

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2021:32

Dysfagi. Ett nytt, men gammalt, problem.
Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av patienter med dysfagi efter
extubation.

Liselott Dalengren
Tekla Diószegi



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Dysfagi. Ett nytt, men gammalt, problem.
Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av patienter med dysfagi efter extubation.

Författare: Liselott Dalengren, Tekla Diószegi

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård

Handledare: Anders Sterner

Examinator: Annika Billhult Karlsson

Sammanfattning

Bakgrund: Den normala sväljfunktionen är en mycket komplicerad funktion, och om den inte fungerar korrekt finns det risk för ett flertal komplikationer, bland annat aspiration och/eller ofri luftväg. Dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen är ett problemområde som på senare år fått betydligt mer uppmärksamhet än tidigare. Fenomenet kan i dagsläget uppfattas som relativt outforskat. Syfte: Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter kring intensivvårdspatienter med dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen. Metod: Tolv intensivvårdssjuksköterskor intervjuades med en semistrukturerad metod. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultat: Arbetet resulterade i fem kategorier: omvårdnad kring dysfagi, erfarenhet och kunskap kring dysfagi, risker och komplikationer med dysfagi, tvärprofessionella samarbete och erfarenheten kring arbetssättet med dysfagi. Dessa kategorier mynnade ut i ytterligare tretton subkategorier. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att dysfagi efter extubation som något mycket jobbigt för patienten, och önskar mer kunskap samt screening-instrument för att hjälpa patienterna på bästa sätt. Slutsatser: Dysfagi tolkas av intensivvårdssjuksköterskan som en påfrestande problematik för patienten. Området är ännu relativt outforskat och därför saknas det etablerade strukturer att arbeta efter kliniskt. Intensivvårdssjuksköterskan upplever en osäkerhet kring sin egen kunskap om ämnet. Detta gör att patienten inte alltid får rätt hjälp relaterat till dysfagin.

Nyckelord: *dysfagi, sväljsvårigheter, intensivvård, intensivvårdssjuksköterskor, post-extubation, erfarenheter, kvalitativ metod, innehållsanalys*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Den normala svalgfunktionen	1
Den intuberade intensivvårdspatienten	2
Skador relaterat till intubation	2
Dysfagi	3
Komplikationer av dysfagi	3
Personcentrerad omvårdnad	4
Hållbar utveckling	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Deltagare	5
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
Omvårdnaden kring dysfagi	8
Patienternas upplevelser tolkat av intensivvårdssjuksköterskan	8
Omvårdnadsåtgärder	9
Försiktighet och varsamhet	9
Kunskap kring dysfagi	10
Utbildning kring dysfagi	10
Osäkerhet kring den egna kunskapen	11
”Learning by doing”	11
Risker och komplikationer med dysfagi	12
Orsaker till uppkomsten av dysfagi	12
Respekten för dysfagi	13
Tvärprofessionella samarbete	13
Instrumenten kring dysfagi	13
Alla levande resurser	14
Arbetsättet kring dysfagi	15
Post-intensivvård och återkoppling till intensivvården	15
Utforskat område	16
Skifte i arbetsätt	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17

Resultatdiskussion	18
Omvårdnaden kring dysfagi	18
Erfarenheter och kunskap kring dysfagi	19
Risker och komplikationer med dysfagi	19
Tvärfprofessionella samarbete	20
Arbetsättet med dysfagi	21
Etikdiskussion	21
<i>SLUTSATSER</i>	21
<i>REFERENSER</i>	22
<i>Bilaga 1</i>	26
<i>Bilaga 2</i>	27
<i>Bilaga 3</i>	29

INLEDNING

Dysfagi (sväljsvårigheter) är en problematik som kan ses hos den extuberade intensivvårdspatienten (patient som inte längre behöver en tub i halsen och respiratorbehandling) och som påverkar individen under och efter intensivvården. Patienter med denna problematik löper ökade risker för komplikationer, så som malnutrition (undernäring), aspirationspneumoni (lunginflammation orsakat av att föda kommit ner i lungorna), minskad livskvalitet, förlängd sjukhusvistelse och ökad risk för en för tidig död. Intensivvårdssjuksköterskans perspektiv inom problematiken är litterärt fortfarande relativt utforskat och därför har författarna till detta arbete valt att undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter kring omvårdnaden av patienter med dysfagi.

BAKGRUND

Den normala svalgfunktionen

Att svälja är en normal fysiologisk funktion. Att svälja kräver en exakt samordning mellan fler än 30 muskler i munhåla, svalg, struphuvud och matstrupe. Dessa muskelrörelser kontrolleras av ett flertal kranialnerver och perifera nerver och samordnas i hjärnstammen, framför allt i Medulla Oblongata där ett nätverk av sensoriska och motoriska nerver samt interneuroner bildar det som kallas svalg-centrat (Shaw & Martino, 2013). Matsuo & Palmer (2008) beskriver sväljfunktionen som komplex. Denna komplexitet med många involverade muskler och nerver kan vara en orsak till att sväljning har fått mindre uppmärksamhet än andra grundläggande motoriska aktiviteter, såsom förflyttning, tuggning och respiration. En annan orsak kan vara att neurofysiologiska experiment kring sväljningen på människor och djur är svårt (Ertekin & Aydoğdu, 2003).

Sväljfysiologin beskrivs enligt Shaw & Martino (2013) traditionellt i 4 faser: (1) den orala förberedande fasen, (2) den orala transportfasen, (3) sväljfasen och (4) esofagusfasen. De två första faserna styrs främst genom frivilliga rörelser, medan de två sista faserna sker automatiskt (okontrollerat, ofrivilligt) (Shaw & Martino, 2013; Ertekin & Aydoğdu, 2003).

