



**Examensarbete (OH8314) 15 hp, för
Kandidatexamen i Oral hälsa
VT 2016**

**Undersköterskors uppfattning om oral
hälsa och munvårdsrutiner på en
intensivvårdsavdelning**
- en kvalitativ studie

**Författare:
Marlen Johnsson
Nathalie Martinsson**

**Författare**

Marlen Johnsson & Nathalie Martinsson

Titel

Undersköterskors uppfattning om oral hälsa och munvårdsrutiner på en intensivvårdsavdelning - en kvalitativ studie

Handledare

Carina Mårtensson

Examinator

Pia Andersson

Sammanfattning

På en intensivvårdsavdelning vårdas bland annat patienter som är svårt sjuka, har allvarliga skador och kan ha genomgått omfattande operationer. Patienterna är oftast helt beroende av vårdpersonalen och att de sköter deras hygien. Med tanke på att de även kan vara infektionskänsliga är det extra viktigt att dessa patienter får en så individuellt anpassad munvård som möjligt. Studier tyder på bristande kunskaper kring oral hälsa och att munvården inte prioriteras inom vården trots att allvarliga komplikationer kan uppstå. Syftet med denna studie var att belysa undersköterskors uppfattning om oral hälsa och vilka rutiner som finns för munvård på patienter vid en intensivvårdsavdelning. Åtta intervjuer ägde rum som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet tyder på att munvård prioriteras högt på avdelningen och att undersköterskorna har kunskaper om varför det är viktigt att patienterna har en god munhygien. Det framgick också att munvårdsrutiner finns på avdelningen och tycks utföras till stor del tillfredsställande.

Ämnesord

Intensivvård, munvårdsrutiner, oral hälsa, undersköterskor



Förord: Författarna vill tacka den valda vårdavdelningen som ställde upp i studien. Vi vill också tacka alla informanterna för deras medverkan och för att de har delat med sig av sina uppfattningar och kunskaper.



Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	1
1.1 Hälsa och oral hälsa	1
1.2 Munvård	1
1.3 Dålig munhygien och risker	2
1.4 Vårdpersonal och munvård	3
1.5 Intensivvårdsavdelning	4
1.6 Tandvård och sjukvård	4
2. SYFTE	4
3. MATERIAL OCH METOD	4
3.1 Design	4
3.2 Urval	5
3.3 Datainsamlingsmetod	5
3.4 Analys	6
3.5 Etiska aspekter	7
4. RESULTAT	8
4.1 Oral hälsa	9
4.2 Vikten av den orala hälsan	10
4.3 Munvård och utbildning	11
4.4 Tiden för munvård	12
4.5 Samband	12
4.6 Munhygien	13
4.7 Brister	15
4.8 Prioritering	16
5. DISKUSSION	17
5.1 Metoddiskussion	17
5.1.1 Datainsamling och analysprocess	17
5.1.2 Urval	19
5.2 Resultatdiskussion	19
6. REFERENSER	23



7. BILAGOR

	27
Bilaga 1. Intervjuguide	27
Bilaga 2. Informationsblad till undersköterskorna	28
Bilaga 3. Samtyckesblankett	29



1. INTRODUKTION

1.1 Hälsa och oral hälsa

Hälsa är ett tillstånd av välmående, både psykisk, fysisk och socialt, och behöver inte alltid innebära avsaknad av sjukdom (WHO 1948). Den orala hälsan är en del av den allmänna hälsan och är en förutsättning för välbefinnande. En god oral hälsa betyder mer än bra tänder, det innebär även att vara fri från kronisk smärta, cancer, vävnadsskador, missbildningar samt andra sjukdomar och störningar som påverkar mun, ansikte och svalg (Petersen 2003).

Problem med att tugga, äta, le och kommunicera på grund av saknade, missfärgade eller skadade tänder har en stor inverkan på människors dagliga liv och välbefinnande (Petersen et al. 2005). Målet med tandvård är en god oral hälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen, detta avser åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (Tandvårdslagen 1985). Målet att främja en god oral hälsa innebär att upprätthålla en god munhygien för att minska kolonisering av bakterier och dentalt plack samt minska risken för aspiration av saliv som är kontaminerad av bakterier (Feider et al. 2010).

1.2 Munvård och riktlinjer

För att förebygga olika sjukdomstillstånd är grunden av en god munhygien viktig. Detta innefattar daglig rengöring av tänder och munhåla (Axelsson et al. 2004). En mjuk tandborste med litet borsthuvud bör användas för att effektivt avlägsna plack från tänderna. Alla ytor på tänderna ska borstas med en fluortandkräm två gånger per dag. Munvård bör anpassas efter individuella behov och önskemål (Holman et al. 2005). Tekniken för rengöring av munhålan eller protetiska ersättningar har stor betydelse för att kunna uppnå en optimal munhygien. Tänderna ska borstas i två minuter, med mildt tryck och med cirkulerande rörelser (Ganss et al. 2009). Enligt Axelsson et al. (2004) har användning av approximala hjälpmedel, såsom tandtråd och tandpetare, tillsammans med tandborstning en stor betydelse för att förhindra uppkomsten av karies och periodontala sjukdomar. Även antiinflammatoriska medel har visat sig kunna utgöra ett komplement till tandborstning, till exempel på patienter med protetiska ersättningar i munhålan (Cortelli et al. 2014). Studier har visat att en systematisk munvård och individuell bedömning för behovet av munvård, på svårt sjuka patienter förbättrar munhälsan i större utsträckning jämfört med om endast slemhinnan och tänderna rengörs rutinmässigt. I



bedömningen ska saliv, tänder, tunga, läppar och munslemhinna ingå. Detta gör det lättare att bedöma vilka åtgärder som ska sättas in och hur ofta dessa ska utföras per dygn på patienterna (Ames et al. 2011, Andersson et al. 2002). Svårt sjuka patienter som får syretillförsel eller andas med öppen mun behöver en individuellt anpassad tandvård. De är i behov av att munhygien kontrolleras och åtgärdas minst två gånger per dygn. Detta beror på att slemhinnorna snabbt kan torka ut, vilket kan leda till skador och medför i sin tur en ökad risk för infektioner (Yildiz et al. 2013). Munvård försummas ofta hos allvarligt sjuka patienter eller utförs bristfälligt (Feider et al. 2010).

1.3 Dålig munhygien och risker

När munvården inte sköts kan det leda till en ökad bakterietillväxt i munhålan.

Bakteriebeläggningar som får ligga kvar en längre tid kan orsaka inflammation i tandkötet, gingivit, som i sin tur kan leda till tandlossning, parodontit, vilket innebär att tänderna kan förloras helt (Eley & Manson 2008a). Parodontit har visat sig ha ett samband med sjukdomar i andningsorganen och kranskärlen (Azarpazhooch & Tenenbaum 2012) samt med andra sjukdomar som diabetes (Ferreira et al. 2014), stroke (Lafon et al. 2014), reumatoid artrit (Lee et al. 2015), benskörhet (Lin et al. 2015) och artros (Temoin et al. 2012).

I munhålan kan en svampinfektion uppstå vid exempel behandling med antibiotika eller mediciner, som stör munhålan och kroppens normalflora (Ericson et al. 2009). Arten candidas är den mest förekommande svamporganismen och *Candida albicans* är den svampart som orsakat flest infektioner i munhålan, upp till 80-90% (Liguori et al. 2007). Vanligaste stället att hitta *Candida albicans* är vid tandköttskanten, i tandköttsfickor samt på munslemhinnan. Om en candidainfektion uppstår i munhålan kan den föras vidare ner i matstrupen och hos en patient med en allvarlig grundsjukdom kan den även sprida sig ut i blodet. Detta kan leda till en infektion på hjärnhinnan och hjärtklaffarna, väl ute i blodet är candida svårbehandlat och mycket allvarligt (Ericson et al. 2009).

