



**Blekinge Tekniska Högskola**  
**Institutionen för hälsa**

**BISTÅNDSHANDLÄGGARES ERFARENHETER  
VID BEDÖMNING AV MUNHÄLSOBEHOV TILL  
PERSONER MED DEMENSSJUKDOM I  
ORDINÄRT BOENDE**  
-EN INTERVJUSTUDIE

ANNETTE NORDSTRÖM

Examensarbete i Folkhälsovetenskap, 15 hp  
Kursbeteckning: FHGFS ht 2011  
Folkhälsovetenskap med inriktning mot  
samhällsplanering  
Juni 2014

Handledare: Ingrid Weiber  
Blekinge Tekniska Högskola  
Institutionen för hälsa

371 79 Karlskrona

# **BISTÅNDSHANDLÄGGARES ERFARENHETER VID BEDÖMNING AV MUNHÄLSOBEHOV TILL PERSONER MED DEMENSSJUKDOM I ORDINÄRT BOENDE**

- EN INTERVJUSTUDIE

ANNETTE NORDSTRÖM

## **SAMMANFATTNING**

En fungerande munhälsa är centralt för att människan ska kunna tillgodogöra sig näring och för att känna välbefinnande. Hälso- och sjukvården har gjort stora framsteg som bidragit till att medellivslängden ökat och den äldre populationen blivit större. Tandvården har också gjort stora framsteg vilket bidragit till att den äldre befolkningen behåller sina egna tänder i högre utsträckning. Paradoxalt nog har den förbättrade tandhälsan hos äldre gjort att problemen med tandhälsan ökat på grund av att tandhälsan har blivit eftersatt. Det har visat sig att äldre personer med kognitiv svikt som bor kvar i det egna hemmet har stora munhälsoproblem. Den här gruppen är svag eftersom deras nedsatta autonomi, leder till att de inte har förmåga att uttrycka behov och hävda sin rätt till vård som de är berättigade till. Tandvårdsstödsintyget som utfärdas av biståndshandläggare är ett stöd som till personer med omfattande omsorgsbehov och utan förmåga att sköta sin munhygien. Syftet med studien var att undersöka biståndshandläggares erfarenheter hade vid bedömning av munhälsobehov hos äldre personer med demenssjukdom som fortfarande bor i ordinärt boende. Studien genomfördes med kvalitativ metod genom semistrukturerade intervjuer med biståndshandläggare vid olika kommuner i Stockholms län. En manifest innehållsanalys genomfördes av det insamlade datamaterialet. Resultatet visar att biståndshandläggares kännedom om den orala hälsan hos äldre personer med demenssjukdom behöver öka. Detta kan uppnås genom kunskapshöjning hos biståndshandläggare och att samverkan etableras mellan tandvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården i omsorgen för äldre som bor i ordinärt boende..

## **Nyckelord**

Oral hälsa, Äldre, Demenssjukdom, Biståndshandläggare, Erfarenheter

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>Munhälsa</b>	<b>2</b>
<b>Erfarenhet</b>	<b>3</b>
<b>Biståndshandläggning</b>	<b>3</b>
<b>Demenssjukdom</b>	<b>5</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>Frågeställningar</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>Urval</b>	<b>8</b>
<b>Analys</b>	<b>10</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>18</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>24</b>
<b>REFERENSLISTA</b>	<b>26</b>
<b>BILAGEFÖRTECKNING</b>	<b>32</b>

## **INLEDNING**

Utvecklingen inom tandvården har medfört att den äldre populationen behåller sina egna tänder i allt större utsträckning. Men med stigande ålder kan problemen med tandhälsan öka, framför allt i de fall den orala hygien inte upprätthålls (Nordenram, 2012; Gunnarsson & Resbo, 2012). Forskarna har funnit att detta är ett problem som blir allt större, den åldrande befolkningen ökar i antal och omvårdnaden om deras munhälsa försummas av vårdgivare (Murray, Ede-Nichols & Garcia-Godoy, 2006). Äldre personer med demenssjukdom har en ökad risk att drabbas av karies och tandlossningssjukdom. Orsaken till det är att personer med kognitiv svikt får problem med sin munhälsa eftersom de inte har förmåga att själva sköta den tillfredställande och detta påverkar deras välbefinnande och den allmänna hälsan (Syrjäl, Ylöstalo, Ruoppi, Komulainen, Hartikainen, Sulkava & Knuuttila, 2010; Zini & Sgan-Cohen, 2008). Problem med den orala hälsan kan leda till svårigheter att svälja och obehag att äta, detta kan i sin tur leda till undernäring (Soini, Ruotasalo, Lauri & Ainamo, 2003; Wårdh, 2007). För att ge särskilt stöd till personer med ökade munhälsobehov införde regeringen tandvårdsreformen som trädde i kraft 1 januari 1999. Tandvårdsstödet riktar sig till äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg som antingen bor i särskilt boende eller som bor kvar i det egna hemmet. (Regeringens proposition 1997/98:112). Det har visat sig att tandvårdsstödet inte har nått fram till alla dem som är berättigade till att få det utfärdat. Enligt Sveriges Kommuner och Landstings statistik så var det endast 54% av de som var berättigade till tandvårdsstödsintyg, som fick erbjudande om det under 2011 (SKL, 2014). Enligt Sveriges Tandläkarförbunds resultatrapport (2013) så föreligger det brister i uppmärksammandet av munhälsan i samband med biståndsbedömningar för äldre personer i ordinärt boende.

## BAKGRUND

### Munhälsa

*"När man av olika anledningar inte längre själv kan sköta sin munhälsa kan det leda till omfattande försämring av munhälsan, personligt lidande och ökade samhällskostnader. Därför är det viktigt aktörerna kring den äldre, såväl inom tandvården som primärvården och äldreomsorgen, ökar sina kunskaper för att kunna uppmärksamma behov av stöd och insatser"* (Gunnarsson & Resebo, 2012).

En förutsättning för en god munhälsa är att viktiga funktioner som att kunna tugga, att kunna svälja, att kunna uppleva smak och att vara fri från smärtor (Wårdh, 2007).

WHO:s definition av oral hälsa lyder: *"Oral health is a state of being free from chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, birth defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and other diseases and disorders that affect the oral cavity. Risk factors for oral diseases include unhealthy diet, tobacco use, harmful alcohol use, and poor oral hygiene"* (World Health Organisation, 2003).

Att kunna tugga, äta och svälja är funktioner som vi ofta tar för givna och det är inget vi tänker på förrän problemen uppstår. Om problem med munhälsan uppstår så påverkas välbefinnandet och livskvaliteten ofta negativt (Wårdh, 2007; Gluzman et al, 2013., Tronje-Gahnberg, Gahnberg, Hägglin & Odebo, 2013; Stenman, Ahlqvist, Björkelund & Habeke, 2012; Coleman, 2005; Gunnarsson et al. 2012). Munnen är en del av kroppen och speglar ofta individens hälsa och välbefinnande genom hela livet. De flesta äldre klarar sin munhälsa själva och besöker regelbundet tandvården. Men när hälsan sviktar och förmågan att utföra egenvård inte längre fungerar, leder det ofta till accelererande problem med munhälsan. Den äldre individen kan på grund av en sämre munhälsa drabbas av infektioner i munhålan, som kan leda till negativa påföljder för den allmänna hälsan (Tronje Gahnberg et al. 2013). Med stigande ålder ökar risken för att individen ska drabbas av flertalet sjukdomsdiagnoser, sjukdomar som ofta kräver läkemedelsbehandling. Många mediciner påverkar salivsekretionen och individen kan drabbas av muntorrhet som kan påverka munhälsan negativt. En nedsatt salivsekretion bidrar till ohälsa i munhålan, eftersom risken ökar för karies och att infektioner får fäste i munhålan (Gunnarsson et al. 2012; Lima Saintrain & Goncales, 2013; Tronje- Gahnberg et al. 2013; Strömberg, Hagman-Gustafsson, Holmén,

Wårdh, Gabre, 2011). Dålig salivsekretion gör det svårt att tala, svälja, tugga föda och förändrar smakupplevelser, vilket kan leda till en försämrad livskvalitet (Soini et al. 2003; Wårdh, 2007).

Kroniska sjukdomstillstånd och medicinering ökar riskerna för att drabbas av olika sjukdomstillstånd i munnen. En god tuggfunktion är viktigt för att kunna äta och att ha en god nutrition (Griffin, Jones, Brunson, Griffin, Bailey, 2012; Soini et al. 2003). Forskare har funnit att sväljsvårigheter och obehag att äta kan i förlängningen leda till undernäring för individen (Soini et al. 2003; Wårdh, 2007). Vid undernäring påverkas den allmänna hälsan negativt och kan orsaka problem med balansen. Detta kan leda till att den äldre personen faller och drabbas av skador som leder till ökat sjukvårdsbehov och att personen blir sängliggande under en längre tid (Pirlich & Lochs, 2001). Det har även påvisats att risken ökar för att drabbas av bakteriell lunginflammation vid förekomst av oral ohälsa. En god oral hälsa kan därför reducera risken att drabbas av bakteriell lunginflammation. Därför är regelbunden tandvårdsbehandling och munvård en viktig faktor för äldre individer där egenvården inte fungerar (Shay, Scannapieco, Terpenning, Smith & Taylor, 2005). I uppsatsen används begreppen munhälsa/ oralhälsa/ tandhälsa som synonyma begrepp.