Den orala förberedande fasen innebär att födan finfördelas genom tuggning, blandas med saliv och bildar en klumpformad massa. Här samarbetar många muskler för att hålla födan eller drycken kvar i munhålan (Shaw & Martino, 2013). När födan tuggats och blandats med saliv till en massa börjar den orala transportfasen. Massan drivs bakåt genom munhålan till svalget. (Shaw & Martino, 2013).

Sväljfasen, den faryngeala fasen, är det tredje fasen. När den startat varar den i ungefär en sekund. Trots den korta durationen är sväljfasen den mest komplexa fasen och kräver snabbt och precist samarbete mellan nästan alla de muskler som ingår i sväljfunktionen. Först måste respirationen upphöra till förmån för att skydda luftvägarna (Shaw & Martino, 2013).

Den fjärde fasen, den esofageala fasen, börjar då födan/drycken passerat genom den esofageala sfinktern. Musklerna relaxerar så att föda och dryck kan passera sfinktern. Krikofaryngealmuskeln, den muskel som sitter vid matstrupens och luftstrupens föreningspunkt kontraherar för att förhindra föda/dryck att komma in i luftstrupen (Shaw & Martino, 2013).

Att skydda luftvägarna är en viktig del av en normal sväljfunktion. Om föda är felriktad mot luftvägarna kommer patienten att aspirera (Shaw & Martino, 2013). Aspiration innebär att föda eller dryck hamnat i luftstrupen nedanför stämbanden. Den normala responsen på aspiration är en stark hostreflex. Dock, hos många patienter med dysfagi är känslan i svalget och struphuvudet nedsatt. Dessa patienter får då ofta något som kallas tyst aspiration, en aspiration utan synligt gensvar såsom hosta.

Den intuberade intensivvårdspatienten

Patienter i alla åldrar intuberas, framför allt av tre olika anledningar: (1) som en tillfällig avlastning av de övre luftvägarna, (2) behov av mekanisk ventilation på grund av respiratorisk insufficiens, och (3) som en del i att "städa" lungorna, genom till exempel bronkoskopi (Benjamin & Holinger, 2008). En intubation kan pågå under kortare eller längre tid, beroende på patientens tillstånd. Definitionen av lång intubering är en intubering som vara mer än 48h (Oliviera, Friche, Salomao, Bougo & Vicente, 2018). En svår/ofri luftväg som under lång tid kommer att kräva mekanisk ventilation är en anledning till att patienten istället erhåller tracheostomi. En tracheostomi förbättrar patientens komfort och patienten har nu möjlighet att både prata, äta och dricka, vilket inte är möjligt med en endotrakealtub (Freeman, 2017).

Skador relaterat till intubation

Endotrakeal intubering innebär en risk för patienten att få skador i trakea. Dessa skador kan uppstå både vid kort och lång intubationstid, men ju längre patienten är intuberad desto större är risken att utveckla skador (Pacheco-Lopez, Berkow, Hillel & Akst, 2014). Dessa skador kan ge allvarliga konsekvenser för patienten (Brodsky, Nollet, Spronk & Gonzalez-Fernandez, 2020) och det kan vara alltifrån små skador i den mjuka vävnaden till svåra, långvariga och ibland även livshotande luftvägskomplikationer (Pacheco-Lopez et al., 2014). Skadorna uppstår främst på grund av att tuben eller kuffen trycker mot nerver eller överstiger kapillärtrycket i trakea och därmed orsakar syrebrist i vävnaden. Skador kan dock även uppstå vid själva intubationstillfället (Pacheco-Lopez et al., 2014). Skador i munhåla, pharynx och larynx försämrar patientens sväljformåga då skadorna kan ge en sämre rörlighet och känslighet och på så sätt påverka sväljformågan. Det finns flera orsaker till detta, men framför allt är det tubens direkta kontakt med vävnaden, i kombination med storleken på tuben och kufftrycket som är de största problemen (Macht, Wimbish, Clark, Benson, Burnham, Williams & Moss, 2011).

De allra flesta intuberade patienterna upplever någon form av problem direkt efter extubation, så som heshet och ömhet i halsen (Benjamin & Holinger, 2008). Även trötthet i röst, hosta och viss aspiration kan uppstå i anslutning till extubation. De

alla flesta symtom försvinner inom 24 timmar. Om symtomen varar längre än så bör svårare skador misstänkas. Dessa skador tar längre tid att läka och kan i värsta fall ge livslånga problem (Pacheco-Lopez et al., 2014). Hos vissa patienter kommer inte rösten tillbaka helt och hållet, och hos några få patienter uppstår ett partiellt luftvägshinder. Det finns också patienter som till en början inte har några problem efter extubation, men som senare utvecklar ärrvävnad i luftvägarna som kan ge problem med andningen (Benjamin & Holinger, 2008).

Pacheco-Lopez et al., (2014) belyser att det finns flera faktorer som ger en högre risk för att utveckla skador på trakea vid intubation. Dessa faktorer är främst intuberingens svårighetsgrad och hur skicklig den person som utför intuberingen är. Men det finns också patientrelaterade faktorer som ökar risken för att utveckla långvariga skador, såsom diabetes mellitus, hypertoni, hypotoni, hjärtsjukdom, njur- eller leversvikt och malnutrition. Gemensamt för dessa sjukdomar är att de leder till försämrad genomblödning i vävnaden, vilket gör att patienten lättare får sår, får svårare att läka dessa sår, samt lättare utvecklar vävnadsnekros. Även reflux är en riskfaktor. Om magsyra läcker över i trakea utsätts vävnaden för pepsin, vilket ökar risken för lokala skador, förlängd sårhäkning och gör patienten mer mottaglig för infektioner. Det är oklart om patientens ålder och kön spelar någon roll i sammanhanget. Det har spekulerats i om kvinnor har högre risk att drabbas av skador, då kvinnans larynx och trakea är mindre än mannens. Detta borde göra kvinnan mer utsatt för skaderisk, särskilt om en för stor storlek på endotrakealtuben används (Pacheco-Lopez et al., 2014). Då skador uppstår på larynx efter intubering kan patientens förmåga att på ett säkert sätt föra mat och dryck från munhålan till magsäcken minska (Dobak och Kelly, 2020; Macht, Wimbish, Clark, Benson, Burnham, Williams och Moss, 2012; Zuercher, Moret, Dziewas och Schefold, 2019; Kim, Park, Park och Song, 2015).

