



Examensarbete (OD8361), 15 hp, för
Kandidatexamen i Oral hälsa
VT 2018

**Upplevelse av munhygien hos personer
med demens**
Undersköterskors perspektiv

Andreea Luca och Kristina Zakaraite

Sektionen för hälsa och samhälle

Författare

Andreea Luca och Kristina Zakaraite

Titel

Upplevelse av munhygien hos personer med demens.
Ur undersköterskornas perspektiv

Engelsk titel

Experience of oral hygiene in people with dementia.
From the practical nurses' perspective

Handledare

Sara Henricsson

Examinator

Pia Andersson

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka undersköterskans upplevelse av hur munhygien utförs samt vilka rutiner som finns för att upprätthålla munhygien hos vårdtagare med demens samt hur oral hälsa påverkas av demens. För studiens genomförande användes en kvalitativ metod som baserades på en intervjuguide. I studien deltog nio informanter som arbetar på två äldreboende i Norra Skåne. Allt insamlat material analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Efter analysen framkom temat "brister i munhygiensutförandet, trots tillämpning av fasta rutiner" som identifierades med följande tre kategorier: hälsa, rutiner och upplevelser. Studiens resultat visade att informanterna ansåg att god munvård hos personer med demens är betydelsefullt och lika viktigt som andra omvårdnadsmoment. Informanterna upplevde att vårdtagarna har eftersatt munhygien och de flesta av deltagarna ville ha ytterligare munvårdsutbildning. Slutsatsen av studien är att brister i munhygiensutförandet på personer med demens kan förekomma trots att rutiner för munvård tillämpas. Fastän olika sorters munvårdsprodukter används samt kvalificerad personal besöker vårdtagarna regelbundet, upplever informanterna att mer undervisning och konkreta råd behövs.

Ämnesord

Demens, hjälpmedel, munhygien, rutiner, undersköterska.

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	1
1.1 HÄLSA OCH ORAL HÄLSA.....	1
1.1.1 <i>Munhygien</i>	2
1.2 DEMENS	3
1.2.1 <i>Prevalens</i>	3
1.2.2 <i>Primärdegenerativa demenssjukdomar</i>	4
1.2.3 <i>Vaskulär demenssjukdom</i>	4
1.2.4 <i>Sekundär demenssjukdom</i>	4
1.2.5 <i>Blandformsdemens</i>	5
1.3 SÄRSKILT BOENDE	5
1.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL	5
1.4.1 <i>Undersköterska</i>	6
1.4.1.1 <i>Undersköterskans utbildning och kompetens</i>	6
2. SYFTE	7
3. MATERIAL OCH METOD	7
3.1. DESIGN	7
3.2. URVAL	7
3.3. DATAINSAMLINGSMETOD.....	8
3.3.1. <i>Genomförande</i>	8
3.4. BEARBETNING OCH ANALYSMETOD	9
4. ETISKA ASPEKTER	11
5. RESULTAT	12
5.1. HÄLSA	12
5.1.1. <i>Oral hälsa</i>	13
5.1.2. <i>Demens</i>	13
5.2. RUTINER	14
5.2.1. <i>Hjälpmedel</i>	15
5.2.2. <i>Munhygienutförande</i>	15
5.3. UPPLIVELSER	17
5.3.1. <i>Tillgångar</i>	17
5.3.2. <i>Begränsningar och önskan om förändring</i>	18
5.3.3. <i>Etiska dilemman</i>	20
6. DISKUSSION	21
6.1. METODDISKUSSION.....	21
6.1.1. <i>Datainsamling, bearbetning och analysmetod</i>	21
6.1.2. <i>Urval</i>	23
6.2. RESULTATDISKUSSION.....	24
7. SLUTSATS	26
8. REFERENSLISTA	27
9. BILAGOR	32
9.1 BILAGA 1. SEMISTRUKTURERAD INTERVJU	32
9.2 BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL UNDERSKÖTERSKOR PÅ AKTUELLT SÄRSKILT BOENDE.	34
9.3. BILAGA 3. INFORMATIONSBREV TILL ENHETSCHEF PÅ AKTUELLT SÄRSKILT BOENDE.	35
9.4. BILAGA 4 SAMTYCKEFORMULÄR	36

1. INTRODUKTION

1.1 Hälsa och oral hälsa

Enligt World Health Organisation (WHO 1948) definieras allmän hälsa som “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Hälsa och välbefinnande kan både påverkas av samt påverka faktorer som bland annat oral hälsa (WHO 2012). Oral hälsa är mångsidig och inkluderar möjligheten att kunna tala, le, lukta, smaka, känna, tugga, svälja och förmedla en rad olika känslor genom ansiktsuttryck med tillförsikt och utan smärta, obehag och sjukdomar i det kraniofaciala komplexet (FDI World Dental Federation 2016).

Orala sjukdomarna, såsom karies, gingivit och parodontit kan bland annat orsakas av dålig munhygien, socker- och kolhydratrik kost samt läkemedelsbiverkningar. Karies är en multifaktoriell infektionssjukdom och orsakas av bakterier som tar sig in i tandens yta och löser upp emaljen, därefter dentinet och senare pulpan. Karies orsakar förlust av tandsubstans och smärta. Obehandlad sjukdom kan leda till extraktion av tanden (Su et al. 2011). Gingivit definieras som en inflammatorisk reaktion som uppstår i vävnaderna omkring tanden, detta är en reversibel process och kan karakteriseras av svullnad, rodnad, ömhet och blödning vid sondering i tandköttet (Lang et al. 2015). Parodontit är en infektionssjukdom som leder till en progressiv förlust av tändernas stödjevåvnader och karakteriseras av svullnad, rodnad, ömhet, blödning vid sondering i tandköttet och alveolär benförlust (Lindhe et al. 1999).

Orala- och allmänna sjukdomar samt olika hälsotillstånd kan orsakas av bristfällig munhygien som i sin tur kan leda till dålig oral hälsa. Av alla äldre som är över 65 år, har 85% av minst en kronisk sjukdom och detta kan leda till att munhygien inte prioriteras samt att individen behandlas med olika sorters läkemedel som kan påverka/försämra salivproduktionen (Myndigheten för vårdanalys 2014). En vanlig läkemedelsbiverkning är hyposalivation och detta leder till bland annat muntorrhet och försämrad livskvalité samtidigt som risken för att utveckla karies, parodontit och svamp i munhålan ökar. Minskad salivproduktion kan påverka

negativ talförmågan, smak- och luktsinnet samt leda till svårigheter vid intag och nedsväljning av föda (Bergdahl & Bergdahl 2000; Petersen & Yamamoto 2005).

I samband med åldrandet uppstår det hög risk att orala sjukdomar utvecklas eftersom finmotoriken och styrkan i fingrarna försvagas och detta gör att den äldre inte kan upprätthålla en god munhygien (Strömberg et al. 2011; Socialstyrelsen 2014). Dessa individer som inte kan utföra sin egen munhygien på ett rätt sätt kan hamna i en beroendeställning där bland annat vårdgivaren måste hjälpa till med munvården (Darby 2015).

1.1.1 Munhygien

För att förebygga olika sjukdomstillstånd i munhålan, bland annat parodontala sjukdomar och karies, är det viktigt med en god munhygien som uppnås genom att borsta tänderna två gånger per dag med fluortandkräm. En liten, mjuk tandborste ska användas för en effektiv avlägsning av plack från tänderna. Tandborsttekniken som rekommenderas är gnuggmetoden. Den innebär att tandborsten hålls snett mot tandköttskanten medan patienten med små rörelser gnuggar fram och tillbaka på stället innan tandborsten flyttas till nästa tandparti. Tandborstningen ska ske i minst två minuter vid varje borstningstillfälle. Daglig användning av approximala hjälpmedel i form av tandtråd eller mellanrumsborste är viktigt för att minska placknivån samt för att förhindra uppkomsten av oral ohälsa (Holman et al. 2005).

Den mekaniska kontrollen av oral bakteriell plack kräver dock fysisk och kognitiv förmåga som kan begränsas bland annat hos äldre (Simons et al. 2001). Enligt Norderyd et al. (2015) har antalet tandlösa patienter i åldrarna, mellan 40–70 år minskat från 16% år 1973 till 0,3 % år 2013 och de flesta 60 åringar år 2003 hade komplett tanduppsättning. De äldre har oftast svårigheter med att själva, sköta sin munhygien som följd av ett allmänt försämrat tillstånd, bland annat försämrad motorik, kognitiv förmåga och nedsatt syn (Grönbeck-Lindén et al. 2017; Socialstyrelsen 2014; Strömberg et al. 2011).

Större kognitiv försämring kan förväntas förändra individens förmåga att upprätthålla oral hygien. Den orala hygiennivån är lägre och placknivån är högre hos patienter med någon form av kognitiv försämring än hos friska äldre individer. Det har visat sig att blödningsvärdet (BoP) är högre hos personer med måttlig eller svår demens än hos friska individer eller med tidigt stadie av demens. Tandborstningsförmågan minskar från de inledande stadierna av kognitiv försämring oavsett ålder, kön eller utbildningsnivå hos individerna. Bristen på tandborstning

leder till att placknivå ökar vid marginal gingiva, vilket orsakar gingivit och kan leda till parodontit eller andra orala sjukdomstillstånd (Gil-Montoya et al. 2017).

