



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

## **Munvård för patienter med huvud-och halscancer som genomgår onkologisk behandling, med fokus på egenvård**

En intervjustudie utifrån sjuksköterskans perspektiv på en onkologisk vårdavdelning

### **Författare**

Linn Fredriksson och Hanna Taranger

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad på grundnivå OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

Vi är otroligt tacksamma till alla som deltog i intervjuerna, vår kontaktperson och resterande personal på avdelningen som har hjälpt till och bidragit. Till vår handledare, tack för att du har varit så optimistisk och uppmuntrande under denna period, speciellt när vi själva har varit frustrerade och omotiverade. Tack för allt stöd, ni alla är en inspiration till att utveckla och förbättra vården för patienternas bästa.

Titel (svensk)	Munvård för patienter med huvud-och halscancer som genomgår onkologisk behandling, med fokus på egenvård
Titel (engelsk)	Oral care for patients with head and neck cancer, who are undergoing oncological treatment, with a focus on self-care
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad på grundnivå OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Linn Fredriksson och Hanna Taranger
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## Sammanfattning:

Patienter med huvud- och halscancer som genomgår onkologisk behandling kan få en påverkan på deras livskvalitet. Biverkningar i munhålan relaterat till strålbehandling är vanligt och en av de allvarligaste biverkningarna är oral mukositis som drabbar cirka 80% av patienterna. Utöver det lidande som biverkningarna ger patienten kan det också leda till uppehåll eller avslutad behandling. Detta gör god munvård till en prioritet för dessa patienter. Syftet med denna studien är att beskriva hur sjuksköterskor arbetar med munvård på en onkologisk slutenvårdsavdelning, med fokus på egenvård. Studien genomfördes som en intervjustudie med sex deltagande sjuksköterskor. Intervjuerna resulterade i fyra huvudteman, samt subteman. De fyra huvudteman som identifierades var *delat ansvar*, *kontinuitet*, *påverkbara rutiner* och *mer kunskap*. Det framkom att ansvaret för munvården delades över flera professioner, samt att riktlinjer & rutiner var inte tillräckligt tydliga för alla på arbetsplatsen. Det finns behov av mer kunskap och utrymme att göra patienten mer delaktig i sin egenvård. Skriftlig information till patienterna hade kunnat gynna patientens egenvård, delaktighet och trygghet.

Nyckelord:	Munvård, huvud-och halscancer, onkologisk behandling, biverkningar, egenvård, sjuksköterska, personcentrering
------------	---

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	5
<b>2. Bakgrund</b>	5
2.1 Huvud- och halscancer	5
2.2 Behandling av HH-cancer	6
2.2.1 Patientens perspektiv	7
Symtom av onkologisk behandling	7
Oral mukositis	7
Påverkan på patientens livskvalité	8
Patientens integritet	8
Följder av nedsatt munhälsa	9
2.2.2 Sjuksköterskans perspektiv	9
Sjuksköterskans roll	9
Förebyggande av nedsatt munhälsa	10
Egenvård	11
Teamarbete	11
<b>3. Teoretisk utgångspunkt</b>	12
3.1 Personcentrerad vård	12
<b>4. Problemformulering</b>	13
<b>5. Syftet</b>	13
<b>6. Metod</b>	13
6.1 Design	13
6.2 Respondenter	13
6.3 Datainsamling	14
6.4 Dataanalys	14

6.5 Etik	15
<b>7. Resultat</b>	15
7.1 Delat ansvar	16
7.2 Kontinuitet	18
7.3 Påverkbara rutiner	20
<b>7.4 Främja delaktighet</b>	21
<b>8. Diskussion</b>	22
8.1 Metoddiskussion	22
8.2 Resultatdiskussion	24
<b>9. Slutsats</b>	28
<b>10. Kliniska implikationer</b>	28
<b>11. Referenser</b>	29
<b>Bilaga 1.</b>	35
<b>Bilaga 2.</b>	37

# 1. Inledning

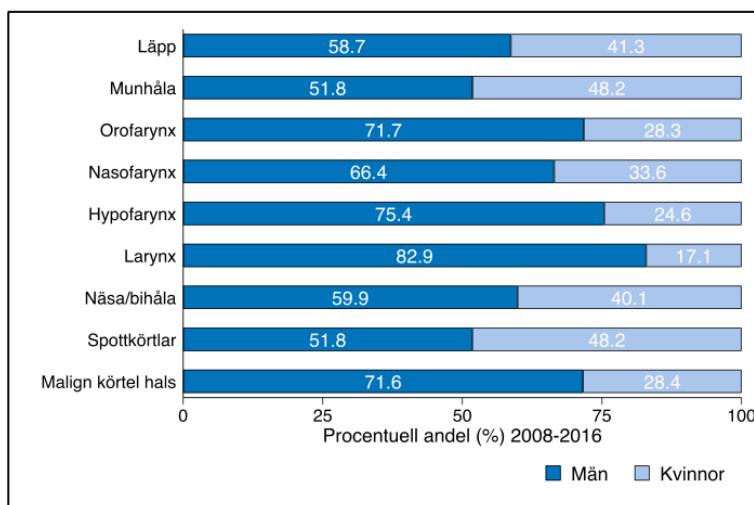
Incidensen av huvud-och halscancer ökar, vilket också ökar arbetsbelastningen för sjukhusen. Många behandlas polikliniskt, men även inom slutenvården på avdelning och då ofta på grund av ett behov av mer avancerad vård. Den onkologiska behandlingen påverkar munhålan mycket och har många biverkningar som berör patientens liv och välbefinnande. Biverkningarna är inte alltid lätt för sjuksköterskor att vårda och speciellt inte för patienterna som måste uppleva dessa besvärliga symtom. Patienterna med denna diagnos måste leva med sjukdomens symtom och tecken, vilket även kan påverka ens välbefinnande, identitet och livskvalité.

Onkologen vid Jubileumskliniken hade en förfrågan och önskan om att skriva om ämnet munvård, vilket vi författare instämde med och valde för vårt verksamhetsförlagda examensarbete.

## 2. Bakgrund

### 2.1 HUVUD- OCH HALSCANCER

Varje år diagnostiseras cirka 1 600 personer med huvud-och halscancer i Sverige. Huvud- och halscancer (HH-cancer) inkluderar tumörer i munhåla, läpp, svalg, struphuvud, näsa, bihålor, spottkörtlar och lymfkörtelmetastas på halsen med okänd primärtumör. HH-cancer är ett samlingsbegrepp för samtliga typer av tumörer som i sig delas in i olika undergrupper som munhåla, orofarynx (mellansvalg) och larynx (struphuvud) (RCC, 2019a). HH-cancer består av nio diagnosgrupper och inom dessa varierar könsfördelningen samt förekomsten, exempelvis svalgscancer drabbar fler män än kvinnor (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018). I genomsnitt representerar män för ca 65,5% av all HH-cancer och kvinnor 34,5%, se figur 1 (RCC, 2019b).



**Figur 1.** Visar könsfördelningen procentuellt mellan de olika diagnostyperna av HH-cancer. Figuren är tagen från RCC (2019b).

Medianåldern för de olika diagnosgrupperna inom HH-cancer varierar mellan 65-75 år. Diagnosgruppen läppcancer har en medianålder på 75 år och övriga diagnosgrupper 60-70 år (RCC, 2019b).

Lokaliseringen av cancer påverkar överlevnaden, och den relativa 5-årsöverlevnaden är ca 67% för de flesta typerna av HH-cancer. Fallen av diagnoserna ökar med ca 3% varje år och mellan åren 2008-2016 hade cancerincidensen ökat med 25% (RCC, 2019b).

I västvärlden är HH-cancer den 5:e vanligaste cancertypen, och i andra delar av världen är typen den näst eller tredje vanligaste, såsom i Sydostasien, delar av södra Kina och norra Afrika. (RCC, 2019). Geografiska och demografiska olikheter, samt kulturella och socioekonomiska faktorer påverkar variationen av förekomsten mellan olika länder (RCC, 2019b). Förekomsten av diagnoserna kan kopplas till vilken livsstil man har, riskfaktorerna är bruk av tobak, alkohol, dålig munhälsa, högrisk-infektion virus, (oftast talat om herpesvirus t.ex. humant papillomvirus och Epstein-Barr virus), och premaligna förändringar (RCC, 2019c). Skillnaderna mellan incidens, tumörens lokalisering och kön kan kopplas till kost, användning av droger samt olika yrken (exponering för specifika damm inom industrierna har visat förhöjd risk). Skivepitelcancer är en så kallad, "livsstilscancer", och utgör cirka 85% av HH-cancer i Sverige (RCC, 2019c). Då HH-cancer påverkas av miljö och livsstil, finns det goda möjligheter till att förebygga insjuknande (RCC, 2019c).

## 2.2 BEHANDLING AV HH-CANCER

Behandlingen för HH-cancer utgörs främst i kombinationen av kirurgi och strålbehandling, samt patienter med avancerade eller spridda tumörer kan även behandlas medicinskt med cytostatika och andra läkemedel. Kirurgisk behandling kan ges i både kurativt och palliativt syfte. Behandling efter upptäckt av HH-cancer bör starta inom 12 dagar efter en multidisciplinär konferens (MDK) vid behandling med kirurgi och efter 20 dagar med onkologisk behandling enligt det nationella vårdprogrammet i Sverige för huvud- och halscancer (RCC, 2019d). HH-cancer kräver olika behandlingstekniker som ger många biverkningar (RCC, 2019d).

1896 i Chicago fick den första cancersjuka patienten behandling med joniserande strålning. Sedan dess har strålbehandling utvecklats enormt och är nu en vanlig medicinsk behandling och var femte svensk kommer någon gång under livet att få strålterapi. Strålbehandlingen för patienter utformas individuellt. Det finns extern strålbehandling eller brakyterapi. Extern strålbehandling innebär att strålningskällan placeras utanför kroppen, och brakyterapi är då strålningskällan placeras nära eller inuti tumören. Strålningen åstadkommer en skada på alla cellers DNA, men tumörceller har inte samma förmåga att reparera sig som friska celler. Vid strålningsbehandling sätts ett individuellt schema upp och då får patienten behandling (strålningsdos) per dag under en viss period (Degerfält, Moegelin & Sharp, 2008). Schemats uppsättning varierar beroende på individ, typ och grad av tumör, men en strålningsbehandling ges under ungefär 5-7 veckor, fem dagar i veckan (RCC, 2019d). Tumörceller är oftast i växande fas vilket gör dem känsligare för strålning än friska celler (Degerfält et al., 2008). Biverkningar av strålningen varierar. Det finns tidiga biverkningar

och sena biverkningar. De tidiga biverkningar läker oftast snabbt efter behandlingens slut, medan sena biverkningar kan uppstå månader eller år efter behandlingens avslut. Dessa sena biverkningar brukar då vara kroniska (Degerfält et al., 2009; SBU, 2012).