Risken för dysfagi uppstår också på grund av att de muskler som är involverade i sväljprocessen till stor del är immobiliserade under tiden då patienten är intuberad (Duncan, Gaughey, Fallis, McAuley, Walshe & Blackwood, 2019). Ju svårare skador som uppstår desto större är risken för att skadorna blir irreversibla, det vill säga att patienten kommer att få leva med sin dysfagi resten av livet (Macht, King, Clark, Benson, Burnham, Williams & Moss, 2013).

Dysfagi

Dysfagi definieras som en onormal fördröjning i sväljfunktionen (Chilukuri, Odufalu & Hachem, 2018). Sväljsvårigheter är vanligt inom akutsjukvård och intensivvård (Duncan et al., 2019). Om sväljfunktionen på något sätt inte fungerar som den ska uppstår en rad olika symtom, oftast bara några få sekunder efter att personen svält. Dessa symtom kan vara hosta, kvävning, aspiration och dregglande (Chilukuri, Odufalu & Hachem, 2018).

Komplikationer av dysfagi

En patient med dysfagi har en ökad risk för pneumoni, malnutrition på grund av svårigheter att få i sig tillräckligt med näring, förlängd sjukhusvistelse, återinläggning på sjukhus, minskad livskvalitet samt ökad sjuklighet och ökad risk för död (Duncan et

al., 2019; Zuercher et al., 2019). Andra studier visar på att medelsvår till svår dysfagi ger patienten så pass stora problem att risken för att behöva reintuberas ökar markant (Macht et al. 2011; Zuercher et al. 2019). Att malnutrition, aspirationspneumoni och reintubering är något som försämrar patientens status beskrivs även av Oliviera et al. (2018) och Macht et al. (2012). Aspirationspneumoni är en mycket vanlig komplikation till dysfagi, och det gäller att vara medveten om att aspiration inte alltid ger några symtom såsom till exempel hosta (Dobak & Kelly, 2020). Aspirationspneumoni är ett tillstånd som kan vara livshotande för patienten (Shaw & Martino, 2013).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad innebär att se den person som är patient, att som sjuksköterska bekräfta personen och dennes upplevelse av sjukdom och utgå ifrån detta när vård och omvårdnad ska utföras. Vikten läggs vid att inkludera personen i omvårdnaden så mycket som möjligt och utgå ifrån personens/patientens perspektiv istället för sjuksköterskans. (Edvardsson, 2010, s.29). Grundtanken med personcentrerad omvårdnad är att inte bara se personen som en patient och en sjukdom, utan se hela människan och hans/hennes resurser, förmågor, hälsa, vilja, sociala och kulturella sammanhang, och framför allt personen egna vilja (Vårdförbundet, 2015). Personcentrerad omvårdnad är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och ingår i de nationella examensmålen för sjuksköterskeexamen (Backman & Edvardsson, 2020, s.97). Även i Kompetensbeskrivning avancerad nivå - Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård omnämns personcentrerad omvårdnad som en kärnkompetens. Intensivvårdssjuksköterskans ska kunna identifiera omvårdnadsbehov, genomföra och hela tiden utvärdera vårdprocessen utifrån patientens behov och resurser (Swenurse, 2020). När en person är i behov av respiratorbehandling och endotrakealtub eller trakeostomi begränsas denne persons förmåga till verbal kommunikation och att uttrycka sin vilja. Här är det extra viktigt för sjuksköterskans att visa patienten att hon/han vill patientens bästa och att patienten kan lita på att sjuksköterskan vill göra det som är bäst för patienten i just denna situation (Forsberg, 2020, s.288). Patienten strävar i sammanhanget efter att förstå, och här behöver sjuksköterskan se till personen istället för patienten, och på ett pedagogiskt sätt lära ut den kunskap patienten behöver för att förstå det som händer och skapa någon form av mening kring det som inträffat (Forsberg, 2020, s.294). Den person som är sjuk strävar efter att kunna leva ett normalt liv, så som det var innan han/hon blev sjuk (Hansson Scherman, 2018, s.48).

Hållbar utveckling

Intubations-skador ökar sjukhusets kostnader eftersom patienterna ofta har behov av att stanna på sjukhuset under längre tid. Även risken för återinläggning på sjukhus ökar markant jämfört med patienter som inte får några larynxskador (Pacheco-Lopez et al., 2014). Målet för sjukvården handlar om att ge patienter en säker vård med god kvalitet. Sjukvården ska förebygga och behandla sjukdomar för att minska risken att patienter dör i förtid (Förenta Nationerna, 2021).

