämtad: 8.3.2011).

Yrkeshögskolan Novia, avdelningen för vård och det sociala området. (2010).

Projektbeskrivning 2010-2011 - Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G i livet. www.novia.fi (Hämtad: 3.4.2011).

Åbo stad, Social- och hälsovårdsbyrån. (2011). *Munhälsovården, centraliserad tidsbeställning*. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=113190>. (Hämtad: 15.9.2011).

Öhrn, K. & Andersson, P. (2006). *Munvård*. Lund: Studentlitteratur.

Förfrågan gällande närståendevårdarens uppfattning om sin närståendes munhälsa

Var god och fyll i frågeformuläret omsorgsfullt då era svar hjälper oss att bättre kunna utforma vårt material efter era behov.

Tack på förhand

Om närståendevårdaren

1. Er egen ålder

Under 64 65-74 Över 75

2. Ert kön

Man Kvinna

3. Hur skulle Ni beskriva ert hälsotillstånd i allmänhet?

Bra Nöjaktigt Dåligt

4. Hur utmattad känner ni er på en skala på 1-10 där 1 är ”aldrig utmattad” och 10 är ”alltid utmattad”?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Om mottagaren av närståendevård

5. Er närståendes ålder

Under 64 65-74 Över 75

6. Er närståendes kön

Man Kvinna

7. Hur skulle Ni beskriva er närståendes hälsotillstånd i allmänhet?

Bra Nöjaktigt Dåligt

8. Hur skulle Ni beskriva er närståendes munhälsa?

Bra Nöjaktigt Dålig

9. Har Er närstående: (välj ett alternativ)

Egna tänder Tandprotes Delprotes
 Inga egna tänder samt ingen protes

9.b Om Er närstående har protes/delprotes, sitter den bra i munnen?

Ja Nej

10. Lider Er närstående av smärta i munnen?

Ja Nej

11. Har Er närstående sväljsvårigheter?

Ja Nej

12. Har Er närstående tuggsvårigheter?

Ja Nej

13. Upplever Ni att er närstående har svårigheter att kommunicera och delta i sociala aktiviteter på grund av dålig munhälsa?

Ja Nej

14. Lider Er/undergår Er närstående av någon av följande sjukdomar och/eller behandling?

Minnesstörning
 Cancer
 Diabetes
 Demenssjukdom
 Hjärt- och kärlsjukdomar
 Autoimmun sjukdom (Cronhs sjukdom, Reumatism)
 Kronisk lungsjukdom
 Svår hudsjukdom (psoriasis)
 MS-sjukdom
 Parkinsons sjukdom
 Pågående cellgifts- eller kortisonbehandling
 Fortlöpande antikoagulationsbehandling (t.ex. Marevan)
 Genomgått transplantation eller protesoperation

Skötsel av munhälsa

15. Sköter Er närstående själv sin munhälsa?

Ja Nej

16. Behöver er närstående tillsyn/påminnelse/assistans med munhälsan?

Ja Nej

17. Sköter Ni er närståendes munhygien?

Ja Nej

18. Upplever Ni svårigheter med att sköta er närståendes munhygien?

Nej

Ja, följande svårigheter:

19. Upplever Ni att ni har tillräckliga kunskaper om munhälsa och munhygien för att kunna sköta er närståendes munhälsa?

Ja

Nej

20. Upplever Ni ett behov av information om munhälsa särskilt riktat till närståendevårdare?

Ja

Nej

21. Finns det specifika problemområden gällande munhälsa Ni vill ha information om?

Nej

Ja, Följande:

22. Hurdana önskemål har Ni gällande informationens utformning och innehåll?

Följebrev till frågeformulär om närståendevårdarnas uppfattning om sin närståendes munhälsa

Hej!

Vi är två sjukskötarstuderande (Fredrik Teir och Jimmy Bussman) vid yrkeshögskolan Novia som gör vårt slutarbete om munhälsa för närståendevårdare. Vi har som avsikt att skapa en handbok i munhälsa för de närståendevårdare som har hand om sin närståendes munhälsa. Denna handbok baserar vi dels på litteratur och forskning om munhälsa och dels på den information som vi får in från det bifogade frågeformuläret. Syftet med frågeformuläret är att ge oss en bild av hur er situation gällande munhälsan ser ut samt vilka behov av information ni känner att ni behöver för att ni framgångsrikt skall kunna ta hand om eller assistera er närståendes munhälsa. Formuläret är avsett att besvaras under anhörigcafés sammankomster.