Saliven har en antimikrobiell effekt vilket innebär att bakterier som bland annat orsakar gingivit, parodontit och karies kan hämmas. Minskad salivsekretion och muntorrhet innebär lägre koncentrationer av antimikrobiella ämnen. Patienter som exempelvis sondmatas har en nedsatt salivsekretion eftersom de inte tuggar sin mat. Många läkemedel kan också orsaka muntorrhet,



liksom undernäring. Nedsatt salivsekretion och en dålig munhygien skapar tillsammans en miljö i munhålan, som ger goda förutsättningar för bakterier att kunna föröka sig (Tada & Hanada 2010).

Bakterier i munhålan kan aspireras ner genom luftvägarna och ökar risken för lunginflammation, pneumoni, hos äldre men även svårt sjuka patienter. Lunginflammation är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna med en dödlighet på upp till 25%. Munhålan är en viktig reservoar för patogena luftvägsbakterier, därför är en god munhälsa värdefull för att undvika aspirationspneumoni och luftvägsinfektioner. Högrisk patienter, det vill säga de som inte själv kan upprätthålla en god munhygien behöver hjälp med munvården ofta för att minska utvecklingen eller förekomsten av luftvägssjukdomar (Ortega et al. 2014, Munro et al. 2009, Sjögren et al. 2008).

1.4 Vårdpersonal och munvård

Sjuksköterskor har huvudansvar för dokumentationen över bedömningar och åtgärder, att patientens hälsa och behov tillgodoses samt att eventuella åtgärder sätts in, medan det oftast är undersköterskorna som utför munvård på patienterna (Andersson & Öhrn 2006).

Vårdhandboken finns tillgänglig på nätet för all vård- och omsorgspersonal, den uppmanar vårdpersonal att vara särskilt uppmärksam på munvården hos medvetslösa och svårt sjuka patienter. Dess syfte är att säkerställa god och säker vård, på lika villkor och bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL) samt innehåller riktlinjer för att kvaliteten och säkerheten inom vården ska upprätthållas och vidareutvecklas (Vårdhandboken 2014). Trots detta har munvård visat sig ha låg prioritet i vårdarbetet (Coker et al. 2013) och försummas ofta eller utförs bristfälligt hos sjuka patienter (Feider et al. 2010).

I en studie där sjuksköterskor, undersköterskor och hemtjänstpersonal besvarade en enkät visades det att sjuksköterskorna rankade munvård som en del av en god omvårdnad medan hemtjänstpersonal hade en tendens att ranka munvården lägre. Undersköterskorna rankade även munvård som mer motbjudande att utföra än de övriga personalgrupperna. Den mest oönskade arbetsuppgiften inom omvårdnad som angavs var "att borsta tänderna" inom alla tre personalgrupperna (Wårdh et al. 1997).



1.5 Intensivvårdsavdelning

På en intensivvårdsavdelning vårdas patienter som behöver vårdpersonal som har en specialiserad utbildning. Patienterna är svårt sjuka, allvarligt skadade och kan ha genomgått allvarliga operationer. Behandlingarna på dessa patienter är kostsamma och är ofta svåra att utföra (Gulbrandsen & Stubberud 2009).

1.6 Tandvård och sjukvård

Evidensbaserad omvårdnad är grunden till utveckling av omvårdnadspraxis. Studier visar att en god munvård förebygger orala infektioner och förbättrar patienternas komfort (Türk et al. 2012). På intensivvårdspatienter är det viktigt med god munhälsa och en noggrann munhygien, så att infektioner förebyggs. Trots att det i många lokala riktlinjer utförligt beskrivs hur munhygien ska utföras inom intensivvården, så är munhygien många gånger bristfällig på dessa patienter (Su et al. 2011). Det är därför värdefullt att få mer kunskap inom detta område. Flera tidigare studier (Holmgren & Strömmer 2015, Giráldez & Quin 2013) har fokuserat på sjuksköterskor, och har visat att det i huvudsak är undersköterskor som utför munvården på patienterna. Vi har därför valt att utföra studien på denna sistnämnda grupp. Genom att belysa undersköterskors syn och uppfattning kring munvård kan detta eventuellt identifiera problemet, med varför munvården inte prioriteras, för att i framtiden försöka förebygga detta.

2. SYFTE

Syftet med studien är att belysa undersköterskors uppfattning om oral hälsa och vilka rutiner som finns för munvård på patienter vid en intensivvårdsavdelning.

3. MATERIAL OCH METOD

3.1 Design

En kvalitativ studie har utförts, vilket innebär att allt insamlat material har tolkats och analyserats (Olsson & Sörensen 2007). Kvalitativa intervjuer är en metod som används när syftet är att ta reda på människors tanke sätt, reaktioner och hur en dialog förs om ett valt ämne (Trost 2005). Studien genomfördes med användning av en intervjuguide (Bilaga 1). Guiden baserades på semistrukturerade frågor som användes vid intervjuer med undersköterskor på en intensivvårdsavdelning i södra Sverige. Guiden innehöll frågor som belyste undersköterskornas syn på oral hälsa och munvård, prioriteringar, utbildning och vilka hjälpmedel som användes.



3.2 Urval

Avdelningschefen på vald intensivvårdsavdelning kontaktades via telefon, för att vi skulle få godkännande och tillstånd till att utföra studien. Skriftlig information om studien och dess inkluderingskriterier mailades till avdelningschefen efter samtalet. Vi informerade undersköterskorna dels muntligt på avdelningen men även med ett skriftligt informationsblad (Bilaga 2). Sammanlagt fanns 42 anställda undersköterskor på avdelningen som uppfyllde inklusionskriterierna. Alla deltog inte vid den muntliga informationen och därför lämnades även skriftlig information om hur studien skulle genomföras. Femton samtyckesblanketter (Bilaga 3) samt frankerade kuvert lämnades på avdelningen till avdelningschefen för att frivilliga skulle kunna anmäla sitt intresse till att delta i studien. Målet var att intervjua nio informanter, av vilka en skulle ingå i pilotstudien. De första sex informanterna som skickade samtyckesblanketten till en av oss författare och tre informanter som anmälde sitt intresse genom att personligen överrätta samtyckesblanketten vid besök på avdelningen inkluderades i studien. En av dem som anmält sitt intresse deltog inte på grund av sjukdom.

Inklusionskriterier för att delta i studien var en anställning på minst sex månader på den valda intensivvårdsavdelningen samt att det svenska språket kunde behärskas. Detta för att minimera missförstånd, dels under intervjun men även vid transkribering av materialet.

Samtliga undersköterskor som deltog i studien var kvinnor och hade i genomsnitt arbetat inom yrket i 24 år.

3.3 Datainsamlingsmetod

Första informanten som skickade en samtyckesblankett till författarna och uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut för att delta i en pilotstudie. Efter analys av pilotstudien bedömdes att resultatet av denna kunde inkluderas i resultatet.

Informanterna blev kontaktade via mail för att bestämma en tid och datum då intervjun skulle genomföras. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en diktafon i ett tyst avskilt rum på sjukhuset och varade i ungefär 15 minuter. Frågor ställdes till informanterna utifrån intervjuguiden (Bilaga 1). Vi medverkade båda vid samtliga intervjuer, en genomförde intervjun med informanten och en observerade. Materialet transkriberades, bearbetades och fick en kod efter att alla intervjuer var genomförda. Vid genomläsning av intervjuerna bedömdes att efter den



sista hade mättnad uppstått, vilket innebar att de åtta intervjuer som utförts räckte för att kunna ge ett trovärdigt resultat.