PROBLEMFORMULERING

Studier visar ett klart samband mellan intubationslängd och skador på larynx som ger dysfagi. Även om små skador är vanligast, så förekommer mer allvarliga skador som kräver medicinska åtgärder. Det skulle vara önskvärt med fler studier inom området för att utarbeta ett standardiserat screening-protokoll för dessa patienter. Dysfagi efter extubation är ett betydligt vanligare problem inom intensivvården än vad som tidigare har beskrivits, och intensivvårdssjuksköterskornas medvetenhet om problemet behöver öka. Det är därför oerhört viktigt att fortsätta forska kring fenomenet och utarbeta både screening-protokoll och behandlingsmetoder för att kunna hjälpa de drabbade patienterna. För att på ett säkert sätt minska risken för skador och risken för komplikationer relaterat till skadorna är det viktigt att kunna identifiera problemet med dysfagi i ett tidigt stadium för att det orala intaget av mat och dryck ska bli så säkert som möjligt för patienten. Det finns begränsat med behandlingsmetoder för att hjälpa patienter med dysfagi, särskilt för patienter som är extuberade på intensivvårdsavdelningen. Det är därför av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan blir mer medveten om de riskfaktorer som finns för att kunna minska utbredningen av problemet med dysfagi. En ökad medvetenhet om dysfagi efter extubation kan leda till ett tidigare handhavande av problemet och kommer då troligtvis även att förbättra prognosen för patienten.

SYFTE

Syftet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter kring intensivvårdspatienter med dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen.

METOD

Ansats

Studiens syfte är att undersöka erfandet hos intensivvårdssjuksköterskan av en företeelse hos intensivvårdspatienten, vilket medför att studien utgår ifrån en kvalitativ forskningsdesign som grundar sig inom den holistiska traditionen (Henricsson & Billhult, 2014, s.130). Studien har ett induktivt perspektiv vilket gör att undersökningen kring erfandet kan utforska även de kringliggande faktorer som påverkar fenomenet (Elo & Kygnäs, 2008). För att svara på studiens syfte faller det sig naturligt att utforska ett mindre urval av deltagare via intervju. Författarnas intention är att bearbeta intervjumaterialet utifrån en innehållsanalytisk metod (Danielsson, 2014b, s.332).

Deltagare

Studien genomfördes med 12 legitimerade intensivvårdssjuksköterskor, varav 2 var en del av en pilotstudie med samma syfte som denna studie och därmed inkluderades. Intensivvårdssjuksköterskornas erfarenhet av intensivvård sträckte sig från 5 månader till 31 år. Tio av deltagarna var vid intervjutillfället kliniskt aktiva och arbetade på intensivvårdskliniken på ett länssjukhus i södra Sverige. Studien genomfördes med tillstånd av klinikens ledning, och informanterna fick genomföra intervjuerna under arbetstid. Två av deltagarna var vid intervjutillfället inte kliniskt aktiva inom

intensivvårdsverksamheten, utan jobbade inom andra verksamheter. Båda deltagarna hade avslutat sina kliniska tjänstgöringar inom intensivvård det senaste året. Alla genomförda intervjuer användes, ingen exkluderades. Urvalets viktigaste inkluderingsspecifikationer var: intensivvårdssjuksköterskor och erfarenhet av dysfagi, de tillfrågade valdes utefter dessa två kriterier. Även Henricsson och Billhult (2014, s.134) menar på att ett strategiskt urval är lämpligt för att beskriva fenomenet i sin helhet.

Datainsamling

Initialt kontaktades en vårdutvecklare på intensivvårdskliniken på det länssjukhus där studien var tänkt att genomföras för att erhålla tillstånd att genomföra intervjuerna. Vårdutvecklaren lämnade frågan vidare till verksamhetschefen, som gav sitt tillstånd till att genomföra studien på den aktuella kliniken (se Bilaga 1). Efter erhållet tillstånd mejlades ett informationsblad ut till alla intensivvårdssjuksköterskor på kliniken gällande intervjuernas syfte. Några dagar senare postades även ett inlägg i den kliniks specifika intensivvårdssjuksköterske-gruppen på sociala medier och även muntlig information gavs på intensivvårdsavdelningen av författarna. Mejlkontakt upprättades sedan med intresserade informanter där tid och datum för intervju bestämdes.

Samtliga deltagare i studien har fått skriftlig och muntlig information (Trost, 2010, s.125) om studiens syfte, informanternas rätt till anonymitet, om frivillighet att delta i studien och att de när som helst var fria att dra sig ur studien, informanternas rättighet att ta del av intervjumaterialet och slutresultatet samt studiens konfidentialitet (se Bilaga 2) (Gillham, 2008, s.33; Backman, Gardelli, Gardelli & Persson, 2012, s.210).

Tio av intervjuerna genomfördes mellan februari och mars, 2021. Övriga 2 intervjuer genomfördes hösten 2020, i en pilotstudie. De 2 informanterna kontaktades via mejl under våren 2021 om medgivande för användning av intervjumaterialet. Elva av deltagarna intervjuades personligen på sin arbetsplats i en avskild lokal. En av intervjuerna genomfördes via videosamtal. Alla intervjuer spelades in med ljudupptagning som tillfälligt lagrades i författarnas mobiltelefoner och senare sparades på en portabel minnesenhet.

Två intervjuare genomförde samtliga 12 intervjuer med en semistrukturerad intervjuemetod, vilket Danielsson (2014a, s.167) beskriver ger möjligheten till författarna att anpassa ordningsföljden av frågorna och bevara den naturliga interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade. Intervjuerna utgick ifrån fem öppna grundfrågor (se Bilaga 3) som var sammanställda av författarna för att kunna uppfylla studiens syfte. Även följdfrågor användes för att utveckla innehållet i intervjuerna. Några exempel på följdfrågor som användes är *“vill du utveckla...?”*, *“hur menar du med...?”*, *“på vilket sätt...?”*, *“är det något mer du vill tillägga?”*. Intervjuernas längd varierade från 5 till 16 minuter, exklusive den information som gavs i början av varje intervjutillfälle. Samtliga intervjuer transkriberades i sin helhet, samtidigt avidentifierades materialet och därefter blev informanterna anonyma.