Som beställare och representant för näringslivet fungerar Eva Björkqvist för Folkhälsans Förbund rf. HVD, lektor Heli Vaartio-Rajalin fungerar som vår handledare för vårt slutarbete.

Om ni väljer att delta i vår undersökning genom att fylla i vårt frågeformulär ger ni ert samtycke till att den insamlade informationen får användas inom projektet T.A.G i livet. Informationen behandlas konfidentiellt och ni förblir anonyma. Den insamlade informationen arkiveras och kan komma att användas inom projektet T.A.G i livet inom andra slutarbeten. Informationen kommer inte att användas för monetär vinning. Detta innebär att den insamlade informationen sammanställs och analyseras i syfte att ge en verklighetstrogen bild av närståendevårdarnas uppfattning om sin närståendes munhälsa. De ifyllda formulären samlas in av anhörigcafés representant och levereras till oss för analys per post.

Med vänlig hälsning

Jimmy Bussman och Fredrik Teir.

Kontaktuppgifter för ytterligare information:

Jimmy Bussman

Yrkeshögskolan Novia

Sjukskötarstuderande vid UP för vård

tel 0407679519

e-post: jimmy.bussman@novia.fi

Fredrik Teir

Yrkeshögskolan Novia

Sjukskötarstuderande vid UP för vård

tel 0504647380

e-post: fredrik.teir@novia.fi

Eva Björkqvist

koordinator

Folkhälsan rf

tel 02 2786 214, mobil 040 5165 679

e-post: eva.bjorkqvist@folkhalsan.fi

Heli Vaartio-Rajalin

Yrkeshögskolan Novia

Utbildningsprogram för vård

programansvarig lektor

Nunnegatan 4

20700 Åbo

tel 02-432 3350, mobil 044 7623350

e-post: heli.vaartio-rajalin@novia.fi

Vi borstar Tillsammans!

En handbok i munvård
för närståendevårdaren



Till läsaren

Bästa närståendevårdare och anhörigcafédeltagare. Boken du håller i din hand är ett resultat av vårt examensarbete för att bli sjukskötare.

Munhälsan är idag ofta är ett bortglömt och förringat område. Detta är alarmerande då äldre vuxna som bedömer sin munhälsa som dålig är mindre tillfredställda med sina liv än de personer som uppger sig ha en bra munhälsa. Dålig munhälsa kan alltså orsaka en påtaglig sänkning av livskvaliten. Enligt WHO:s globala bedömning får miljoner av äldre personer inte den munvård de behöver pga. att myndigheter inte är medvetna om att det är ett problem. WHO påpekar även att utbildning av vårdgivare i munhälsa har en positiv inverkan på vårdtagarens munhälsa, oberoende av personens ålder. Det är mycket viktigt att närståendevårdare vet om att det är viktigt att munhygien utförs. Därför att det påverkar den vårdades hälsa. Välutförd munhygien minskar risken för bl.a. lunginflammation.

Att skapa denna handbok hade varit omöjligt utan den information som ni gav oss genom att fylla i våra frågeformulär.

Vi har försökt anpassa innehållet i boken enligt era behov och önskemål. Vi hoppas att den skall vara till hjälp och glädje för er.

Åbo hösten 2011

Fredrik Teir och Jimmy Bussman



Den friska munnen

Munnen är en **helhet** som består av läppar, kinder, tunga, gom, munbotten, tandkött och tänder. Munnen är en **viktig del av kroppen** i många avseenden. Det är med munnen en människa **äter**, med munnen uttrycker vi oss genom att **prata och skratta**. Munnen används för att **uttrycka sig** för om av miner. Den har även betydelse för **utseendet**. Munnen är ett område som uppfattas som mycket **intimt och känsligt** av många människor.

En frisk mun är **fuktig** och har hela och fungerande tänder. Mjukdelarna är **elastiska, fuktiga, hela och ljusröda**. Tandköttet har en apelsinkalsliknande yta och **blöder inte vid borstning**. Tungan är **knottrig** och **fri från beläggningar**.