### **Erfarenhet**

Erfarenhet kan beskrivas som upplevelse, förnimmelse och iakttagelse (SAOB, 2010). En upplevelse ger människan nya perspektiv och intryck som kan generera större kunskap inom det som upplevts. Genom upplevelsen görs observationer som kan påverka individens sinnesintryck och uppfattningar. Nationalencyklopedin (2014) beskriver erfarenhet som ett resultat som uppnås i samband med att kunskaper och färdigheter inhämtas.

### **Biståndshandläggning**

*"Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande"* (SFS, 2001:453).

När ädelreformen infördes, tog kommunerna över ansvaret för hälso- och sjukvård från landstingen. Kommunen tog även över ansvaret för rehabilitering i särskilt boende och dagverksamhet. Den största delen av äldreomsorgen utgörs av hemtjänst och särskilt boende. Andra verksamheter som kommunen ansvarar för är dagverksamhet, korttidsvård, insatser

som trygghetslarm, måltidsservice, uppsökande verksamhet, anhörigstöd. I största möjliga mån strävar man efter att de äldre ska bo kvar i det egna hemmet så långt det är möjligt (Regeringens proposition 2009/10:116). Biståndshandläggaren gör en behovsprövning för att avgöra hur mycket stöd personen behöver och vilka insatser som behövs. Dessa regler om personen har rätt till bistånd finns reglerat i socialtjänstlagen (Lindelöf & Rönnbäck, 2004). Eftersom socialtjänstlagen är en ramlag så definierar inte den vilka åtgärder som kommunen ska tillhandahålla. Det är biståndshandläggaren som fattar beslut om vilka insatser som ska erbjudas till individen som har behov av stöd. Biståndshandläggaren ges stor frihet att göra bedömningar av den äldres behov inom socialtjänstlagens ram och lokalt beslutade riktlinjer. Behovsbedömningen ska sträva efter helhetssynen av den enskildes situation och behov (Regeringens proposition 2009/10:116).

### **Tandvårdsstöd**

Det betyder mycket för välbefinnandet att ha en god munhälsa. Enligt tandvårdslagen ska skador i munhålan förebyggas och behandlas. Det övergripande målet är *en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen* (Notisum AB, 2013). Förebyggande insatser som förhindrar skador och sjukdomar i munhålan påverkar livskvaliteten positivt. Enligt tandvårdslagen ansvarar landstinget för att det finns *"tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård"* (ibid.). Tandvårdsstödet innebär att landstinget har ett lagstadgat ansvar att planera och bekosta tandvård till vissa äldre och personer med funktionshinder (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, 2014). Landstinget ska se till att uppsökande verksamheten omfattas av dem som har varaktiga behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och de som omfattas av lagen för stöd och service till vissa funktionshindrade. Den uppsökande verksamheten och nödvändig tandvård vänder sig till:

1. personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
2. personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård - och omsorgsinsatser och som
  - a) kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
  - b) personer som får hälso - och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

c) personer som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan (Notisum AB, 2013).

Den som får ett tandvårdsstödsintyg utfärdat blir erbjuden munhälsobedömning i hemmet och nödvändig tandvård. För nödvändig tandvård betalar den berättigade samma avgift som för hälso- och sjukvårdsbesök. Den berättigade kan fritt välja sin behandlare. Uppsökande verksamhet innebär hembesök av utbildad tandvårdspersonal en gång per år, som utför en munhälsobedömning. Tandvårdspersonalen utbildar hemtjänst och/eller anhörig som vårdar personen i hur de ska sköta personens munvård. Den uppsökande verksamheten är kostnadsfri, det går inte välja utförare eftersom det är upphandlat av landstinget (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, 2014).

Enligt tandvårdslagen måste individen ha ett bestående omfattande omsorgsbehov för att ha rätt till nödvändig tandvård. Detta innebär att de ska ha omvårdnadsbehov minst tre gånger per dag och tillsyn under natten. Med varaktighet menas att behoven varar i minst ett år. De som har nödvändig tandvård får även erbjudande om munhälsobedömning. Detta innebär att en gång om året får individen besök av tandläkare eller tandhygienist, som utför en munhälsobedömning i hemmet och som ger omsorgspersonalen utbildning i hur de ska sköta individens munhälsa. När den äldre personen har nått så långt i sin demenssjukdom att hen inte längre kan bo hemma, flyttas personen till särskilt boende. På boendet finns det en samverkan upprättad med tandvården. Ett tandvårdsstödsintyg utfärdas per automatik till personen, eftersom särskilt boende innebär att personen har ett omfattande vård- och omsorgsbehov (ibid.).

### **Demenssjukdom**

Demens är en folksjukdom som många gånger kommer smygande. De som drabbas av demens lever ofta länge med sjukdomen och sjukdomen leder till att individen blir funktionshindrad. Men både de som drabbas och deras anhöriga, lämnas ofta ensamma utan att ha någon att vända sig till. Man beräknar att var femte person över 80 år har någon form av demenssjukdom och cirka hälften av de som är över 90 år bär på sjukdomen (SBU, 2006).

De största formerna av demenssjukdom är Alzheimers, vaskulär demens och frontallobsdemens. Alzheimers sjukdom tillhör den vanligaste varianten. Den utgör två tredjedelar av de 140000 som har insjuknat i demens. Det som kännetecknar sjukdomen är reducerad minnesfunktion och kognitiv funktion som är en konsekvens av att nervcellerna



dör (ibid.). Demenssjukdom bidrar till en kronisk försämring av intellektuella och kognitiva funktioner, vilket leder till att den demenssjuke tappar förmågan att klara sig själv och sköta dagliga aktiviteter (Lindsay & Anderson, 2004). Hög ålder är den största riskfaktorn att drabbas av demens. Det är en större andel kvinnor över 85 år, som drabbas av demenssjukdom i jämförelse med män i samma ålder (SBU, 2006). Eftersom den äldre populationen blir större kommer incidensen att öka och prevalensen av personer som lever med demenssjukdom att öka (Lindsay & Anderson, 2004). Personer med demens har nedsatt autonomi vilket gör att *de är ur stånd att uttrycka sin vilja och hävda sin rätt till vård och till en människovärdig tillvaro* (SOU 1995:5). Det är därför viktigt att personer med demenssjukdom får stöd från sin omgivning att identifiera behov och att de får den hjälp som de är i behov utav. Den som har drabbats av demens kan ha svårt att kommunicera att de har munhälsoproblem. Smärta och obehag i munnen kan resultera i att dessa personer slutar att äta och som en följd av det drabbas av näringsbrist (Soini et al. 2003; Tronje- Gahnberg et al. 2013; Wårdh, 2007). Syrjäla et al. (2010) fann i sin studie att bland äldre över 75 år hade individer med Alzheimers sjukdom eller annan typ av demenssjukdom en signifikant ökad risk för en sämre tandhälsa och en sämre munhygien.

Det har visat sig att individer med demenssjukdom i ordinärt boende tappar kontakten med tandvården som oftast har varit regelbunden tidigare, innan demenssjukdomens utveckling. Tyvärr är det sällan som individens tandvårdsbehov fångas upp av omgivningen runt den demenssjuke. Detta leder till onödigt lidande för individen. Ofta upptäcks inte ohälsan i munhålan förrän individen kommer till ett särskilt boende, många gånger har det då gått väldigt långt och skadorna har blivit mycket omfattande. Detta leder till omfattande och kostsamma behandlingar och ett stort lidande för individen (Tronje -Gahnberg et al. 2013).

### **Demografisk utveckling**

Den demografiska utvecklingen innebär att den äldre befolkningen ökar. Enligt SCB:s (2009) beräkningar har vi sett en ökad tillväxt av den äldre befolkningen i Sverige. Man beräknar att medelåldern kommer att stiga till 85 år för män och 87 år för kvinnor år 2060. År 2010 var antalet personer över 80 år 494 000. Man beräknar att antalet kommer stiga till 800 000 år 2030. År 2060 beräknas antalet äldre över 80 år uppgå till närmare en miljon (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). De framsteg som har gjorts inom medicin har resulterat i att vi lever längre. Ökade kunskaper inom tandvård har medfört att vi i högre utsträckning behåller våra

egna tänder. I jämförelse med tidigare decennium har den äldre populationen fler tänder kvar. Dessa tänder har ofta omfattande tandrestaurationer som kron- och brokonstruktioner och käkförankrade kronor och broar (Gunnarson et al. 2012; Nordenram, 2012; Stubbs & Riordan, 2002). Dessa konstruktioner kräver en mer omfattande hygien för att patienterna ska kunna behålla dem i oskadat och fungerande skick (Tronje- Gahnberg et al. 2013). Det är viktigt att det ökande antalet äldre som har egna tänder som är multistjuka och som fortfarande bor kvar i det egna hemmet, får sina tandvårdsbehov tillgodosedda. För att den orala hälsan ska kunna bevaras livet ut (Nordenram, 2012; Soini et al. 2003). Gluzman et al. (2013) fann klara bevis på att många äldre som bodde i ordinärt boende hade munhälsoproblem och att det stora flertalet hade inte tillgång till tandvård. Detta resulterade i att deras livskvalitet och välbefinnande påverkades negativt.