Enligt Strömberg et al. (2011) är goda orala hygienvanor/munhygien förknippade med mindre förekomst av plack och orala sjukdomar hos äldre, medan dålig oral hälsa påverkar individens livskvalité samt den allmänna hälsan. För att underlätta för befolkningen att uppnå en god oral hälsa har tandvården i Sverige som mål att hjälpa/stödja/vägleda patienten dit. Tandvården ges på samma villkor till hela den svenska populationen oavsett kön, ursprung, sjukdom, ålder, mm (SFS 1985:125).

1.2 Demens

Demens definieras som kronisk eller progressiv sjukdom då individens kognitiva förmågor försämras mer än det som förväntas vid det normala åldrandet. Innebörden av termen ”kognitiva förmågan försämras” syftar på att förmågor som är kopplade till personens tänkande och intellekt blir sämre, till exempel orientering, förståelse, beräkning, inlärningskapacitet, språk, omdöme, känslomässig kontroll, socialt beteende eller motivation. Till följd av den negativa inverkan på individens kognitiva förmågor, kan detta leda till stora funktionsnedsättningar som påverkar både den sjukes och dess närståendes livssituation (WHO 2016; Ravaglia et al. 2007; Launer 2005).

Demenssjukdomar är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar där de gemensamma symtomen står för en tydlig försämring av tankeförmåga och minne. En vanlig indelning av demenssjukdomar innehåller tre huvudgrupper: primärdegenerativa, vaskulära och sekundära kognitiva sjukdomar. Det är inte ovanlig att individer lider av blandformer av demens, det vill säga att personen drabbas av en kombination av olika former av demens (Marcusson et al. 2011).

1.2.1 Prevalens

År 2015 drabbades 58 miljoner människor i hela världen av någon form av demens. Det beräknas att demenssjukdomen är på väg att öka eftersom det varje år insjuknar cirka 9,9 miljoner individer. År 2050 beräknas antal personer med demens ha tredubblats jämfört med år 2015 (Langa 2015; WHO 2016).

När det gäller förekomsten av demenssjukdom på nationell nivå, fanns det år 2016 cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. I samband med stigande ålder ökar risken för att drabbas av någon form av demens, 8 % av 65 åringar eller äldre och cirka 50 % av 90 åringar eller äldre drabbas av en demenssjukdom. Att personer yngre än 65 år drabbas av demens är ovanligt i Sverige men det finns ändå cirka 8 000–9 000 personer som är yngre än 65 år med demensdiagnos. Eftersom mortalitet och nyinsjuknade ligger på samma nivå när det gäller personer med demens (cirka 24 000) finns det ingen risk att demens ökar de närmaste åren i denna åldersgrupp. En ökning av antalet personer som kommer att drabbas av demenssjukdom förväntas år 2020, detta beroende på 1940-talets babyboom som år 2020 kommer att uppnå hög ålder (Socialstyrelsen 2016).

1.2.2 Primärdegenerativa demenssjukdomar

Vid primärdegenerativ demenssjukdom angrips hjärnbarkens nervceller vilket leder till att de blockeras och gör att kontakten går förlorad, signalerna når inte fram vilket resulterar i att hjärnceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Närminnet försämras först, exempelvis glömmer individen vart den skulle åka och i vilket ärende. Senare påverkas tidsuppfattningen och det blir svårare att hitta i mindre kända miljöer. Sjukdomen kan vara svår att upptäcka i tidigt stadium, eftersom symptomen ökar gradvis och sakta (Marcusson et al. 2011).

1.2.3 Vaskulär demenssjukdom

Vaskulär demens, även kallad blodkärlsdemens, orsakas av att blodproppar eller blödningar stryper syretillförseln till hjärnan där skadan uppstår i olika delar. Till skillnad från primärdegenerativa sjukdomar uppstår demenssymptomen ofta plötsligt och märkbart inte sällan efter en stroke. Det leder till att personer med vaskulär demenssjukdom kan variera mycket i sin vardagsfunktionalitet beroende på om dessa proppar löses upp eller inte, vilket kan möjliggöra en ökad blodtillförsel till hjärnan. Vaskulär demenssjukdom har en varierande symtombild och tillståndet kan ofta vara stabilt en period för att sedan försämras igen (Marcusson et al. 2011).

1.2.4 Sekundär demenssjukdom

Sekundära demenssjukdomar är en följd av ett sjuttioatal somatiska sjukdomar och/eller skador som kan men inte behöver leda till demens. Könssjukdomar som syfilis och HIV tillhör denna

grupp, alkoholmissbruk, hjärntumör, stroke, även långvarig exponering för vissa läsningsmedel kan framkalla demens. Den gemensamma nämnaren är att demenssymtom inte är huvudsymtomen utan en följd av primärsjukdomen. Om primärsjukdomen botas, alternativt lindras, symtomen på demens minskar och till och med kan försvinna (Marcusson et al. 2011).

1.2.5 Blandformsdemens

Det är vanligt att personer har mer än en demenssjukdom och då särskilt i de högre åldersgrupperna. Ibland kan det till och med vara svårt att avgöra om det är primärdegenerativa eller vaskulära orsaker som ligger bakom demenssymtomen. Blandformsdemens benämns det när personen med demenssjukdom har så utbredda hjärnskador att det inte går att sätta en specifik diagnos (Marcusson et al. 2011).

1.3 Särskilt boende

Alla kommuner i Sverige är skyldiga genom lag att ta hand om sina äldre genom att erbjuda stöd och olika boendeformer, bland annat särskilt boende och omvårdnad anpassad till den äldres behov (SOSFS 2005:27). Socialtjänstlagen definierar ett särskilt boende som ett boende som erbjuder permanenta eller temporära bostäder anpassade till den äldres behov samt tillgång till vård och omsorg dygnet runt (SOL 2001:453).

Enligt WHO (2002) definieras äldre med hänsyn till individens kronologiska ålder, det vill säga som äldre räknas alla individer över 65 år. All befolkning över 65 år som är i behov av mer omfattande vård och omsorg har rätt till att ansöka om bistånd om till exempel en lägenhet på ett särskilt boende och hemtjänst (SOSFS 2005:27). En av socialtjänstlagens mål med hänsyn till äldre är "att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra" (SOL 2001:453). På särskilt boende får brukarna omvårdnad, service och tillsyn dygnet runt av hälso- och sjukvårdspersonal, bland annat omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

1.4 Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är en person som ger vård, omvårdnad och behandling inom en organiserad sjukvårdsinrättning. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas all personal som

lyder under hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och tandvårdslagen (SFS 1985:125), det vill säga både legitimerad och icke legitimerad personal: tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor, läkare, sjuksköterskor, och undersköterskor (SFS 2017:30; SFS 1985:125).

1.4.1 Undersköterska

En undersköterska har möjligheter att arbeta i ett stort verksamhetsområde, bland annat inom hälso- och sjukvården, psykiatrin, äldreomsorg och med funktionshindrade personer. Beroende på vilken arbetsplats undersköterskan tillhör, kan arbetsuppgiften vara skiftande som till exempel: hjälp med personlig vård, lägga om sår, ta blodprover, mäta blodtryck, hushålls- och sociala uppgifter. Undersköterskans huvuduppgift är att arbeta personcentrerat och nära människor genom att ge vård, omvårdnad, stöd och service till vårdtagaren (Skolverket 2017).

1.4.1.1 Undersköterskans utbildning och kompetens.

Undersköterska är ett icke legitimerat yrke och på nationell nivå finns det inga krav för utbildning. För att bli anställd som undersköterska krävs det dock enligt socialstyrelsens förslag en gymnasial utbildning motsvarande 1400 gymnasiepoäng varav “300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik på vård- och omsorgsprogrammet eller genom motsvarande utbildning” (SOSFS 2011:12).

En undersköterska bör ha kunskap om bland annat “den värdegrund som gäller för socialtjänstens omsorg om äldre” (SOSFS 2011:12), vilket inkluderar självbestämmande-, göra gott- samt rättvisepincipen (SOSFS 2012:3). Kunskaper om åldrandet och åldrandets sjukdomar samt olika hjälpmedel som underlättar äldres tillvaro, hur personlig hygien - inklusive munvård sköts, läkemedel och om läkemedelsanvändning hos äldre personer, är viktiga för undersköterskans yrkesliv. Undersköterskor bör kunna kommunicera med vårdtagaren, närstående samt med personer som tillhör olika yrkesgrupper till exempel läkare, sjuksköterskor och tandhygienister (SOSFS 2011:12).

En välfungerande kommunikation mellan tandhygienister och undersköterskor är en viktig faktor för att en bra munhygien ska kunna upprätthållas hos personer med demens. Tandhygienistens tydliga instruktioner, rådgivning och anpassade hjälpmedel till vårdtagarens behov kan underlätta undersköterskans arbete att utföra en god oral hygien hos brukaren.