Dataanalys

De transkriberade intervjuerna bearbetades och lästes ett flertal gånger tills det via gemensam diskussion mellan författarna framträdde meningsbärande enheter som sedan kodades. Koderna hade avsikt att sammanfatta och spegla de meningsbärande enheternas innehåll (Kvale & Brinkmann, 2009, s.219). Längden på de meningsbärande enheterna valdes med omsorg då risken finns att innebörden tas ur sitt sammanhang och får en annan betydelse om den blir för kort (Elo & Kygnäs, 2008).

Kodningarna numrerades tillfälligt i processen som ett stöd för att senare kunna återkopplas till ett specifikt textstycke och intervju. Totalt resulterade studiens analys i 357 koder/meningsbärande enheter. Koderna jämfördes med varandra, koder med liknande innehåll formade flera tillfälliga grupper som senare kom att bli huvudkategorier och subkategorier (Henricson & Billhult, 2014, s.134). I tabellen nedan beskrivs med ett verkligt exempel hur analysprocessen gick till ifrån meningsbärande enhet till huvudkategori.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
"...föredrar att man matar med sked för då kommer det lite oså kommer de här framme då är det lättare och svälja. Jag vet inte om det är nåt dom testar själva eh, men jag tänker att jag kanske använder mig av de." (Deltagare 7)	Sked hjälper med svälj-tekniken	Omvårdnadsåtgärder	Omvårdnaden kring dysfagi

Etiska överväganden

Tio av deltagarna erhöll informationen vid intervjutillfället, innan intervjun påbörjades. Samma information gavs till de resterande två deltagare som deltog i pilotstudien. All ljudupptagningsdata kommer att raderas omgående då godkännande av examensarbetet erhållits. Författarna har kontinuerligt fört en dialog med varandra samt med arbetets handledare om de etiska aspekterna kring studien. Kjällström (2014, s.75) beskriver att examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå generellt inte kräver en etiskprövning enligt *Lagen om etikprövning av forskning som anser människor* (SFS, 2003:460) utan att handledaren bär huvudansvaret för att bedöma den etiska aspekten i examensarbetet är korrekt. Däremot understryker Kjällman (2014, s.75) att om materialet i examensarbetet senare ska användas på forskningsnivå, exempelvis i en doktorsavhandling behöver arbetets datainsamling granskas. Lagen har i syfte att värna om deltagaren som människa inom forskningen (SFS, 2003:460).

RESULTAT

Resultatet har sammanställts i 5 huvudkategorier som beskrivs ytterligare med hjälp av 13 subkategorier. Huvudkategorierna och subkategorierna presenteras schematiskt i tabellen nedan.

Kategori	Subkategori
Omvårdnaden kring dysfagi	<ul style="list-style-type: none"> • Patienternas upplevelser tolkat av intensivvårdssjuksköterskan • Omvårdnadsåtgärder • Försiktighet och varsamhet
Kunskap kring dysfagi	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning kring dysfagi • Osäkerhet kring den egna kunskapen • ”Learning by doing”
Risker och komplikationer med dysfagi	<ul style="list-style-type: none"> • Orsaker till uppkomsten av dysfagi • Respekten för dysfagi
Tvärprofessionella samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumenten kring dysfagi • Alla levande resurser
Arbetsättet kring dysfagi	<ul style="list-style-type: none"> • Post-intensivvård och återkopplingen till intensivvården • Outforskat område • Skifte i arbetsätt

Omvårdnaden kring dysfagi

Kategorin *omvårdnaden kring dysfagi* syftar på intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av all patientnära omvårdnad som sker kring patienten i samband med sväljsvårigheter. Erfarenheterna som intensivvårdssjuksköterskorna beskriver har växt fram till tre subkategorier: *Patienternas upplevelser tolkat av intensivvårdssjuksköterskan* – intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av hur dysfagin påverkar patienterna, *Omvårdnadsåtgärder* – Intensivvårdssjuksköterskornas omvårdnadsstrategier för vårdande av patienter med dysfagi, *Försiktighet och varsamhet* – beskriver intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av patienternas långsamma väg mot tillfrisknande.

Patienternas upplevelser tolkat av intensivvårdssjuksköterskan

Deltagarna beskriver att dysfagi påverkar patienten i många olika avseenden och inte minst i omvårdnaden. Det upplevs bli en ansträngning för patienten att kämpa med slem och hosta i samband med sväljsvårigheter. En intensivvårdssjuksköterska beskriver:

”Det är omvårdnadskrävande och det är jobbigt för patienten...”. (Deltagare 5)

Intensivvårdssjuksköterskorna syftar även på att sväljsvårigheter inte bara påverkar patienten genom luftvägssymtom, utan även exempelvis svårigheter med att administrera läkemedel i form av tabletter. Muntorrhet, ömhet i halsen och törst beskrivs som symtom som patienterna besvärar av i samband med dysfagi och på grund av detta minskar aptiten. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att detta påverkar patienterna generellt på ett negativt sätt och menar på att patienterna får en försämrad livskvalité. Patienterna har en stark önskan och vilja att få känna smaker och i brist på det blir de ett lidande för dem. En återkommande beskrivning bland deltagarna var

patienternas brist på insikt om att ha nytillkomna bekymmer med sväljning och att skydda sin egen luftväg. En deltagare beskriver att:

”A, men till exempel ge inte direkt ett glas till patienten för då kanske han bara... tar hur mycket som helst och för att han tror att han kan svälja.” (Deltagare 6)

En annan deltagare beskriver patienternas sorg och även svårighet i att acceptera den nyuppkomna situationen med en sväljproblematik:

”...ja, dom blir ju ledsna, de blir ju mycket sånt när man vaknar upp och de ska rehabiliteras oså inser dom att är ganska svaga oså till och med de då att de ska va svårt och äta när dom inte har haft några problem tidigare...” (Deltagare 11)

Samtidigt berättas det om patienternas starka glädje de gånger de får börja smaka på någonting och att den glädjen i sig kan vara väldigt givande för vårdpersonal att få vara del av.