### **Bristande i utfärdande av tandvårdsstödsintyg**

Äldre personer som bor i ordinärt boende, med funktionsvårigheter ökar. Detta beror på att man enligt Ädelreformen som genomfördes 1992, stävar efter att personen ska bo kvar i egna hemmet så länge som det är möjligt (Socialstyrelsen, 2010). Dessa personer har rätt att få munhälsostöd, men det är omsorgsbehovet som styr behovet av munhälsostöd. (Strömberg et al. 2011). Uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård ingår i det tandvårdsstöd som finns i Sverige för äldre och funktionshindrade som har varaktigt omvårdnadsbehov (SFS 1985:25). Sveriges Tandläkarförbund har gjort en enkätundersökning där man ville undersöka äldres kunskap och upplevelse av sin munhälsa. Endast 23 procent av de som svarade på enkäten, kände till att den som har svårt att sköta sin munhälsa på grund av funktionsnedsättning, kan bli erbjudna besök i hemmet för munhälsobedömning, och har rätt till tandvård till samma kostnad som för hälso- och sjukvård (Sveriges Tandläkarförbund, 2012). I en enkätundersökning som Sveriges Tandläkarförbund har gjort, visar det sig att biståndsbedömare som beslutar om den äldre individens omsorgsbehov, sällan uppmärksammar munhälsan i sin bedömning (Sveriges Tandläkarförbund, 2013). I en studie genomförd av Hagman-Gustafsson et al. (2008) visade det sig att biståndshandläggarna som beslutade om omsorgsbehov för äldre med funktionsnedsättning, medgav att munhälsan var viktig för dessa personers välbefinnande. Men trots det brast de ändå i utförandet av tandvårdsstöd till de personer som var berättigade till tandvårdsstödsintyg. Med en utveckling av samarbetet mellan tandvård och den sammanhållna äldreomsorgen skulle behovet av

munhälsostöd kunna bli mer uppmärksammat. Coleman (2005) lyfter fram, hur viktig samverkan är mellan tandvården och omsorgen i den sammanhållna vården av äldre personer, som inte har förmåga att själv sköta sin munhygien.

## **SYFTE**

Syftet med examensarbetet är att undersöka biståndshandläggares erfarenheter vid bedömning av munhälsostöd hos äldre personer med demenssjukdom, som bor i ordinärt boende.

## **Frågeställningar**

- Hur prioriteras munhälsan vid kartläggning av demenssjukas behov av stöd?
- Blir personer med demenssjukdom och deras anhöriga informerade och erbjudna tandvårdsstödsintyg och munhälsobedömning?
- Vilka kunskaper har biståndshandläggaren om munhälsan hos personer med demenssjukdom?
- Finns det något samarbete med tandvården?

## **METOD**

En kvalitativ ansats användes för att förstå biståndshandläggarens erfarenheter av munhälsobehov hos äldre personer som lever med demenssjukdom (Bryman, 2008).

## **Urval**

Eftersom författaren var intresserad av biståndshandläggarnas tankar runt munhälsobehovet hos äldre personer med demenssjukdom gjordes urvalet för intervjuerna utifrån syftet med studien. Författaren valde bekvämlighetsurval på grund av tillgängligheten till informanterna och deras möjligheter att delta i studien (Bryman, 2008). Författaren skickade förfrågan till ett randomiserat urval av kommuner i Stockholms län. Sammanlagt 14 kommuner blev tillfrågade om att delta i studien. Tre kommuner var positiva till att delta i studien och sex intervjuer genomfördes med biståndshandläggare som var anställda vid dessa kommuner.

## **Datainsamling**

För att få en djupare kunskap inom det område som författaren ville undersöka gjordes en noggrann genomläsning av litteraturen. Det visade sig att forskning om biståndshandläggare och deras erfarenheter i fråga om munhälsobehov hos personer med demenssjukdom, inte var ett område som hade forskats så mycket i. Författaren skickade brev med förfrågan om deltagande och information om studien (Bil.2) till förvaltningschefer på kommuner i Stockholms län. I brevet (Bil.2) som skickades till förvaltningscheferna gavs information om studien och en presentation av författaren själv. Förvaltningscheferna vidarebefordrade sedan frågan till biståndshandläggare som sedan återkom till författaren, med information om tidpunkter för intervjuerna.

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer gav en flexibilitet, eftersom intervjuerna inte behöver vara strukturerade. Detta öppnar för lyhördhet för vad informanten tillför för information under intervjun. Intervjufrågorna behöver inte komma i en viss ordningsföljd utan frågorna följs upp efter hand som intervjun fortgår (Bryman, 2008). Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats. Tre av intervjuerna genomfördes i respektive informants arbetsrum och resterande tre i av informanterna förbokade konferensrum. Detta resulterade i att intervjusituationen inte blev avbruten utan kunde fortgå utan avbrott. Informanterna behövde inte heller känna oro för att obehöriga skulle höra vad som kom fram under intervjun. Bryman (2008) tar upp att en lokal som erbjuder ostördhet främjar för att genomförandet av intervjun ska bli så bra som möjligt. En stökig intervjumiljö kan påverka kvaliteten på inspelningen, vilket hade kunnat resultera i att viktig information kunde gå förlorad (Bryman, 2008). Därför är det viktigt att genomföra intervjuerna i en så ostörd miljö som det är möjligt. Detta utgjorde den bästa bekvämligheten för informanterna eftersom de inte behövde avvika från sin arbetsplats. Intervjuerna inleddes med en kort muntlig presentation om studien och mig själv, därefter fick informanterna information om att de kunde avbryta intervjun när som helst. Informanterna fick information om att jag ämnade göra en inspelning av intervjun och att det inspelade materialet skulle transkriberas efteråt. Bryman (2008) tar upp att inspelning av intervjuer underlättar tolkningen för intervjuaren att fokusera på vad intervjupersonen säger och hur de uttrycker sig istället för att koncentrera sig på att anteckna. Om intervjupersonen inte samtycker till att intervjun spelas in, ska detta respekteras och intervjun ska genomföras utan bandspelare (Bryman, 2008). Varje intervju tog mellan 20-30 minuter att genomföra. Informanterna hade blivit informerade om tidsåtgången. Det var viktigt att hålla tiden, eftersom intervjun skedde

under informanternas arbetstid. Ansträngningar gjordes att hålla intervjuerna inom den tidsram som föraviserats. Detta underlättade för informanterna att planera in besöket i sitt arbetsschema. Om intervjuerna hade hållits utanför informantens arbetstid hade det varit möjligt att genomföra längre intervjuer, eftersom det inte hade inverkat på deras arbetstid.

### **Analys**

Graneheim et al. (2003) förespråkar kvalitativ innehållsanalys för att nå tillförlitlighet i forskningen vid bearbetning av text. Det som kännetecknar en kvalitativ innehållsanalys, är identifieringen av skillnader och likheter i den text som analyseras, för att på så sätt hitta ett mönster i kontexten. En innehållsanalys strävar efter att kategorisera fenomen som forskaren är intresserad av (ibid.). Metoden använder sig av latent och manifest innehåll. Manifest innehåll tolkar innebörden i vad texten säger och svarar på frågan "vad". I latent innehåll sker en tolkning av den bakomliggande innebörden i texten och svarar på frågan "hur". Med manifest metod används kategorier som sedan kodas. Vid tolkning av en text med kvalitativ innehållsanalys är det viktigt att texten inte färgas av forskarens egna uppfattningar, utan att det är det som sägs i texten som ska lyftas fram (ibid.). I denna studie fokuserades det på textens manifesta innehåll, eftersom författaren var intresserad av vad informanterna uttryckte vid intervjuerna. Processen för innehållsanalysen genomfördes med inspiration av Graneheim et al. (2003) enligt följande:

- Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger för att kunna skönja sammanhanget.
- Meningsbärande enheter plockades ut ur texten, vars innehåll är relevant för frågeformuleringen.
- De meningsbärande enheterna kondenserades, som en process för att minska textmassan, samtidigt som själva kärninnehållet sparas.
- Den kondenserade meningsenheten kodades. Koden fungerar som en etikett på innehållet.
- Koderna fördes in under relevanta kategorier i tabeller. Detta underlättar att se helheten och upptäcka eventuella mönster. Kategorierna återspeglade det centrala i innehållet.

### **Etiska överväganden**

En etisk egengranskning från Etikkommitté Sydost har genomförts (Bil.1), den föranledde inte till någon ytterligare granskning från Etikkommittén. Enligt Etikkommittén behöver ingen ytterligare granskning ske i de fall då undersökningen inte ämnar behandla känsliga personuppgifter, eller att fysiskt eller psykiskt påverka intervjupersonerna. Informanterna fick både information muntligen och skriftligen om studiens syfte och upplägg (Bil.3).