2. SYFTE

Studiens syfte var att undersöka undersköterskans upplevelse av hur munhygien utförs samt vilka rutiner som finns för att upprätthålla munhygien hos vårdtagare med demens samt hur oral hälsa påverkas av demens.

3. MATERIAL OCH METOD

3.1. Design

En empirisk studie med kvalitativ ansats användes. Metoden för datainsamlingen var semistrukturerad intervju, där en intervjuguide användes (Bilaga 1). En semistrukturerad intervju är en intervju som baseras på öppna frågor som inte behöver ställas i samma ordning till alla deltagare, utan författarna anpassar sig till intervjun för att ge informanterna möjligheten till att prata fritt. Det fanns också utrymme för följdfrågor (Kristensson 2014). Kvalitativ forskning är den mest lämpliga metoden när människans upplevelser, erfarenheter, attityder, motiv och förväntningar ska undersökas (Malterud 2014). I en kvalitativ studie pendlar författaren mellan närhet och distans och blir därmed en del av forskningsprocessen (Lundman & Graneheim 2004).

3.2. Urval

I studien ingick utbildade undersköterskor som arbetade med personer med demens på särskilt boende. Ett lämplighetsurval användes, vilket innebar att tillgängliga personer måste selekteras utifrån specifika inklusions- och exklusionskriterier (Vetenskapsrådet 2002). Inklusionskriterierna var: utbildade undersköterskor med minst 4 års erfarenhet och som hade arbetat med personer med demens i minst 3 år. Exklusionskriteriet var undersköterskor som hade arbetat mindre än ett år på det aktuella boendet.

Urvalet genomfördes via kontakt med enhetschefer på två särskilda boende i norra Skåne. Studien inkluderade nio deltagare med olika lång arbetslivserfarenhet inom demensvården, i genomsnitt (mean) 10,33 års erfarenhet och en variationsmått på 22 års erfarenhet. Medelvärdet (mean) för antal arbetade år på aktuella boende var 6,22 år medan variationsmättet var 19 år

(Figur 1). Alla informanter informerades om att deras medverkan var frivillig och att de kunde avstå när som helst utan att behöva ge några förklaringar (Bilaga 2).

Informant	Kön	Kvalifikation	Antal år erfarenhet inom demensvård	Antal år på aktuellt boende
1	kvinn	Usk	25 år	20 år
2	man	Usk	10 år	1 år
3	kvinn	Usk	10 år	3 år
4	kvinn	Usk	8 år	12 år
5	kvinn	Usk	6 år	6 år
6	kvinn	Usk	20 år	1 år
7	man	Usk	4 år	4 år
8	kvinn	Usk	3 år	3 år
9	kvinn	Usk	7 år	6 år

Usk – förkortning för undersköterska

Figur 1. Översikt över informanterna.

3.3. Datainsamlingsmetod

Data samlades in med semistrukturerad intervju baserad på en intervjuguide (Bilaga 1). En pilotintervju genomfördes före studien sattes igång för att kontrollera att frågorna uppfattades på ett korrekt sätt. Efter att pilotstudien genomfördes kom informanten med förslaget att det hade underlättat för informanterna om de hade intervjufrågorna framför sig. Vid efterföljande intervjuer låg intervjuguiden framför informanterna på bordet så att de, samtidigt som författarna ställde frågorna, kunde se frågorna i text. (Bilaga 1). Eftersom inga korrigeringar behövde göras i intervjuguiden efter utförd pilotintervju, inkluderades denna i studien.

3.3.1. Genomförande

De två särskilda boenden besöktes av författarna en månad innan intervjuerna påbörjades och enhetscheferna för de berörda enheterna kontaktades angående förfrågan om tillstånd att utföra studien på respektive boende. Efter godkännande, bokades ett möte in med respektive enhetschef för att presentera studiens syfte. Skriftlig och muntlig information gavs (Bilaga 3). Enhetscheferna informerade undersköterskorna om studien via veckobrev. Alla undersköterskor som var intresserade att delta i studien och uppfyllde kriterierna för att få delta fick möjlighet att anmäla intresse till respektive chef. Utifrån intresselistan (n=15) valdes de första fem undersköterskorna på varje boende. Dessa kontaktades antingen via e-post, telefon

eller genom att författarna besökte dem på respektive arbetsplats. Två (n=2) av de som anmälde sitt intresse uppfyllde inte studiens inklusions- och exklusionskriterier och blev därför uteslutna. Ytterligare fyra undersköterskor (n=4) exkluderades på grund av att mättnad hade uppnåtts efter nio intervjuer. Alla exkluderade undersköterskor (n=6) som hade anmält intresse till att delta i studien kontaktades via telefon och informerades om att författarna hade fått in tillräckligt med material och tackade för visat intresse.

Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplats under arbetstid i ett avskilt rum på respektive äldreboende och tog mellan 15 - 25 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av två digitala diktafoner. Diktafonerna placerades mellan intervjuaren och informanten för att bästa möjliga ljudkvalité skulle uppnås. Varje intervju markerades därefter med en personlig kod 1 - 9 samt datum och förvarades inlåst, för att hindra obehöriga från att få tillgång till materialet. En och samma författare ställde huvudfrågorna i samtliga intervjuer och den andra författaren kompletterade med följdfrågor. Insamlat material var tillgängligt endast för författarna samt användes enbart för aktuell studie. Efter att uppsatsen är examinerad och godkänd kommer allt material att förstöras.

Före varje intervju fick informanterna muntlig och skriftlig information om studiens syfte och genomförande (Bilaga 2). Författarna delade ut samtyckesformulär samt informationsbrev till alla deltagarna i förväg med information om att de måste läsa igenom materialet noggrant och att samtyckesformuläret måste lämnas in påskrivet innan intervjun startade (Bilaga 2; Bilaga 4). Varje intervju inleddes med en kort presentation av syftet med studien. Innan intervjun avslutades summerade en av författarna frågorna och gav informanten möjlighet att ändra eller tillägga något.

3.4. Bearbetning och analysmetod

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes vid bearbetning av materialet. Intervjuerna transkriberades och analyserades parallellt (Lundman & Graneheim 2004). Det inspelade materialet lyssnades på flera gånger, för att få en helhetsbild, före utskriften. Varje intervju nedtecknades ordagrant. Även pauser, skratt, prat i mun på varandra markerades. Allt material fördelades jämt mellan författarna för transkribering. För att undvika förlust av

material, kontrollerade författarna varandras transkribering genom att lyssna och samtidigt läsa det transkriberade materialet.

Materialet analyserades genom upprepad genomläsning av intervjutranskriberingen. För att underlätta materialhanteringen antecknades likheter och skillnader, överflöd såsom kontext eller text som ansågs irrelevant kondenserades och meningsenheter identifierades. Meningsenheterna förvandlades till koder. Liknande koder grupperades och bildade underkategorier. Underkategorierna grupperades och bildade kategorier som i sin tur formade tema. Som till exempel meningsenheten: ”... någon gång får vi använda det som man sätter på fingret så man kan bita på, för att hålla munnen öppen så att de inte biter på tandborste ...” (Kod I7) förvandlades till koden ”bitkloss” som ingick i underkategorin ”hjälpmedel” som sedan gick in i kategorin ”rutiner”. Ett tema skapades baserat på meningsenheter, koder, underkategorier och kategorier, det vill säga baserat på textens helhet (Lundman & Graneheim 2004) (Figur 2).

Det transkriberade materialet analyserades med hjälp av manifest och latent innehållsanalys eftersom det innehöll både manifest och latent budskap. Manifest och latent analys handlar om hur materialet tolkas, där tolkningarna sker på olika nivåer. Manifest innehållsanalys fokuserar på det uppenbara, synliga och skrivna ordet. Latent innehållsanalys innebär en tolkning av den underliggande meningen i texten (Lundman & Graneheim 2004). Ett exempel på latent innehållsanalys är: ”... tandvården är jätteviktig, du kan väll få lunginflammation och allt annat om inte tänderna är rena och fräscha. Så det är jätteviktigt, eftersom du kan bli jättesjuk om inte munnen är fräsch ...” (Kod I1), författarna tolkade det som att munhälsan påverkar den allmänna hälsan.

Tema	Teman är ett sätt att länka ihop de underliggande betydelseerna tillsammans i kategorier. Teman återspeglar texten som helhet samt det är den röda tråden som löper genom varje meningsenhet, kod, underkategori och kategori.					
Kategorier	Sammankoppling av liknande koder och underkategorier.					
Underkategorier	Sammanställning av koder med samma innebörd som framhäver innehållet.					
Koder	Kodning/ sammanfattning av meningsbärande enheter					

Figur 2. Analysprocessen enligt Lundman & Graneheim 2004.

4. ETISKA ASPEKTER

Enligt lagen om etikprövning behövs det inget etisk godkännande för studien samt intervjuerna (SFS 2003:460). Trots att ingen etikprövning krävdes, beaktades de forskningsetiska principerna, informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet i studien (Helsingforsdeklarationen 2013).

Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om studiens syfte samt dess genomförande. Samtyckeskravet uppfylldes genom information om de medverkandes frivillighet och att deltagandet kunde avbrytas utan några förklaringar. Innan intervjun påbörjades skrev deltagarna under ett samtyckesformulär. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom författarnas tystnadsplikt och att allt material skulle aidentifieras samt bevakas inlåst. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att insamlat material skulle endast användas i studiens syfte.

Andra etiska aspekter som det togs hänsyn till var att informanterna inte fick känna sig kränkta. Det kunde möjligen upplevas så att författarna tvivlade på informanternas kompetens angående tandvård och oral hälsa. Maktlöshet var en annan aspekt som det togs hänsyn till eftersom författarna var två och informanterna var ensamma. Andra aspekter som beaktades i studien var att deltagarna inte skulle känna sig tvingade till deltagandet och att författarnas objektivitet inte

påverkas eftersom att en av författarna arbetar på samma boende. Författarna under intervjuerna visade respekt, förståelse, förhöll sig professionellt och höll sig till ämnesområdet för att undvika andra diskussioner.

5. RESULTAT

Studiens syfte var att undersöka undersköterskans upplevelse av hur munhygien utförs samt vilka rutiner som finns för att upprätthålla munhygien hos vårdtagare med demens samt hur oral hälsa påverkas av demens. Ur analysen av de nio intervjuerna framkom temat ”*Brister i munhygiensutförandet trots tillämpning av fasta rutiner*”. Studien baseras på tre kategorier: ”*Hälsa*”, ”*Rutiner*” och ”*Upplevelser*”. Varje kategori bestod av olika underkategorier som i sin tur grundas på koder (Figur 3). Resultatet kommer att presenteras med kategorierna som rubriker, vilka stärks genom citat från informanterna.

Tema	Kunskapsbrist och brister i munhygiensutförandet trots fasta rutiner.						
Kategorier	Hälsa		Rutiner		Upplevelser		
Underkategorier	Oral hälsa	Demens	Hjälpmedel	Munhygiensutförandet	Tillgångar	Begränsningar och önskan om förändring	Etiska dilemman
Koder	Bra andedräkt Friska slemhinnor Friskt tandkött Funktionella tänder Muntorrhet Skavsår i gommen Svampfri Smärtfri	Olika former av demens Olika stadier av demens Personer med demens	Tandborstar Interdentala hjälpmedel Bitkloss Corega Proteser Speciell tandkräm Salivstimulerande Munspray	Bristande munhygien Förklara Försöka mer än en gång Ge stöd Informera Ingen plack Mellanrumsborstning Morgon- och kvällsrutin Smörja Skölja Tandborstning	Bedömning av kompetentpersonal Oral Care ROAG	Kunskapsbrist Informationsbrist Rutiner följs ej Rutiner måste ändras Stress Tidsbrist	Inget övergrepp Personalens rädsla Motstånd Svårigheter i munhygiensutförande

Figur 3. Beskrivning av den kvalitativa innehållsanalysprocessen

5.1. Hälsa

Kategorin ”*Hälsa*” består av två underkategorier: ”*Oral hälsa*” och ”*Demens*” som beskriver informanternas uppfattning av vårdtagarnas både fysiska-, psykiska- och orala hälsa (Figur 3).

5.1.1. Oral hälsa

Underkategorin ”*Oral hälsa*” beskriver informanternas upplevelser av vad de tror att oral hälsa innebär för vårdtagarna. Alla deltagare angav att det är viktigt att ha en god oral hälsa oavsett hur individens allmänna hälsa är:

”... alltså för både dement eller frisk, tycker jag är jätteviktigt med munvården, munhygien, med god oral hälsa ...” (Kod I2).

”... God tandvård så att säga eller tand... ja munvård kan man väl säga. Fräsch mun ska det va, man må gott efter det, god andedräkt, rena tänder ... jaaa ...” (Kod I1).

Informanterna har i intervjuerna definierat vad oral hälsa är med hjälp av ett eller flera ord, bland annat friska: tänder, tandkött och slemhinnor, inga skavsår samt smärtfri- och svampfri munhåla. Funktionsdugliga tänder, bra andedräkt och ingen muntorrhet är tre andra aspekter som framkom när det gäller den orala hälsan:

”... asååå fräsch andedräkt och hela tänder och ja, le /.../ att det inte ska göra ont när man äter eller dricker ...” (Kod I8).

”... allt som aaaa munnen innehåller: läpparna, munhålan, tänderna, tungan ska vara friska. Om man inte är frisk i munnen, tänker jag, i samband med ohälsa i munnen då kommer massa sjukdomar, det är en enkel knäpp att hålla sin hälsa i schack, faktiskt ...” (Kod I5).

”... att kunna äta trots att de inte har alla sina tänder, att ha protes som inte skavar och att inte ha svamp i munnen under protesen för att då kan man inte äta och dricka ...” (Kod I9).

5.1.2. Demens

Denna underkategori redogör hur informanterna upplever att vårdtagarnas orala hälsa och kommunikativa förmåga påverkas av demenssjukdomen. Boendena som är bosatta på samma avdelning lider av olika former av demens som till exempel: primärdegenerativ-, vaskulär- och sekundär demenssjukdom. Enligt informanterna befinner sig vårdtagarna i olika stadier av

demens och detta kan skilja sig mycket beroende på hur sjukdomen yttrar sig och vilka förmågor individen har förlorat:

”... det finns olika, olika kategorier på demens, det finns så många olika demens, så det beror helt på vad det är för demens de lider av ...” (Kod I6).

”... demens, dementa är svårare att nå när det gäller, fast bero på lite vad det är för demens på de, det finns vissa som vi kan kommunicera med väldigt lätt, men det finns vissa som har tappat tids- och rumsuppfattningen helt och hållet ...” (Kod I1).

Drygt hälften av deltagarna uppgav att det finns vissa personer med demens som har väldigt svårt att kommunicera och uttrycka sina känslor och upplevelser och detta kan leda till bland annat oro och undernäring. Informanterna talade om att äldre med demens är mer utsatta för att få dålig munhygien, smärtsam munhåla vilket kan leda till att matintaget minskar och detta kan resultera i undernäring. På grund av begränsad kommunikativ förmåga har vårdtagarna svårt att uttrycka vad felet är och detta kan skapa oro bland de äldre.

”... som jag sa att ohälsa i munhålan påverkar väldigt mycket hela kroppen, både framkallar sjukdomar, aaaa minskar näringsintaget och eftersom personer med demenssjukdom inte kan uttrycka sig var felet ligger, då skapar det massa oro hos dessa personer ...” (Kod I5),

”... en dålig munhygien, sår i munnen, sen smärta, oro, dålig aptit och ofta patienter med demens klarar inte att uttrycka vad de har för problem ...” (Kod I9).

5.2. Rutiner

”Rutiner” är en kategori som redogör för informanternas uppfattning av vilka rutiner som finns på respektive avdelning, vilka hjälpmedel som används samt hur munhygien utförs på personer med demens. Denna kategori grundas på följande två underkategorier: ”Hjälpmedel och ”Munhygienutförandet” (Figur 3).

5.2.1. Hjälpmedel

Denna underkategori beskriver vilka hjälpmedel som används för att en god munhygien ska uppnås på personer med demens och om dessa hjälpmedel är anpassade till individens behov. Ungefär hälften av informanterna upplevde att de har individanpassade hjälpmedel och dessa hjälpmedel rekommenderas av antingen tandläkare eller tandhygienister från Oral Care.

”... Nu har vi ju fått lite hjälp av Oral Care, att den ska använda den mellanrumstandborste och den ska ha det och den ska ha detta så att säga, det har vi fått hjälp därifrån, det få vi nog väl säga att det är hyfsade grejor (skratt) ...” (Kod I1).

Den andra hälften av informanter tycker att hjälpmedlen antingen är delvis eller inte anpassade alls.

”... Nej, inte alltid, framförallt inte för de dementa som inte öppnar munnen ordentligt. Nyligen tog jag reda på att det finns hjälpmedel, som liksom håller uppe munnen som man kan komma åt, sånt har vi inte... men det finns ju och det hade underlättat ...” (Kod I7),

”... vi använder inte samma instrument för alla, det är delvis anpassad, jag tänkte på att vi går ifrån den sortimenten vi har och anpassar det till vårdragaren ...” (Kod I5).

De hjälpmedel, enligt samtliga informanter, som används för att utföra munhygien på personer med demens är: tandborstar, interdentala hjälpmedel, tandkräm, munspray och salivstimulerandemedel. Informanterna uppgav att speciella tandkrämer bland annat Paroex, och Corsodyl samt munspray Proxident och specialtandborstar införskaffas till vårdragarna enligt rekommendationer från Oral Care. Dessa rekommendationer har gjorts efter en fullständig munhygienbedömning på vårdragarna. Nästan hälften av informanterna har nämnt att Corega används för rengöring av tandproteser. Protoserna tas ut i samband med kvällsrutiner och läggs i vatten med Corega under natten för avlägsning av bakteriebeläggningar.