Omvårdnadsåtgärder

Deltagarna beskriver samstämmigt att patienter med dysfagi är omvårdnadskrävande och tidskrävande vilket kräver mycket varierande omvårdnadsåtgärder. En deltagare beskriver:

”Man måste ge dom betydligt mer tid och optimera för dom så att dom ska kunna svälja... på ett tryggt sätt.” (Deltagare 4)

Flera av studiens intensivvårdssjuksköterskor har erfarenheten av att en upprätt position vid sväljning gynnar patientens sväljteknik. Att börja teskedsvis med en tjockflytande substans beskrivs som en vanlig strategi, men även att suga på sudd, isbit eller i sugrör. Samtidigt menar en av deltagarna att sugrör inte är ett bra alternativ vid dysfagi:

”...det är egentligen dumt och använda sugrör som man ofta gör... därför att eh... om dom då lyckas suga så kommer det här väldigt snabbt och de kommer väldigt långt bak i munnen och då är det svårare och svälja...” (Deltagare 8)

En deltagare understryker vikten av att individanpassa vården och omvårdnaden efter patientens behov kring dysfagi, men anpassningen påbörjas redan efter extubationen, innan dysfagin kan upplevas:

”...därmed blir man ju också mer uppmärksam på den enskilda patienten i samband med extubation...” (Deltagare 3)

Försiktighet och varsamhet

Vägen tillbaka för patienten beskrivs av intensivvårdssjuksköterskorna som lång med många bakslag och en ovisshet. En deltagare beskriver det som:

”Men det är klart att de blir ju ett steg fram och två bak.” (Deltagare 8)

Den långsamma vägen framåt påverkar patienten genom exempelvis fördröjning i att avveckla olika infarter och även muskelsvaghet som i sin tur påverkar andningen. Patientens långsamma väg tillbaka kräver att intensivvårdssjuksköterskans arbete är metodiskt, problemlösningsorienterat samt handlingskraftigt. En deltagare menar att en stor vinst för patienten är att lyckas optimera dem genom att komma igång tidigt med försörjning per os efter sövning, samtidigt beskriver flera att all framfart bör ske med yttersta varsamhet. De beskriver att en stor del i vägen tillbaka bygger på patienternas träning, inte minst svalgträningen. Ett viktigt avstamp i patientens tillfrisknande är att kunna försörja sig per os (via munnen) och beskrivs av en deltagare:

"...ja, men de ger ju någonting att dom får komma tillbaka och bli människor så att säga att det är ett framsteg mot att få fortsätta leva, att få komma ur intensivvård."
(Deltagare 9)

Kunskap kring dysfagi

Kategorin *erfarenheter och kunskap kring dysfagi* syftar till all kunskap och erfarenhet som intensivvårdssjuksköterskan besitter eller upplever avsaknad av i samband med dysfagi. Kategorin kan beskrivas med ytterligare tre subkategorier: *Utbildning kring dysfagi* – som syftar till utbildningen om dysfagi och önskan om mer kunskap kring ämnet, *Osäkerheten kring den egna kunskapen* – behandlar ämnet om intensivvårdssjuksköterskornas osäkerhet kring sin egna kunskap inom fenomenet trots erfarenhet, *Erfarenheten "learning by doing"* – dysfagi beskrivs som ett kunskapsdomän man erövrar via arbetserfarenheter.

Utbildning kring dysfagi

Det som tydligt framgår under denna subkategori är att intensivvårdssjuksköterskorna i har en önskan om att få lära sig mer om dysfagi. Det uttrycktes även att specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård inte upplevdes ha tillräckligt med undervisning kring fenomenet dysfagi. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever en generell kunskapsbrist inom ämnet men även att det är ett fenomen som inte diskuteras i tillräckligt stor utsträckning. En deltagare berättar:

"...jag skulle vilja veta mer eller skulle ju kunna behöva ha mer kunskap själv."
(Deltagare 7)

Attityden till utveckling och mer kunskap inom ämnet ses som positivt för deltagarna, en deltagare förklarar:

"Nä jag ser bara vinster i en fortsatt utbildning kring det, kring ämnet. Absolut! Absolut!" (Deltagare 4)

Deltagarna förklarar att det har funnits utbildning från arbetsplatsen men att det har blivit nedprioriterat och glömts bort med tiden, mycket relaterat till den pågående pandemin (covid-19). Utbildningen som erbjöds tidigare anordnades och leddes av

logopedier. En del intensivvårdssjuksköterskor i studien menar på att de inte haft någon utbildning alls ifrån arbetsplatsen:

”Men alltså, vi har ju inte direkt någon utbildning från jobbets sida kan jag ju inte säga att jag har varit med om.” (Deltagare 1)

Osäkerhet kring den egna kunskapen

Det råder en samstämmighet bland intensivvårdssjuksköterskorna att de upplever en osäkerhet kring den egna kunskapen relaterat till dysfagi. En deltagare berättar på vilket sätt osäkerheten kring kunskapen kan påverka patientens vård:

”...o inte har så mycket kunskap heller och då vågar man kanske inte och låter de va att man inte kommer vidare. Man låter dom bara inte äta någonting.” (Deltagare 6)

Osäkerheten kring om den egna kunskapen resulterar i en allmän osäkerhet kring fenomenet. En intensivvårdssjuksköterska förklarar:

”jag tror inte alls att vi är så duktiga på de (dysfagipatienterna) som vi tror...” (Deltagare 8)