Informationen gällande frivilligt deltagande gavs tydligt och lättförståeligt. Informanterna blev informerade om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan under hela intervjun och att de inte behövde uppge skälet till varför de ville avbryta sin medverkan. Information gavs om att all data som samlades in var konfidentiell och skulle inte kunna kopplas till den enskilde individen. Efter att jag hade försäkrat mig om att informanterna hade förstått informationen skrevs ett informerat samtycke (Bil.3). Allt detta enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2014), som utgår från autonomprincipen, som innebär att respektera människors autonomi att bestämma över sig själva och fatta egna beslut. Trots att informanterna medgav att det fanns brister i deras hantering av brukarnas munhälsobehov, berättade de öppet om sina erfarenheter. För att informanternas svar inte ska kunna härledas till individen omnämns inte vilka tre kommuner som deltagit i studien.

### **RESULTAT**

Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen (Bil. 5) redovisas under följande kategorier och underkategorier:

- Erfarenheter i fråga om behovsbedömning av munhälsan  
*Faktorer som inverkar vid behovsbedömning av munhälsan*
- Information om nödvändig tandvård och munhälsobedömning
- Samarbete runt munhälsa
- Utbildningserfarenhet i munhälsa  
*Behov av mer kunskap*
- Brister i uppföljning

## **Erfarenheter i fråga om behovsbedömning av munhälsan**

Informanterna beskriver munhälsan som ett område som hamnar ganska långt ner på deras prioriteringslista, över behov som de tänker på att ta upp vid behovsbedömning. Munhälsan upplevs som ett mindre behov eftersom det inte är lika synligt som andra behov.

*"Det är nog inte det första som man tänker på." (Informant 1)*

*"Allting annat är så pass mycket synligt. Alltså kroppsliga problem. Tanderna, det är som om man inte tänker på det på samma sätt, tyvärr." (Informant 6)*

Två av informanterna tog vanligtvis upp munhälsan vid biståndshandläggningen. De andra informanterna tog upp det i den mån som personen själv eller anhöriga tog upp behovet av stöd med munhälsan. Informanterna ansåg själva att just munhälsofrågan hamnade långt ner i deras prioritering.

*"Det är nog en fråga som vi låter hamna långt bak. Man beviljar tid för sådant, så klart, om de behöver stöd. Men annars är det en fråga som kommer långt bak." (Informant 1)*

*"Det är väldigt sällan. Det är några som påpekat det, alltså de själva eller anhöriga. Då får man ta upp det." (Informant 5)*

Munhälsan fick låg prioritet eftersom informanten upplevde att den inte ingick i det sammanhållna omsorgsbehovet.

*"Den lyfts inte lika mycket..... Samtidigt känns det som att det är tillsatt utöver. Det känns jättedumt att säga att utöver omsorgsbehovet, så ska vi titta på tänderna också." (Informant 6)*

*Faktorer som inverkar vid behovsbedömning av munhälsan*

Bedömningen av munhälsobehov utgick från omsorgsbehovet. Informanten behövde därför inte träffa brukaren för att identifiera ett munhälsobehov, eftersom det var omsorgsbehovet som styrde, om brukaren var berättigad till tandvårdsstödsintyg.

*" Vi tittar på hur mycket hemtjänst de har, alltså det är omvårdnadsbehovet , och de ska ha hjälp i stort sett hela dygnet. Så det är det som styr, om man ska få det här tandvårdsstödsintyget. Så jag behöver aldrig kontakta den enskilde och fråga. Utan det ser ju jag, när behovet utav hemtjänst ökar" (Informant 1)*

Flera av biståndshandläggarna hänvisade till att utfärdandet av tandvårdsstödsintyg inte hade prioriterats på grund av en hög arbetsbelastning. Därför hade behovsbedömning av tandvårdstödsintyg fallit i glömska eller försumrats.

*"Det kan jag ärligt säga att det senaste året har vi haft en sån hög arbetsbelastning, så det har kommit nånstans långt bak. Om någon anhörig ringer, till exempel och säger att nu, vi skulle behöva, kan man få?..... Ibland kommer man ihåg att fråga, om man är hemma hos en person som har väldigt mycket hjälp. Men ännu fler gånger glömmar vi bort det." (Informant 2)*

*"Man försöker det i den mån man hinner. Eftersom vi är underbemannade, blir det en prioriterings- fråga." (Informant 5)*

Två informanter hade lagt om rutiner i sin biståndsbedömning. Detta hade resulterat i att de upplevde att deras bedömning av tandvårdsstödsintyg hade förbättrats.

*" Jag tycker att vi har blivit bättre på att bedöma vilka som har behov. För i början, nu är det några år sen, då var det mycket det att det ska vara dygnet runt behov. Idag tänker vi att det är just det här att det behöver ju inte vara att man har sju besök per dygn."(Informant 4)*

Andra informanter menade att rutinerna för utfärdandet av tandvårdsstödsintyg kunde vara bättre, för att det inte skulle bli försummat.

*"Det är ständigt dåligt samvete. Ända sedan jag började här. Att det går upp och ner..... Så säger vi att vi måste bli bättre på det här. Och sen faller det bort, liksom." (Informant 2)*



## **Information om munhälsobedömning och tandvårdsstödsintyg**

Informanterna hade inte som rutin att informera om tandvårdsstödsintyget, en anledning var att det genererade mer arbete. Istället blev personen eller anhöriga informerade ifrån tandvården eller från hemtjänsten, att de kunde söka tandvårdsstöd. Det var först när anhöriga tog upp att de hade fått information från tandvården att den anhörige möjligen var berättigad till tandvårdsstöd, som biståndshandläggarna gav information om munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Det ansågs även vara individens egna ansvar att ta reda på information om tandvårdsstödsintyget.

*"Nej, det gör jag inte. Hemtjänsten är nog lite mer informerad och insatt..... Om man bor hemma måste man se till det där lite själv, faktiskt." (Informant 5)*

*"Nej, alltså när vi kommer ihåg..... ibland frågar anhöriga. Men, det är ingenting som vi generellt informerar om. Det blir ytterligare en arbetsuppgift." (Informant 2)*

## **Samverkan med tandvården**

Samtliga informanter hävdade att det inte fanns något samarbete med tandvården. Resultatet blev att den inte blev inkluderad i den sammanhållna vården.

*"Nej, den är obefintlig." (Informant 2)*

*"Tandvården den hamnar ju lite utanför, det gör den. Nej, det är nog inte så ofta som vi diskuterar med dom."(Informant 3)*

Informanterna tog aldrig själva kontakt med tandvården. Tandvården tog däremot kontakt med biståndshandläggaren när de upplevde att en patient hade ett stort tandvårdsbehov och inte hade förmåga att ombesörja den egna munhygien.

*"Nej det är inget samarbete. Den enda gång man hör från tandläkaren det är när personen sitter hos dom och kanske behöver ett tandvårdsstödsintyg."(Informant 2)*

Samtliga informanter beskrev att tandvården hamnade utanför i den sammanhållna vården för personer med demenssjukdom. Vid hembesök tillsammans med Medicinskt ansvarig sköterska (MAS) tar man inte upp tandhälsan alls, utan fokus ligger på den allmänna hälsan. Munhälsan kommer därför sällan upp vid diskussioner med hälso- och sjukvården när det gäller omsorgen av personer med kognitiv svikt.

*"Vi gör ofta besök tillsammans med sjukvården ..... Men det är inte heller där att det tas upp så mycket om tänder. Dom pratar om kroppen och så men inte om tänderna."* (Informant 6)

Fyra av informanterna menade att den orala hälsan var ett ansvarsområde som man förväntade att tandvården ombesörjde. Eftersom det verkade främmande för dem. Munhälsan tenderar därför att bli ett behov som ingen uppmärksammar vid planering av omsorgsbehov.

*"Man tänker liksom att i vanliga fall gör dom allt som har med tänderna att göra. det är främmande för mig..... tandvården tar hand om allt med tänder."* (Informant 6)

En av informanterna menade att tandvården hamnade utanför samarbete på grund av att den inte ingick i hälso- och sjukvården utan ansvaret överläts till individen själv.

*"Det beror nog på att man tänker att tandläkaren är ens egen. Alltså att det inte är som vårdcentralen, att alla har tillgång till det. Oavsett ekonomi.[] Det är lite på eget ansvar, och att det inte är en rättighet."* (Informant 5)

### **Utbildningserfarenhet i munhälsa**

De flesta informanterna hade inte fått någon utbildning om hur munhälsan kan påverka den allmänna hälsan och välbefinnandet. Alla informanter hade socionomutbildning och där ingår det inte någon utbildning om den orala hälsan. Detta förde med sig att munhälsoproblem identifierades utifrån informanternas egna erfarenheter.

*"Nej, vi har inte fått någon utbildning om det. Utan det är det som vi kan tänka ut själva."* (Informant 5)

*"Nej, det har dom inte....Men det är ingenting som att någon har kommit hit och informerat om det. Hur ska man tänka?"* (Informant 1)

Två av informanterna hade fått upplysningar om munhälsa från sin Medicinskt ansvarige sjuksköterska. De hade även fått information från tandvårdsenheten som hade varit till stor hjälp vid bedömning av stöd i form av tandvårdsstödsintyg.