## 2.2.1 PATIENTENS PERSPEKTIV

### **Symtom av onkologisk behandling**

Att genomgå onkologisk behandling med antingen strålning och/eller cytostatika har en stor påverkan på patientens liv. Både under och efter behandling krävs noggrann uppföljning då behandlingen ger många biverkningar som kan påverka patientens välmående (RCC, 2019e). Slemhinnan, huden, spottkörtlar, skelettet och sköldkörteln är ställen som påverkas mest av strålbehandlingen. Epitelet i slemhinnorna i munnen skadas av strålningen vilket gör att oral mukositis uppstår. Oral mukositis är skador och inflammationer i munslemhinnan. Symtomen börjar efter cirka två veckor av behandling och brukar nå sin peak vid slutet av strålbehandlingen samt kvarstår även en tid efteråt (SBU, 2012). Oral mukositis är ofta väldigt smärtsamt och ger bland annat sårbildning, sväljningssvårigheter, nedsatt smak och svamp i munhålan vilket också gör att det kan leda till malnutrition och viktnedgång för patienten (RCC, 2019e). Konsekvenserna av dessa symtom kan ha en allvarlig följd som t.ex. att inte nå tillräcklig nutrition och kommunikationsproblem. Detta kan leda till minskad följsamhet till cancerbehandlingen, nedsatt dosering av cancerbehandlingen eller avslutande av behandlingen, vilket i förlängning kan leda till förtidig död (Robins-Sadler, Stoudt, Fullerton & Oberle-Edwards, 2003).

Svampinfektion är vanligt i samband med strålbehandling mot munhålan och svalget, vilket kan ge symtom som rodnad och svidande. Dysfagi är ett allvarligt symtom som kan orsaka malnutrition och uttorkning vilket gör det viktigt att dokumentera och hålla symtomet under kontroll. Vid strålbehandling av spottkörtlarna minskar salivproduktionen, vilket gör att muntorrhet kan vara ett besvärligt symtom för patienten (RCC, 2019e). Muntorrhet är också en av de mest vanliga komplikationer under och till följd av strålbehandling (Jiang, Zhao, Jansson, Chen & Mårtensson, 2017).

### **Oral mukositis**

Hos patienter som behandlas med strålning eller cytostatika är oral mukositis en av de vanligaste biverkningarna. Risken för oral mukositis ökar med intensiteten av strålningsdosen, behandlingsscheman eller om man behandlas med flera behandlingar samtidigt, t.ex. kirurgi eller cytostatika (Shih, Miaskowski, Dodd, Stotts & Macphail, 2002). Oral mukositis är en dos-limiterande och allvarlig biverkning av strålbehandling för patienter med HH-cancer. Slemhinnan i munhålan påverkas av strålningen och blir skadad vilket kan leda till utveckling av bakterier och svampinfektioner. Patienter med oral mukositis har rapporterat ha längre sjukhusvistelse på grund av utveckling av infektioner. Oral mukositis anses vara en av de mest smärtsamma, funktionsnedsättande och svårhanterbara biverkningarna associerat till cancerbehandling (Brown, 2011). Denna inflammation drabbar cirka 80% av alla patienter som får strålbehandling mot huvud-och halsregionen (RCC, 2019e).

### **Påverkan på patientens livskvalité**

Oral mukositis är ett smärtsamt tillstånd som kan orsaka svårigheter att äta, dricka och svälja vilket kan resultera i att sondmatning kan behövas som sedan leder till viktnedgång (Brown, 2011). Oral mukositis har även visat ha en stor negativ påverkan på välmåendet både fysiskt och psykosocialt (Borbasi, Cameron, Quested, Olver, To & Evans, 2002). Patienter med oral mukositis relaterat till onkologisk behandling får en väldig påverkan på deras livskvalitet då biverkningarna kan vara smärtsamma. Dessa symtom kan vara så allvarliga att det kan leda till avbrytande eller minskad behandling för patienten (Cawley & Benson, 2015).

Borbasi et al. (2002), undersökte patienters upplevelse av kemoterapi-inducerad mukositis i munhålan. Sex patienter intervjuades under olika stadier av deras behandling. Fem teman formulerades i resultatet, sjuksköterskans närvaro, terapeutiska ingrepp, manifestation av mukositis, stöd vid att ätande samt inte ätande, och huruvida behandlingen var värdig. Patienter som upplever kemoterapi-inducerad oral mukositis har mer än bara en öm mun, speciellt när upplevelsen av mukositis kan ge effekt på det psykiska välbefinnandet. Författarna menar även att sjuksköterskans roll i att vårda mukositis ska vara mer omfattande, speciellt inom primärvården (Borbasi et al., 2002). Jiang et al., (2017) beskrev erfarenheter av inducerad muntorrhet relaterat till strålbehandling hos patienter med HH-cancer. Efter att ha intervjuat tjugo patienter, upptäckte man fem kategorier utifrån innehållsanalysen; kommunikationsproblem, fysiska problem, psykosociala problem, behandlingsproblem och strategier för lättnad. Man såg att patienterna själva fick finna egna lösningar till dessa problem, då de fick för lite information av professionerna. Effekten av symtomet muntorrhet kan påverka patientens liv känslomässigt.

I Bernhardsons avhandling (2008), undersöktes smak- och luktförändringar hos patienter med en cancerdiagnos som genomgick cytostatikabehandling. Deltagarna upplevde förändringarna starkare under de perioder man fick behandling, vilket inte var förväntat och ledde till känslomässiga konsekvenser. De drabbade kände att de undvek vissa platser att vistas på, samt mat och dryck på grund av känsliga lukter. Det beskrevs också svårigheter med att sköta munhygien, då smaken av tandkräm och munvatten varit förvrängd och smaken, enligt vissa, varit motbjudande.

### **Patientens integritet**

Förändringar i kroppsupplevelse påverkar en person mycket och leder till en ändrad känsla av "själv" och sin upplevda psykologiska funktion. En aspekt av kroppsupplevelse är vad man refererar till som kroppintegritet, vilket inkluderar den perceptuella känslan av att kroppen är en fungerande helhet som man tar för givet. När denna uppfattning förändras på grund av strukturerade och funktionella alterationer av kroppen på grund av behandling av sjukdom, som till exempel cancer i huvud och halsregionen, förändras kroppsupplevelsen och förlusten av kroppintegriteten blir tydlig (Mah, Lebel, Irish, Bezjak, Payne & Devins, 2018).

Munnen är ett viktigt och komplex organ både från fysiologiska och psykologiska aspekter. Munnen är essentiell till vår identitet och vår förmåga att uttrycka oss. Genom att med operation alterera munnen på grund av tumörer på olika ställen i munhålan kan detta påverka vitala funktioner. Under behandling förändras patientens vardag drastiskt (Röing, Hirsch &



Holmström, 2007). Röing et al. (2007) beskriver hur personer som genomgår behandling av cancer i munhålan upplever sitt liv efter operation, och resultatet visar att hela patientens livsvärld och självuppfattning förändrades drastiskt under behandlingen. Denna studies resultat resulterade i slutsatserna att patienter med huvud- och halscancer har ett ökande behov av fysisk och emotionellt stöd under behandlingens gång, och att deras behov av stöd är som störst vid behandlingens slut, innan patienterna återgår till hemmet med munnar som ej fungerar normalt (Röing et al. (2007).

### **Följder av nedsatt munhälsa**

Nyligen publicerad forskning visar att det finns ett samband mellan dålig munhälsa och flera olika systemsjukdomar. Infektioner och inflammationer i munnen kan sprida sig och påverka många olika delar av kroppen. Nästan över hälften av befolkningen i Sverige över 50 år har tandlossning i olika grader. Tandlossning är den munsjukdom som kan ge risker för att utveckla ytterligare sjukdomar. Inflammation i munhålan kräver mycket energi vilket gör att detta påverkar alla kroppens organ. Dålig munhälsa ökar risken för undernäring och uttorkning som kan få en följd av trycksår och fall (Rydén et al, 2016).

## **2.2.2 SJUKSKÖTERS KANS PERSPEKTIV**

### **Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskans roll i symtomhantering av biverkningar relaterade till onkologisk behandling är essentiell. Då munhålan påverkas mycket av onkologisk behandling behövs grundläggande och hanterbar munvård. Sjuksköterskor är den bästa professionen att överse, styra och planera denna omvårdnad (Cullen, Baumler, Farrington, Dawson, Folkmann & Brenner, 2018).

Den sjuksköterska som har omvårdnadsansvaret ansvarar för att munvårdsbedömningar utförs. Ansvaret innebär även att åtgärder planeras och utförs i samordning med tandsjukvården vid behov (Skolin, 2018). Sjuksköterskan har rätt att bedöma när en vårdtagare har behov av regelbunden undersökning och professionell rengöring, samt eventuell behandling av mun och tänder utförd av en tandhygienist och tandläkare enligt Tandvårdslagen SFS 1985:125. Vad denna typ av stöd innebär och vilka krav som behöver uppfyllas anges i SOSFS 2012:17.

Revised Oral Assessment Guide, ROAG, är ett riskbedömningsinstrument för att förbättra munhälsan. Syftet med ROAG är att identifiera problem i munhålan, tydliggöra behov av munvårdsåtgärder, ge stöd för dokumentation, fungera som ett beslutsunderlag för konsultation till läkare och tandvård, och utvärdera utförda åtgärder (Senior alert, 2018).

Ett adekvat bedömningsinstrument av munhålan är essentiellt för att förebygga och behandla oral mukositis. Bedömning har blivit identifierat som den mest kliniskt signifikanta interventionen som görs av sjuksköterskor som tar hand om patienter med oral mukositis. Bedömning av munstatus är en kontinuerlig process, och vad som syns skall guida utvecklingen av en vårdplan som skall implementeras och utvärderas löpande (Eilers & Million, 2011).

Då smärtan av oral mukosit ofta leder till tal-, smak- och sväljningssvårigheter, är det viktigt att patienten är smärtlindrad. Eftersom smärtan kan i sin tur leda till viktnedgång och malnutrition (RCC, 2019e). Studien av Cullen et al. (2018) visade att standardiserade munvårdskit och patientundervisning är ett effektivt sätt att minska svårighetsgraden av oral mukosit hos patienter som behandlas för huvud- och halscancer. Munvårdskittet inkluderade mjuka och effektiva tandborstar, icke-slipande (non-abrasive) tandkräm, läppbalsam med lanolin, vaxad tandtråd, paket med salt och bakpulver som en icke-irriterande munskölj och en timer för noggrann tandborstning. Sjuksköterskan undervisade om hur man kunde förebygga samt inkluderade tips på egenvård. Resultatet på studien visade att patienterna visade en högre följsamhet med sin munvård. Patienterna i interventionsgruppen rapporterade mindre svårighetsgrad av olika symtom som smärta i mun och hals, svårigheter att svälja, svårigheter att äta, svårigheter att prata, samt mindre besvär med muntorrhet (Cullen et al. (2018).

### **Förebyggande av nedsatt munhälsa**

SBU (2012) gjorde en sammanställning av en kunskapsöversikt av Cochrane Collaboration (2010) om förebyggande behandling av inflammationer i munnen som gjordes för att utvärdera olika metoder för att förhindra och minska uppkomsten av oral mukosit. Cochrane collaboration utvärderade 43 olika behandlingar hos mestadels patienter med huvud- och halscancer. Nio utav de 43 behandlingarna/metoderna visade signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen (placebo/ ingen behandling).

De nio olika förebyggande metoderna bestod av läkemedel som palifermin, PTA (polymyxin, tobramycin, amphotericin), kryoterapi, honung, aloe vera, allopurinol, amifostin, laserbehandling och intravenös glutaminbehandling.