5.2.2. Munhygienutförande

Underkategorin *”Munhygienutförande”* beskriver munhygienrutiner som finns för att en god munhygien ska uppnås, bland annat: daglig tandborstning, regelbunden sköljning med fluorlösning och att smörja slemhinnorna samt olika steg som informanterna följer för att kunna utföra munhygien på personer med demens:

”... det är ju att sköta det, tandborstning minst 2 gånger om dan, aaa tandtråd helst en gång om dan, varje dag... det är att hålla sig fräsch i flabben ...” (Kod I7),

”... inte ha matrester och beläggningar och att man känner sig fräsch och ren i munnen ...” (Kod I8).

Samtliga informanter uppgav att munhygienutförandet ingår i morgon och kvällsrutiner och det är viktigt att noggrant informera och förklara för vårdtagaren vad som ska göras innan munhygienutförandet börjar. Det inleds med att vårdgivaren visar och grundlig beskriver vad som hålls i händerna, det vill säga vilka hjälpmedel som ska användas samt tydligt redogöra vad som ska ske. Det är viktigt att vårdgivaren försäkrar sig att informationen har nått fram till vårdtagaren:

”... Eeeeh, jaa, borsta det man gör det ofta under morgonarbete eller kvällsarbetet, så det ska ingå i morgonrutinerna och kvällsrutinerna ...” (Kod I8).

”... för det första får du försöka förklara att vi ska ta och borsta tänderna, då får du ta fram en tandborste och tandkräm visa de det, går det hem så kan du utföra det, så att säga ...” (Kod I1).

Ungefär hälften av informanterna har påpekat att det är viktigt att vårdtagarna trots sin sjukdom får borsta själva först och sen går de in och stödjer boendena i munhygienutförandet. Om vårdtagarna inte vill borsta tänderna just under morgon- eller kvällsrutinen, är det väldigt viktigt att försöka få borsta tänderna på dem mer än en gång eftersom det kan vara så att just då är de inte villiga att borsta tänderna men kanske de ändrar sig efter en stund:

”... Ja, jag säger nu ska vi borsta tänderna, så tar jag fram tandborsten och visar den och så lägger jag tandkräm på tandborsten och orkar de göra det, så börjar de borsta själva och sen få jag ju slutföra det, jag få ta över det /.../ Det är viktigt att de få borsta själva så länge de kan, med sina händer, det är viktigt att de deltar i det och försöker ...” (Kod I4).

”... om jag kommer in till någon som säger, nej, jag vill inte borsta nu, då går jag ifrån, men jag kanske gå tillbaka efter tio minuter och provar igen, och då kanske det går bra. Att man

försöker liksom mer än en gång, för att om man rättar sig efter att de alltid säger nej, då skulle inte någon duscha, och ingen skulle stiga upp, ingen skulle äta ...” (Kod I3).

5.3. Upplevelser

I kategorin ”*Upplevelser*” beskrivs vilka möjligheter samt hinder som upplevs av undersköterskor vid munhygienutförandet på personer med demens. Kategorin består av tre underkategorier: ”*Tillgångar*”, ”*Begränsningar och önskan om förändring*” och ”*Etiska dilemma*” (Figur 3).

5.3.1. Tillgångar

Samarbetet med Oral Care som ger tillgång till kompetent personal i form av tandläkare och tandhygienister uppskattas samt ses som ett bra hjälpmedel av samtliga informanter:

”... Det jag tycker är jättebra är att det finns då Oral Care som kan komma ut till dem och kolla deras tänder och munhygien på dem, att man har den biten man kan ringa och prata med dem eller så kommer de hit och gör vid dem, jag tycker det är jättebra och då att vi får ju också informationer om vad vi ska göra och vad som behövs ...” (Kod I2).

”... jag tycker att Oral Care är bra, jättebra bra, de kommer med jämna mellanrum. De håller verkligen kollen och säger till om det är något extra man ska titta på ...” (Kod I6).

Fem av nio informanter har nämnt att det finns en person på varje avdelning som har gått en speciell kurs och är ROAG –ansvarig (Revised Oral Assessment Guide) samt gör munhälsobedömningar på vårdtagaren. Enligt en enstaka informant utförs regelbundna munhälsobedömningar på palliativa boende och att det kommer att införas regelbundna kontroller var tredje månad, på alla vårdtagare oavsett individens hälsotillstånd:

”... sen har vi en på vår avdelning som har gått utbildning på Oral Care och hon har hand om det mycket, men skulle det vara något där att vi märker något konstigt i munnen på boendena tar vi det med henne så hon tittat och har kontakten med de från Oral Care ...” (Kod I2).

”... vi har en som ligger palliativ, då kollar vi dennes munhälsa en gång varannan vecka, då gå vi igenom hela munnen och kollar, skriver upp och lämnar vidare till sjuksköterskan och sen ska vi, ska det påbörjas att man kollar, gör munhälsobedömning var tredje månad på allihopa /.../ så att man kollar var tredje månad så att munnen mår bra på alla ...” (Kod I3).

5.3.2. Begränsningar och önskan om förändring

Underkategorin *”Begränsningar och önskan om förändring”* beskriver informanternas upplevelser av varför munhygien inte skötts som de skulle önska och vilka förändringar eller rutiner som skulle underlätta munhygienutförandet på personer med demens.

Samtliga informanter var överens om att det är tidsbristen som gör att munhygien inte utförs tillräckligt bra. Fyra informanter tyckte att mer tid behövdes på morgonen, tre ville ha extra tid på kvällar medan två informanter ville ha extra tid både på morgonen och på kvällen för att kunna utföra en bra munhygien. Tidsbristen enligt en informant gör att munhygien inte prioriteras i lika hög utsträckning som andra vårdmoment.

”... Man har ju inte så mycket tid på sig att göra momenten ..., man skulle behövt mycket mer tid med de ... Jag hade velat ha mer tid ... Men det är klart tiden räcker aldrig till, det går snabbt ...” (Kod I2).

” ... Det behövs mer tid, speciellt på kvällen, behövs det mer tid ...” (Kod I6).

” ... som alltid i det här jobbet-tiden... man vill ha mer tid på sig, framförallt på morgonen, eeeh, och kunna göra det noggrannare, men man få in snabbt och borsta lite och sånt där... Jag tycker att man har för lite tid på morgnarna att kunna gå igenom ordentligt Det blir i all hast, tyvärr. Så är det, så att man inte prioriterar munhygien lika högt, tycker jag ...” (Kod I7).

En tredjedel av informanter uppgav att stress är en annan faktor som påverkar munhygienutförandet negativt på personer med demens, medan en enda informant tyckte att munhygien inte görs som det borde och att var och en behövde bli bättre på att försöka utföra bättre munhygien på de äldre, trots vårdtagarnas negativa inställning till detta.

” ... jag tycker att det blir stressigt på den här avdelningen jag är nu, tyvärr, så tycker jag det, men man försöker, man gör ju det i alla fall, men jag skulle må bättre om jag hade mer tid och arbeta i lugn o ro ... Jag upplever det som stressigt just där jag är nu. Jag upplever att den utsatta tiden inte räcker, jag skulle vilja ta det lugnare ... ” (Kod I6).

” ... Ibland det är, kan vara stressigt, så det är ju knappt, men vi tar oss, vi tar oss tiden, vi tar oss den tiden det behövs ... ” (Kod I4).

”... Jag tycker inte att dessa rutiner följs riktigt till 110, men det är en känsla jag har... att lätt man kanske säger att hon inte vill eller han vill inte, så man struntar i det ... alla ska verkligen försöka mer än en gång att man inte ger upp med en gång liksom o säger det gick inte ... ” (Kod I3).

Merparten av informanterna upplevde att kunskaps- och informationsbrist är en annan orsak som leder till bristfällig munhygien på personer med demens. Det framkom att mer information behövs angående vilka hjälpmedel som finns och hur dessa används.

” ... först tänkte jag på kunskap, att alla undersköterskor skulle behöva lite mer påminnelse om varför gör vi det? Och kanske några tips om olika hjälpmedel/.../ om vi har kunskap så vi kanske gör det annorlunda ... ” (Kod I5).

” ... sen tror jag det blir lite slarv hos vissa ibland, som kanske inte förstå hur viktigt det är, jag tror att man behöver mer upplysning, faktiskt. Det behövs mer information om hur viktigt det är att ta hand om tänderna tror jag ... ” (Kod I6).

Enligt ett flertal informanter upplevs att vissa rutiner borde ändras för att underlätta munhygienutförandet samt att dessa ändrade rutiner skulle vara mer skonsamma för personer med demens. De reflekterar över att om rutinerna läggs om då kommer stressen och tidsbristen minskas och detta kan leda till en bättre munhygien hos de äldre.

” ... man borstar egentligen tänderna efter man har ätit, oftast, men det görs innan, så i samband med den andra omvårdnaden. Så det är framförallt det som skulle förbättras egentligen. Man ska ta det liksom efter frukosten. Man skulle ha det som rutin...om man lägger

om rutinerna att man gör det efter frukostarna, där har de inte lika mycket tidspress ändå ...”
(Kod I7).

5.3.3. Etiska dilemman

Samtliga informanter uppgav att vårdtagarens motstånd, motvilja och bristande förmåga orsakad av individens sjukdom är bland de vanligaste hindren för att utföra en god munhygien på personer med demens. Tre informanter reflekterade över detta och angav att de inte vill kränka vårdtagarens integritet eller självbestämmanderätt genom att tvinga dem borsta tänderna.