*"Ja de har ju varit här och pratat med handläggarna och informerat om hur vi ska bedöma, och när behovet är så pass att man ska få ett sånt här tandvårdsstödsintyg..... det liksom hålls vid liv att man vet hur man ska bedöma." (Informant 3)*

#### *Behov av mer kunskap*

Informanterna efterlyste mer kunskap för att handläggningen skulle förbättras vid bedömning av munhälsa. De upplevde stor osäkerhet i hur de skulle utföra sina bedömningar när det uppstod gränsfall. Informanterna uppfattade att mer kunskap skulle öka förståelsen för vilken inverkan munhälsan har på den äldre personens välbefinnande och den allmänna hälsa.

*"..... just att få mer information från tandvårdsenheten. Att dom kanske borde vara lite mer uppsökande och ge mer information. Det här uppdraget. Hit kan ni vända er, om ni har frågor. Det är klart att man kan läsa sig till på internet. Men det hade varit bättre att få informationen och kunna ställa frågor.....Just den där tanken hur det kan påverka. Där skulle man behöva lite mer information. Då tänker jag att kanske tandläkaren eller tandvårdsenheten är bra på att ge den kunskapen." (Informant 6)*

*"Ja, information i alla fall så att man läsa och förstå och koppla ihop. Och då är det ju enklare att se helheten och förstå att det hänger lite på munnen. så att man vet hur man ska göra eller erbjuda eller råda." (Informant 1)*

Det framkom att mer kunskap om munhälsa skulle kunna lyfta munhälsofrågan så att den prioriterades högre, vilket skulle kunna leda till att den inte glömdes bort vid behovsbedömningar.

*"Ja, alltså på det sättet att frågan skulle hamna högre på prioriteringslistan. att man blir påmind om det. Det är också en viktig del." (Informant 2)*

### **Brister i uppföljning**

Ingen av informanterna hade rutiner för att följa upp och säkerställa att brukaren verkligen fick sin tandvård. Efter det att biståndshandläggaren hade skickat in en förfrågan om tandvårdsstödsintyg ansåg de att deras uppdrag var avslutat.

*"Nej det gör vi inte.... Det har vi bara förlitat oss på." (Informant 5)*

*"Men så finns det ju dem som vi råkar på som inte har varit hos tandläkaren på massor med år och har svårt att ta sig någonstans och då vill de ju gärna ha en munhälsobedömning också men att de verkligen får det. Det har vi bara förlitat oss på. Eftersom de, ja vi pytsar ju iväg det till den instansen liksom." (Informant 2)*

En informant ansåg att uppföljning inte utfördes på grund av tidsbrist.

*"Det borde ju ske. men i den krassa verkligheten, det är ju tidskrävande. Det är svårt att göra dom just i tid." (Informant 5)*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

För att få svar på frågeställningarna valde författaren att samla in data genom att utföra kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Detta för att få en djupare förståelse för biståndshandläggarnas erfarenheter vid bedömningen av munhälsobehovet hos personer med demenssjukdom (Graneheim et al. 2003).

För den här studien valdes Stockholms län ut på grund av att det var geografiskt tillgängligt för författaren. Urvalet styrdes av tillgänglighet, eftersom antalet intervjuer bestämdes utifrån antalet kommuner som önskade delta i studien. Utgångspunkten var att intervjua 6-8 informanter. Enligt Bryman, (2008) är det svårt att veta hur många intervjuer som bör genomföras för att uppnå ett resultat som är teoretiskt mättat. Eftersom den här studien styrdes av en begränsad tid, kunde därför inte urvalet bli för stort. Förfrågningar skickades ut till förvaltningschefer i 14 kommuner i Stockholms län. Det antal som önskade att delta i studien, blev inkluderade i studien. De kommuner som inte svarade på min förfrågan att delta eller som önskade avstå exkluderades från studien. Anledningen till att flesta kommuner inte kunde delta i studien, sades vara tidsbrist på grund av hög arbetsbelastning. Av de tillfrågade kommunerna var det tre kommuner som var positiva till att delta i studien och det var sammanlagt 6 stycken biståndshandläggare, som deltog i intervjuerna. Dessa hade blivit tillfrågade av sina förvaltningschefer om de ville delta i studien. Alla biståndshandläggare som deltog var alla kvinnor och de hade alla socionomutbildning. Urvalet av informanter var endast inom Stockholms län, detta kan ha påverkat resultatet eftersom biståndshandläggningen och förutsättningar, kan se annorlunda ut i fråga om rutiner, förutsättningar och riktlinjer från respektive kommuner i andra delar landet. En enkätstudie hade kunnat fånga in fler respondenter ute i landet, men författaren ansåg att en sådan studie redan hade utförts av Sveriges Tandläkarförbund (2013). Författaren upplevde att en intervju med personlig kontakt med respondenten skulle ge en djupare förståelse för respondenternas erfarenheter. En bredare omfattning av studien skulle kunnat ge ett bredare slutresultat, eftersom det skulle tillföra mer jämförelser i urvalet. Resultatet kan även ha påverkats av att vissa kommuner valde att inte delta. Den låga svarsfrekvensen kan riskera att mina fynd inte är representativa för målgruppen, vilket kan påverka resultatet. Sex stycken semistrukturerade genomfördes. Patel & Davidsson, (2011) tar upp att det är en fördel att intervjuguiden prövas med att göra pilotintervjuer för att utveckla ett underlag till den huvudsakliga intervjumallen.

Detta har inte gjorts eftersom informanterna i urvalet var få och författaren ansåg att det var viktigt för resultatet att så många som möjligt deltog i den egentliga intervjun. För att pröva intervjuguiden i en pilotintervju, krävdes det att den som svarade på frågorna hade bakgrundskunskaper i det ämne som studerades.

Vid analys av data strävade författaren mot att fokusera på det manifesta innehållet i analysenheten, eftersom författaren ville studera det synliga i det som informanterna beskrev om i sina uppfattningar om äldre demenssjukas munhälsa. Bryman (2008) belyser att vid analys är det viktigt att forskaren inte låter sin förförståelse påverka analysen. Det är tänkbart att resultatet hade kunnat påverkas om deltagande observationer hade genomförts för att komplettera det material som framkom vid intervjuerna. Enligt Bryman, (2008) finns det vissa fördelar med observationer, eftersom en deltagande observatör får en bättre inblick i den sociala verkligheten. Det tillför en större förståelse för människors beteende, vilket underlättar i sökandet efter kopplingar och mönster. Enligt Bryman, (2008) gör intervjuerna ett avbrott för informanterna i deras yrkesutövning. En deltagande observation gör det möjligt att följa informanterna i deras arbete, utan att deras verksamhet behöver avbrytas. Eftersom författaren ville studera informanternas erfarenheter vid bedömning av munhälsostöd hos äldre personer med demenssjukdom som fortfarande bodde kvar i det egna hemmet, så lämpade sig kvalitativa intervjuer bättre eftersom författaren var intresserad av informanternas upplevelser. Dessa erfarenheter kan lättare fångas upp genom intervjuer

I den kvantitativa forskningen är reliabilitet och validitet viktiga kännetecken på kvaliteten på studien. Detta underlättas av att de resultat som framkommer i en kvantitativ forskning är mätbara. Inom den kvalitativa forskningen är det inte det mätbara som är av intresse, utan det är tolkningen av kontexten som intresserar den kvalitativa forskaren (Bryman, 2008). När det gäller validitet handlar det om att få fram tillräcklig data för att kunna göra en tolkning som är trovärdig (Patel et al. 2011). Författaren har tagit upp att i den aktuella studien hade ett större antal genomförda intervjuer kunnat bidra till ett mer representativt resultat till studien. Dessutom så var urvalet inte representerat nationellt vilket även hade kunnat tillföra ett presentabelt resultat. För att uppnå tillförlitlighet i den kvalitativa forskningen tar Bryman (2008) upp begreppet respondentvalidering som innebär att forskaren efter insamlandet av data vid en intervju, förmedlar en redogörelse om vad respondenterna har sagt under intervjun. I den aktuella studien har respondenterna inte getts möjlighet ta del av det transkriberade materialet. För reliabiliteten i den kvalitativa forskningen är det viktigt att kunna säkerställa pålitligheten av forskningen. Genom att redogöra för alla faser under

forskningsprocessen, kan kvaliteten på undersökningen säkerställas (Bryman, 2008). En beskrivning av de olika stegen och ställningstaganden som gjorts under forskningsprocessen, har presenterats i den aktuella studien. Det är tänkbart att resultatet påverkats av den så kallade "Hawthorne effekten", genom att informanterna kan omedvetet förändrat sitt beteende under intervjun till att svara mer fördelaktigt, eftersom de upplevde att de var observerade (IEEE, 1979).

## **RESULTATDISKUSSION**

Resultatet är hämtat från analysen av de intervjuer med biståndshandläggare som genomförts om deras erfarenheter vid bedömning av munhälsostöd hos äldre personer med demenssjukdom, som fortfarande bor i ordinärt boende.