Osäkerhet gör att intensivvårdssjuksköterskorna inte vågar initiera omvårdnadsåtgärder utan vill primärt att patientens grundproblematik ska utredas. En intensivvårdssjuksköterska beskriver hur logopederna gör men påpekar att hen själv inte skulle vilja utföra samma bedömningar. En deltagare förklarar:

”Då skulle inte jag hålla på och utmana, det utan då skulle dom få göra en utredning först eller så där. Kanske. Se lite. Kika ner lite innan JAG är där och gojsar och har mig.” (Deltagare 1)

”Learning by doing”

Samtidigt som det uttryckts osäkerhet kring den egna kunskapen kring dysfagi anser en av deltagarna att det finns en stor erfarenhet bland intensivvårdssjuksköterskorna för den nyextuberade patienten, då det sker rotationstjänstgöring till postoperativ uppvakningsavdelning med högt patientflöde av nyextuberade patienter. Flera deltagare uttrycker att de har förvärvat sina kunskaper inom dysfagi genom kliniska erfarenheter, flera av deltagarna använder begreppet *”learning by doing”*. En av deltagarna berättar:

”...de var nog mer att man fick erfarenhet av de när man skolade in sig och... och av undersköterskorna va ju duktiga också eller är ju duktiga där nere som kunde visa lite också. Så dom, de va nog förvärvade kunskap under, under... learning by doing lite, aa.” (Deltagare 12)

En deltagare upplever sig ha tillräckligt med kunskap om dysfagi men påpekar att denna kunskap härstammade varken från utbildningen eller sitt arbete som intensivvården utan via sina arbetserfarenheter som grundutbildad sjuksköterska. Ytterligare en deltagare beskriver hur man erövrar kunskap bäst inom fenomenet:

”...innan så hade vi ju mer... nä, men vad ska man säga, ja, man liksom bara testade...”. (Deltagare 2)

Risker och komplikationer med dysfagi

Kategorin *risker och komplikationer med dysfagi* handlar om alla risker och komplikationer som enligt intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter kan förorsakas av dysfagi. Kategorin kan ytterligare beskrivas med två subkategorier: *Orsaker till uppkomsten av dysfagi* – vilket behandlar intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter om vilka risk- och skyddsfaktorer som föreligger för uppkomsten av dysfagi, samt komplikationer som kan uppstå i samband med vårdandet av patienter med dysfagi. *Respekten för dysfagi* – är en subkategori som beskriver intensivvårdssjuksköterskornas oro, respekten och allvaret som medföljer att vårda patienter med dysfagi.

Orsaker till uppkomsten av dysfagi

Deltagarna ger exempel på multipla och varierande orsaker till vad de upplever kan vara riskfaktorer för att en intensivvårdspatient får dysfagi. Deltagarna är eniga om att alla patienter som varit intuberade och/eller haft track en längre period, så kallade “långliggare”, löper större risk att utveckla dysfagi jämfört med de patienter som var intuberade en kortare period, vilket anses som en skyddsfaktor. Deltagarna har olika definitioner på vad de menar med en långliggande intensivvårdspatient allt mellan 2 veckor till flera månader. En deltagare beskriver:

”...dom kunde ligga en hel sommar, de va ju alltid nån som blev liggande en hel sommar. Så va de ju varje år, de va alltid en sån sommarpatienten och man hade som, som blev liggande länge. Dom hade ju de lite bökigare, men dom blev ju muskelsvaga överallt. De va ju, de satte sig på andningen och muskelstyrka och så, dom hade ju en lång väg tillbaka och behöva träna upp och sådär.” (Deltagare 12)

Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att en hög ålder, tidigare neurologisk påverkan/sjukdomar och patienter som utvecklat delirium under sin intensivvårdstid löper en större risk för att utveckla dysfagi. Graden av dysfagi och dess komplikationer är väldigt individuell från patienten till patient. En deltagarna poängterar:

”...jag tycker kanske liksom alla kan eh, drabbas av de, aa...” (Deltagare 10)

Svår sjukdom och en dålig respiratorisk status är ytterligare faktorer som beskrivs som risker för att utveckla dysfagi. Som dysfagi-profylaktiska åtgärder nämns exempelvis att hålla koll på kufftrycket, för att inte råka åstadkomma tryckskador i svalget. En annan intensivvårdssjuksköterska nämner beredskap med bronkoskopi som en viktig medicinsk åtgärd för att undvika allvarliga komplikationer:

”...då man kan gå ner med bronkoskop, säger till narkosläkare att de händer de och de och de och kanske dom svalt fel så man kan gå in med, in ner med bronkoskop och städa lite, suga upp och så...”. (Deltagare 11)

En av de största riskerna som nämns i samband med dysfagi är komplikationer som kan uppstå vid en aspiration som kan leda till aspirationspneumoni. En deltagare menar på att det är personalen som ofrivilligt kan råka orsaka dessa komplikationer.

Respekten för dysfagi

Flera av deltagarna uttrycker en respekt för dysfagi som fenomen och inte minst för riskerna och dess effekter som kan medfölja. En deltagare beskriver:

”...man får ju själv lite panik om man inte får upp när man sväljer fel så att man ska ju ändå ha respekt för de...” (Deltagare 5)

Det uttrycks en generell oro för att patienten inte kan svälja rätt och i samband med det inte kunna skydda sin egen luftväg. En deltagare beskriver:

”En rädsla både för mig att patienten ska sätta i halsen och en rädsla för patienten att sätta i halsen.” (Deltagare 2)

Patientens egen hostförmåga samt att ha kraft till att hosta beskrivs som en förutsättning för att patienten själv ska kunna skydda luftvägen. Deltagarna beskriver att en viktig del i detta är noggranna förberedelser och övervakning av patienten vid sväljning, dels att säkerställa att sväljningen utförs med god kvalitet men även beredskapen om sväljsubstansen hamnar fel. Det beskrivs att en felsväljning kan i värsta fall orsaka en kraftig desatruering eller till och med ett luftvägshinder.