3.4 Analys

Kvalitativ innehållsanalys har använts vid bearbetning av materialet (Figur 1). Detta innebär att analys och tolkning av texter har utförts (Lundman & Graneheim 2012, Olsson & Sörensen 2007).

Ljudfilerna fördelades jämt mellan oss författare och intervjuerna transkriberades därefter ordagrant. Det transkriberade materialet kontrollerades genom att den andra av oss lyssnade på intervjuinspelningarna samtidigt som det transkriberade materialet lästes. Gemensamt lästes det transkriberade materialet i sin helhet flera gånger och meningsenheter markerades som besvarade syftet. Därefter kondenserades meningsenheterna till en mer lätthanterlig text utan att relevant innehåll gick förlorat. De kondenserade meningsenheterna kodades och liknande koder bildade kategorier. Kategorierna bildade domäner som i sin tur gav ett tema som övergripligt beskriver resultatet. För att undvika olika tolkningar vid kodningen av materialet utfördes analysen gemensamt där meningsenheternas helhet och sammanhang diskuterades mellan båda författarna. Ett exempel på detta är meningsenheten *“Många av dem är ju inte vakna eller så där lite halvt vakna att det är viktigt att man informerar innan om det här att, ja, är försiktig och att de hänger med på vad man gör, jätte viktigt”* (kod 15) som författarna kondenserade till *“viktigt att informera vakna patienter vad man ska göra”* som fick koden *“informera vakna patienter”* och skapade kategorin *“bemötande”*.

Texten analyserades med latent och manifest innehåll. Latent budskap är en tolkning av texten och kan uttryckas som underliggande meningar, eller att läsa mellan raderna, och manifest innehåll är det som beskrivs direkt i texten utan tolkning (Lundman & Graneheim 2012). Ett citat där latent tolkning gjordes var *“Det görs ju i förbifarten om man säger som så, det är inget vi planerar så mycket utan man bara gör det”* (kod 16). Informanten svarade på frågan hur högt hon anser att munvården prioriteras på patienterna. En manifest tolkning gjordes där emot av citatet *“Ja det är som sagt jag kan bara säga för den här avdelningen att vi prioriterar det högst”* (kod 13). Informanten stärker sitt budskap genom ordet prioriterar.



Informanterna berättade inte bara om sina uppfattningar utan även om sina kunskaper samt om de rutiner som finns på avdelningen. Resultatet redovisas utifrån domänerna “uppfattning”, “kunskap” och “rutin” (Figur 2).

Tema	Sammanbindning och återspeglning av intervjumaterial		
Domäner	Reflektioner genom bearbetat material	Delar av texten Tydligare bild av innehållet	
Kategorier	Ord, meningar och stycken av en text hör samman utifrån sitt innehåll	Texten kondenserades och det väsentliga i texten belystes	
Koder	Nyckelord för att beskriva meningsinnehållet		

Figur 1 Analysprocessens arbetsgång (Granskär & Höglund-Nielsen 2012).

3.5 Etiska aspekter

Informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet är de fyra forskningsetiska aspekterna (Vetenskapsrådet 2002), och har beaktats i denna studie på följande vis:

Informationskravet: Informanterna informerades muntligt och skriftligt innan studien påbörjades. Syftet med studien presenterades och att allt deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien om de ej vill medverka.



Samtyckeskravet: Alla informanter fick ge sitt godkännande för sin medverkan via ett skriftligt formulär med information innan studien påbörjades.

Nyttjandekravet: All information som samlats in kommer endast användas för studiens ändamål. Efter godkänd examination kommer allt insamlat material att förstöras.

Konfidentialitetskravet: Materialet förvarades inlåst så att ingen obehörig skulle kunna komma åt materialet. Alla informanter avidentifierades, genom kodning, så att ingen utomstående skulle kunna identifiera dem eller deras svar.

Andra etiska aspekter som beaktats under studiens gång var att informanterna kunde uppfatta studien som kränkande, att kunskaper och arbetssätt ifrågasattes. Det fanns även eventuella risker att patienter kunde känna sig felaktigt behandlade eller att anhöriga till patienterna reagerat om studien resulterat i ett negativt resultat. Vi författare har tystnadsplikt och alla informanter samt avdelningschefen erbjöds ett exemplar av det färdiga arbetet så att de kan ta del av resultatet.

4. RESULTAT

Resultatet utifrån åtta intervjuer redovisas utifrån temat “hög prioritering av munvård på intensivvårdsavdelning” och redovisas i domänerna “uppfattning”, “kunskaper” och “rutiner”. Temat speglar det latenta budskapet i resultatet av studien och ger en övergripande blick. I domänen uppfattning har vi valt att redovisa bemötande, välbefinnande, oral hälsa och utbildning som kategorier. Dessa beskriver informanternas egen uppfattning om de olika kategorierna. Under kunskaper redovisas informanternas kunskaper om sambandet mellan oral hälsa och allmän hälsa. I domänen rutiner ingår kategorierna munhygien, brister och prioriteringar. Här beskrivs de fasta rutinerna kring munvård, vilka brister som finns kring rutinerna och hur högt det prioriteras.



Tema	Hög prioritering av munvård på intensivvårdspatienter							
Domäner	Uppfattning				Samband	Rutiner		
Kategorier	Bemötande	Välbefinnande	Oral hälsa	Utbildning	Allmänhälsa	Munhygien	Brister	Prioriteringar
Koder	Informera patienten Inte kränka Lära känna Inte störa	Omvårdnad Hjälpa till Förebygga Individanpassa Hjälp till självhjälp	God munhygien Fräsch Välskötta tänder Tandvård	PM Vårdhand-boken Kunskapsinhämtning via utbildning	Bakterier Komplikationer	Tandborstning Fukta Smörja Göra rent Produkter	Tidsbrist Personal-brist Kunskaps-brist Mycket att göra Motstånd	Betygsättning Värderingar Planering

Figur 2. Beskrivning av tema, domäner, kategorier och koder i den kvalitativa innehållsanalysen.

Uppfattning

Under domänen uppfattning ingår kategorierna “bemötande”, “välbefinnande”, “oral hälsa” och “utbildning”. Här redovisas olika tolkningar och uppfattningar som informanterna har på intensivvårdsavdelningen. Bland annat redovisas informanternas uppfattning om hur det är att utföra munvård på någon annan och vilken uppfattning de har kring nersövda eller vakna patienter.

4.1 Bemötande

Kategorin beskriver informanternas sätt att bemöta sina patienter, risken att kränka patienternas integritet och att kunna uppfylla patienters och anhörigas önskemål.

Många beskrev att de behandlar patienterna så som de själva hade velat bli behandlade.

Alla svarade att de inte såg något problem med att utföra munhygien på sina patienter, de lägger stor vikt vid att sätta sig in i patientens situation och ha en förståelse för att det kan vara jobbigt för dem.



"...jag tycker inte att det är något, det är värre för patienten. Hela tiden tänka på det. De har ju redan lite grejer i munhålan, plus en tandborste, plus ett finger..." (Kod 12).

"På mina patienter tycker jag inte alls att det är jobbigt, så skulle man ju själv också vilja ha det och då gör man ju så som man själv skulle vilja ha det." (Kod 17).

Informanterna berättade även att de försökte samordna rutinerna. Detta för att inte störa patienterna för ofta, speciellt under natten.

"Det beror ju lite på hur de ser ut i sin mun. Hur mycket vi stör dem annars, för det här med att störa patienterna väldigt ofta, det är ju inte heller helt optimalt. För de får kanske då inte riktigt sin vila." (Kod 11).