Resultatet visar att behovet av stöd för munhälsan är ett område som är eftersatt vid behovsbedömning, trots att handläggarna anser att munhälsan är viktig för välbefinnandet och för den allmänna hälsan hos äldre personer med kognitiv svikt. Detta resultat är helt i linje med Hagman-Gustafsson et al. (2008), som i sin studie intervjuat 24 biståndshandläggare i Sverige. De beskriver att biståndshandläggarna medgav att den orala hälsan var viktig för äldre personer med funktionshinder, för att undvika värk och infektioner och att kunna tillgodogöra sig föda med en fungerande tuggfunktion. Men trots att biståndshandläggarna tyckte att det var viktigt, visade det sig att utförandet var otillräckligt av munhälsobedömningar som de äldre var berättigade till. Vid intervjuerna i den här aktuella studien menade informanterna att munhälsan inte var något som de tänkte så mycket på vid behovsbedömningen, vilket resulterade i att informanterna glömde bort att informera sig om den äldre personen hade behov av stöd för sin munhälsa. De menade att på grund av tidspress så blev det ytterligare en arbetsuppgift som man lätt "glömde bort". Det var dessutom ett behov som inte var så synligt vilket gjorde att det hamnade lågt i prioritet över de behov som skulle bedömas. En tanke som väcktes var att eftersom informanterna uppfattade munhälsan som ett behov som inte syntes, så kan det lätt uppfattas som ett mindre viktigt behov och kan därför lätt bagatelliseras. Detta kan vara en av anledningarna att munhälsobehovet glömdes bort. Om ett behov uppfattas som litet kan det leda till att tydliga behov upplevs som mer väsentliga. Informanterna hävdade även att tidsbrist var ett stort problem och en av anledningarna till att man glömde bort att titta på munhälsobehovet. Tidsbristen var även en faktor som gjorde att munhälsan inte fick någon hög prioritet. De tankar som väcks är att

informanterna upplever att den orala hälsan inte är livsviktig för brukarna och att detta behov inte påverkar brukaren i lika hög grad som andra behov som anses mer angelägna. I en studie av Lindqvist et al. (2012), där intervjuer gjordes med personal på äldreboenden i Värmland, visade att den orala hygien hade låg prioritet vid jämförelse med andra omsorgsbehov. Informanterna i studien menade att vid tidsbrist hade inte brukarnas munhygien någon prioritet, eftersom andra behov hade en högre prioritet (Lindqvist et al. 2012).

Upplevelsen av att munhälsa inte borde ingå i det sammanhållna omsorgsbehovet kan vara en orsak till att munhälsobehovet inte uppfattas som ett prioriterat behov som måste tas i med rutinmässigt vid behovsbedömningen. Detta kan bidra till att bedömningen av den orala hälsan hamnar mellan stolarna." *Den lyfts inte lika mycket..... Samtidigt känns det som att det är tillsatt utöver. Det känns jättedumt att säga att utöver omsorgsbehovet, så ska vi titta på tänderna också.*" Det är tänkbart att informanterna upplever att bedömning av den orala hälsan ligger utanför deras profession, eftersom de uppfattar att de inte har den erfarenhet och utbildning som krävs för att kunna göra en korrekt bedömning. Detta kom fram i den studie som Hagman-Gustafsson et al. (2008) gjorde, där biståndshandläggarna menade att de inte var lämpade att identifiera oral ohälsa hos brukarna.

Vidare menade informanterna att det inte fanns någon samverkan med tandvården. Samtliga informanter uppgav att tandvården var en del som hamnade utanför den sammanhållna vården av äldre personer med demenssjukdom. Samverkan med hälso- och sjukvård sker främst med den Medicinskt ansvarige sjuksköterskan (MAS). Med MAS diskuterade informanterna omsorgsbehovet hos brukaren. Frågan om den orala hälsan togs inte upp vid diskussioner runt vården av den äldre personen, utan man fokuserade på den allmänna hälsan. Det här visar att det orala hälsobehovet tenderar till att inte bli bedömt, eftersom varken hälso- och sjukvården eller socialtjänsten identifierar sig med munhälsobehoven. Detta leder till att det istället måste gå så långt att det blir en akut situation, för att oral ohälsa ska identifieras. I en studie genomförd i Finland där den orala hälsan undersöktes hos 51 äldre personer som på grund av sjukdom och funktionsnedsättning erhöll daglig omsorg från hemtjänsten. Forskarna fann att dessa äldre personer som ingick i studien hade oral ohälsa och hälften av populationen var i riskzonen för att drabbas av näringsbrist. Det som forskarna föreslår i sin studie är en bättre samverkan mellan tandvården, hälso- och sjukvård och utförare av hemtjänst, för att äldres orala ohälsa inte ska bli eftersatt (Soini et al. 2003). Det är anmärkningsvärt eftersom det fokuseras på att brukaren får näring, vilket behövs för den allmänna hälsan. All föda ska först passera munnen, vilket förutsätter en fungerande



tuggfunktion och inga smärtor eller obehag som kan påverka näringsintaget. Det är därför centralt för den allmänna hälsan att den orala hälsan består (Griffin et al. 2012; Lima-Saintrain et al. 2012; Pirlich et al. 2001; Shay et al. 2005; Soini et al. 2003; Wårdh, 2007). Flera informanter menade att det var tandvården som ansvarade för brukarnas tandhälsa. Detta resulterade i att tandvården ansågs vara ett eget område som hamnade utanför den sammanhållna omsorgen och det därför inte fanns någon samverkan. En av informanterna menade att eftersom inte tandvården ingick i hälso- och sjukvården, var det upp till individen själv att ansvara för att få sin tandvård utförd. Coleman (2005) belyser att ett tvärvetenskapligt samarbete mellan de olika professionerna omvårdnad och tandvård, kan bidra till att den orala hälsan blir mer uppmärksam. Genom att samverka kan standarden på den orala omvårdnaden bli bättre. Informanterna i den aktuella studien upplevde att munhälsoproblemen inte lyftes, vid diskussioner runt omvårdnaden av den äldre personen med demenssjukdom, utan att det hamnade utanför. De tankar som väcks är att informanterna skulle dra stor nytta utav samverkan med tandvården. Det skulle bidra till att osäkerhet kring bedömning av den orala hälsan kunde undanröjas. Samverkan kan även bidra till att den orala hälsan inte glöms bort, utan tas upp till diskussion i den sammanhållna vården. Axelsson & Bihari - Axelsson (2007) skriver om samverkan kring äldres vård och omsorg. De beskriver att biståndsbedömarna beslutar om vilken typ av omsorg som den äldre personen är i behov av utifrån en social bedömning och utifrån de bedömningar som läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter har gjort. I Axelsson et al. (2007) beskrivning av behovsbedömningen är tandvården som profession inte omnämnd vid planeringen av den samordnade omsorgen kring äldre. Genom att tandvården inte finns med i bedömningen av den sammanhållna vården, gör att tandhälsan inte blir ett område som lyfts och kan vara en av anledningarna att den blir förbisedd vid biståndsbedömningen. Axelsson et al. (2007) tar upp samarbetsproblem som uppstår när de olika professionerna har olika huvudmän och styrs av olika lagar. De olika lagarna har olika normsystem där tandvården fokuserar på en förbyggande tandvård. Inom socialtjänsten arbetar man mer utifrån att sätta in stöd när det har gått så pass långt att behovet är uppenbart. Inom sjukvården är det också tradition att vårda "det sjuka". Tandvården arbetar mer preventivt för att kunna förebygga oral ohälsa och för att förhindra att skador uppstår.

Informanterna upplevde hinder när det gällde tandvård, eftersom de uppfattade att allt som hade med tänderna att göra var främmande. *"Man tänker liksom att i vanliga fall gör dom allt som har med tänderna att göra. Det är främmande för mig..... tandvården tar hand om allt*

*med tänder.* " Med en samverkan mellan tandvården och biståndsbedömaren skulle upplevda hinder kunna undanröjas och en ökad förståelse för den orala hälsan skulle kunna uppnås. Andersson et al.(2007) såg i sin studie barriärer mellan hälso- och sjukvård och tandvård eftersom läkarna ansåg att munnen inte inkluderades i deras bedömning. Forskarna kom fram till i sin studie att allmän praktiserande läkare inte var så insatta i den orala hälsan, för äldre patienter. Eftersom det är hälso- och sjukvården som upptäcker att personen har drabbats av demenssjukdom är det viktigt att de ser till att en samverkan med tandvården upprättas. Detta då vi vet att sjukdomen kan leda till att den orala hälsan försämras på grund av ökad medicinering (Griffin et al. 2012; Lima-Saintrain et al. 2012; Pirlich et al. 2001; Shay et al. 2005; Soini et al. 2003; Wårdh, 2007). Vi vet också att individer som drabbas av demenssjukdom har en ökad risk att drabbas av oral ohälsa eftersom deras förmåga att sköta sin egen munhygien försämras (Syrjälä et al. 2010). Vi har även kännedom om att när man blir gammal och skör förloras den regelbundna tandvårdskontakten, eftersom sjukdomen kan bli ett hinder i vardagen (Nordenram, 2012; Sveriges Tandläkarförbund, 2013). Genom att samverka med tandvården kan förebyggande insatser för att bibehålla den orala hälsan implementeras.