Effekterna var inte stora och alla studier hade brister i sin kvalitet. Omvårdnadsåtgärder som att applicera aloe vera visade sig eventuellt kunna minska risken för medelsvår och allvarlig oral mukosit. Applikation av honung i munhålan visade sig även kunna minska risken för tillkomst av oral mukosit (SBU, 2012).

I studien av Cho, Jeong, Lee, Lee & Hwang (2015) undersöktes den profylaktiska effekten av honung. Honung har observerats förhindra och förebygga infektion runt sår, minska inflammation och ge en snabbare vävnadsläkning. Nio studier med 476 deltagare undersöktes. Denna metaanalys gjordes för att undersöka effektiviteten av att använda honung oralt för att hantera och förebygga oral mukosit vid strålningsbehandling hos patienter med HH-cancer. Analysen visade att incidensen av medelsvår till allvarlig mukosit var märkbart lägre hos patienterna som applicerade honung i munnen än de som inte fick behandling eller placebobehandling. Starttiden för oral mukosit var märkbart senare hos patienterna som fick honung oralt samt att svårighetsgraden av oral mukosit efter tre veckor av strålning eller cytostatikabehandling var betydligt lägre hos patienterna som hade applicerat honung i munhålan. Resultatet visade att oral administrering av honung i munhålan i profylaktiskt syfte effektivt minskar frekvensen och svårighetsgraden av mukosit relaterat till strålbehandling av huvud-och halscancer (Cho et al., 2015).

Mer allmänna rekommendationer vid cytostatikabehandling för att förebygga oral mukosit beskrivs i Brown (2011) och innefattas dels av kyla mot munhåla med isbitar. Vidare att patienter som genomgår onkologisk behandling som får ett standard munvårds-protokoll med information om tandborstning, användning av tandtråd, munskölj och salivstimulerande produkter minskar incidensen av oral mukosit. Åtgärder mot oral mukosit som inte rekommenderas enligt Brown (2011), på grund av brist på evidens är munvatten med

hematopoietisk tillväxtfaktor, sukralfat och klorhexidin. Klorhexidin har rapporterats att orsaka biverkningar som obehag i munhåla, missfärgning av tänder och smakförändringar (Brown, 2011).

## **Egenvård**

Det finns en stor potential i att låta patienten delta i olika egenvårdsstrategier för att minska problem associerade med oral mukositis (Eilers, 2004).

Eilers (2004) visar att genom implementation av rutinmässig egenvård som en helhetsstrategi kan sjukligheten minska för patienter med HH- cancer. Studien framhäver betydelsen av ett munvårdsprotokoll med information om god munhygien och dess viktighet bör ges till patienterna. Vidare att sjuksköterskor bör instruera patienterna att alltid ha vatten till hands för att skölja munnen samt att borsta tänderna noggrant i 90 sekunder. Användningen av ett skattningsinstrument av munnen så som ROAG bör uppmuntras både till patienten och familjen, samt att anhöriga borde undervisas i hur man undersöker munhålan och hur man ser skillnaden på vad som är normalt eller avvikande, och om sjuksköterska bör kontaktas vid förändring av munstatus. Eilers (2004) uppmanar sjukvården till att dela ut verktyg till patienter för en god och hållbar munvård i hemmet.

Studien av Miller, Taylor, Kearney, Paterson, Wells, Roe, Hagen & Maguire (2007) utvärderade dagböcker som en egenvårdsmetod utifrån acceptans och genomförbarhet hos patienter som fick kemoterapi. Patienterna fick instruktioner om den dagliga munvårdsdagboken, och deltagarna ansåg dagboken som acceptabel och genomförbar. Medvetenheten av orala symtom och egenvård av mun efter onkologisk terapi förbättrades (Miller et al, 2007). Patient-dagböcker har rekommenderats till patienten för att förstärka deras egenvård av munhåla, genom att skriva ner om de ser en förändring i munhålan under behandling (Eilers et al., 2011).

Patientutbildning om vikten av rutinmässig munvård innan onkologisk behandling kan minska smärtan och graden av oral mukositis (Cullen et al., 2018).

En studie av Rehwaldt, Wickham, Purl, Tariman, Blendowski, Shott & Lappe (2009) upptäckte att deltagarna rapporterade smakförändringar relaterat till kemoterapi, som påverkade förmågan att äta. Genom att undvika mat som luktar och smakar starkt, dricka vatten tillsammans med mat, munvård innan ätande, äta mindre och mer frekvent visade sig hjälpa. Resultatet visade att genom att ge patienterna förslag, undervisning, information samt verktyg hur dem skall hantera detta problem, kan upplevelsen av smakförändringarna förbättras under behandlingen.

## **Teamarbete**

Grundpelaren för behandling av patienter med HH-cancer är multiprofessionellt. Det är viktigt att alla involverade i teamet arbetar tillsammans genom god kommunikation för att ge patienten god vård (Röing et al., 2007). Pålitlighet och informationen mellan olika berörda discipliner såsom tandläkare, tandhygienister, läkare, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som gör bedömningar av munhålan bör vara konsistent och likvärdig. Med standardprotokoll underlättas upprättandet av vårdrutiner för patienter i olika områden, vilket medför en förenlighet mellan de olika disciplinerna. Att känna till patientens munvårds-

historia, och hans förmåga att bedöma sin egen munstatus och att administrera/uppmuntra till egenvård är av särskild vikt (Eilers et al. 2011).

### 3. Teoretisk utgångspunkt

#### 3.1 PERSONCENTRERAD VÅRD

Alla patienter är olika och upplevelsen av symtom och tecken kan skilja avsevärt mellan individer. En patient är en fri och värdig person, som är ömsesidigt beroende av ett partnerskap tillsammans med sjukvården. Detta kan eftersträvas genom en individuell vårdplan som är gemensamt formulerad (Ekman & Norberg, 2016).

Personcentrering innebär att patienten/personen står i centrum för vården (McCance, McCormack & Dewing, 2011). En undersökning av personcentrering i praktiken utfördes av McCance et al. (2011), som undersökte begreppet relevans i samband med omvårdnad. En sammanställning av liknanden termer redovisades i artikeln för att få en överblick på skillnaderna av de olika teoretiska förhållningssätten, såsom personcentrerad vård, patientcentrerad vård, familjecentrerad vård, relationscentrerad vård och kvinnocentrerad vård. Exempelvis beskrivs personcentrerad vård som ett tillvägagångssätt för att etablera bildandet och främjandet av terapeutiska relationer mellan vårdgivare och vårdtagare, genom att utgå från värdering av respekt för personer, individuell rätt till självbestämmande och förståelse (McCormack, Dewing Breslin, Coyne-Nevin, Kennedy, Manning, Tobin & Slater, 2010).

Koinberg, Olofsson, Carlström & Olsson (2018), gjorde en studie där man ville undersöka patienternas upplevelse av vård från diagnos till slutet av behandlingsperiod utifrån ett personcentrerat perspektiv. Patienter med HH-cancer som genomgått behandling påverkas ofta ur många aspekter vad gäller hälsorelaterad livskvalitet. Resultatet av de kvalitativa intervjuerna var att interventionen spelade en stor roll för att främja en god övergång från patientens diagnostisering till slutet av behandlingen. I resultatet framkom det att deltagarna upplevde en gradvis acceptans av situationen och känsla av lättnad med hjälp av personcentrerad interaktion och engagemang från vårdpersonal. Personcentrering och partnerskap mellan patient och sjuksköterska gav goda möjligheter för vårdpersonalen att stödja människor som drabbats av HH-cancer (Koinberg et al., 2018).

Syftet med en studie av Hansson, Carlström, Olsson, Nyman & Koinberg (2017), var att jämföra en personcentrerad vårdintervention vad gäller livskvalitet, sjukdomsspecifika symtom eller problem, med traditionell vård som kontrollgrupp för patienter med HH-cancer. Resultatet visade att ett personcentrerat vårdkoncept kan vara ett bra sätt att förbättra välbefinnandet hos patienter med huvud- och halscancer.

Forskning vid Centrum för personcentrerad vård (GPCC) har visat att personcentrering inom hälso- och sjukvården har haft många positiva effekter såsom bättre användning av vårdens resurser, sambandet mellan symtom och tecken, kortare vårdtider, minskade kostnader, bättre livskvalitet för personer med psykisk ohälsa och högre livskvalitet vid cancerbehandling och palliativ vård (GPCC, 2018).

## 4. Problemformulering

Svåra biverkningar i munhålan relaterat till onkologisk behandling är vanligt hos patienter med huvud- och halscancer. Patienter med huvud- och halscancer är den patientgrupp som ligger i störst risk för att utveckla problematik av munhälsan, just för att strålbehandlingen riktas mot detta område. Trots att onkologisk behandling har blivit mer effektiv och specificerad, kvarstår det att majoriteten av behandlade patienter drabbas av komplikationer i munhålan. Dessa komplikationer ställer krav på sjuksköterskans omvårdnads expertis.

När en person får en allvarlig sjukdom och måste gå igenom en krävande och omfattande behandling har det en stor inverkan på patientens liv. Det är en komplex, svår och subjektiv upplevelse som patienter med HH-cancer måste gå igenom. Personcentrerad vård och personcentrering har tidigare varit ett relativt nytt begrepp inom forskning, men idag lyfts ett personcentrerat förhållningssätt fram för den vård som ges. Det är av vikt att individualisera vården för patienter med HH-cancer, och därför avser denna studie att få en förståelse hur sjuksköterskor inom slutenvården arbetar med munvård, med fokus på egenvård.

## 5. Syftet

Beskriva hur sjuksköterskan i slutenvården arbetar med munvård, med fokus på egenvård för patienter med huvud-och halscancer som genomgår onkologisk behandling.

## 6. Metod

### 6.1 DESIGN

För att få en förståelse hur sjuksköterskor går tillväga med sitt arbete med munvården på en onkologisk slutenvårdsavdelning, valdes en kvalitativ forskningsansats med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att förstå innebörden av fenomenet, det vill säga att man drar slutsatser från erfarenheter. Utgångspunkten är deltagarnas upplevda erfarenheter av ett specifikt fenomen, vilket i sig senare kan generera en teori (Henricson & Billhult, 2017). I den här studien är de sjuksköterskornas berättelser som uppges genom intervjuer.

### 6.2 RESPONDENTER

Respondenterna var valda med ett bekvämlighetsurval med hjälp från kontaktpersonen. Sjuksköterskorna som deltog hade erfarenhet av munvård och biverkningar relaterade till onkologisk behandling i huvud-och halsregionen. Vi inkluderade alla respondenter som visade intresse till att medverka. Totalt var det sex stycken sjuksköterskor som deltog. Respondenterna hade varierade yrkeslivserfarenheter. Tre av sex hade jobbat i över tio år som sjuksköterska på avdelningen, och de andra tre hade jobbat cirka ett år på avdelningen. Fem av sex deltagare var allmänsjuksköterskor och en var specialistsjuksköterska. Alla sex respondenter var kvinnor.

## 6.3 DATAINSAMLING

För att få en förståelse hur man arbetar med munvård inom onkologi, intervjuade vi de anställda sjuksköterskorna på onkologisk slutenvårdsavdelningen. Efter ett möte med avdelningens sektionsledare, vår kontaktperson, gavs skriftlig information om studiens intervjuer till alla sjuksköterskor på avdelningen. Kontaktpersonen mejlade ut information om studien till de anställda, samt gav muntlig information vid flera tillfällen på arbetsplatsen. På ett sjuksköterskemöte anmälde sex sjuksköterskor intresse till att delta. Plats och datum bokades in kort därefter. De individuella intervjuerna hölls på avdelningen under respondenternas arbetstid. Författarna delade upp intervjuerna och höll tre stycken vardera. Intervjuerna varade mellan 20-30 min, där medeltiden var 26 min.