Många informanter berättade att det kändes lättare att utföra munvård på en nersövd patient än på en vaken patient. De berättade även att dem inte kan tvinga patienten till vård. En informant förklarade att det kan bli en svår och jobbig situation att utföra munhygien på någon som själv inte tycker att det är så noga och själv inte sköter den hemma. Detta sågs som ett problem och att det kändes som om att de då tvingade sig på patienten. En informant berättade om vikten av att informera vakna patienter om vad som ska göras så att de är förberedda. En annan informant berättade att hon gärna börjar med något som inte är lika personligt för patienten för att knyta ett band innan hon utför munhygien, för att undvika att kränka integriteten.

"Jag tycker inte att det är några större bekymmer, det kan väl vara lite bekymmer med äldre människor som kan, nu pratar jag riktigt äldre, som kanske inte har borstat sina tänder två gånger om dagen och vill inte, då kan jag känna att det inte känns hundra bra och när man, nu måste vi göra detta för det är jätte viktigt! Och är det så att man märker att, nej det här låter vi bli, för det är mer våldförande, så då låter jag bli" (kod 14).

4.2 Välbefinnande

Kategorin redogör för informanternas uppfattning om hur patienterna mår om munhygien inte sköts och deras uppfattning om varför en god oral hälsa är viktigt för välbefinnandet.



Alla informanter var enade om att munhygien är viktig och påverkade patientens välbefinnande. Många ansåg att en dålig oral hälsa kunde försämra patientens allmänna tillstånd. Några av informanterna såg en vikt i att låta patienterna själv få delta i munvården när möjligheterna finns, en informant kallade detta "hjälp till självhjälp". En informant belyste att det kan bli kostsamt för patienten i efterhand, om ingen har skött deras munhygien under tiden de varit inlagda på sjukhuset och att detta då i efterhand kan påverka patientens välmående. Majoriteten av informanterna ansåg att det är lika viktigt att vara fräsch i munnen som att vara det på kroppen för att patienten ska må bra. När det gäller vården på sina patienter beskrev informanterna att de är noga med att alltid försöka finnas till för varje patient och tillgodose deras personliga behov. Önskar patienten eller anhöriga extra munvård så gör informanterna gärna det i den mån det finns tid.

"Alla vill väl smaka någorlunda gott i munnen och inte ha en massa krutor och eeh beläggningar på tungan och uppe i gommen och över allt där det kan lägga sig. Och massa saliv som ligger bak i svalget som man inte kan bli av med. Jag vet ju bara när man sitter hos tandläkaren och när dem inte suger upp det där bak, det är ju förfärligt" (kod 11).

4.3 Oral hälsa

Denna kategori besvarar informanternas uppfattning om vad en oral hälsa innebär för dem.

Samtliga informanter fick definiera vad oral hälsa var för dem personligen, inte bara vad det innebär för deras patienter. Samtliga såg den orala hälsan som viktig. Svaren informanterna gav var; att ha en välskött mun, att borsta tänderna, avsaknad av sjukdom, vara fräsch i munnen, att ha en fuktig, ren och fin slemhinna, att använda tandpetare och ha möjligheten att kunna gå till tandläkare regelbundet. En informant ansåg även att smörja läpparna och att dricka om de är torra i munnen som en viktig del av den orala hälsan.

"Att man sköter sin munhygien, att man borstar tänderna regelbundet och att man går till tandläkaren regelbundet, och att man ja sköter det yttre också, läpparna, att man smörjer och så. Dricker ofta kanske och om man är torr i munnen och så så åtgärdar man det och så typ" (kod 16).



4.4 Utbildning

Kategorin behandlar informanternas svar på frågan hur deras utbildning såg ut kring munvård och vad utbildningen innebar.

Alla informanter ansåg att det var länge sedan de gick sin undersköterskeutbildning och majoriteten kunde inte minnas om tandvård ingick och i sådana fall vad som ingick i utbildningen. En del hade ett svagt minne av att det var väldigt enkel genomgång i hur de utför munvård. Bland annat ingick tandborstning och fuktning av munhålan. En informant berättade att de som läste in sista året till undersköterska vid ett senare tillfälle fick lära sig mer om tandvård och tandvårdstermer. Majoriteten som inte minns vad utbildningen byggde på ansåg att de fått det mesta via arbetsplatsen. Någon internutbildning förekommer inte utan de har tillgång till interna PM samt vårdhandboken på nätet.

“Alltså jag ska säga att jag har nog lärt mig mest här, kan man nog säga. För att här är ju lite annorlunda. Här kan de ju inte göra det själva, de kan ju inte göra rent munnen själva så att det har jag lärt mig här” (kod 18).

Samband

Domänen kunskaper redovisas med kategorin “samband”. Här beskrivs informanternas kunskaper kring samband mellan munhålan och övriga kroppen. De beskriver även hur de ska behandla för att undvika komplikationer och förebygga orala sjukdomar.

4.5 Allmänhälsa

Denna kategori redogör för informanternas kunskaper kring den orala hälsan och sambandet till komplikationer patienterna kan drabbas av om munhygien inte sköts.

Majoriteten av informanterna kopplade den orala hälsan och munhygien till olika komplikationer och sjukdomar som kunde påverka patientens hälsa.

En informant tog upp olika faktorer som kunde vara orsak till patienternas muntorrhet. Bland annat ligger de intuberade patienterna med öppen mun. Även att olika läkemedel har muntorrhet som biverkning, samt att syrgasen torkar ut och att det är väldigt torr luft på sjukhuset.



En annan informant tog upp vikten av att använda bakteriedödande medel för att undvika ventilatorassocierad pneumoni (VAP) och en annan informant berättade att de använder sterilt vatten för att undvika komplikationer vid aspiration.

“För det kan ju vara bakterier där i som kanske har stått och pyrt ett tag som gör att dem är dåliga genom det. Det vet vi ju inte heller” (kod 11).

“... Hexidenten kom ju då för, ja det var ju i samband med vappen då, att man skulle förhindra vap, att det kom ner fel i och med att det är öppet ner i lungorna, det är ju också en grej som är jätte viktig, att där är en öppen väg....” (kod 18).

En informant förklarade vikten av att inte orsaka patienten smärta. Här menade hon då att om patienten hade sår eller liknande i munhålan så ska bakteriedödande medel undvikas för att inte orsaka obehag och smärta hos patienterna. Andra saker som informanterna berättade var att de ibland gav lokalanestetikum i munhålan till de patienter som har sår, herpes eller liknande innan de utför munvård för att undvika smärta och att lämna lite tandkräm kvar i munhålan ansågs som bra för tänderna.

“...när de är så dåliga så de ligger hos oss att de kan föra med sig så att, har de inte en sepsis så kan de få om de inte om man inte sköter munnen” (kod 14).

Rutiner

Kategorierna “munhygien”, “brister” och “prioriteringar” redogör för domänen rutiner. Här redovisas informanternas dagliga utförande av munvård, vilka rutiner som finns och vilka hjälpmedel det har tillhands. I resultatet ingår även vilka brister informanterna kunde se i rutinerna på vårdavdelningar överlag.

4.6 Munhygien

Denna kategori beskriver hur informanterna utför de dagliga munvårdsrutinerna på patienterna, vilka instrument och hjälpmedel som finns tillgängliga och hur de uppfattar tiden de har att lägga på munvården.

Alla informanter var eniga om att tänderna skulle borstas minst två gånger per dag, att dem skulle fukta munnen minst varannan timme eller vid behov samt att bakteriedödande medel används



cirka en timme efter tandborstning. Alla informanter berättade att de har ett samarbete med sjuksköterskan, om patienten får komplikationer i munhålan för de en dialog om hur de ska gå vidare med sina åtgärder. Ibland kan även läkaren behöva kontaktas, det kan vara läkemedel som behövs ordineras. En informant nämnde läkemedel mot svamp som exempel. Eventuellt kan även en tandläkare behöva tillkallas.