Äldre personers munhälsa

Under en persons livstid slits tändernas **tuggytor** ständigt, vilket medför att en äldre persons tänder i regel är slitna. Tänderna blir även mindre **känsliga för smärta och värme/kyla** då nerverna inne i tänderna blir mindre. Tandköttet drar sig tillbaka vilket kan få en äldre persons tänder att se längre ut. Tändernas färg blir även mörkare med åren.

Åldern i sig själv medför inte att salivmängden minskar, dock använder många äldre personer regelbundet **läkemedel som minskar salivmängden**. En torr mun kan göra det svårare att tugga och svälja. Läppar och tunga kan torka vilket kan orsaka sårbildning och smärta.

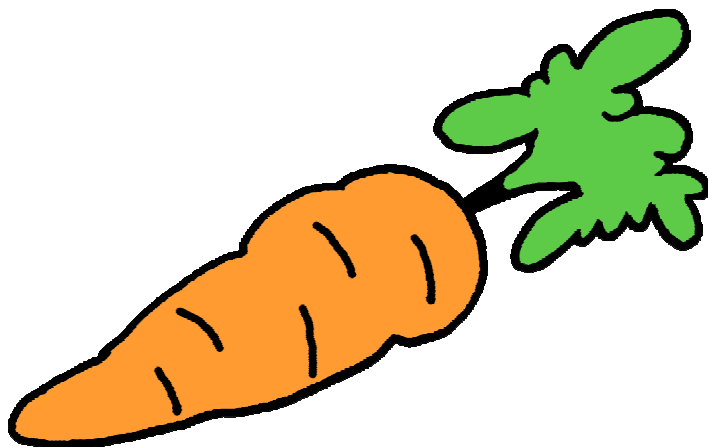
Tänderna blir **skörare** och det uppstår lättare brott på tänderna. Tänderna är även mindre motståndskraftiga mot **bakterieangrepp**. Smaksinnet försvagas vilket leder till att det blir svårare att känna söt smak. Detta kan medföra att en äldre person använder sig av mer socker än tidigare vilket ökar den skadliga effekten på tänderna. Hos äldre personer uppstår **hål i tänderna** oftast vid tandrotten, detta gör att tanden kan lossna och att en infektion kan sprida sig via käken till resten av kroppen. Detta kan sedan orsaka **allvarlig sjukdom**. En åldersstigen person har därför mycket att vinna på att sköta om munhälsan.



Munhälsa och kost

Munnen och tändernas skick påverkar mycket hurdan mat man kan äta. Till exempel kan tandlöshet göra det svårt att äta mat som är svår att tugga. Svårigheter att tugga, svälja och muntorrhet kan det leda till viktminskning och uppkomsten av olika bristsjukdomar på grund av för lite näring. Även andra sjukdomar, exempelvis infektioner, kan leda till att en persons behov av näring ökar.

Kosten påverkar även munhälsan. Regelbundna och mångsidiga måltider är viktiga för en välmående mun. Mat som måste tuggas innan den sväljs är bättre än purékost då tuggandet ökar mängden saliv i munnen. En av salivens uppgifter är att skölja munnen och då salivmängden blir för liten så kan tänderna ta skada eftersom matrester och bakterier blir kvar på tändernas yta efter måltiden. Tänderna kan även ta skada om de regelbundet utsätts för socker, exempelvis vid användning av söt saft som törstsläckare.



Förebygg skador på tänderna

- Ät 5-6 **regelbundna måltider** per dygn (tre huvudmål och 2-3 mellanmål). Då får munnen en chans att rensa sig på bakterier mellan måltiderna
- Ät mat som måste **tuggas**. Det ökar salivmängden
- Undvik sockrad saft mellan måltider då **socker kan skada tänderna**
- **Undvik småätande** av frukt och bär då dessa innehåller socker
- **Skölj munnen** med vatten efter måltid. Då rensas matrester och bakterier bort
- Använd produkter som innehåller **Xylitol**, t.ex. sugtabletter, efter måltider. Det minskar förekomsten av bakterier i munnen
- Använd **fluortabletter** om fluorhalten i dricksvattnet är låg (mindre än 0,5 mg/l). Fluor stärker tändernas emalj

Sjukdomar i munnen

Karies, hål i tanden, är en sjukdom som angriper tandens hårdaste vävnad (emaljen). För att karies skall uppstå behövs fyra saker; en tand, socker, plack och tid. Tidiga **tecken på karies** är att tanden får en **kritaktig färg**. När karies fått fortgå och blivit mer allvarlig uppstår en **brunaktig färg**.