Under intervjuerna användes en intervjuguide, se bilaga 2. Intervjuguiden användes som ett manus samt innehöll ämnen för intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). Ämnena var strukturerade, men det eftersträvades att frågorna kring ämnen ställdes ledigt och ostrukturerat beroende på samtalet. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan i 'text-format'.

## 6.4 DATAANALYS

I studien användes kvalitativ innehållsanalys för att identifiera gemensamma mönster av det som framkommit i intervjuerna (Friberg, 2017). Tolkningen av intervjuerna fokuserar på de manifesta budskapen av deltagarnas berättelser (Danielson, 2017). Vilket innebär att tolkningen av datainnehållet behandlar de synliga och uppenbara budskapen (Graneheim & Lundman, 2004). Vår analysenhet blev våra intervjuer.

Innehållsanalysen utfördes enligt ett induktivt sätt (Elo & Kyngäs, 2008). Först antecknades det bärande i texten under tiden de lästes igenom, kondensering. Sedan lästes datan igenom ytterligare ett flertal gånger, för att därefter identifiera kategorier och teman som beskriver innehållets gemensamma budskap. Abstraktionen skedde med hjälp av identifierade teman som genererade en gruppering av huvudteman och subteman, utifrån innehållets karakteristiska (Elo et al., 2008). Karakteristiken innebär enheter som ord, meningar och stycken som beskriver relaterat innehåll och sammanhang till varandra (Graneheim et al, 2004).

I första steget av dataanalysen transkriberade vi enskilt samt läste igenom intervjuerna. Därefter urskilde vi enskilt meningsbärande enheter utifrån berättelsen och kondenserade dessa. Sedan gjordes abstraktionen tillsammans för att få en förståelse av vad berättelserna betydde. Efter abstraktionen identifierade vi teman och subteman genom att diskutera innehållet gentemot vår frågeställning.

Dataanalysen utfördes delvis tillsammans med handledare, för att fördjupa förståelsen av det som framkommit i intervjuerna.

## 6.5 ETIK

Varje intervju spelades in på diktafon anonymt, inspelningarna raderades efter avslutad transkribering för att ingen obehörig ska kunna identifiera deltagarna. Det är av vikt att deltagarna vet om att deras deltagande i studien är anonymt. Detta är viktigt vid en empirisk studie, då det finns många etiska aspekter att ta hänsyn till (Kjellström, 2017).

Var deltagarna inte tillräckligt informerade inför intervjun, gavs ytterligare information om studien och deltagandets anonymitet innan inspelningens början. Denna information hade även getts ut vid ett flertal gånger innan, både muntligt och skriftligt, bilaga 1. På så sätt bekräftas deltagarens samtycke till att delta. Alla intresserade fick delta, och alla anställda sjuksköterskor på avdelningen fick en inbjudan.

Vid empiriska studier, med hjälp av kvalitativ forskningsmetod, är det av vikt att uppnå att uppnå god forskningsetik enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Denna studie utfördes som ett examensarbete vid Sahlgrenska Akademin, och kräver därav inget etiskt tillstånd. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet samarbetar med Sahlgrenska Universitetssjukhus och låter studenter utföra verksamhetsförlagt examensarbete. Denna studie fick godkännande från avdelningens vårdenhetschef, samt sjuksköterskan som ansvarar för vårdutveckling på kliniken.

## 7. Resultat

Deskriptioner utifrån de deltagande sjuksköterskornas berättelser analyserades och kom att omfattas av fyra teman samt subtema, se tabell 1.

<u>Tema</u>	<u>Subtema</u>
- <b>Delat ansvar</b>	Olika vårdverksamheter Olika personalgrupper Patienten
- <b>Kontinuitet</b>	Prioriterat område Konstant uppmärksamhet Omfattande arbete Mer kunskap
- <b>Påverkbara rutiner</b>	Arbetsbelastning Personal Otydliga rutiner
- <b>Främja delaktighet</b>	Följsamhet

	Muntlig information/undervisning
--	----------------------------------

Tabell 1. Teman och subteman, som identifierades utifrån intervjuerna.

## **7.1 DELAT ANSVAR**

Det framkom från intervjuerna att det krävs ett multidisciplinärt omhändertagande av patienterna för att en god munhälsa ska främjas. Omhändertagandet kräver en tät sammankoppling med tandläkare, dietist, tandhygienist, läkare på mottagning, och sjuksköterskor på strålbehandlingen. Detta omhändertagande uppgavs fungera bra.

### **Olika vårdverksamheter**

Många patienter som skrivs in på avdelningen beskrevs som att de har minst två andra kontakter med andra vårdverksamheter, exempelvis mottagning och strålbehandling, eftersom de tidigare har utretts och påbörjat behandling. Öppenvården kan antingen ske inom Sahlgrenska sjukhuset eller på patientens hemsjukhus på annan ort. Eftersom avdelningen har ett regionalt uppdrag, kan patienter komma från olika länsdelar.

Sjuksköterskorna beskrev att alla patienter blir erbjudna besök till odontologen, och om patienten inte kan ta sig själv dit från avdelningen, finns det möjlighet att personal från odontologen kommer till avdelningen. Deltagarna berättade även att det har förekommit tillfällen då personal på avdelningen har fått utföra munvården efter ordination av odontologen.

*“..både vi gör bedömningar sen har ju vi samarbete med odontologen ..”*

Det beskrevs med tydlighet att avdelningens ansvar för munvård avslutas då patientens skrivs ut. Ansvaret förs då vidare till patienten, och de andra vårdverksamheter som patienten har, som t.ex. öppenvården, eller kommunen om patienten är inskriven i hemsjukvården. I intervjuerna framkom det varierade funderingar angående avsaknaden av uppföljning i hemmet efter utskrivning. En anledning till funderingarna var att man uppmärksammat att patienter skrivs in på nytt på grund av återkommande besvär.

Citat från deltagare angående ansvaret av munvård vid utskrivning;

*“..eller så när han skrivs ut så tar hemsjukvården eller hemtjänsten vid.”*

### **Olika personalgrupper**

I intervjuerna belystes det att avdelningens verksamhet består av undersköterskor, dietister, läkare och sjuksköterskor. Deltagarna beskrev att alla i teamet har sina egna arbetsuppgifter, men när behovet av munvård kräver ingripande, sker ett tydligt samarbete mellan de olika professionerna. Det framkom från intervjuerna att det fanns delade meningar om vilken personalgrupp som har ansvaret om munvården.



Deltagarna betonade att ett viktigt ansvarsområde för sjuksköterskorna var administreringen av läkemedel enligt ordination och symtomlindring. Från intervjuerna framkom det att smärta är ett stort problem bland patientgruppen, och sjuksköterskan behöver göra återkommande insatser för att lindra smärta. Samtidigt framkom det att det handfasta arbetet utförs av undersköterskorna och att skattning utifrån ROAG delas upp mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna, beroende på vem som hade tid eller vem som var närvarande. I intervjuerna belystes även dokumentation och att skriva vårdplaner som en viktig del av sjuksköterskans arbete.

Deltagarna uttryckte att de olika professionerna är varierat närvarande hos patienterna. Vissa professioner är inte stationerade på avdelningen, utan kommer vid behov, exempelvis dietist. Undersköterskan beskrevs som den professionen som vårdar närmast patienterna. Det framkom från intervjuerna att undersköterskorna ansvarade främst för den praktiska delen av munvård såsom stöttning vid tandborstning, skriver mat- och vätskelistan, samt andra praktiska uppgifter beroende på patientens behov. Deltagarna berättade att det finns en undersköterska som har ansvaret för munvården på avdelningen.

*“..det är framförallt undersköterskorna, dom är mer experter på det än vad vi sjuksköterskor är ..”*

Dietisterna ansvarar för nutritionen då det finns risk för malnutrition. Från intervjuerna framkom det att patienterna ibland ventilerar sina bekymmer med dietisterna, vilket gör att dietisten tillsammans med övrig personal samarbetar och delar ansvaret om eventuella åtgärder. Deltagarna belyste att dietisterna kan sätta in egna åtgärder och skriva vårdplaner när det behövs.

Från intervjuerna beskrivs läkarens ansvar kortfattat. Det framkom att läkaren ansvarar för de läkemedelsinsatser som sätts in. Eftersom alla inskrivna patienter på avdelningen antingen får cytostatika och/eller läkemedel mot symtom, beskrevs läkarna utgöra en avgörande roll för patienternas vård. Sjuksköterskorna beskrev att vid förändring och avvikande munstatus kontaktas läkaren för ytterligare bedömning och eventuell insättning av läkemedel. Deltagarna beskrev även att läkaren ofta genomför rondan utan närvaro av sjuksköterskan. Vidare att läkaren sköter inskrivningssamtal. Det som läkaren dokumenterat använde sjuksköterskorna som ett underlag vid munvård.

### **Patienten**

Det framkom att då deltagarna uppfattar en patient som självgående eller “klarar det på egen hand” sker riskbedömning och munvård inte lika frekvent för den patienten.

Det framkom även andra kriterier för om och när ansvaret för munvården lades på patienten. Om patienten bedömdes som klar och adekvat, samt var i yngre ålder och/eller har visat intresse för egenvård av mun lades det främsta ansvaret för munvården på patienten själv. Deltagarna uppgav att patienterna hade ett stort ansvar med att själv sköta sin munvård, och att de säger till när tillståndet i munnen förändras. Denna tillit uttryckte deltagarna och de berättade att det fungerade bra att ge patienterna det ansvaret.

Det framkom från intervjuerna att patienterna ofta skrevs in på grund av allvarliga biverkningar som patienten har svårt att hantera och sköta själv, och därav läggs in akut på avdelningen. Det betonades att det kan hända att patienter med smärtor eller liknande symtom inte berättar om sina symtom på grund av att dem har en uppfattning av att detta ingår i sjukdomen och behandlingen.

## **7.2 KONTINUITET**

Det framkom från intervjuerna att deltagarna var väl medvetna om att munvård kräver långsiktighet och ständig uppsikt. De beskrev att patienternas symtom i munnen kräver konstant smärtlindring eller andra omvårdnadsinsatser flera gånger dagligen, för att främja välmående.

*‘.. i princip alla våra patienter har nedsatt munstatus’*

### **Prioriterat område**

Sjuksköterskor belyste att munvård har hög prioritet på avdelningen. Det är en stor del av deras arbete och cirka 80% av patientgruppen får biverkningar i munhålan.

Det betonades att det talades väldigt mycket munvård på avdelningen. Det framkom från intervjuerna att det fanns en stor medvetenhet hos sjuksköterskorna på avdelningen angående symtom, tecken, praktisk munvård, biverkningar av behandling och olika omvårdnadsåtgärder för munvård. I intervjuerna beskrev sjuksköterskorna också en medvetenhet angående patientens livssituation och vilka svårigheter patienten upplever. Dock beskrev deltagarna att de var medvetna om att munvård inte alltid prioriteras främst, samt att det glöms bort ibland, detta ansågs inte som ovanligt, men oturligt när det hände.