“Det är ju på morgonen som vi borstar tänderna och så och då brukar vi borsta och står även med en sug och sen tar man en sån skumgummipinne och sköljer. Ett tag så tog vi en spruta med lite vatten och sprutade ner samtidigt som vi sög men då fick dem ju ner det i halsen lite också så vi tar istället och baddar med en sån skumgummigrej. Sen resonerar man lite så att är där lite tandkräm kvar så är det bara bra liksom. Och sen efter ett tag så tar vi det här med hexidenten, vi väntar en halvtimme typ sen kör vi runt med den på morgonen” (kod 16).

“Eeh sen så försöker vi nog iallafall varannan timme att torka ur, sterilt vatten har vi eftersom våra patienter oftast är intuberade med risken att det ska komma ner i lungorna och så, så är det viktigt att ha ett rent vatten när man gör rent i munnen” (kod 15).

Majoriteten av informanterna såg ett samband mellan att utföra munvård och andra fasta rutiner som görs på vårdavdelningen. Här berättade majoriteten att de kopplar ihop munvårds- rutinerna med att de varje dag byter sida på intuberingsslangen för att minska tryck, rodnad och sår i mungipan. Även tejen som håller slangen på plats kan ge irritationer på huden. De ansåg då att i samband med sidbytet utförs även munvården på patienterna. Alla informanter var eniga om att munhygienrutinerna sköts i den mån det fanns tid, ingen informant tyckte att de hade för lite tid på sig men att det stundvis kunde bli stressigt eller att annat viktigare för stunden dyker upp. Till exempel att patienten måste iväg på någon undersökning, röntgen eller faktiskt plötsligt blir försämrad i sitt allmäntillstånd.

“Tiden som undersköterska oftast, säger jag, ja den är, den kan du faktiskt tolka som tillräcklig alltså. Det är upp till var och en som jobbar med patienten” (kod 14).

“Vissa dagar hinner man nästan inte alls vissa dagar så hinner man göra det en gång i timmen” (kod 17).



Alla informanter var enade om att engångstandborstar, skumgummipinnar och bakteriedödande medel användes som hjälpmedel vid utförandet av munhygien. Andra hjälpmedel som togs upp av informanterna var sterilt vatten, tandkräm, mjukgörande olja, cerat och vaselin, fetare salva, skrapa, spatel, lokalanestetikum, vishyvatten samt sug.

“... är det smärta så kan vi ju ge lite bedövning, lite xylocain eller nått sånt så att vi kan borsta tänder och göra rent munnen utan att patienten far illa utav det” (kod 18).

4.7 Brister

Kategorin beskriver vad informanterna uppfattade eller tror kan vara anledningar till varför munhygien inte sköts på patienter.

Samtliga informanter var överens om att det var väldigt sällan munvården missköttes på intensivvårdsavdelningen men att de ofta fick patienter från andra avdelningar med bristande munhygien. Informanterna hade olika uppfattningar om varför munvården brister på andra avdelningar. Alla informanter kopplade tidsbristen till att det fanns för lite personal sett till antalet patienter på andra avdelningar. Majoriteten av informanterna trodde att munhygien är det som läggs åt sidan när tiden och personalen inte räcker till. En informant undrade om det kunde ha med kunskapsbrist att göra då de väljer bort munhygien.

“Nä dem har så mycket och så bråttom så har de tvättas så ja, då är det nog lätt att de glömmar munvården. Jag tror det. Men det är lite annorlunda på vår avdelning eftersom vi ofta ska byta tubsida och sådana saker så att det liksom hänger ihop. Och glöm inte att ofta har man bara en eller två patienter. De, över lag, har betydligt fler patienter och då är det kanske lätt att man kanske glömmar munvården, eller inte prioriterar den, “den tar vi sen” men sen kommer kanske inte mer den dagen” (kod 14).

En del av informanterna berättade att de såg intuberingsslangen som ett hinder och att den låg i vägen för att kunna utföra en helt optimal munhygien. En informant tyckte att alla protetiska ersättningar kunde vara svåra, att de inte har kunskapen om hur den ska skötas eller om det är något som kan plockas ut ur munnen innan de utför munhygien.



“Det svåraste jag vet är det här med lösa tänder, nu har vi ju tandläkare att tillgå, tack och lov. Och en sak till som är jätte svårt det är de här bryggorna och alla de nya, man vet inte om man ska ta bort det eller man inte ska ta bort det” (Kod 18).

En informant berättade att en trolig förklaring till att munvården inte sköts kan vara att dem är rädd för att kränka patienternas integritet. Två informanter uppgav att en förklaring kan vara att vårdpersonalen tar för givet att självgående patienter själv sköter sin munhygien. Om patienten senare blir försämrad och hamnar på intensivvården så kan det visa sig att så inte är fallet, det är lätt att klandra personalen då. Två av informanterna förklarade att det kan även brista då patienterna inte vill kooperera, de kanske ligger och tuggar på tandborsten eller så vill de kanske inte gäpa.

“...en vaken patient gör man kanske det inte på men det kan ju vara så att man ligger där och är gammal och så och glömmer, så blir det inte gjort. Då patienten själv inte tänker på det. Och då kanske man inte frågar för att man tar förgivet att patienten själv gör det” (kod 16).

4.8 Prioritering

Kategorin beskriver hur högt informanterna upplever att munhygien prioriteras på vårdavdelningen.

Alla informanter svarade på en fråga där de rankade hur högt munvården prioriterades generellt på intensivvårdsavdelningen. Författarna bad dem uppges en siffra mellan 1- 10 där 1 stod för *prioriteras inte alls* och siffran 10 stod för *prioriteras mycket*. Majoriteten angav siffran åtta. Två svarade tio och en angav siffran sex.

“Tio försöker vi ju att sträva efter men som sagt, det går ju inte alltid men vi strävar dit” (kod 17).

Två informanter berättade att de inte alltid kan se till den orala hälsan. Vid kritiskt sjuka tillstånd måste andra saker prioriteras då de är nödvändiga för att hålla patienten vid liv just vid den tidpunkten eller för att patienten ska på viktiga undersökningar.



“Ibland, ibland inte, för det finns andra saker som prioriteras då. Att patienterna är så dåliga eller att man har undersökningar, att man ska till röntgen, på CT eller såna saker men oftast så hinner vi med” (Kod 18).

5. DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

En kvalitativ studie utfördes där metoden för datainsamling var intervju och en intervjuguide användes för fördjupning av uppfattningar om oral hälsa samt munvårdsrutiner som undersköterskor har på en intensivvårdsavdelning. Hade en kvantitativ metod använts hade troligtvis relevanta svar förlorats då känslor, reaktioner och upplevelser inte kan mätas. Även möjligheten att utveckla svaren med hjälp av följdfrågor hade gått förlorad.

5.1.1 Datainsamling och analysprocess

Tiden för intervju blev kort. Vi som författare hade ingen tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer och detta kan ha påverkat den genomsnittliga tiden, som var cirka 15 minuter per intervju. Detta kan ifrågasätta kvaliteten och hur djupa svaren egentligen var. Frågorna i studien skulle vara öppna frågor, men nu i efterhand kan vi se att vissa ställdes som gav slutna svar. Detta kan ha påverkat tiden för intervjuerna då informanterna inte diskuterade lika öppet på alla frågor. Dessutom ställdes inga följdfrågor till informanterna, vilket troligen innebär att material gått förlorat. Svaren som gavs var dock omfattande och täckte stora delar av området. Denna bedömning har gjorts med den förförståelse inom området vi har som tandhygieniststuderande, vilket innebär att för oss okänd information utanför vårt område kan ha missats. Alla informanter informerades om att 45 minuter var avsatta till intervjuerna. På grund av detta tror vi att få upplevde tidspress och att de flesta tog den tid de ville för att svara. En undersköterska upplevdes dock stressad under intervjun på grund av underbemanning den dagen, och en på grund av att hon hade slutat sitt skift och skulle vidare med privata ärenden.