En **riskfaktor** för karies är att **småäta**. Det vill säga att äta fler än 6 måltider/dygn. Om det dessutom handlar om **sockerrik mat** är risken ännu större. Andra riskfaktorer är att tandköttet dragit sig tillbaka, **inflammation i tandköttet** och felaktig borstteknik. **Muntorrhet** innebär även en ökad risk för karies.

Tandköttsinflammation är en vanligt förekommande sjukdom i munnen. Första tecknet på tandköttsinflammation är att **tandköttet börjar blöda** när man borstar tänderna. Övriga tecken är att tandköttet är **rodnat, blankt, svullet och irriterat**.

Tandköttsinflammation beror på att **bakterier ansamlats** vid tandköttskanten eller mellan tänderna i form av **plack**. Bakterierna **irriterar tandköttet** som reagerar genom att bli inflammerat. Detta **sker snabbt** och redan att plack får ligga kvar några dagar leder till tandköttsinflammation.

Tandlossning drabbar främst individer över 40 år men kan även förekomma i tonåren. Tandlossning uppkommer efter länge **pågående tandköttsinflammation**. Symptom på föreliggande tandlossning är **ömt och blödande tandkött**, tandköttsinflammation samt **dålig andedräft**. Även **dålig smak i munnen**, att tandköttet börjar dra sig tillbaka, att **tänderna börjar se allt längre ut**, att **gluggar bildas** mellan tänderna samt att tänderna blivit **mer rörliga** tyder på tandlossning. De bakterier som orsakat tandköttsinflammationen vandrar efter en tid ner i tandköttsfickorna och utsöndrar där ämnen som **förstör tandens fäste** i käkbenet. Till sist **lossnar tanden**. Riskfaktorer för tandlossning är bl.a. rökning och diabetes.

Tandsten uppkommer av **plack** som blivit kvar på **tandens yta** och förkalkats. Tandstenen kan vara **gul eller brun** till färgen. Tandstenen har en **skrovlig yta** och är **omöjlig att göra ren**. Därför förekommer det nästan alltid tandköttsinflammation om det finns tandsten.

Muntorrhet beror på **minskad salivproduktion**, uttorkning genom **munandning** eller **feber**. Orsaker som gör att salivproduktionen minskar kan vara oro, rädsla, minskad vakenhet, **nedsatt tuggförmåga**, näringsbrist eller strålbehandling. Andra orsaker kan vara läkemedelsbiverkningar och **kroniska sjukdomar**. Muntorrhet ökar risken för munsjukdomar. Infektioner, karies, sprickor och sår uppstår lättare samt det blir **svårare att tugga, svälja och prata** när munnen är torr.

I munhålan finns ett rikt liv av mikroorganismer. I normala fall lever dessa i balans och utgör ingen risk för **infektioner**. Om kroppen **försvagas** av någon anledning, t.ex. av sjukdom eller nedsatt allmäntillstånd, kan dock dessa i vanliga fall ofarliga organismer **orsaka infektioner**.

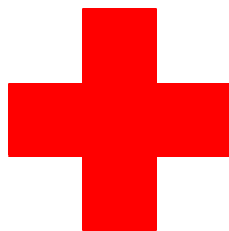
Den **vanligaste** infektionen är **munsår**. Munsår känns igen på **smärtsamma, sårbildande blåsor** som försvinner av sig själva efter en vecka utan behandling. Dessa kan **blomma upp** vid senare tillfällen t.ex. vid stress, sjukdom eller om man utsätter sig för sol.

Svampinfektion är vanligt förekommande hos äldre personer med **nedsatt motståndskraft, muntorrhet och undernäring**. **Löständer** som inte rengörs noggrant eller sitter dåligt är också en **riskfaktor**.

Muncancer är **vanligare hos män** än hos kvinnor och är **munhålets allvarligaste sjukdom**. En tidig upptäckt av förändringar i munnen ökar möjligheterna att behandla och bota sjukdomen. Om en **förändring** finns i **munnen** är det viktigt att en **tandläkare** utreder saken.

Alkohol­användning och **rökning** ökar risken för muncancer. Att utsätta sig mycket för sol medför risk för cancer på läppar.