*‘.. det pratas väldigt mycket om munvård här, det är så himla viktigt för patientgruppen som är här så det är ju ett av våra stora områden’*

*‘.. vi pratar ju om munstatus dagligen på nästan alla patienter så är väldigt mycket fokus’*

### **Konstant uppmärksamhet**

Deltagarna förklarade att munhälsa är viktig att följa upp ofta, då förändringar kan ske utan förvarning. I intervjuerna berättar deltagarna att det krävs att vara lyhörd i mötet med patienterna då vikten av att både våga fråga, lyssna, och frekvent observera kunde vara avgörande om besvären upptäcks i ett tidigt eller sent skede. I intervjuerna berättades det även att vid förmodan om att en patient inte har skött sin munvård på avdelningen, ser man till att vara extra observant, både genom att fråga patienten och genom inspektion av munhåla. Deltagarna tryckte även på att de flesta patienter har ett fortsatt behov av munvård efter utskrivning.

### **Omfattande arbete**

Omvårdnaden av patienter med HH-cancer blev beskriven som komplex, med stort fokus på symtomlindring. Det framkom från intervjuerna att sjuksköterskans roll var att kontinuerligt bedöma och utvärdera munstatus hos patienterna. Deltagarna beskrev sjuksköterskans arbetsuppgifter, och fyra områden kunde identifieras som varje deltagare tog upp. Dessa områden inkluderar *riskbedömning* i enlighet med ROAG, t.ex. vid inskrivning. Bedömning av munstatus, för att upptäcka förändring i munnen, för att efter kontakt med läkare kunna sätta in *åtgärder* som läkemedel. *Behandling* genom åtgärder beskrevs som en stor del av sjuksköterskornas arbete. Åtgärderna som beskrevs var att administrera läkemedel och sätta upp en vårdplan för patienten. Från intervjuerna berättade deltagarna att många av avdelningens patienter har ofta problem med hypersalivation, som kräver insatser som

slemlösningsmedel, exempelvis inhalation med koksalt. Sist, *följa upp och utvärdera* åtgärder och omvårdnaden.

Läkemedel och omvårdnad gör att sjuksköterskans roll och ansvar blir brett, och att arbetet kan uttrycka sig som en mellanhand mellan det farmakologiska och omvårdnaden. Det framkom att sjuksköterskans arbete inkluderar många olika moment, där symtomlindring och administrering av läkemedel är huvuduppgifter. Även mycket dokumentation, följa eventuella promemoria (PM), och föra anteckningar samt vårdplaner är tidskrävande för sjuksköterskorna.

*“.. sen kanske man tänker att sjuksköterskan som tar över efter mig, kanske har möjlighet att göra riskbedömningen, men sen så kanske det är lika stressigt på det passet och så glöms det bort”*

### **Mer kunskap**

Det framkom att sjuksköterskorna hade mycket kunskap och erfarenhet av symtomlindring. En stor medvetenhet fanns både om biverkningar av behandlingen samt vad patienterna går igenom och kommer att gå igenom. Sjuksköterskorna visade kunskap på hur man kan lindra och förbättra symtomen som patientgruppen upplever.

Det framkom att munvård upplevdes som svårt. Alla deltagarna var medvetna om att det finns delar som kan förbättras och några uttryckte att ny och mer uppdaterad kunskap hade varit utvecklande både för eget arbete och för patientens vård. Deltagarna kritiserade undervisningen av ämnet munhälsa i grundutbildningen till sjuksköterska, där det fick alldeles för lite utrymme. Flera av deltagarna belyste även att det var allt för lite undervisning om munhälsa och munvård både i verksamheten och i utbildningen från högskolan och universitet. Vid frågan om avdelningen har en tydlig utbildning om munvård för personal, besvarade alla nej. Deltagarna berättade istället att en gång i veckan har de samordning i samband med gemensam frukost, att och det då har hänt att den undersköterska som är munvårdsansvarig har tagit tillfället i akt och haft en genomgång om nytt material för sina kollegor. Dessa tillfällen sker inte kontinuerligt och är inte obligatoriska.

Citat angående övergripande munvård;

*“jag tycker det är ganska svårt.”*

Samtidigt som deltagarna uttryckte arbetet med munvård som välfungerande uttryckte samtliga sjuksköterskor ett intresse för förbättring. Det framkom från intervjuerna att det finns ett förbättringsbehov angående munvård på avdelningen gällande rutiner och utbildning. I intervjuerna uttrycktes även ett intresse till att låta personal från odontologen komma till avdelningen för att hålla i en föreläsning samt utbildning om munvård för samtlig personal, och specifikt nyanställda.

*“Det hade varit roligt och intressant om någon från odontologen kom hit och undervisade oss, som hade liksom mer kunskap”*

*“jag tror verkligen att det är något som vi skulle behöva bli bättre på, jag tror att vi inte är värdelösa, men det finns ju så klart alltid saker att jobba på”*

### **7.3 PÅVERKBARA RUTINER**

I intervjuerna framkom faktorer som kunde påverka rutinerna på arbetspasset; många inskrivningar, ny personal, brist på personal och för hög arbetsbelastning. Rutinerna på arbetsplatsen uppgavs vara känsliga för snabba förändringar såsom vid akuta situationer.

#### **Arbetsbelastning**

Det nämndes att riskbedömningen vid inskrivning ska göras, men att det ibland glöms bort, och att ofta om det inte är gjort från början finns risken att det inte blir gjort alls. Det framkom att det fanns faktorer som påverkade hur munvården sköttes på avdelningen. Ny personal, brist på personal, stress, tung arbetsbelastning samt att rutinerna inte är inkorporerade i arbetssättet på ett effektivt sätt, framkom vara faktorer som påverkade hur munvården arbetades med på avdelningen. Det beskrevs som att dessa faktorer också påverkar den nya sjuksköterskans upplärning på avdelningen, då det inte finns tillräckligt med tid och personal för att få en grundlig upplärning.

Det betonades att vid hög arbetsbelastning hinner inte sjuksköterskan med alla sina uppgifter. Deltagarna beskrev att det är lätt att munvården försummas vid hektiska och akuta situationer, och att man då prioriterar andra arbetsuppgifter.

*“.. dom som kommer in med bra munhälsa kan ju bli lite att man glömmet bort...”*

Citat av deltagare angående patienter med fungerande munvård och munstatus;  
*“man prioriterar annat när dom, när det är fungerade just nu liksom..”*

#### **Personal**

Det framkom att rutinerna brister vid mycket ny personal, vilket kan bli problematiskt då det i perioder är stor rulljans på personalen. Nyare personal uppgav att rutiner var otydliga mer än den personal som jobbat på avdelningen längre. Det betonades också att det behövs en uppdatering av dessa rutiner för att skapa en konsensus i arbetsteamet.

Rekrytering, uppsägning, ledigheter, och sjukskrivning påverkar inte bara arbetsgruppen, utan även patienterna. Brist på tid och resurser leder till stress och som kan utgöra olika prioriteter av arbetsuppgifter. Från intervjuerna kom det fram en önskan att avdelningen behöver mer personal för att stärka resurserna för patienterna.

*“ja det är nog mycket stress och att det är mycket annat som är viktigare..”*

#### **Otydliga rutiner**

Rutinerna angående munvård hos patienterna beskrevs av sjuksköterskorna att det inkluderade att munvårdsbricka alltid ska ges till patienten samma dag som inskrivning samt att munstatus skall bedömas. Det fanns ingen tydlig instämmelse över hur frekvent ROAG skulle göras på patienten. De flesta av deltagarna nämnde vagt om arbetsplatsens rutiner angående munvård, både att rutinerna inte ansågs vara lättillgängliga eller tydliga. Det berättades att rutiner brister

då det kommer mycket ny personal, då upplärning inte görs under optimala arbetsvillkor och detta leder till att rutinerna ruckas.

*“..det kan absolut vara väldigt mycket bättre att man får in någon mer rutin på att alla gör det på sitt pass liksom och kollar i och hjälper patienterna med munvården.”*

## **7.4 FRÄMJA DELAKTIGHET**

Genom att få patienterna delaktiga i sin egen vård, kan man främja trygghet både för patienterna och sjukvårdspersonal.

### **Följsamhet**

Sjuksköterskorna beskrev att patienternas följsamhet och medverkan brister på grund av smärtor i munhålan. Det betonades att det blir svårt att få patienterna att följa munvårdsinstruktioner och rutiner då smärtan tar över och patienten kan på grund av detta ha svårigheter med att öppna munnen och att utföra diverse munvårdsåtgärder.

*“ja det är framförallt svårt när dom inte vill delta och sen är det svårt att bedöma vad för hjälp dom behöver med munvården och sen med tid”*

Det betonades att närstående inte blev inkluderade i munvården, förutom om patienten är palliativ, och då har patientens anhöriga själva frågat om de kan medverka. Annars förklarades det att om patienten kan klara sin munvård själv och är självgående så behöver anhöriga inte inkluderas.

Citat av deltagarna angående inkludering av närstående i munvården;

*“.. väldigt sällan på patienter som är självgående.”*

*“ Är det en självgående patient då brukar vi ju inte involvera närstående..”*

### **Muntlig information/undervisning**

Det framkom att sjuksköterskorna främjar delaktighet genom muntlig kommunikation och undervisning. Det betonades att det var viktigt att vara konsekvent i sitt bemötande och kontinuerligt stödja patientens munvård. Sjuksköterskorna delade med sig om följder till patienten om vad som kan ske om inte munvården sköts. Deltagarna beskrev att de försökte stödja patienternas egenvård så länge det är möjligt. Det belystes att god kommunikation mellan sjuksköterska och patient är en nödvändig del i munvården.

Förebyggande munvård beskrevs vagt av deltagarna, det framkom att det ej fanns rutiner angående detta. Sjuksköterskorna uttryckte att förebyggande munvård ej diskuterades inom personalgruppen eller med patienten. De förklarade att den förebyggande vården eventuellt sker på annan plats. Det framkom från intervjuerna att deltagarna var osäkra om vilken information som tidigare har getts till patienten angående egenvård och förebyggande

munvård. Avsaknaden av förebyggande metoder togs upp, och att information till patienten uppgavs vara behövt vid utskrivning. Det belystes att skriftlig information om egenvård samt förebyggande munvård vid utskrivning hade kunnat vara behjälpligt för patienten och sjuksköterskan.

## 8. Diskussion

### 8.1 METODDISKUSSION

Valet av att genomföra intervjuer var relevant för studiens syfte, eftersom vi inte var intresserade av att mäta något, utan istället ville vi få en djupare förståelse och inblick som kan gynna sjukvården både teoretiskt och praktiskt. Då vi inte hade tidigare kunskaper, samt att de tidigare studierna var relativt gamla, använde vi oss av induktiv ansats, genom att låta data från datainsamlingen avgöra analysen för ett resultat (Elo et al., 2008). Deduktiv ansats var aldrig aktuellt för studien, då det valda teoretiska begreppet, personcentring, är fortsatt fragmenterat samt relativt nyinfört i praktiken.