Intervjuerna utfördes på avdelningen under arbetstid, för att så många som behövdes till studien skulle kunna delta och att de inte skulle känna sig pressade att ta av sin egen fritid. En negativ effekt av att intervjun utfördes på arbetsplatsen kan vara att undersköterskorna kände sig pressade av att svara korrekt och inte säga något negativt om arbetet. Detta var inget som upplevdes under intervjuerna, utan de verkade vara glada och positivt inställda till sitt deltagande i studien.



Vissa informanter reagerade på att intervjun skulle spelas in. Detta kan bero på att de kanske kände en viss rädsla över att vara inspelade och tänkte sig för innan de svarade, trots sekretessen och att materialet förvarades inlåst för utomstående. Positivt med inspelningen är att vi som författare hade större möjlighet att fokusera och inrikta oss på intervjun jämfört med om vi skulle anteckna allt som sades.

Vi var båda författare närvarande under samtliga intervjuer. Trost (2010) menar att två samspelta intervjuare får fram en bättre intervju än en som är ensam, eftersom det kan frambringas mer information och ges en bättre förståelse med två. Vid de intervjuer som genomfördes här var det alltid samma författare som ställde frågorna samtidigt som den andra observerade för att metoden skulle vara den samma under samtliga intervjuer och inte påverka resultatet eller trovärdigheten.

För att bedöma trovärdigheten i studien användes begreppen överförbarhet, tillförlitlighet samt giltighet (Lundman & Graneheim 2012). Giltigheten i studien innebär att alla intervjuer har genomförts samt att materialet har analyserats av båda författarna. Men eftersom resultatet är baserat på tolkningar så kan trovärdigheten ifrågasättas. Vi anser dock att giltigheten är hög då resultatet besvarar syftet. Tillförlitlighet innebär att resultatet ska bli samma oavsett vem som utför studien. Denna kan ha påverkats av vår oerfarenhet som intervjuare. Överförbarheten i studien går att diskutera, detta då andra informanter i samma miljö kan ha andra åsikter eller tolkningar av frågorna. Troligen skiljer sig undersköterskornas arbetsrutiner, ansvar och arbete beroende på de olika arbetsplatserna och arbetstider.

Etiska aspekter i studien var bland annat att patienter kunde känna sig kränkta av resultatet och känna sig felbehandlade. Författarna ser detta som mindre troligt då resultatet var positivt i studien. För att undvika att informanterna skulle känna sig kränkta på något sätt ställdes inga direkta frågor kring deras kunskap utan istället valde vi att fråga om informanternas uppfattningar. Deras svar ifrågasattes inte, då risken fanns att de skulle känna sig förolämpade. Vi valde att inte närmare redovisa hur gruppen med informanter såg ut, som ålder, arbetslivserfarenhet samt hur länge de arbetat på avdelningen. Genom detta minimerades risken att någon skulle kunna identifiera informanterna, då det var en liten grupp som deltog. Det finns en risk att informanterna omedvetet begränsat sina åsikter och svar kring uppfattningar om den



oral hälsa eftersom författarna var utbildade tandhygienister. Kanske svarade de utefter vad de trodde att författarna skulle anse vara ett korrekt svar istället för att ge deras egen uppfattning.

5.1.2 Urval

Om vi hade intervjuat nyutbildade undersköterskor och jämfört uppfattningar med de med längre erfarenhet hade en större variation på resultatet kunnat erhållas. En intressant framtida studie kan därför vara att blanda nyutexaminerade med de som har mer arbetslivserfarenhet och jämföra deras uppfattningar och erfarenheter med kunskaper. Detta kan bidra till en fortsatt forskning kring vad utbildningen till undersköterskor bör inrikta sig mer på.

Studien utfördes på undersköterskor som arbetar på samma avdelning och sjukhus vilket resulterade i att många svar upprepades. Om studien utförts på fler sjukhus hade vi troligtvis fått en större spridning på svaren och på så sätt kunnat få ett bredare resultat. Framtida forskning kan fokusera på att fler vårdavdelningar inkluderas för att undersöka om uppfattningar, kunskaper och rutiner skiljer sig åt gällande munvård på olika intensivvårdsavdelningar.

5.2 Resultatdiskussion

Studien visar att munvården prioriteras högt bland undersköterskorna på intensivvårdsavdelningen och att det finns en bakomliggande kunskap om orsaker och samband kring detta hos informanterna. Informanterna i vår studie uppgav att fasta rutiner finns på avdelningen när det gäller munvård. Detta ser vi stärker resultatet i att munvården prioriteras i denna grupp. Informanterna tog också upp att vårdhandboken används vilket tyder på ett intresse och prioritering av området.

Informanternas uppfattningar om varför munvårdsrutinerna eftersätts på andra avdelningar än inom intensivvården tros bero på personalbrist, tidsbrist och att antalet patienter är många på andelen personal. Studier av Wårdh et al. (2003) och Lindqvist et al. (2013) beskriver att munvården är tidskrävande och kan ta upp mycket tid. Detta tros då stjäla tid för övriga rutiner som anses vara viktigare och då eftersätts munvården lätt. Även i dessa studier tar de upp stress och personalbrist som bidragande faktorer till den låga prioriteringen. Andra studier utförda på vårdpersonalens prioriteringar kring munvård har visat att munvården inte är det som prioriteras först eller högst (Barbu & Dirland 2015, Paulsson et al. 1999).



En studie av Carlsson & Wilander (2011) belyste faktorer som hindrar och främjar vårdpersonalens utförande av munvård som de hade sammanställt utifrån fjorton studier. Resultatet från dessa tyder på att munvården inte prioriteras på grund av brist på kunskap och utbildning. I vår studie ser vi kunskaper hos majoriteten av våra informanter, men att det var längesedan de utbildade sig och att ingen internutbildning sker. Ett perspektiv att belysa för chefer på intensivvårdsavdelningar är att internutbildning erbjuds personalen, framförallt då kunskap saknas så borde sjukvården prioritera att deras personal får fortlöpande utbildning om munvård. En studie av Andersson & Ljunggren (2010) tyder på att vårdpersonal har kunskap inom området, men känner själv att de skulle behöva mer. Flera studier belyser också hur viktigt det är med utbildning för att vårdpersonal ska utföra munvård på korrekt sätt, ha rätt attityd och förståelse. Evidensbaserad kunskap ökar medvetenheten hos vårdpersonal och ökar därmed patienternas munhälsa (Chan et al. 2011, Johnson et al. 2012).

Vi ställde ingen direkt fråga huruvida något munvårdsprotokoll användes då informanterna bedömde patienternas orala hälsa, något som i efterhand hade varit en viktig och intressant fråga att få svar på eftersom flera studier (Chan et al. 2011, Ames et al. 2011, Andersson et al. 2002) belyser vikten av munvårdsprotokoll. Ingen av informanterna i studien nämnde spontant att ett munvårdsprotokoll användes på avdelningen. Ett munvårdsprotokoll är enligt Chan et al. (2011) ett kliniskt verktyg, för att kunna upptäcka tidiga tecken på orala problem och för att få en vägledning till lämpliga insatser (Chan et al. 2011) och därmed individanpassa åtgärderna. Många av informanterna resonerade att de bemöter patienterna såsom de själva hade velat bli bemötta. De erbjöd även extra munvård till patienterna i mån av tid och vid behov. Detta ser vi som ett tecken på att de försöker anpassa vården efter individen och dennes önskemål och behov.