”... I vissa fall går det inte alls att borsta, hela förmiddagen eller hela dagen så det kan vi inte påverka, vill de inte öppna munnen, vill de inte, så vi kan inte tvinga dem ...” (Kod I5).

” ... Det kan vara problem (skratt), och då skulle man behöva ha någonting alltså det är lite svårt, alltså man får inte gå över vissa gränser, är man dement så är man myndig, om man säger nej så säger man nej. Där har vi också, det är de gränserna också, är det, så det är mycket och ta hänsyn till, så vi kan ju inte stoppa in fingret och tvinga upp munnen, det får vi absolut inte göra för att då är det ett övergrepp ...” (Kod I6).

Ett annat etiskt dilemma som två informanter har tagit upp var personalens rädsla att skada vårdtagaren, särskilt vikariernas rädsla. Detta stärks i samband med osäkerhet, oerfarenhet samt otillräcklig kunskap för att utföra munhygien på personer med demens.

”... men det kommer in många vikarier som kanske aldrig har borstat tänderna på någon, de kan bli rädda och då då, det som spricker då det är ju munhygien kan jag ju säga och de behöver mycket mycket mer utbildning, information, om just hur viktigt det är med munhygien ...” (Kod I6).

6. DISKUSSION

6.1. Metoddiskussion

En empirisk studie med kvalitativ ansats med en intervjuguide som underlag har valts för att genomföra studien eftersom det ansågs vara den lämpligaste metoden för att svara på studiens syfte, nämligen: att tolka människans upplevelser, erfarenheter, åsikter och attityder (Malterud 2014).

För att öka studiens trovärdighet har begreppen överförbarhet, tillförlitlighet samt giltighet använts (Lundman & Graneheim 2004). Genom att detaljerat beskriva hur analysprocessen genomförs, ökar tillförlitligheten i studien. Med stor sannolikhet skulle en ny liknande undersökning ge samma resultat. En skillnad som kunde uppstå skulle vara om de som då utför studien har mer erfarenhet av att genomföra intervjuer. De kunde möjligen få djupare och mer utvecklade svar. Studiens giltighet måste anses vara stor eftersom resultatet mäter det som avsågs mätas. Studiens överförbarhet kan diskuteras eftersom studien undersöker människans upplevelser, erfarenheter, åsikter och attityder. Samma grupp människor i samma miljö kan ha olika åsikter, attityder och tolkningar av intervjuguiden beroende på individens erfarenhet, arbetsrutiner och ansvar.

6.1.1. Databeskrivning, bearbetning och analysmetod

De fyra bakgrundsfrågorna, som ställdes före den faktiska intervjun, infördes för att författarna ville säkerställa att deltagarna uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna. De första tre frågorna i intervjuguiden användes för att introducera informanterna i studiens ämne och svaren på dessa frågor redovisades inte i studiens resultat, eftersom de inte var relaterade till studiens syfte.

Efter utförd pilotstudie bestämde författarna att lägga intervjuguiden på bordet framför informanterna så att de kunde läsa frågorna samtidigt som de ställdes. Informanten som deltog i pilotstudien hade inte tillgång till frågorna, vilket inte anses ha påverkat dennes svar eftersom informanten bad författarna att upprepa frågan vid behov.

Intervjuerna spelades in med digital diktafon och detta framgick i informationsbrevet och de flesta deltagarna accepterade det. Endast en informant var tveksam till att intervjun skulle spelas

in men efter att det tydliggjordes för informanten att författarna hade tystnadsplikt och sekretess, godkändes den inspelningen. Detta kan bero på att deltagaren kanske inte förstod informationsbrevet eller kände oro över att vara inspelad och funderade extra innan frågorna besvarades, trots att informanten vid upprepade gånger informerades om sekretessen och att materialet skulle förvaras inlåst och endast författarna hade tillgång till detta. Fördelen med att spela in, är att författarna kunde fokusera och koncentrera sig på intervjun och informanterna, jämfört med om de skulle ha valt att anteckna intervjun för hand.

Intervjuinspelningen ägde rum på arbetsplatsen i ett särskilt rum och detta kan ha påverkat informanterna eftersom de fick gå ifrån sina uppgifter och kunde känna sig stressade eftersom andra kollegor fick sköta deras arbetsuppgifter under tiden intervjun pågick. Författarna upplevde inte att informanterna var stressade, utan tvärtom, de upplevdes avslappnade och positiva. Om intervjuerna hade spelats in på fritiden eller på en annan plats än arbetsplatsen, tror författarna att det hade varit svårare att rekrytera informanter och risken fanns att intresset av att delta i studien hade varit mindre. Om intervjuerna hade spelats in i en annan miljö än arbetsmiljön kanske informanterna inte hade känt sig bekväma och då hade studiens resultat påverkats eftersom individens beteende och agerande påverkas av miljön som personen befinner sig i. Informanternas attityd kan ha påverkats också, en mindre positiv effekt av att intervjun spelades in på arbetsplatsen kan ha varit att en del av informanterna möjligen kände sig pressade av att hellre ge svar som författarna ville höra och inte vågade berätta om den negativa sidan av sitt arbete.

Intervjuerna tog mellan 15–25 minuter och anses vara korta intervjutider och detta kan bero på författarnas oerfarenhet av att utföra intervjuer. Denna aspekt kan ifrågasätta intervjuernas kvalitet och om en annan mer erfaren författare hade utfört intervjuerna kanske denne hade fått djupare och mer utvecklade svar. Trots detta var informanternas svar omfattande och relevanta samt svarade på studiens syfte. En förklaring till att intervjutiderna skiljde sig upptill 10 minuter, kan vara att författarna blev mer vana efter varje inspelad intervju och följdfrågorna användes oftare. Informanterna blev informerades i informationsbrevet att intervjun kunde ta mellan 30–45 minuter och därför upplevdes ingen tidspress och alla deltagare upplevdes avslappnade och svarade på frågorna i lugn och ro.

6.1.2. Urval

Ett lämplighetsurval användes vid studiens genomförande, det vill säga att deltagarna valdes ut enligt studiens inklusions- och exklusionskriterier. Alla undersköterskor som uppfyllde studiens inklusions- och exklusionskriterier och arbetade på ett av de två särskilda boenden som ingick i studien fick möjligheten att delta. Om flera än två särskilda boenden hade inkluderats i studien hade ett bredare resultat uppnåtts. I studien deltog både kvinnor och män, med olika lång erfarenhet av att ha arbetat som undersköterska och detta har lett till att resultatet fick en större variation av hur personalen upplever munhygienutförandet på personer med demens.

Femton undersköterskor (n=15) anmälde intresse av att delta i studien, men endast nio undersköterskor (n=9) fick delta i studien eftersom mättnad hade uppnåtts enligt författarna genom att ingen ny information tillkom vid sista intervjun.

En av författarna arbetar på ett av boendena, vilket kan ha påverkat antingen informantens vilja att delta i studien eller deras svar det vill säga att informanterna kanske inte svarade ärligt på alla frågorna, utan försökte säga det författarna ville höra. Det kan misstänkas att författaren som arbetar på boenden hade en förförståelse av resultatet, men författaren förhöll sig istället objektiv. Dessutom kände hon inte till alla rutinerna på respektive boende eftersom författaren aldrig arbetar samma skift (dagskift) som informanterna och därför anses risken för subjektivitet att vara minimal. Att båda författarna har erfarenhet som undersköterska kan ha påverkat intervjuguidens utformning eftersom de har både ett utifrån- och inifrånperspektiv, det vill säga de har kunskap och erfarenhet ur både undersköterska- och tandhygienistperspektiv.

En annan etisk aspekt som kan diskuteras är att informanterna kunde känna sig i underläge på grund av att författarna var två medan informanten alltid var ensam, samt att författarna hade mer kunskap än undersköterskorna inom ämnet. Författarna upplevde inte att informanterna kände sig i underläge och enligt en av deltagarna:

”... en sån praktisk grej, jag tycker att det var jättebra att ni var två, jag var på en annan intervju med en person som intervjuade mig och jag tyckte att det var väldigt jobbigt. Jag kände mig faktiskt avslappnad nu när ni var två ...” (Kod I5).

6.2. Resultatdiskussion

Undersköterskorna i studien upplever att munvården är lika viktigt som andra vårdmoment och att bristfällig munhygienutförande på personer med demens förekommer trots att rutiner på boendena finns. Detta överensstämmer med en studie av Zenthöfer et al. (2014) som visar att munhygien hos äldre personer med demens som bor på särskilt boende verkar vara sämre jämfört med äldre som inte har demens. En trolig förklaring till detta kan vara personalens upplevda tids- och kunskapsbrist samt en försämring av vårdtagarens kognitiva och funktionella förmåga. Det visar också på att det är ett fenomen som förekommer på flera ställen än på de aktuella boendena där informanterna arbetar.