Tillsammans med vår kontaktperson på avdelningen fick vi kontakt med respondenterna och hjälp att planera in intervjuerna. Därav har kontaktpersonen varit en så kallad mellanhand på avdelningen för oss. Dock är det viktigt att ha hänsyn till att det alltid finns risker med en mellanhand. En svaghet med detta förfarande kan vara att sjuksköterskorna inte kände sig tillräckligt anonyma, vilket hade kunnat uppnås om dem hade kontaktat författarna direkt, istället för att anmäla sig till kontaktpersonen. Då kontaktpersonen informerade arbetsplatsen om studien, och inte vi själva, kan detta eventuellt ha påverkat deltagandet av sjuksköterskorna. Alla sjuksköterskor på avdelningen fick utskickad information. Vi diskuterade att det hade varit liten sannolikhet att de anställda kommit till arbetsplatsen på sina lediga dagar. Under intervjuerna framkom det att deltagarna hade fått skriftlig information om studien, men få hade läst den.

Intervjuer var en bra metod då vi ville få en förståelse direkt från de sjuksköterskor som kliniskt arbetade med munvård. Denna empiriska metod kan bidra till evidens, för att senare kunna erbjuda bästa tillgängliga bevis för patienternas vårdbeslut, med en god och säker grund (Willman, Bhatsvani, Nilsson & Sandström, 2016).

I tidigare studier har patienterna intervjuats, därför var det svårt att hitta studier utifrån sjuksköterskans roll och perspektiv angående munvård och egenvård. Detta gjorde behovet av en studie klart och tydligt, och vi valde att undersöka utifrån detta perspektiv.

Urvalet i en kvalitativ studie syftar till att finna relevanta deltagare för studiens syfte och fenomenet som skall undersökas. Deltagarna bör inte vara slumpmässigt utvalda, utan deltagarna bör ha rätt erfarenheter och kunskap om det särskilda ämnet (Henricson et al, 2017). På grund av detta valde vi att endast intervjua sjuksköterskor på en slutenvårdavdelning, som har kunskap och frekvent arbetar med munvård. Vi är medvetna om att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om vi hade intervjuat sjuksköterskor från andra

vårdverksamheter. Förklaring till varför vi inte valde att intervjua sjuksköterskor på andra verksamheter eller avdelningar, var på grund av resurs- och tidsbrist. Att hitta deltagare var okomplicerat, mycket på grund av god och kontinuerlig kommunikation tillsammans med kontaktpersonen på avdelningen. När de sex sjuksköterskorna hade visat intresse till att delta, fortsattes ingen uppmaning till att få fler deltagare. Vilket har gjort att resultatet inte har breddats ytterligare. Hade vi fortsatt söka efter ytterligare deltagare kunde vi ha involverat fler intresserade.

I en kvalitativ studie vill man inte involvera allt för många deltagare. Genom att ha fler deltagare är sannolikheten stor att resultatet blir bredare (Henricson et al., 2017). På avdelningen fanns det totalt 14 anställda sjuksköterskor. Därav utgör de sex sjuksköterskorna nästan hälften av professionens arbetsstyrka. Två sjuksköterskor var sjukskrivna under månaden, de fick också informationen av studien på mejl, men det är oklart om de har tagit del av informationen då de inte har befunnit sig på arbetsplatsen. Fyra av de 14 sjuksköterskorna på avdelningen har specialistutbildning inom onkologi, samt en sjuksköterska som utbildar sig. Av de sex som intervjuades var en specialistsjuksköterska. Sjuksköterskorna som deltog var alla av kvinnligt kön, vilket tyder på att urvalet hade kunnat vara mer heterogent. Avdelningen hade en manlig anställd sjuksköterska.

Eftersom intervjuerna hölls på avdelningen och under deltagarnas arbetstider kan detta ha påverkat vad som har sagts under inspelningarna. Stressrelaterade faktorer kan ha uppkommit då deltagarna lämnade sina arbetsuppgifter under intervjutiden. Att deltagarna befann sig på sin arbetsplats kan även eventuellt påverkat att uppgiven data blev begränsad för att inte väcka missförståelse eller konflikt. Detta kan ha påverkat trovärdigheten av resultaten.

Vi författare anpassade oss efter deltagarnas scheman. Vi delade upp intervjuerna, tre intervjuer vardera, vilket bidrog till en lugn och personlig miljö. Hade vi utfört alla sex intervjuer tillsammans finns det risk att deltagarna hade känts sig utsatta. Genom att vara två som intervjuar hade det också funnits en sannolikhet att kunna ställa fler och bredare frågor, då man tillsammans bär ansvaret och kan komplettera varandra. Då vi inte hade erfarenhet av att hålla intervjuer samt att vi hade begränsad erfarenhet av munvård, är vi också medvetna om att intervjutekniken hade kunnat förbättras och ställt mer passande frågor. Intervjuerna utfördes vid enskilda tillfällen utifrån deltagarnas arbetsscheman, tack vare kontaktpersonens samordning. Vi valde att inte använda oss av gruppintervjuer, eftersom risken fanns att det inte hade passat utifrån de anställdas scheman. Risker som då eventuellt hade kunnat uppkomma hade varit svår samordning, samt färre intresserade av att delta.

Vårt fokus på dataanalysen var de manifesta budskapen av insamlad data, eftersom vi inte sökte en djupare och mer abstrakt nivå av analysen. Den bokstavliga och uppenbara tolkningen så kallad manifest analys, var därför tillräckligt djupgående för vårt syfte. Danielsson (2017) beskriver att kvalitativ innehållsanalys är en enkel och relevant metod som kan beskriva ett fenomen ytligt eller djupgående. Efter intervjuerna har lästs igenom, analyserats och blivit kondenserade bidrar detta till ett enkelt sätt att identifiera teman och subteman (Danielsson, 2017). Då analysen påbörjades enskilt mellan författarna, och senare tillsammans med handledare, har det varit hjälpsamt att få fler uppfattningar på den insamlade datan. Analys av data samt formulerandet av teman och subtema har varit svårt då vi funnit

många intressanta budskap som vi vill belysa, dock var det utmanande att strukturera innehållet.

Innehållsanalysen gör att resultatet blir lättförståelig och applicerbart i olika kontexter (Danielsson, 2017). Analysen av innehållet var delvis utmanande, då några motsägelsefulla budskap kom upp mellan deltagarna. Detta försvårade formuleringen då inte alla deltagare tyckte lika, eller att det sades motsatser.

## 8.2 RESULTATDISKUSSION

Vi valde att fokusera på sjuksköterskans roll vid omvårdnaden av munhälsa, men det visade sig att flera olika professioner delade ansvaret för munvården. Vilket kan tyda på god förutsättning till att avlasta och samarbeta sinsemellan professionerna och vårdverksamheterna. Samtidigt kan risker uppstå, som t.ex. antagande om tidigare given information till patienten. Detta belyser betydelsen av god kommunikation inom personalgruppen samt de olika verksamheterna, så att inget och ingen riskerar att falla mellan stolarna. För professionerna och verksamheterna hade det eventuellt kunnat underlätta om alla hade förtydligande gällande ansvarsområden. Enligt Skolin (2018), ska tandläkare, tandhygienist eller läkare konsulteras vid patienter som skattas till grad 3 utifrån ROAG. Detta påstående visade sig inte överensstämma med det praktiska arbetet. Det är av vikt att notera att grundpelaren för behandlingen av patienter med muncancer är multiprofessionellt, och delad av olika medicinska och odontologiska team samt annan vårdpersonal (Röing et al., 2007). Från vårt resultat fick vi en insikt att arbetet inom slutenvården för patienter med HH-cancer är multiprofessionellt och att det är många professioner involverade för patienten även vad det gäller munvård. Enligt deltagarnas berättelser framkom dock strukturen för samarbetet som otydligt. Deltagarna beskrev samarbetet som bra men det framkom att de inte hade kunskap om vad som skedde på de olika vårdverksamheterna, vilket tyder på ett parallellt samarbete mer än ett integrerat samarbete. Fördel med ett parallellt samarbete är att man hade kunnat effektivisera patientens vård, men då är det nödvändigt att det finns tydliga riktlinjer för allas ansvarsområden samt att kommunikation sker frekvent och mellan alla verksamheter så att inget görs upprepat och överflödigt (Eilers et al., 2011). Röing et al., (2007) beskriver att samarbetet mellan vårdverksamheterna bör vara tydligt och ske genom effektiv kommunikation för att ge patienten den bästa möjliga och personanpassade vård.

I intervjuerna berättades det att information oftast gavs muntligt, vilket kan bli problematiskt om patienterna inte vill ta emot eller kommer ihåg all given information. Deltagarna berättade att de kan ge information om god munhygien flertal gånger, men att de samtidigt är medvetna om att det kan vara belastande för patienten, som redan fokuserar på sin cancerdiagnos. En studie av Jiang et al. (2017) betonar vikten att patienter behöver stöd och information av munhälsovård för att främja god livskvalité. Genom att ge skriftlig information tillåts patienten att ta god tid på sig, utan att känna sig ansträngd till att försöka komma ihåg allt som sägs vid det specifika tillfället. Sjuksköterskorna uttryckte en osäkerhet över vad som sades till patienterna angående munvård, förebyggande vård och egenvård, när de vårdades inom annan vårdverksamhet. Då samarbetet inte sker på det mest optimala sättet för patienten kan detta hindra möjligheten för patienten att ta eget ansvar. Genom att sjuksköterskorna på avdelningen har kunskap kan detta underlätta för patienten och man kan ge patienten korrekt



och samma information. Enligt McCance et al. (2011), kan detta bidra till ett mer personcentrerat arbetssätt, genom att utgå från patientens behov och kunskap angående egenvård och förebyggande vård.

Eilers et al. (2011) tar upp att det är av stor vikt för patienten att det finns pålitlighet och kunskap mellan de olika professionerna som patienter med huvud- och halscancer har kontakt med. Det krävs att olika professioner har kunskap om vad som sägs och vilken information som ges till patienten inom de olika vårdverksamheterna. Pålitligheten och informationen mellan olika berörda discipliner såsom tandläkare, läkare och sjuksköterskor som gör bedömningar av munhålan bör vara konsistent och likadan. Med hjälp av standard protokoll underlättar det upprättandet av vårdrutiner för patienter i olika områden och medför en förenlighet mellan de olika disciplinerna. Att känna till patientens munvårds-historia, och dennes förmåga att bedöma sin egen munstatus samt främjandet av egenvård är av särskild vikt (Eilers et al., 2011). Utifrån vårt resultat har det betonats att mycket av ansvaret angående patientens munvård läggs på andra vårdverksamheter. Borbasi et al., (2002), belyser också att öppenvården och primärvården spelar en stor roll för patientens munvård.

Vårt resultat visar att patienter med HH-cancer har ett ökande behov av fysisk och emotionellt stöd under behandlingens gång men också en tid efter behandlingens avslut, vilket överensstämmer med tidigare studier (Röing et al., 2007; RCC, 2019g). Studien av Röing et al., beskriver den påverkan som behandlingen för HH-cancer har på patienternas upplevelse av "självet". Patienterna upplevde att munnen blev överklig och otrevlig. Detta påverkade hela patientens självupplevelse, tid och rum samt relationer (Röing et al., 2002). Detta betonar vikten av kontinuitet i samarbetet mellan de olika professionerna, för att skapa trygghet för patienten.