Ett etiskt dilemma som informanterna upplevde i denna studie var att de inte kan tvinga någon till munvård. Enligt Forsell et al. (2011) visade det sig att när vårdpersonalen genomgått en munvårdsutbildning kunde de lättare vända patienternas attityder till munvård. Större kunskap gör det lättare att informera varför det är så viktigt med en god oral hälsa.

En studie av Lower et al. (2002) beskriver att en optimal intensivvårdsavdelning ska ha en lugn och tyst miljö, men ofta är det istället en miljö som utsätter patienten för mycket stimuli. Informanterna visar även här på ett bra bemötande genom att belysa att den nattliga sömnen är av stor vikt och att de undviker, så gott det går, att störa patienterna under denna tid. Sömnen är



viktig för kroppen för att kunna återhämta och reparera sig både fysiskt och psykiskt vid sjukdom (Jönsson 1995).

Flera informanter berättade att de för en dialog med ansvarig sjuksköterska om komplikationer i munhålan skulle uppstå. De arbetar som ett team och diskuterar vidare behandling. Ibland kontaktas även ansvarig läkare för konsultation eller för eventuell läkemedelsordination. Enligt en studie av Arroliga et al. (2012) visades en tydlig förbättring av munhygien, från 33% till 97%, då ett tvärvetenskapligt teamarbete upprättades. En aspekt i vår studie som hade varit bra att ta reda på är hur de exakt går tillväga, som om det exempelvis fanns ett samarbete med sjukhustandvården.

Informanterna ansåg att bakteriedödande medel är ett viktigt komplement i munvården för att bland annat minska riskerna för ventilatorassocieradpneumoni (VAP). Detta styrks i flera studier (Tantipong et al. 2008, Özçaka et al. 2012) där en minskad utveckling av VAP syntes hos de patienter som fick klorhexidinpreparat baddat i munhålan som ett komplement till tandborstningen. I studien (Özçaka et al. 2012) utvecklade 68,8% lunginflammation i kontrollgruppen, endast 41,4% utvecklade lunginflammation i klorhexidingruppen.

Framtida forskning kan vara att utföra en liknande intervjustudie på undersköterskor anställda på andra avdelningar för att få reda på deras uppfattning om oral hälsa och deras munvårdsrutiner och i synnerhet om det är större brist på munvårdsrutiner på andra avdelningar jämfört med intensivvårdsavdelningen. En sådan studie kan också ge en inblick i om munvård prioriteras lika högt överallt och om inte vad orsakerna till detta kan vara.

SLUTSATS

Studiens slutsats visar att undersköterskorna på intensivvårdsavdelningen prioriterar munvården högt, att munvårdsrutiner finns och utförs till stor del tillfredsställande. Deras attityder visar att det är viktigt att munvården sköts väl på patienterna som vårdas på avdelningen.



6. REFERENSER

Ames NJ, Sulima P, Yates JM, McCullagh L, Gollins SL, Soeken K, Wallen GR (2011). Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *American journal of critical care: an official publication* 20(5) s. 103-114.

Andersson P (2004). Munhälsostatus hos patienter som vårdas på sjukhus. *Tandläkartidningen*, 96(10) s. 62-65

Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Rahm Hallberg I, Renvert S (2002). Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scandinavian journal of caring sciences* 16(3) s. 311- 318.

Andersson P, Öhrn K (2006) *Munvård inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson R, Ljunggren J (2010). *Munvård av äldre, vårdpersonalens kunskaper och förhållningssätt på några äldreboenden i Malmö*. Malmö Högskola.
<http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/10182/F%c3%96S%20MUEP%201.pdf?sequence=1>

Arroliga AC, Pollard CL, Wilde CD, Pellizzari SJ, Chebbo A, Song J, Ordner J, Cormier S, Meyer T (2012) Reduction in the incidence of ventilator-associated pneumonia: a multidisciplinary approach. *Respiratory Care*. 57(5) s. 688-696.

Axelsson P, Nyström B, Lindhe J (2004) The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. *Journal of clinical periodontology* 31(9) s. 749-757.

Azarpazhooh A & Tenenbaum HC (2012). Separating fact from fiction: use of high-level evidence from research syntheses to identify diseases and disorders associated with periodontal disease. *Journal Canadian Dental Association* 78 s. c25.

Barbu S, Dirland J (2015). Undersköterskors uppfattning om oral hälsa och munvård på cancerpatienter: en kvalitativ studie. Kandidatuppsats, Kristianstad Högskola. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:821848/FULLTEXT01.pdf>

Carlsson AL, Wilander A (2011). *Munvård. En eftersatt omvårdnads åtgärd?* Kandidatuppsats, Linneuniversitetet. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:492481/FULLTEXT01.pdf>

Chan EY, Lee YK, Poh TH, Ng IH, Prabhakaran L (2011). Translating evidence into nursing practice: oral hygiene for care dependent adults. *International journal of evidence-based healthcare* 9(2) s. 172- 183.

Coker E, Ploeg J, Kaasalainen S, Fisher A (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing* 69(10) s. 2360-2371.

Cortelli SC, Costa FO, Rode SM, Haas AN, Andrade AKP, Pannuti CM, Escobar EC, Almeida ER, Cortelli JR, Pedrazzi V (2014). Mouthrinse recommendation for prosthodontics patients. *Brazilian Oral Research* 28 s. 1-9.



Eley BM, Manson JD (2008a). The natural history of periodontal disease. *Periodontics*. Fifth edition. London: Wright. s. 112-119.

Ericson E, Ericson T, Robertsson J (2009). *Klinisk mikrobiologi. Infektioner, Immunologi, Vårdhygien*. Stockholm: Liber AB.

Feider L.L, Mitchell P, Bridges E (2010). Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 19(2) s. 175-183.

Ferreira MM, Carrilho E, Carrilho F (2014). Diabetes mellitus and its influence on the success of endodontic treatment: a retrospective clinical study. *Acta Medica Portuguesa* 27(1) s.15-22.

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

Ganss C, Schlueter N, Preiss S, Klimek J (2009). Tooth brushing habits in uninstructed adults--frequency, technique, duration and force. *Clinical Oral Investigations* 13(2) s. 203- 208.

Giráldez II, Quni S (2013). Sjuksköterskans inställning angående munvårdsbehov hos intensivvårdspatienter. En enkätstudie. Kandidatuppsats, Umeå universitet. <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:693972/FULLTEXT01.pdf>

Graneheim UH & Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 24(2) s. 105-112.

Granskär M, Höglund-Nielsen B (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 190-191.

Gulbrandsen T, Stubberud DG (2009). *Intensivvård. Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur. s. 20-21.

Holman C, Roberts S, Nicol M (2005). Promoting oral hygiene. *Nursing older people* 16(10) s. 37-38.

Holmgrens S & Strømmer AK (2015). Intensivvårdssjuksköterskans tillvägagångssätt, delaktighet och dokumentation vid munvård

Johnson K, Domb A, Johnson R (2012). One evidence based protocol doesn't fit all: brushing away ventilator associated pneumonia in trauma patients. *Intensive & Critical Care Nursing* 28(5) s. 280- 287.

Jönsson T (1995). *Sömn - faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.



Lafon A, Tala S, Ahossi V, Perrin D, Giroud M, Béjot Y (2014). Association between periodontal disease and non-fatal ischemic stroke: a case-control study. *Acta odontologica Scandinavica* 72(8) s. 687-693.

Lee JY, Choi IA, Kim JH, Kim KH, Lee EY, Lee EB, Lee YM, Song YW (2015). Association between anti-*Porphyromonas gingivalis* or anti- α -enolase antibody and severity of periodontitis or rheumatoid arthritis (RA) disease activity in RA. *BMC Musculoskeletal Disorders* 16 s. 1-8.