En samverkan mellan tandvården och socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan lyfta fram munhälsan hos personer som drabbats av demenssjukdom och fortfarande bor kvar i ordinärt boende. Detta skulle kunna utgöras av att en tandhygienist ingår tillsammans med biståndshandläggare och medicinskt ansvarig sjuksköterska för att identifiera de munhälsobehov som uppstår. Ett sådant samarbete skulle främja för att munhälsan blev uppmärksammas och skador som kan uppstå skulle därmed kunna förebyggas. Samverkan skulle även kunna bidra till att rutiner förbättrades för uppföljningen av att tandvårdsbehoven blev tillgodosedda för brukaren. Informanterna i studien menade att det inte ingick i deras arbetet, vilket bidrog till att det aldrig följdes upp om behovet hade blivit tillgodosett. Genom att upprätta en samverkan med tandvården så att den ingår i den sammanhållna omsorgen runt den äldre personen som behöver omsorg i hemmet kan onödigt lidande undvikas. Dessutom kan samhällsekonomiska besparingar göras genom att investera i de äldres hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2010).

Resultatet visade vidare att fyra informanter ansåg att deras kunskaper om munhälsa var otillräckliga för att kunna se helheten i den allmänna hälsan hos äldre personer med demenssjukdom. Munhälsa ingår inte i socionomutbildningen och deras arbetsgivare tillhandahöll inte någon utbildning inom detta område. Det var utifrån sina egna erfarenheter

som informanterna fick bedöma brukarnas munhälsobehov. En av informanterna menade att med mer kunskap inom området skulle deras medvetenhet öka och därigenom lyfta munhälsan så att den fick högre prioritet. Detta belyser även Hagman- Gustafsson et al. (2008) i sin studie, om hur kunskapen kan öka medvetenheten om den orala hälsan och hur viktig den orala hälsan är för välbefinnandet. En kompetenshöjning av biståndshandläggarnas kunskaper om oral hälsa skulle kunna bidra till att deras erfarenhet om hur den kan påverka den allmänna hälsan och välbefinnandet hos äldre personer med demenssjukdom. Guimaraes Bahia Reis et al. (2011) visar i sin studie att begränsade kunskaper om munhälsan påverkade vårdgivarnas attityder till hur viktig munhälsan var för välbefinnandet för personerna som bodde på äldreboende. Med kunskaper och utbildning inom munhälsa menar forskarna att omvårdnaden kan nå en högre kvalitet. Likaså påvisar Murray et al. (2006), vikten av utbildning och kunskaper om oral hälsa till de som tillhandahåller omsorg till äldre personer på äldreboende om den orala hälsan.

## **FRAMTIDA FORSKNING**

Det föreligger behov av mer kunskap om munhälsa, som kan bidra till att biståndsbedömare blir mer uppmärksammade på hur oral ohälsa kan påverka den allmänna hälsan och välbefinnandet hos äldre personer med demenssjukdom. Det behövs fler studier och utformande av riktlinjer för att finna förutsättningar för tandvårdens medverkan i den sammanhållna vården av äldre personer med demenssjukdom som bor i det egna hemmet, för att insatser ska kunna sättas in i god tid och främja fören god oral hälsa och ett välbefinnande.

## **SLUTSATS**

Prevalensen av den orala ohälsan hos äldre personer med demenssjukdom ökar och det skapar både lidande och påverkar den allmänna hälsan negativt. Äldre som har drabbats av demenssjukdom kan ha svårt att förmedla obehag som de upplever från munnen, utan måste förlita sig på att andra i deras omgivning uppmärksammar deras orala hälsa.

Biståndshandläggaren har ett nära samarbete med hälso- och sjukvård, eftersom den allmänna hälsan är ett behov som utvärderas vid behovsbedömningar. Men tandvården finns inte representerad i planeringen av den sammanhållna vården och hamnar därför utanför behovsbedömningen. Studien visar att informanterna var medvetna om att den orala hälsan är

viktig för välbefinnandet hos äldre personer med omsorgsbehov, men att den ofta glömdes bort eller försumrades på grund av tidsbrist eller att behovet ansågs vara litet. Den orala hälsan behöver därför prioriteras högre vid biståndsbedömningar. Studiens resultat visar att det finns behov av att etablera samverkan mellan tandvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att munhälsobehovet ska bli ett lika centralt behov att tillgodose som resten av den sammanhållna vården, för äldre med demenssjukdom som fortfarande bor kvar i det egna hemmet. Vidare visar studien att det föreligger behov av mer kunskap om oral hälsa, som kan bidra till att biståndsbedömare blir mer uppmärksammade på hur oral ohälsa kan påverka den allmänna hälsan och välbefinnandet hos äldre personer med demenssjukdom.

## REFERENSLISTA

Andersson, K., Furhoff, A.-K., Nordenram, G., & Wårdh, I.(2007). Oral health is not my department' Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 1, 126-133. DOI:10.1111/j.1471-6712.2007.00446

Axelsson,R., & Bihari. Axelsson., S. (Red.).(2007). *Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder (2 uppl.)*. Stockholm: Liber AB.

Coleman, P. (2005). Opportunities for nursing-dental collaboration: Addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook*, 53, 1, 33-39.

Furuta, M., Komiya-Nonaka, M., Akifusa, S., Shimazaka, Y., Adachi, M., Kinoshita, T., Kikutani, T., & Yamashita, Y. (2013). Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41, 2,173-181. DOI:10.1111/cdoe.12000

Gluzman, R., Meeker, H., Agarwal, P., Patel, S., Gluck, G., Espinoza, L., Ornstein, K., Soriano, T., & Katz, R.V. (2013). Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. *Special Care in Dentistry*,33, 5, 218-226. DOI:10.1111/j.1754-4505.2012.00316

Graneheim, U.H.,& Lundman, B. (2003), Qualitive content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Griffin, S.O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P.M., & Bailey, W.D. (2012). Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. *American Journal of Public Health*. 102(3): 411–418.

Guimaraes Bahia Reis, S.G., Marcelo, C.V., Tatiane da Silva, E., & Leles, C.R. (2011). Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology*, 28, 1, 69-75. DOI:10.1111/j.1741-2358.2010.00366

Gunnarsson, P., & Resebo, J. (2012). *En bild av de äldre. Tand- och munhälsa bland äldre (≥60 år) i Karlskrona kommun (2001 -2007)* (Skrift 2012:1). Karlskrona: Blekinge kompetenscentrum.

Hagman-Gustafsson, M-L., Holmén, A., Strömberg, E., Gabre, P., & Wårdh, I. (2008). Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? *Swedish Dental Journal*, 32, 2, 95-104.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. (2014). *Uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade. Anvisningar för kommunens personal. Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

IEEE, (1979). The Hawthorne Effect. *Transaction on Reliability*. R-28, 1. DOI.10.1109/TR.1979.5220457

Lima Saintrain, M., & Goncales, R.D., (2013). Salivary tests associated with elderly people's oral health. *Gerodontology*, 30, 2, 91-97. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2012.00627

Lindelöf, M., & Rönnbäck, E., (2004). *Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete.

Lindsay, J., & Anderson, L. (2004). Dementia/Alzheimer's disease. *BMC Women's Health*. 4(Suppl 1):S20. DOI:10.1186/1472-6874-4-S1-S20

Murray, P. E., Ede-Nichols, D., Garcia-Godoy, F.(2006). Oral health in Florida nursing homes. *International Journal of Dental Hygiene*,4,4,198–203. DOI:10.1111/j.1601-5037.2006.00212

*Nationalencyklopedin*. (2014). Haglund.D

Nordenram, G. (2012). Dental health. Health in Sweden: The national Public Health Report 2012. Chapter 16. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 9, 281-286.  
DOI:10.1177/1403494812459620

Notisum AB. (2013). Tandvårdslag (1985:125). Regeringskansliets rättsdatabaser.

Patel. R & Davidson.B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur AB, Lund.

Pirlich, M., & Lochs, H. (2001). Nutrition in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 15, 6, 869-884.

*Regeringens proposition 2007/08:110*. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet.

*Regeringens proposition 2009/10:116* . Värdigt liv i äldreomsorgen. Stockholm: Socialdepartementet.

*Regeringens proposition 1997/98:112*. Reformerat tandvårdsstöd. Stockholm: Socialdepartementet

SBU. (2006). *Demenssjukdomar en systematisk litteraturöversikt*. Rapportnummer 172. ISBN: 91-87890-99-2

SCB. (2009). Demografiska rapporter 2009:1. *Sveriges framtida befolkning 2009-2060*. ISBN: 978-91-618-1488-6

SFS 1985:25.Tandvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

Shay, K., Scannapieco, F.A., Terpenning, M., Smith, B., & Taylor, G. (2005). Nosocomial Pneumonia and Oral Health. *Special care in Dentistry*, 25, 4, 179-187. DOI:10.1111/j.1754-4505.2005.tb0164

SKL. (2014). *Landstingens tandvårdsstöd*.  
[http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsoochvard/tandvard/landstingens-tandvardsstod](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/tandvard/landstingens-tandvardsstod)

SKL. (2012) *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2011 års verksamhet*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Socialstyrelsen. (2006).*Landstingets uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*. Artikelnummer. 2005-103-9. ISBN: 91-85482-00-5

Socialstyrelsen. (2010b). *Lägesrapport 2010 Folkhälsa Hälso- och sjukvård Individ- och familjeomsorg Stöd och service till personer med funktionsnedsättning Vård och omsorg om äldre*. Artikelnummer 2010-3-21.

SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Stockholm: Socialdepartementet.

Statens Folkhälsoinstitut. (2010), *Äldres hälsa kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010*.

Stenman, U., Ahlqvist, M., Björkelund., C & Hakebe, M. (2012). Oral health–related quality of life – associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology*, 29, 2, 440-446.



Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M-L., Holmén, A., Wårdh, I., & Gabre, P. (2011). Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40, 3, 221-229. DOI:10.1111/j.1600-0528.2011.00653

Stubbs, C., & Riordan, P.J. (2002). Dental screening of older adults living in residential aged care facilities in Perth. *Australian Dental Journal*, 47,4,321–6. DOI:10.1111/j.1834-7819.2002.tb00545

*Svenska Akademiens Ordbok*. (2010).

Sveriges Tandläkarförbund. (2013). *Resultatrapport – enkät till kommunerna om munhälsan hos äldre som bor hemma*.

Sveriges Tandläkarförbund. (2012). *Resultat av enkät till äldre våren 2012 Pensionärer om sin munhälsa och tandvård*

Syrjälä, H.A-M., Ylöstalo, P., Ruoppi, P., Komulainen, K., Hartikainen, S., Sulkava, R., & Knuuttila, M. (2010). Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology*, 29, 36-42. DOI:10.1111/j.1741-2358.2010.00396

Tronje- Gahnberg, L., Gahnberg, L., Hägglin, C., Odebo, L. (2013), *Skör och äldre - vad händer med tänder? Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov.*( FoU i Väst/GR rapport 4:2013).Göteborg: FoU i Väst/GR

World Health Organisation. (2003). *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme* . Geneva: World Health Organisation.

World Medical Association. (2014). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Wårdh, I. (2007). *Mål i mun en artikel om äldre och mat*. Socialstyrelsen.

Zini, A., & Sgan-Cohen, H.D. (2008). The effect of oral health on quality of life in an underprivileged homebound and non-homebound elderly population in Jerusalem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1, 99-104. DOI:10.1111/j.1532-5415.2007.01498

## **BILAGEFÖRTECKNING**

Bilaga 1 Etisk egengranskning

Bilaga 2 Informationsbrev

Bilaga 3 Samtyckesblankett

Bilaga 4 Intervjuguide

Bilaga 5 Exempel på innehållsanalys



**Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt  
eller motsvarande inför rådgivande etisk bedömning/granskning**

Projekttitel: En studie om biståndshandläggares attityder och erfarenheter vid bedömning av munhjälsstöd till personer med demenssjukdom.

Projektledare: Annette Nordström

Handledare: Ingrid Weiber

		Ja	Tveksamt	Nej
<b>1</b>	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			X
<b>2</b>	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			X
<b>3</b>	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			X
<b>4</b>	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			X
<b>5</b>	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X

**Blanketten skall bifogas ansökan och skrivas under av den som genomför projektet och i förekommande fall även av handledare.**

Hej,

Jag heter Annette Nordström och studerar Folkhälsovetenskap vid Blekinge Tekniska Högskola. Just nu håller jag på att skriva på ett examensarbete som är en del som ingår i min utbildning. Jag har valt att studera hur man på socialtjänsten arbetar med att munhälsobehovet blir uppmärksammat och tillgodosett, i samband med bedömningen av behov hos personer med demenssjukdom som fortfarande bor kvar i ordinärt boende. För att studera detta har jag kommit fram till att jag behöver genomföra intervjuer med biståndshandläggare, för att få en djupare kunskap. Intervjuerna beräknar jag till att de tar ca 20 minuter att genomföra. Det insamlade materialet kommer att raderas efter att jag har fått godkänt på min uppsats. Den insamlade informationen kommer inte att kunna härledas till den enskilde individen.

Jag hoppas att det kommer att finnas möjlighet för någon från biståndsenheten att delta i en intervju.

Med vänliga hälsningar

Annette Nordström

070-4691980

Handledare  
Ingrid Weiber  
0455 385451



**Blekinge Tekniska Högskola**  
**Sektionen för hälsa**

Jag heter Annette Nordström och jag studera Folkhälsovetenskap vid Blekinge Tekniska Högskola. Jag är mycket tacksam för att du har avsatt tid för att delta i intervjun. Intervjun ingår i den studie som jag gör inför mitt examensarbete. Syftet med min studie är att undersöka hur ofta munhälsan uppmärksammas vid en behovsbedömning, för personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende.

Jag kommer att spela in intervjun om du samtycker till det. Du kan när som helst avbryta intervjun och du svarar frivilligt på frågorna. Intervjun kommer sedan att transkriberas, för att kunna bearbetas. Informationen som kommer fram i intervjun kommer inte att kunna härledas till den enskilde personen. Inspelningen av intervjun kommer att raderas efter att den har transkriberats. Det är endast jag och min handledare som kommer att ta del av den transkriberade utskriften. Utskriften kommer också att raderas efter att den har bearbetats.

Tack för din medverkan

Student

Handledare

Annette Nordström

Ingrid Weiber

070-4691980

0455-385451

.....  
 Namnteckning

### Intervjuguide

- Hur upplever du hur det är med munhälsa hos personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende?
- Hur tycker du att frågan om munhälsa och munhälsoproblem lyfts för personer med demens som bor kvar i hemmet?
- Är munhälsan hos personer med demens som bor hemma en prioriterad fråga?  
Hur tror du att munhälsan påverkar välbefinnandet hos personen?
- Hur ofta tar du upp munhälsan vid en biståndshandläggning ?
- Vilka faktorer inverkar på beslutsprocessen, när det gäller beslut om tandvårdsintyg och munhälsobedömning?
- Hur kartlägger och bedömer du munhälsobehov?
- Informerar du om tandvårdsintyg till anhöriga och personen med demenssjukdom?
- Blir de informerade om vart de ska vända sig?
- Följer du upp att personen som beviljats tandvårdsstödintyg verkligen får tandvård?
- Tycker du att du har fått tillräcklig information och kunskap om munhälsan och hur det kan påverka den allmänna hälsan?
- Hur ser samarbetet ut mellan kommunen, primärvården, äldreomsorgen och tandvården ?
- Är det något du skulle vilja tillägga som inte har framkommit i fråga om munhälsan hos äldre med demenssjukdom?

Bilaga 5.Exempel från innehållsanalys 1 (2)

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategor i	Kategori
Allting annat är så pass mycket synligt. Alltså kroppsliga problem. Tänderna, det är som om man inte tänker på det på samma sätt, tyvärr.	Allt annat syns. Tänderna, det är som om man inte tänker på det.	Munhälsan inte lika synlig		Erfarenheter i fråga om behovsbedömning av munhälsa
Det kan jag ärligt säga att det senaste året har vi haft en sån hög arbetsbelastning , så det har kommit nästan långt bak. Om någon anhörig ringer[] Ibland kommer man ihåg att fråga. [] Men ännu fler gånger glömmes vi bort det.	Hög arbetsbelastning. Tandvårdsstödsintyget kommer långt bak. Glömmes ofta bort att fråga.	Hög arbetsbelastning . Glöms bort.	Faktorer som inverkar vid behovsbedömning av munhälsan	Erfarenheter i fråga om behovsbedömning av munhälsa
Nej, alltså när vi kommer ihåg. [] ibland frågar anhöriga. Men, det är ingenting som vi generellt informerar om. Det blir ytterligare en arbetsuppgift.	Informerar inte generellt. Ytterligare arbetsuppgift	Informera innebär mer arbete.		Information om munhälsobedömning och tandvårdsstödsintyget



Exempel från innehållsanalys 2 (2).

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Nej, vi har inte fått någon utbildning om det. Utan det är det som vi kan tänka ut själva.	Inte fått utbildning i munhälsa. Får tänka ut själva.	Saknar kunskap om munhälsa		Utbildningserfarenhet i munhälsa
Ja, information i alla fall så att man läsa och förstå och koppla ihop. Och då är det ju enklare att se helheten och förstå att det hänger lite på munnen. så att man vet hur man ska göra eller erbjuda eller råda.	Mer information, för att kunna se helheten och för mer förståelse. Vad man ska erbjuda	Önskar mer information	Behov av mer kunskap	Utbildningserfarenhet i munhälsa
Så att jag har inget uppföljningsansvar där. Utan det är, vad jag har förstått sker per automatik.	Inget uppföljningsansvar. Förlitar sig på att det fungerar	Inget ansvar för uppföljning		Brister i uppföljning
Tandvården den hamnar ju lite utanför, det gör den. Nej, det är nog inte så ofta som vi diskuterar med dom	Tandvården hamnar utanför.	Inget samarbete. Tandvård utanför		Samverkan med tandvården