Att inkludera patienten och uppmana till att ta eget ansvar, främjar självbestämmandet och autonomi (Wergeland Sorbye, 2003). Precis som begreppet personcentrering innefattar, är det viktigt att ta hänsyn till hela personen i den vård som ges (Ekman et al., 2016). För att uppnå god vård behöver man även uppnå förståelse i samförstånd mellan varandra och empati. Den diagnos och symtom som patienten upplever är subjektivt och kan påverka livskvaliteten på sätt vårdpersonal är ovetande om. Enligt nya studier har det framkommit att detta förhållningssätt baserat på etik har kunnat främja patientens välbefinnande och livskvalité (Hansson et al., 2017; Koinberg et al., 2018). Studien av Hansson et al. (2017) visade genom applikation av ett personcentrerat koncept ledde till förbättrad funktion och välmående hos patienter med huvud och halscancer.

I vårt resultat framkom det att delaktighet och att ge ansvaret till patienten var beroende på hur deltagarna tolkade och bedömde patientens egen förmåga. Är patienten självgående, yngre i ålder, klar och adekvat, samt har visat ett eget intresse för sin vård, då har det enligt vårt resultat framkommit att man med större sannolikhet lägger över ansvaret. Samtidigt som personcentrering förespråkar ett utökat ansvar till patienten kan detta medföra att patienter som är "självgående" eller "har klarat det själv" riskerar att få mindre uppmärksamhet. Detta antagande är inte i enlighet med personcentrering och kan istället göra så att patienten glöms bort om det finns en mer krävande patient. Att lägga över största delen av ansvaret på patienten är inte detsamma som att främja patientens autonomi. Enligt hälso-och

sjukvårdslagen (2017:30), ska vård ges på lika villkor, samt ges med respekt för allas lika värde.

I resultatet från intervjuerna framkom det att arbetet med munhälsa kräver kontinuerlig uppmärksamhet. Oavsett om patienten inte har hunnit utveckla synliga symtom, är patienten ändå utsatt för risk under hela behandlingens gång. Detta sker även under en period efter utskrivning. Deltagarna beskrev att munvård och god munhälsa kräver långsiktigt arbete, och kan kosta både tid och resurser. Vårt resultat belyser att arbetet med munvård bör tydligt delas upp inom arbetsteamet för att ge en kontinuerlig munvård, då sjuksköterskorna har många andra arbetsuppgifter som är minst lika krävande.

I vårt resultat framkom det att brist på personal, stress och hög arbetsbelastning påverkar rutinerna på arbetsplatsen, och då kan munvården hos patienterna bortprioriteras. Detta har även påvisats i andra studier (Ball, Griffiths, Rafferty, Lindqvist, Murrels & Tishelman, 2016). I studien av Ball et al., (2016) framkom det att omvårdnadsmoment som sjuksköterskor bortprioriterar samt inte hinner med att göra var patientsamtal (46%), munvård (31%) och skriva och uppdatera vårdplaner (34%). Oddsens av vård som blev bortprioriterat var större på dom värst underbemannade arbetspassen.

Resultatet belyste att riktlinjerna om munvård ansågs som otydliga, vilket tyder på att en uppdateringen kan behöva göras för att skapa en konsensus av denna rutin. Detta kan också bero på att riktlinjerna är svårtillgängliga. Rutinerna verkade inte helt självklara för sjuksköterskorna, då vi fick olika svar angående vilka rutiner som fanns och vart man kan hitta dessa rutiner. Vid en sådan situation finns det risk att man istället omprioriterar sina arbetsuppgifter och undviker arbetet samt delegerar det vidare. Detta i sin tur kan leda till ett ytterligare stresspåslag, och även påverkan av patientens vård. Den här frågan bör tas hand om på högre nivå inom verksamheten, eftersom den berörda sjukvårdspersonalen oftast inte har det förfogandet.

Det framkom från deltagarna att de inte var säkra på om det fanns någon konkret rutin på förebyggande vård. Deltagarna belyste att det hade behövts. Då enligt Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30), säger att hälso-och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det framkom från intervjuerna att förebyggande vård upplevdes vara ett ämne som sjuksköterskorna inte räknade till sina arbetsuppgifter eller hade tillräcklig kunskap om. Det finns studier som visar att enkla omvårdnadsåtgärder kan lindra och förebygga olika munhälsorelaterade problem hos patienter med huvud- och halscancer. Studien av Cho et al. (2015) visade att honung kan användas i profylaktiskt syfte vilket minskar svårighetsgraden och frekvensen av oral mukosit. Studien av Abdulrhman, Samir Elbarbary, Ahmed Amin & Saeid Ebrahim (2012) visade att honung bidrog till snabbare läkning hos patienter med 2/3 graderad oral mukosit Abdulrhman et al., (2012). Då dessa studier har undersökt och bekräftat effekten av honung hos patienter med oral mukosit, kan detta vara en alternativ metod för egenvård och förebyggande vård. Enligt Cullen et al., (2018) hade sjuksköterskor varit en bra profession till att stödja och informera om olika egenvårds alternativ som också kan användas i förebyggande syfte (Cullen et al., 2018).

Det belystes under våra intervjuer att patienterna som strålats i munhålan kan ha väldigt mycket smärta och sår i munnen och inte informera om detta för att de antar att detta är en del av behandlingen och sjukdomen. En uppdaterad version av Eilers et al., (2011) tar upp vikten av utbildning och undervisning till patienten, för att försäkra en hög nivå och pålitlighet i deras munvårdsbedömning i hemmet (Eilers et al., 2011). Utifrån denna studiens resultat och övrig forskning kan det avvägas att ge redskap till patienten för munbedömning i hemmet och genom grundlig genomgång och stöd kunna ge patienten mer ansvar för sin munvård.

Enligt det regionala vårdprogrammet ska patienten kontakta sin sjuksköterska vid frågor om egenvård (RCC, 2019f). Detta belyser att sjuksköterskor bör ha kunskap och kunna informera patienter om egenvård. Vilket inte endast berör sjuksköterskor i öppenvården, utan alla sjuksköterskor som jobbar med denna patientgrupp bör inneha relevant kompetens angående egenvård och munvård. Från intervjuernas resultat framkom otydlig information angående egenvård och förebyggande vård i hemmet.

Att uppmana till god egenvård av munhälsa är mycket effektivt både för vårdtagarens och vårdgivarens sida. Patienten kan skriva dagbok där den dokumenterar inspektion av munhålan, för att följa upp eventuella förändringar. Genom att ha kontinuerlig och noggrann tillsyn på munhålan kan man förebygga ytterligare komplikationer. Munvårdsdagbok är en metod som kan användas vid egenvård. Det beskrivs att patient-dagböcker förstärker patientens medvetenhet och egenvård av munhålan (Miller et al., 2007; Eilers et al., 2011). Genom att dagligen skriva ner förändringar och upplevelser blir patienten mer involverad i sin egen vård. Detta gör också så att patienten har mer uppsikt och kan rapportera om den märker några förändringar i munhålan, vilket hade kunnat bidra till att olika symtom inte förvärras.

Det framkom från vårt resultat att närstående inte blir involverade för att stödja patienten i sin munvård vare sig på avdelningen eller förebyggande efter utskrivning. Eilers (2004) framhäver att genom att använda sig av patient och närstående undervisning kan man uppmuntra till bättre munvård och följsamhet för patienten. Genom att informera närstående om hur man skall bedöma munhälsan på sin anhörig, kan man förebygga och förhindra att patienten går med ett symtom som går att lindra (Eilers, 2004). Detta betyder att sjuksköterskan bör uppmärksamma patientens närstående.

Det framkom från vårt resultat att patientgruppen hade problem med följsamhet av olika munvårds åtgärder, detta kunde bland annat bero på smärta i munhålan vilket gör det svårt för patienten att medverka i sin egen vård. Utifrån vårt resultat tolkades det som att patientundervisningen inte sker rutinemässigt, utan snarare vid behov. Studien av Cullen et al. (2018) visade att genom användning av ett standardiserat munvårdskit som ges ut till patienter med HH-cancer, i syfte till användning utanför avdelning, samt undervisning och information från en sjuksköterska, ledde till ökad följsamhet angående patientens egenvård. Dessa patienter rapporterade även ha lägre svårighetsgrader av olika symtom (Cullen et al., 2018). Detta belyser vikten av god undervisning och information för denna patientgrupp. Sjuksköterskans roll tas upp i studien av Borasi et al. (2002) och beskrivs som att den bör vara mer omfattande för patienter som genomgår onkologisk behandling. Utifrån detta bör det övervägas om munvårdsundervisning kan bli mer integrerat i omvårdnaden. Det framkom från våra intervjuer att det finns en del återkommande patienter till avdelningen med allvarliga biverkning i munhålan, och genom att ha undervisat patienten

om förebyggande metoder och egenvård hade detta eventuellt kunnat öka följsamheten och minska återfall av symtom.

Hansson et al. (2017) tar upp att en personlig plan som är utvecklad från personliga samtal med patienten och hans närstående, samt patientens egna mål för välmående, främjade hälsa och patientens upplevelse av sin situation.

I resultatet berättade deltagarna att de upplevde alldeles för lite undervisning om munvård i grundutbildningen, samt att man sedan tidigare endast hört talas om ett skattningsinstrument, ROAG. Dessa påstående instämmer vi författare med. Vi upplever att det är för lite undervisning om munvård, speciellt angående egenvård och förebyggande vård. Varför det upplevs som för lite undervisning av ämnet kan vara på grund av att det är en grundutbildning och ingen specialistutbildning. Vilket arbetsplatsen kan behöva ta hänsyn till om man rekryterar en nyexaminerad sjuksköterska.

## 9. Slutsats

Sjuksköterskans roll angående munvård är omfattande och kräver god kunskap. Genom att närvara, stödja samt att främja god munvård kan livskvaliteten för patienter med cancer i huvud och halsregionen förbättras. Från vårt resultat av de kvalitativa intervjuerna belystes inte bara sjuksköterskans arbete av munvård, utan även ett behov av förbättring inom problemområdet. Ansvarsområdet angående patientens munvård är brett fördelat inom och utanför avdelningens verksamhet.

Oavsett yrkeserfarenhet är det viktigt att personal får möjlighet till kontinuerlig information och undervisning, speciellt då munvården anses som ett högt prioriterat område på avdelningen.

Arbete av munvård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ger goda möjligheter till att främja patientens välmående, samtidigt som det kan gynna hälso-och sjukvården. Detta förhållningssätt kan leda till en effektivare vård.

Munvård är en viktig aspekt inom vården, och inte bara inom onkologin. Det är viktigt att utveckla och utvärdera innovativa metoder för att effektivt stödja patienter i deras egenvård. Därför vill vi uppmana till fortsatt forskning av problemområdet för att åstadkomma en framåtskridande munvård för framtidens patienter.

## 10. Kliniska implikationer

För att kunna utveckla sitt kliniska arbete är det viktigt att lägga ner tid på att tänka på vad som skulle kunna förbättras. I vårt resultat identifierar vi olika teman som både visar på styrkor och svagheter av det medvetna och icke-medvetna arbetet av munvård. Deltagarna tog möjligheten vid intervjuerna att belysa ett intresse till mer kunskap, genom att eventuellt dra nytta av samarbetet med andra vårdverksamheter. Vi hoppas att den här studiens resultat kan överföras till klinisk praxis genom att inspirera till ett förbättringsarbete på avdelningen. Alla verksamheter som arbetar med patienter som har samma, eller liknande besvär, kan ha nytta av vårt resultat. Även patienter som inte tillhör den typiska patientgruppen, kan dra nytta av

den här studien för att få en djupare och förtydligande förståelse av vikten av munhälsa och munvård.