I vår aktuella studie anses de vanligaste hindren för att utföra en god munhygien på personer med demens, vara tidsbrist, kunskapsbrist samt etiska dilemma. Tidsbristen visar sig i hög utsträckning vara den främsta anledningen till varför munhygienutförandet tenderar att bli bristfälligt. Tidigare studier har kommit fram till att munhygienutförandet är tidskrävande, där tiden som är utsatt för olika vårdmoment och som redan från början anses vara kort måste fördelas mellan olika omvårdnadsmoment (Wårdh et al. 2003; Lindqvist et al. 2013). Detta kan resultera i att munvården inte prioriteras lika högt som de andra momenten eller blir bristfälligt utförd. Givetvis kan även andra faktorer spela in, som till exempel att det finns personalbrist eller att personalen har valt fel tillfälle för att utföra munhygien på vårdtagarna.

Kunskapsbrist, en annan faktor som kom fram, kan påverka undersköterskans attityd till munvård samt bemötandet av individer med demenssjukdom, vilket kan hindra munhygienutförandet. Flera studier har kommit till samma resultat (Lindqvist et al. 2013; Janssens et al. 2016), att vårdgivarens bristande kunskaper om munvård leder till en bristande munhygien hos vårdtagarna. En studie gjort av Forsell et al. (2011) kom fram till att munvårdsutbildning för vårdpersonalen gjorde att de lättare kunde övertyga vårdtagare till att acceptera hjälp med munhygienutförandet. En möjlig förklaring till att informanterna upplever att munhygien är bristande på personer med demens kan vara att personalen inte förstår riktigt vikten av en god oral hälsa och hur den påverkar den allmänna hälsan. En eventuell lösning är att utöka sin kunskap inom området för att lättare kunna hantera vårdtagarens motstånd till att utföra munhygien.

Kunskapsbristen kan bland annat vara en av flera orsaker av varför informanterna upplever munhygienhjälpmedel på olika sätt. Hälften av dem ansåg att vårdtagarna har individanpassade hjälpmedel medan den andra hälften anpassar befintliga hjälpmedel till individen. Ju mer kunskap personalen har om vilka hjälpmedel som finns och hur dessa används samt hur stort intresse informanten har för vårdtagarens orala hälsa, desto bättre förutsättningar finns för att uppnå en god munhygien hos vårdtagarna. Enligt Janssens et al. (2016) har över 60% av undersköterskorna aldrig gått en teoretisk eller praktisk utbildning om munhälsovård och endast 3% av undersköterskorna går regelbundna teoretiska och praktiska kurser om munhälsovård. Detta kan möjligt vara en anledning av varför bristande kunskaper om oral hälsa upplevs hos undersköterskor.

På båda boendena där studien genomfördes används ROAG munhälsobedömningsprotokoll för att underlätta kommunikationen mellan de olika kategorier vårdpersonal angående vårdtagarens munhälsa samt för att bedöma behovet om hjälp med munhygienutförandet. ROAG-bedömningen genomförs regelbundet av utbildade undersköterskor i ROAG för att upptäcka tidiga orala problem hos vårdtagarna. Tidigare studier (Chan et al. 2011; Andersson et al. 2002) framhåller vikten av munhälsoprotokoll, eftersom det är ett bra verktyg som kan användas för att kontinuerligt följa upp och upptäcka munhälsoproblem i tidiga stadier samt utifrån dessa munhälsoproblem kunna hjälpa de äldre att på bästa sätt undvika olika former av sjukdomar och framtida besvär i munhålan. Utöver ROAG har boendena tillgång till regelbundna besök av Oral Care med tillhörande tandläkare och tandhygienister, vilket ansågs vara uppskattat av undersköterskorna. Oral Care hjälper och vägleder vårdpersonalen för att kunna ge individanpassad munvård till personer med demens. Trots detta upplevde en viss del av informanter att de behövde mer undervisning och konkreta råd för att god munhygien ska kunna uppnås.

Äldre som har demens är ofta i behov av assistans vid munvård och i samband med detta kan det exempelvis förekomma beteendemässiga störningar, passivitet och aggressivitet från vårdtagarnas sida, vilket kan vara orsaken till bristfälligt utförd munhygien. Deltagarna i studien upplevde att vårdtagarnas demenssjukdom kan påverka individens kommunikativa- och funktionella förmåga som i sin tur kan leda till dålig munhygien och vidare ha effekt på den allmänna hälsan. Hatipoglu et al. (2011) har kommit fram till att personer med demens på grund av minskad kognitiv förmåga har sämre kapacitet att genomföra dagliga aktiviteter som

munhygien. Författarna anser som en trolig förklaring till äldres förändrade beteende och agerande kan vara att personers kognitiva förmåga påverkas av sjukdomsförloppet, vilket vidare kan leda till sämre munhygien.

Etiska dilemman som upplevdes av deltagarna, rörde sig bland annat om att de inte ville kränka vårdtagarens integritet genom att tvinga personen till att utföra munhygien om denna vägrade. Detta överensstämmer med Lindqvist et al. (2013) studie som kom fram till att personalen visade motvilja till att utföra munvård på vissa patienter, eftersom de inte ville kränka vårdtagarna. Omvårdnaden byggs på att vårdpersonalen visar respekt, tar hänsyn till patientens integritet och rätten till självbestämmande (SFS 1982:763). Författarna anser att personer med demens har rätt till integritet, självbestämmande och autonomi, men samtidigt har rätt att få hjälp med munhygienutförandet för att främja god oral hälsa, i synnerlighet då de annars riskerar att råka ut för olika sorters obehag som kan orsaka stort lidande. Inom vården måste hänsyn tas till gott- och rättvisepincipen också. Dessa principer ska styra arbetet till likvärdigt bemötande och behandling oavsett ålder, åsikt och egenskaper. Det är oetisk att särbehandla vissa grupper som personer med demens och beröva personens rätt till en god oral hälsa genom att inte utföra en bra munhygien.

Framtida forskning kan vara att genomföra en liknande intervjustudie på undersköterskor som arbetar på andra särskilda boenden som inte har tillgång till Oral Care och/eller inte använder sig av ROAG för att få reda på deras upplevelse om oral hälsa och deras munvårdsrutiner på personer med demens. En likartad studie kan också ge en insyn i om munvård prioriteras överallt och om inte, vad anledning till detta kan vara.

7. SLUTSATS

Slutsatsen av studien är att brister i munhygienutförandet på personer med demens kan förekomma trots att rutiner för munvård tillämpas. Fastän olika sorters munvårdsprodukter används samt kvalificerad personal besöker vårdtagarna regelbundet, upplever informanterna att mer undervisning och konkreta råd behövs.

8. REFERENSLISTA

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.

Bergdahl M, Bergdahl J (2000). Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *Journal of Dental Research*, 79(9), s. 1652–1658.

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.

Darby I (2015). Periodontal considerations in older individuals. *Australian Dental Journal*, 60(1), s. 14–19.

FDI World Dental Federation (2016). FDI's definition of oral health (Elektronisk). Tillgänglig: www.fdiworlddental.org. (Läst 2017.10.03).

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.

Gil-Montoya JA, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M (2017). Oral Hygiene in the Elderly with Different Degrees of Cognitive Impairment and Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3), s. 642-647.

Grönbeck-Lindén I, Hägglin C, Gahnberg L, Andersson P (2017). Factors Affecting Older Persons' Ability to Manage Oral Hygiene: A Qualitative Study. *Journal of Dental Research Clinical and Translational Research* 2 (3), s. 223-232.

Hatipoglu MG, Kabay SC, Güven G (2011). The clinical evaluation of the oral status in Alzheimer-type dementia patients. *Gerodontology*, 28(4), s. 302-306.

Helsingforsdeklarationen (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (Elektronisk). Tillgänglig: www.wma.net/. (Läst 2017.13.03).

Holman C, Roberts S, Nicol M (2005). Promoting oral hygiene. *Nursing Older People*, 16(10), s. 37–38.

Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 2017:30.

Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763.

Janssens B, Visschere LD, Putten G- J, Lugt-Lustig K, Schols JMGA, Vanobbergen J (2016). Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staff knowledge and attitudes towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *The Gerodontology Association*, 33(2), s. 275-286.

Kristensson J (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur, s. 133–134.

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

Lang NP, Lindhe J, Berglundh T (red.), Giannobile WV (red.), Sanz M (red.) (2015). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Sjätte upplagan. Oxford: Wiley-Blackwell, s. 366-376, 381.

Langa KM (2015). Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? *Alzheimer's Research & Therapy*, 7(1), s. 34.

Launer LJ (2005). The epidemiologic study of dementia: a lifequest? *Neurobiology of Aging*, 26(3), s.335–340.

Lindhe J, Ranney R, Lamster I, Charles A, Chung C-P, Flemmig T, Kinane D, Listgarten M, L e H, Schoor R, Seymour G, Somerman M (1999). Consensus report: Chronic periodontitis. *Annals of Periodontology*, (4), s. 38.

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

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

Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A (2011). Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. Tredje upplagan. Stockholm: Liber, s. 14–16, 21–22, 108–110, 116–119, 133–146, 148–149, 167–190.

Malterud K (2014). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion. Lund: Studentlitteratur, s. 31–32.