Liguori G, Lucariello A, Colella G, De Luca A & Marinelli P (2007). Rapid identification of *Candida* species in oral rinse solutions by PCR. *Journal of Clinical Pathology* 60(9) s. 1035-1039.

Lin TH, Lung CC, Su HP, Huang JY, Ko PC, Jan SR, Sun YH, Nfor ON, Tu HP, Chang CS, Jian ZH, Chiang YC, Liaw YP (2015). Association between periodontal disease and osteoporosis by gender: a nationwide population-based cohort study. *Medicine* 94(7) s. 553.

Lindqvist L, Seleskog B, Wårdh I, Bültzingslöwen I (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene* 11(4), s. 298-305.

Lower JS, Bonsack C, Guion J (2002). High-tech high-touch: mission possible? Creating an environment of healing. *Dimensions of Critical Care Nursing* 21(5) s. 201-205.

Lundman B, Graneheim UH (2012). *Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur, s. 187-201.*

Munro C, Grap M, Jones D, McClish D, Sessler C (2009). Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *American journal of critical care* 18(5) s. 428-437.

Olsson H, Sörensen S (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber, s. 12-23, 126-155.*

Ortega O, Parra C, Zarcero S, Nart J, Sakwinska O, Clavé P (2014). Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age and Ageing* 43(1) s.132-137.

Paulsson G, Nederfors T, Fridlund B (1999). Conceptions of oral health among nurse managers. A qualitative analysis. *Journal of Nursing Management* 7(5) s. 299-306.

Petersen PE (2003). The world oral health report 2003. (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf (Läst: 2015-10-22).

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9) s. 661-669.

Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(11) s. 2124- 2130.



Su S, Chen T, Huang P (2011). Enhancing nurse implementation of oral healthcare in an intensive care unit. *The Journal of Nursing* 58(3) s. 22-30.

Tada A, Hanada N (2010). Opportunistic respiratory pathogens in the oral cavity of the elderly. *FEMS Immunology and Medical Microbiology* 60(1) s. 1–17.

Tandvårdslagen (1985). (Elektronisk) Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Tandvardslag-1985125_sfs-1985-125/ (Läst: 2015-11-03).

Tantipong H, Morkchareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V (2008). Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 29(2) s. 131–136.

Témoin S, Chakaki A, Askari A, El-Halaby A, Fitzgerald S, Marcus RE, Han YW, Bissada NF (2012). Identification of oral bacterial DNA in synovial fluid of patients with arthritis with native and failed prosthetic joints. *Journal of clinical rheumatology* 18(3) s. 117-121.

Trost J (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trost J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Türk G, Kocaçal Güler E, Eşer İ, Khorshid L (2012). Oral care practices of intensive care nurses: A descriptive study. *International Journal of Nursing Practice* 18(4) s. 347-353.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Läst: 2015-11-17).

Vårdhandboken (2014). *Munhälsa*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/> (Läst: 2015-10-15).

WHO (1948). *The world health report*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Läst: 2015-10-22).

Wårdh I, Andersson L, Sörensen S (1997). Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology* 14(1) s. 28-32.

Wårdh I, Hallberg R M L, Berggren U, Andersson L & Sörensen S (2003). Oral health education for nursing personnel. Experiences among specially trained oral care aides: one-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(3), s. 250-256.

Yildiz M, Durna Z, Akin S (2013). Assessment of oral care needs of patients treated at the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 22 s. 2734-2747.



Özçaka Ö, Başođlu OK, Buduneli N, Taşbakan MS, Bacakođlu F, Kinane DF (2012). Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. Journal of periodontal research 47(5) s. 584- 592.



7. BILAGOR

Bilaga 1.

Intervjuguide

För att kunna utvärdera om oral hälsa uppfattas olika, beroende på ålder och yrkeserfarenhet vill vi först ställa tre frågor kring detta. Dessa svar kommer inte redovisas för sig själva i studien.

- Hur gammal är du?
 - Hur länge har du arbetat som undersköterska?
 - Hur länge har du arbetat på intensivvårdsavdelningen?
 - Man/ Kvinna
1. Vad är oral hälsa för dig?
 2. Hur uppfattar du den orala hälsan hos era patienter?
 3. Varför tror du att det är viktigt att upprätthålla en god oral hälsa hos era patienter?
 4. Vad gör du om du upptäcker att patienten har några orala besvär, exempelvis smärta, lösa tänder, muntorrhet eller annat obehag?
 5. Vad innebär munvård för dig?
 6. Hur ser din utbildning ut som du fick kring munvård?
 7. Berätta om tiden ni har att lägga på munvård och anser du den vara tillräcklig?
 8. Vilka munvårdsrutiner har ni på avdelningen?
 9. Hur ser du på dessa rutiner?
 10. Vilken typ av material/ instrument har ni tillgång till för att utföra munvård på era patienter?
 11. Berätta, att utföra munvård på någon annan, hur upplever du det?
 12. Hur anser du att munvården prioriteras på era patienter- på en skala mellan 1-10 (1= prioriteras inte alls, 10= prioriteras mycket).
Följdfråga: berätta, varför anger du just den siffran?
 13. Enligt studier gjorda på vårdpersonal har det framkommit att munvården inte prioriteras.
Vad tror du det beror på, att munvården inte anses vara lika viktig som övrig omvårdnad?
 14. Är det något inom detta ämne, som jag inte har frågat, som du vill ta upp?

Exempel på följdfrågor:

Kan Du utveckla det mer?

Hur tänker Du?

Vad tror Du att det beror på?



Bilaga 2.

Informationsblad till undersköterskorna

Hej,

vi är två tandhygieniststudenter på Högskolan Kristianstad, Marlen Johnsson och Nathalie Martinsson, som ska skriva ett examensarbete i oral hälsa. Vi har tänkt göra en intervjustudie för att nå vårt resultat. Syftet med studien är att belysa undersköterskors uppfattning om oral hälsa och deras rutiner för munvård på en intensivvårdsavdelning.

Intervjuerna kommer att utföras på sjukhuset i ett avskilt rum och kommer att spelas in med en digital diktafon. Varje intervju beräknas ta cirka 45 minuter. Du som deltar har rätt att avbryta när som helst, både före och under intervjuens gång. Materialet som samlas in kommer att bevaras inlåst och endast författarna till denna studie kommer att ha tillgång till det insamlade materialet. Allt material kommer att avidentifieras vid bearbetningen så att ingen kommer kunna identifiera dig, dina svar eller avdelningen. Materialet kommer endast att användas till denna studie och så fort uppsatsen är examinerad och godkänd kommer allt insamlat material att förstöras.

Av de nio personer som först tackat ja och lämnat in samtyckesblanketter till att medverka i studien kommer en person slumpvis väljas ut och kontaktas för att ingå i en pilotstudie. En pilotstudie innebär att en intervju genomförs där intervjufrågorna testas. Efter pilotstudien kommer vi att kontakta de återstående åtta personerna för att bestämma datum och tid för intervju. Övriga som skickat in deltagarblanketten men inte är bland de första nio kommer informeras om det. Om du har några frågor eller synpunkter var vänlig att kontakta oss.

Med vänlig hälsning Marlen och Nathalie.

Marlen.johnsson0404@stud.hkr.se

Nathalie.martinsson0009@stud.hkr.se

Handledare: Carina Mårtensson, tel.nr : 044-204074

Carina.martensson@hkr.se



Bilaga 3.

Samtycke till deltagande av studien

Nedan ger du ditt samtycke till att delta i den studie där vi undersöker undersköterskors uppfattning om oral hälsa och munvårdsrutiner på en intensivvårdsavdelning. Du ger ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned. Vänligen skicka sedan blanketten så fort som möjligt till oss i medskickat frankerat kuvert.

Stort tack på förhand.

Namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Telefonnummer eller mejladress : _____

Datum _____