Med denna studie hoppas vi att resultatet kan bidra till främjandet av evidens och beprövad erfarenheter. Vi önskar att detta forskningsresultatet kan utnyttjas på bästa möjliga sätt, genom att gynna både personal och patienter.

## 11. Referenser

Abdulrhman, M., Samir Elbarbary, N., Ahmed Amin, D., & Saeid Ebrahim, R. (2012). Honey and a mixture of honey, beeswax, and olive oil–propolis extract in treatment of chemotherapy-induced oral mucositis: a randomized controlled pilot study. *Pediatric hematology and oncology*, 29(3), 285-292. DOI: <https://doi.org/10.3109/08880018.2012.669026>

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 72(9), 2086-2097. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12976>

- Bernhardsson, B. M. (2008). *Smak-och luktförändringar vid cytostatikabehandling*. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Department of Neurobiology, Care Sciences and Society. DOI: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40123>
- Borbasi, S., Cameron, K., Quested, B., Olver, I., To, B., & Evans, D. (2002). More than a sore mouth: Patients' experience of oral mucositis. *Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1051-7. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/02.ONF.1051-1057>
- Brown, C. (2011). Oral Mucositis. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Ed.) *Cancer nursing: principles and practice* (s. 807-817). Jones & Bartlett Publishers.
- Cawley M & Benson M. (2005). Current Trends in Managing Oral Mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 9 (5), 584-592. DOI: [10.1188/05.CJON.584-592](https://doi.org/10.1188/05.CJON.584-592)
- Cho, H. K., Jeong, Y. M., Lee, H. S., Lee, Y. J., & Hwang, S. H. (2015). Effects of honey on oral mucositis in patients with head and neck Cancer: A meta-analysis. *The Laryngoscope*, 125(9), 2085-2092. DOI: [10.1002/lary.25233](https://doi.org/10.1002/lary.25233).
- Cullen, L., Baumler, S., Farrington, M., Dawson, C., Folkmann, P., & Brenner, L. (2018). CE: Oral care for head and neck cancer symptom management. *AJN The American Journal of Nursing*, 118(1), 24-34. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000529694.30568.41](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000529694.30568.41).
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori & metod* (s. 285-297). Lund: Studentlitteratur.
- Degerfält, J., Moegelin, I-M., & Sharp, L. (2008). *Strålbehandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Eilers, J. (2004). Nursing Interventions and Supportive Care for the Prevention and Treatment of Oral Mucositis Associated with Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(0), 13-23. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/04.ONF.S4.13-23>

Eilers, & Million. (2011). Clinical Update: Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(4), E1-E16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.08.001>

Ekman, I. & Norberg, A. (2016). Personcentrerad vård- Teori och tillämpning. I. A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 29-53). Lund: Studentlitteratur.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I. F. Friberg, (red) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.(s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

GPCC- centrum för personcentrerad vård. (2018). *Om centrum för personcentrerad vård - GPCC*. Hämtad 2019-04-02 från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc>

Hansson, E., Carlström, E., Olsson, L. E., Nyman, J., & Koinberg, I. (2017). Can a person-centred-care intervention improve health-related quality of life in patients with head and neck cancer? A randomized, controlled study. *BMC nursing*, 16(1), 9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0206-6>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). I M. Henricson (Red.) Kvalitativ metod (s.111-119). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

- Jiang, N., Zhao, Y., Jansson, H., Chen, X., & Mårtensson, J. (2017). Experiences of xerostomia after radiotherapy in patients with head and neck cancer: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e100-e108. DOI: [10.1111/jocn.13879](https://doi.org/10.1111/jocn.13879)
- Kaur, H., Kaur, M., & Kaur, L. (2015). Effect of Honey on Oral Mucositis among Cancer Patients. *International Journal of Nursing Education*, 7(3), 76-79. DOI: [10.5958/0974-9357.2015.00138.5](https://doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00138.5)
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod*. (s.57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Koinberg, I., Olofsson, E. H., Carlström, E., & Olsson, L. E. (2018). Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: a qualitative exploration. *BMC nursing*, 17(1), 48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0319-6>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Mah, K., Lebel, S., Irish, J., Bezjak, A., Payne, A. Y., & Devins, G. M. (2018). A two-dimensional model of disrupted body integrity: initial evaluation in head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3365-3377. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00520-018-4187-0>
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-10. DOI: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3489&context=smhpapers>
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, E., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93–107. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>



Miller, M., Taylor, A., Kearney, N., Paterson, G., Wells, M., Roe, L., ... & Maguire, R. (2007). Evaluation of the feasibility and acceptability of an oral care diary by patients during chemotherapy. *International journal of nursing studies*, 44(5), 693-701. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.009>

SBU. (2012). *Förebyggande behandling av inflammationer i munnen (oral mukositis) vid cancerbehandling*. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/forebyggande-behandling-av-inflammationer-i-munnen-oral-mukositis-vid-cancerbehandling/>

SFS 1985:125. *Tandvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen & Cancerfonden. (2018). *Cancer i siffror*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20976/2018-6-10.pdf>

SOSFS 2012:17. *Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialdepartementet.

RCC. (2019a). *Inledning*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/2.-inledning/>

RCC. (2019b). *Epidemiologi*. Hämtad 2019-05-06 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/4.-epidemiologi/>

RCC. (2019c). *Etiologi- riskfaktorer och prevention*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/5.-etiologi-riskfaktorer-och-prevention/>

RCC. (2019d). *Behandling vid huvud- och halscancer*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/9.-behandling-vid-huvud-och-halscancer/>

- RCC. (2019e). *Specifik omvårdnad*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/11.-specifik.omvardnad/#> ENREF 221
- RCC. (2019f). *Egenvård*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/12.-egenvard/>
- RCC. (2019g) *Omvårdnad och rehabilitering*. Hämtad 2019-05-06 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/gallande-vardprogram/10.-omvardnad-och-rehabilitering/>
- Rehwaldt, M., Wickham, R., Purl, S., Tariman, J., Blendowski, C., Shott, S., & Lappe, M. (2009). Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncology nursing forum*, 36(2).  
DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/09.ONF.%20E47-E56>
- Robins-Sadler, G., Stoudt, A., Fullerton, J. T., & Oberle-Edwards, L. K. (2003). Managing the oral sequelae of cancer therapy. *Medsurg Nursing*, 12(1), 28.
- Ryden, Buhlin, & Ekstrand. (2016). Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study. *Journal of Vascular Surgery*, 64(3), 827-828. DOI: 10.1016/j.jvs.2016.07.056
- Röing, M., Hirsch, J. M., & Holmström, I. (2007). The uncanny mouth—a phenomenological approach to oral cancer. *Patient education and counseling*, 67(3), 301-306.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.02.001>
- Senior Alert. (2018). *Riskbedömning med instrumentet ROAG*. Hämtad 2019-04-01 från <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=20646&nodeId=43949>
- Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M., Stotts, N., & Macphail, L. (2002). A research review of the current treatments for radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1063-80. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/02.ONF.1063-1080>

Skolin, I. (2018). *Näringslära för sjuksköterskor- Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wergeland Sorbye, L. (2003). Etiska frågeställningar. A. M. Reitan & T. K. Schölberg (red). *Onkologisk omvårdnad* (s.213-224). Stockholm: Liber.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Hämtat 2019-04-02 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Bilaga 1.



### Information om studie

## Hur sjuksköterskans arbetar för att nå god munhälsa

### Bakgrund

Många patienter med huvud- och halscancer som genomgår onkologisk behandling får biverkningar i munhålan. Vanligt förekommande komplikationer under behandling inkluderar bland annat muntorrhet, mukositet och infektion. Dessa komplikationer har en stor påverkan på patientens livskvalitet, och kan även bidra till allvarigare komplikationer. Sjuksköterskor som vårdar denna patientgrupp spelar en nyckelroll för att stärka munhälsan.

### Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskan i slutenvården arbetar för att nå en god munhälsa för patienter med huvud-och halscancer, som genomgår onkologisk behandling med fokus på egenvård.

### **Förfrågan om deltagande**

Du har fått en förfrågan om medverkan i denna studie för att du arbetar som sjuksköterska inom slutenvården på en onkologisk avdelning, där det är vanligt att arbeta med munhälsa relaterat till onkologisk behandling. Din vårdenhetschef har godkänt genomförandet av studien.

### **Hur studien går till**

Studien går till så att under en intervju på 20-30 minuter kommer du få berätta om dina erfarenheter av att arbeta med patienters munhälsa på avdelningen. Intervjun sker enskilt med dig och en av författarna av studien. Intervjun kommer att hållas på din arbetsplats i ett avskilt rum. Intervjun kommer att spelas in och intervjuerna kommer hållas anonyma. Efter examensarbetet är godkänt kommer intervjun att raderas.

### **Eventuella risker med att delta**

Det finns ingen egentlig risk med att delta då målet med intervjun är att få en inblick i hur sjuksköterskan på avdelningen arbetar med munvård.

### **Eventuella fördelar med att delta**

En fördel med att delta i studien kan vara att det eventuellt kan ge en ökad förståelse av munvård då reflektion av omvårdnaden behövs göras i samband med intervjun.

### **Hantering av data och sekretess**

Ingen obehörig kommer kunna ta del av Intervjuerna och inga personliga uppgifter kommer utlämnas. Vid presentation av resultatet på avdelningen samt i studiens resultat kommer alla deltagare att vara anonyma och kommer inte kunna identifieras.

Den inspelade intervjun kommer avidentifieras vid utskrift samt att både utskriften och inspelningen kommer förstöras efter godkänt examensarbete.

### **Studiens resultat**

Resultatet kommer att presenteras som ett verksamhetsförlagt examensarbete vid Göteborgs Universitet. Redovisning av examensarbetet på avdelningen samt på universitetet kommer att vara upplagt så att ingen deltagare kan identifieras. Det kommer finnas möjlighet att ta del av resultatet i form av en uppsats.

### **Frivillighet**

Deltagande är frivilligt och du kan avbryta ditt deltagande när som helst.

### **Kontaktperson vid intresse**

Anna Andersson, [anna.ka.andersson@vgregion.se](mailto:anna.ka.andersson@vgregion.se)

### **Ansvariga för studien**

Hanna Taranger, gustarhar@student.gu.se, 0725-52 80 52  
Linn Fredriksson, gusfrelih@student.gu.se, 0701-48 49 47

### **Handledare för studien**

Sofie Jakobsson, universitetslektor vid Göteborgs Universitet.  
sofie.jakobsson@fhs.gu.se

## **Bilaga 2.**



### **Intervjuguide**

- Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?
- Hur länge har du jobbat på avdelningen?
- Hur mycket pratar man munvård på avdelningen?
- Kan du berätta hur du jobbar med munvård och när?
- Vilka svårigheter finns det? Egen erfarenheter?
- Hur arbetar du för att få patienten delaktig?
- Hur pratar ni med patienten om egenvård av munnen? Förebyggande?
- Vad sägs om förebyggande munvård?
- Berätta om ni inkluderar närstående? Hur inkluderas dom, information?

**Ämnen att fokusera på:**

- Rutiner, riktlinjer, prioritet av munvård
- Patientundervisning, munvårds-kit?
- Riskbedömning
- Vårdplaner
- Stöd i form av exempelvis kunskap, utbildning