Munhälsa vid kroniska sjukdomar



Förloppet av olika **kroniska sjukdomar** kan påverkas av i hurdan skick munhälsan är.

Kroniska sjukdomar kan även påverka munhälsan. Exempelvis personer med **diabetes** har lättare att få infektioner i munnen då **blodsockerbalansen** är dålig. **Infektioner** kan även höja blodsockret vilket kan leda till att man behöver större **insulindoser**.

Kroniska sjukdomar medför ofta ett **nedsatt allmäntillstånd**. Detta leder till att man kan bli **allvarligt sjuk** av även vanliga infektioner. Exempelvis **svamp i munnen** kan leda till en **livsfarlig infektion** hos personer som undergår strålbehandling för cancer då dessa har **nedsatt motståndskraft**.

Olika **demenssjukdomar** medför inte i sig självt någon försämring av **munhälsan**. Dock lider personer med demens oftare av olika **munrelaterade sjukdomar** på grund av **bristande skötsel** av munhälsan. Detta beror på att personer med demens ofta **inte själva sköter** sin munhälsa samt att de ofta har **svårigheter att samarbeta** då någon försöker hjälpa dem med skötseln.

Personer med **kroniska lungsjukdomar**, så som KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) har en större risk att drabbas av **infektioner i luftvägarna**. Om munhälsan är dålig så förekommer det mer **bakterier i munhålan** än normalt vilket ökar risken att insjukna i exempelvis **lunginflammation**.

Även personer med olika **neurologiska sjukdomar** är utsatta för infektioner som härstammar från munnen. Detta då dessa sjukdomar kan medföra **sväljningssvårigheter** vilket gör det lättare för bakterier att hamna i luftvägarna. Detta ökar risken för att insjukna i **lunginflammation**.

För personer med **inflammatoriska sjukdomar** så som t.ex. **reumatism** kan infektioner i munnen **förvärra sjukdomens** förlopp. Inflammatoriska sjukdomar som angriper magen och tarmen kan även ge symptom i munnen, exempelvis **Celiaki** kan orsaka inflammation i tandköttet.

Personer som genomgått en **organtransplantation**, exempelvis fått en **ny njure**, måste äta läkemedel som **hämmar immunförsvaret** resten av livet. Detta medför en **nedsatt förmåga** att **bekämpa** infektioner. Även små **infektioner** kan få allvarliga följder. Det är därmed viktigt att dessa personer har en **välskött munhälsa**.

Personer som fått en **protes** av något slag, exempelvis en **mekanisk hjärta**, är känsliga för infektioner. Vissa typer av proteser innebär även att personen måste äta **Marevan** resten av livet.

För personer som använder **Marevan** eller liknande läkemedel uppstår det **lätt blödningar** i munnen. På grund av detta måste det vanligen göras ett **uppehåll i medicineringen** inför besök till tandvården. Det är även viktigt att **informera tandläkaren** om medicineringen.

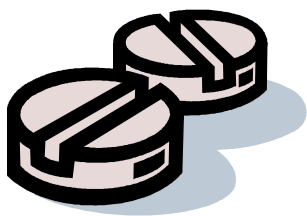
Munhälsa och läkemedel

Många läkemedel kan orsaka **muntorrhet**, särskilt läkemedel som används vid **depression, allergi och neurologiska sjukdomar** så som Parkinsons sjukdom. Det finns över 400 olika läkemedel som säljs i Finland som kan orsaka muntorrhet. Många av dessa läkemedel är även avsedda för **långvarigt bruk**.

Det kan därför vara viktigt att **läsa bipacksedeln** som följer med läkemedlen för att ta reda på om dessa kan **orsaka muntorrhet**. Läkemedel kan även ha andra **bieffekter** som **påverkar munhälsan**. Exempelvis läkemedel som används vid epilepsi kan förorsaka **svullet tandkött**. Vissa läkemedel kan även orsaka **missfärgningar** på tänderna, **förändrat smaksinne, tillväxt av tandköttet** och **skörare tänder**.

Läkemedel innehåller även ofta **sötningsmedel** så som **sackaros eller fruktos**. Dessa kan orsaka skador på tänderna då sötningsmedlet fungerar som **näring för bakterier** i munnen.