Myndigheten f r vårdanalys (2014). Vip i v rden? Om utmaningar i v rden av personer med kronisk sjukdom. Rapport 2014:2. (Elektronisk). Tillgänglig: www.vardanalys.se/. (Läst 2017.10.16).

Norderyd O, Koch G, Papias A, K hler AA, Helkimo AN, Brahm CO, Lindmark U, Lindfors N, Mattsson A, Rolander B, Ullbro C, Gerdin EW, Frisk F (2015). Oral health of individuals aged 3-80 years in J nk ping, Sweden during 40 years (1973-2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal*, 39(2), s. 69-86.

Petersen PE & Yamamoto T (2005). Improving the oral health of older people-The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 33(2), s. 81–92.

Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Montesi F, Rietti E, Pisacane N, Rolfo E, Scali CR, Dalmonte E (2007). Risk factors for dementia: data from the Conselice study of brain aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 44, s. 311–320.

Skolverket (2017). Vård och omsorgsprogrammet. (Elektronisk). Tillgänglig: www.skolverket.se/. (Läst 2017.10.18).

Simons D, Brailsford S, Kidd EA, Beighton D (2001). Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, s. 464–470.

Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. SOSFS 2011:12, s.1–6.

Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. SOSFS 2005:27.

Socialstyrelsen (2014). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/. (Läst 2017.10.05).

Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. (Elektronisk). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/. (Läst 2017.10.17).

Socialtjänstlagen. SoL 2001:453.

Strömberg E, Hagman-Gustavsson ML, 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*, 39(6), s. 1–9.

Su N, Marek CL, Ching V, Grushka M (2011). Caries prevention for patients with dry mouth. *Journal of the Canadian Dental Association*, s. 77: b - 85.

Tandvårdslagen. SFS 1985:125.

Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. SOSFS 2012:3.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.gu.se/>. (Läst 2017.12.20).

WHO (1948). Constitution of WHO: principles. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/. (Läst 2017.10.03), s.1.

WHO (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/. (Läst 2017.10.05).

WHO (2012). Oral health. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/. (Läst 2017.10.03).

WHO (2016). Dementia. (Elektronisk). Tillgänglig: www.who.int/. (Läst 2017.10.05).

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.

Zenthöfer A, Schröder J, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ (2014). Comparison of oral health among older people with and without dementia. *Community Dental Health*, 31, s. 27–31.

9. BILAGOR

9.1 Bilaga 1. Semistrukturerad intervju

För att försäkra oss om att deltagarna uppfyller studiens inklusions- och exklusionskriterier kommer följande frågor att ställas. Frågorna samt svaret på frågorna kommer inte att redovisas individuellt i studien.

Har du gått färdig en undersköterska utbildning?

Hur länge har du arbetat som undersköterska?

Hur länge har du arbetat med personer med demens?

Hur länge har du arbetat på det boendet du arbetar idag?

Intervjuguide

1. Vill du berätta vad oral hälsa är för dig?
2. Vad tycker du, hur kan man uppnå en god oral hälsa?
3. Vad är god munhygien för dig?
4. Har ni munhygienrutiner på den avdelningen du jobbar på? Berätta vilka rutiner har ni?
5. Hur upplever du dessa rutiner? Är det något som behöver förbättras eller förändras?
6. Vilken typ av material/ instrument använder du när du utför munvård på personer med demens?
7. Upplever du att de hjälpmedel som används när munhygien utförs är anpassad och lämpligt för individens behov?
8. Har du utsatt tid för att utföra samt stödja vårdtagare med att genomföra sin munhygien? I så fall hur långt tid har ni och hur upplever du att den tiden är i jämförelse med det som behövs?
9. Hur utför du munhygien på personer med demens?
10. Om du kunde bestämma, finns det något du skulle vilja ändra på när det gäller munhygienutförandet hos personer med demens?
11. I relation till andra vårdmoment hur viktigt anser du att munvård samt munhygien är för personer med demens?
12. Har du frågor kring intervjun eller är det något som du vill ta upp innan vi avslutar intervjun?

Följande följdfrågor har använts under intervjuens gång:

Kan du utveckla det mer?

Vad menar du med det? Kan du utveckla det?

Vad tror du att det kan bero på?

9.2 Bilaga 2. Informationsbrev till undersköterskor på aktuellt särskilt boende.

Hej,

Vi är två tandhygieniststudenter, Andreea Luca och Kristina Zakaraite, som läser vårt sista år vid Högskolan Kristianstad, och skriver vår kandidatuppsats i oral hälsa.

Syftet med vår intervjustudie är att undersöka undersköterskans upplevelse av hur munhygien utförs samt vilka rutiner som finns för att upprätthålla munhygien hos vårdtagare med demens samt hur oral hälsa påverkas av demens.

Din medverkan är viktigt för att kunna genomföra studien och skaffa oss en uppfattning om undersköterskans upplevelse samt vilka rutiner som finns kring munhygien hos personer med demens.

Intervjuerna utförs i ett avskilt rum på respektive äldreboende och spelas in med digital diktafon. Varje intervju beräknas ta mellan 30–45 minuter och kommer att ske på deltagarnas arbetstid.

Både särskilt boende och deltagarna i studien kommer att vara avidentifierade. Insamlat material kommer att förvaras inlåst och vara tillgängligt endast för författarna samt användas enbart för aktuell studie. Efter att uppsatsen blivit examinerad och godkänd kommer all material att förstöras. Deltagarna har rätt till att när som helst under intervjun avbryta sin medverkan i studien, utan att behöva ge några förklaringar.

Vi tackar Dig för din medverkan som gör att vår uppsats blir möjlig att skrivas!

Med vänliga hälsningar

Andreea Luca: andreea.luca0136@stud.hkr.se

Kristina Zakaraite: kristina.zakaraite0001@stud.hkr.se

Handledare: Leg. Tandhygienist och universitetsadjunkt i Oral Hälsa Högskolan Kristianstad

e-mailsaddress: sara.henricsson@hkr.se

telefonnummer: 044–2503973, rec. 044–2503990

9.3. Bilaga 3. Informationsbrev till enhetschef på aktuellt särskilt boende.

Hej,

Vi är två tandhygieniststudenter, Andreea Luca och Kristina Zakaraite, som läser vårt sista år vid Högskolan Kristianstad, och skriver vår kandidatuppsats i oral hälsa.

Syftet med vår intervjustudie är att undersöka undersköterskans upplevelse av hur munhygien utförs samt vilka rutiner som finns för att upprätthålla munhygien hos vårdtagare med demens samt hur oral hälsa påverkas av demens.

För att kunna genomföra studien och skaffa oss en uppfattning om undersköterskans upplevelse samt vilka rutiner som finns kring munhygien hos personer med demens, vill vi intervjua cirka 10 undersköterskor (fem på varje ställe).

Intervjuerna utförs i ett avskilt rum på respektive äldreboende och spelas in med digital diktafon. Varje intervju beräknas ta mellan 30–45 minuter och kommer att ske på deltagarnas arbetstid.

Både särskilt boende och deltagarna i studien kommer att vara avidentifierade. Insamlat material kommer att förvaras inlåst och vara tillgängligt endast för författarna samt användas enbart för aktuell studie. Efter att uppsatsen blivit examinerad och godkänd kommer all material att förstöras. Deltagarna har rätt till att när som helst under intervjun avbryta sin medverkan i studien, utan att behöva ge några förklaringar.

Med vänliga hälsningar

Andreea Luca: andreea.luca0136@stud.hkr.se

Kristina Zakaraite: kristina.zakaraite0001@stud.hkr.se

Handledare: Leg. Tandhygienist och universitetsadjunkt i Oral Hälsa Högskolan Kristianstad

e-mailsaddress: sara.henricsson@hkr.se

telefonnummer: 044–2503973, rec. 044–2503990

9.4. Bilaga 4 Samtyckeformulär

Samtycke till deltagande i aktuell studie

I det följande brevet ger du ditt samtycke till att delta i studien där vi undersöker undersköterskans upplevelse av hur munhygien sköts samt vilka rutiner som finns för att underhålla oral hygien hos vårdtagare med demens på särskilt boende. Läs igenom detta innan du ger medgivandet genom att skriva under längst ned.

Medgivande

- Jag har tagit emot information om studiens syfte samt dess genomförande.
- Jag har fått information om att intervjumaterialet kommer vara konfidentiellt, vilket gör att allt vad som sägs i intervjun kommer ej kunna spåras till mig.
- Mitt deltagande i studien är frivilligt.
- Jag har blivit informerat om att jag kan avbryta mitt deltagande i studien när jag vill utan att behöva uppge någon anledning.
- Jag ger mitt medgivande till forskarna att lagra och bearbeta den informationen som insamlas under intervjun.
- Jag har fått information om författarnas tystnadsplikt och att all material skulle avidentifieras samt bevakas inlåst.
- Jag har blivit informerat om att insamlat material skulle endast användas i studiens syfte.
- Jag samtycker att intervjun ska användas och publiceras i författarnas kandidatuppsats.

Genom att skriva under ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och till att intervjun kan spelas in.

Norra Skåne den ... / ... 2018

Namnsteckning

Namnförtydligande