Läkemedel kan även **rubba den balans** av olika mikroorganismer som finns i **munnen** vilket kan orsaka **infektioner**, t.ex. uppkomsten av **svamp** i munnen. Vissa **läkemedel** kan också vara direkt **frätande** om de blir kvar i munnen för länge. Då kan det uppstå **sår** på tandköttet eller slemhinnan. Tar man läkemedlen med **rikligt med vätska** så minskar risken för detta.



Skötsel av munhygien

Regelbunden munhygien är en förutsättning för att **munnen** skall hållas **frisk**.

En **tandförsedd mun** bör **borstas** morgon och kväll. Tandborsten som används skall vara **mjuk och stadig** samt tandkrämen som används skall vara en **fluortandkräm**. **Borstningen** sker med **korta och knyckande rörelser** och speciellt viktigt är det att borsta vid **tandköttskanten**. **Tandmellanrummen rengörs** minst två gånger i veckan med **tandtråd, tandstickor** eller **tandmellanrumsborste**. **Tungan** borstas med **tandborste** eller med ett **tungrengöringsverktyg**.

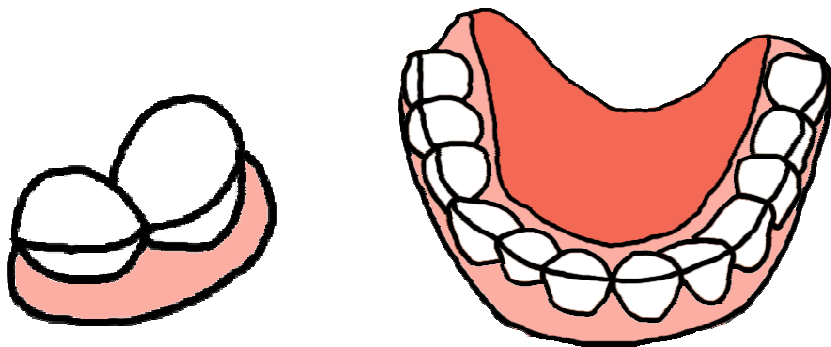
Löständer plockas ut **efter varje måltid** och munnen och löständerna **sköljs med vatten**. Löständerna **rengörs** därtill **morgon och kväll** med **mjuk löststandsborste** och vatten. Istället för vanlig tandkräm skall **speciell tandkräm** för löständer användas. Det går också bra att använda **diskmedel** eller **tvål**. Detta då vanlig tandkräm kan förstöra löständerna. Det är speciellt viktigt att rengöra de delar av löständerna som ligger mot **munns mjukdelar**.

Till **natten** plockas löständerna ut och förvaras **rengjorda** i ett **torrt och luftigt kärl**. Om löständerna förvaras **fuktigt** i ett slutet kärl eller i vatten finns det en **risk att bakterier** och **svamp** börjar växa på dess ytor. Löständerna **sköljs** med vatten före de sätts tillbaka i **munnen**.

En gång i veckan bör löständerna rengöras ordentligt. Detta görs genom att använda rengöringsbrustabletter. Tänderna skall ligga i lösningen minst en timme, bra går även att låta dem ligga över natten. Efter rengörningen bör tänderna sköljas noggrant med vatten. Om tandsten och missfärgningar uppstår på löständerna kan de rengöras hos tandvården.

Rengöring av munnen med lösningar, t.ex. munvatten, kan vara aktuellt i olika situationer då borstning på vanligt sätt inte är möjligt. Detta kan t.ex. bero på skador eller sjukdom. Äldre, dementa eller utvecklingshämjade personer kan även ha nytta av sådan rengöring om borstningen är svår att utföra.

Lösningar bör användas i kurer på högst två veckor. De används morgon och kväll genom att gurgla och skölja munnen en minut och sedan spotta ut.



Att hjälpa någon som inte kan sköta munhälsan själv

Munnen är för de flesta människor ett mycket **privat område** som man vill **sköta om själv**. Det är inte ovanligt att personer **vägrar ta emot hjälp** med munhygien från **någon annan** även då personen inte kan sköta munhygien själv.

Vanligt är att personen **biter ihop munnen** och **vägrar att samarbeta**. Trots att detta är en **helt naturlig reaktion** medför den problem för den som försöker hjälpa.

Utgångspunkten är alltid att varje person har rätt att **själv bestämma** om den vill ha hjälp eller inte. Om **personen vägrar** blir det dock **knepigt** eftersom en oskött munhygien leder till en **dålig munhälsa**.

Problemet löses bäst genom att den som hjälper en annan med munhygien är **lugn och lyhörd** för personens **önskemål och behov**. Det gäller att försöka se situationen som en del av ett större sammanhang.

Praktiska råd vid munvård

Berätta alltid för din närstående om vad som skall ske innan du påbörjar munvården

Stå snett bakom din närstående då du borstar, din närstående kan även luta sitt huvud mot din arm

Kom ihåg att inte använda tandkräm om din närståendes mun är torr och sårig, tandkrämen kan svida. Fukta istället först munnen med vatten

Du bör vara försiktig då du borstar långt inne i munnen så att du inte får din närstående att kväljas

Om din närstående är svårt sjuk kan det vara skäl att inte ha tandprotesen i munnen då denna kan åka ner i halsen

Gör munvården till en dagligt återkommande rutin, gärna i samband med någonting din närstående gillar, t.ex. att lyssna på musik

Att sjunga en sång eller vissla en visa kan även underlätta munvården om din närstående inte vill få munnen omskött



Munvårdstjänster

Det är viktigt att **regelbundet** besöka **tandläkare** eller **tandhygienist** t.ex. på den egna hälsovårdscentralen eller en **privat mottagning**. För de som har svårigheter att besöka en mottagning är det möjligt att tandläkaren eller tandhygienisten kommer på **hembesök**.

Om er närstående är **inlagd på sjukhus** kan **hälsocentralst tandläkaren** eller **tandhygienisten** besöka avdelningen vid behov. Det är skäl att **komma ihåg** att medföra den närståendes **egna munvårdsredskap** till avdelningen då dessa är **anpassade** efter er **närståendes behov**.

Enligt **Hälso- och sjukvårdslagen** skall kommunen **ordna mun- och tandvård** för kommunens samtliga invånare i syfte att **främja och följa upp** munhälsan. I lagen framgår det att en **bedömning av invånarens behov** skall göras inom **skälig tid**, senast tredje dagen efter att invånaren tagit kontakt. Vården skall inledas inom skälig tid, väntetiden får vara **maximalt sex månader**.



Kommunal tandvård

Åbo stads munhälsovård. Tidsbeställningen är öppen måndag till fredag kl. 08-16. Telefonnummer är 02 266 0644.

Pargas hälsostations tandvårdscentral, Elmgrenvägen 11. Tidsbeställningen är öppen på vardagar kl 8-11.30 och telefonnumret är 02 454 5300.

Nagu hälsostations tandvårdsmottagning, Klockstapelgränd 2. Tidsbeställningen är öppen kl. 08-09 och telefonnumret är 0400 117 131.

Kimitoöns tandvård, Vårdbäckavägen 4-6. Tidsbeställningen är öppen vardagar och telefonnumret är 02 4260 436, 02 4260 435.

Korpo hälsostations tandvårdsmottagning på Tallbackavägen. Telefontid och tidsbeställning jämna veckor måndag till fredag, udda veckor måndag till onsdag kl. 08-09 och telefonnumret är 0400 117 132.

Houtskär hälsostations tandvårdsmottagning på
Hälsogården i Näsby. Tidsbeställning onsdag till fredag.
Telefonnumret är 0400 117 133.

Iniö hälsostation, telefonnummer 0400 117 121.

Tandläkarjour under veckoslut och söckenhelger finns på
Lemminkäinengatan 2 i Åbo. Tidsreservering lördagar,
söndagar och söckenhelger kl. 9.00 - 10.30.
Telefonnumret är 02 313 1564.

Vidare läsning

Finlands tandläkarförbund

<http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/>

Klientavgifter för kommunal tandvård i Åbo

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=4945&culture=sv-FI&contentlan=3>

"Vi borstar tillsammans!" - En verksamhetsmodell för
handledning av närståendevårdare i munhälsa.

Tillgänglig från Folkhälsans närståendevårdarförening i
Åboland och på internetadressen www.theseus.fi

Handboken är producerad av

Jimmy Bussman
Fredrik Teir

som en del av
projektet

T.A.G. i livet

I samarbete med

Folkhälsans
Närståendevårdarförening



Yrkeshögskolan Novia
Utbildningsprogrammet för vård
Åbo 2011