Tvärprofessionella samarbete

Kategorin *tvärprofessionella samarbete* syftar till intensivvårdssjuksköterskornas erfarenhet av det multidisciplinära arbetet kring intensivvårdspatienten som sker för att lösa dysfagi som problematik. Kategorin beskrivs ytterligare av två subkategorier: *Instrumenten kring dysfagi* – består av alla arbetsverktyg som intensivvårdssjuksköterskorna upplever sig att ha tillgång till för att underlätta arbetet kring patienter med dysfagi och *Alla levande resurser* – behandlar alla tillgängliga multidisciplinära resurser kring intensivvårdspatienten som intensivvårdssjuksköterskan kan använda sig av.

Instrumenten kring dysfagi

Intensivvårdssjuksköterskorna berättar att PM och arbetsbeskrivningar för bedömning av dysfagi finns att tillgå i deras arbete kring dysfagi. En deltagare berättar att det underlättar arbetet kring patienter med dysfagi utifrån arbetsbeskrivningar som finns i datasystemet. En intensivvårdssjuksköterska beskriver att hen använder sig av screeningmall i sitt arbete med dysfagi:

”...vi har gjort en screeningmall, eeh, för dom här patienterna, eh, och att det också är betydligt vanligare än vad man har tidigare trott med dysfagi hos extuberade IVA-patienter.” (Deltagare 3)

Samtidigt berättar en annan deltagare att även om instrumenten finns att användas så utnyttjas det ej:

"...men jag tror inte någon använder de och vi har inte gått igenom de speciellt mycket..." (Deltagare 9)

Alla patienter genomgår en form av svalgbedömning i samband med sövning. En av intensivvårdssjuksköterskorna berättar att instrumenten som har använts vid arbetet inom problematiken även erbjöd klassificering av dysfagin:

"Eh, det jag vet har funnits är ju dels att man utvärderar först då vad det är för typ av dysfagi som förekommer..." (Deltagare 2)

Alla levande resurser

Arbetet med dysfagi beskrivs av deltagarna som komplext och multidisciplinärt där det är många professioner och aktörer som behöver samarbeta kring vårdandet av intensivvårdspatienten. En deltagare beskriver att mobiliseringen av resurserna kring intensivvårdspatienten med dysfagi påverkas av platsbristen och det snabba flödet av patienter på intensivvårdsavdelningen. Intensivvårdssjuksköterskans arbete i form av svalgträning upplevs som självständig men samtidigt i nära samarbete med undersköterskorna. I omvårdnaden kring dysfagi används narkosläkarnas kompetens i form av kommunikativ rådgivning mellan intensivvårdssjuksköterskorna för senare eventuella remisser till Öron-Näsa-Hals (ÖNH) läkarna, som används till diagnostik av dysfagi:

"...det blir ju mest ett konstaterande från öron-näsa-hals att den här patienten har dysfagi." (Deltagare 9)

Deltagarna nämner även dietisterna och sjukgymnasterna som viktiga omvårdnadsresurser kring intensivvårdspatienten med dysfagi. Delvis används logopederna som en avlastande resurs för intensivvårdssjuksköterskan när det kommer till svalgträning och beskrivs av en deltagare:

"det är ingen som gör de utan nu ringer vi bara logopeden, så jag vet inte om de va att de blev fel eller att man känner att man inte orkar ta den biten asså att inte vårdpersonalen känner att man hinner med de och att de är enklare och ringa på logopeden." (Deltagare 6)

Det ges även uttryck för att logopederna har mer kunskap inom ämnet och är den lämpligaste profession med rätt ämnesspecifik kompetens att handskas med dysfagi. Även kollegor med mer erfarenhet inom problematiken kan användas som resurs, exempelvis de sjuksköterskor och undersköterskor som har nutrition och dysfagi som sitt specialområde. En deltagare på att det tvärprofessionella samarbetet är nödvändigt och borde utnyttjas mer:

”de är ju det där med de tvärprofessionella vi skulle kunna ta hjälp av andra professioner med sånt som eh, som är deras specialitet och de tycker jag att vi kan göra mer...” (Deltagare 8)

Arbetsättet kring dysfagi

Kategorin *arbetsättet kring dysfagi* beskriver arbetssätten som intensivvårdssjuksköterskorna upplevs påverka omvårdnaden kring intensivvårdspatienter med dysfagi. Kategorin beskrivs av ytterligare tre subkategorier: *Post-intensivvård och återkoppling till intensivvården* – handlar om intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av att dysfagi är ett post-intensivvårdsproblem samt om hur återkoppling och utvärdering sker tillbaka till intensivvården, *Utforskat område* – beskriver intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att dysfagi fortfarande är ett ämne som kräver mer forskning och förbättring för att kunna driva en evidensbaserad och säkervård och *Skifte i arbetsätt* – som beskriver intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av ett skifte i arbetsätt kring omvårdnaden av patienter med dysfagi.

Post-intensivvård och återkoppling till intensivvården

Flera av deltagarna beskriver att flödet av patienter inom intensivvården är högt och därför ger förklaringen att patienter med dysfagi-problematik inte alltid är en intensivvårdsangelägenhet, vilket påverkar omvårdnadens kvalitén och inställning av att vårda intensivvårdspatienter med dysfagi på intensivvårdsavdelningen. En deltagare menar att dysfagi som problematik inte är en patient i en akutfas och därför fortsätter patientens resa vidare till en annan vårdnivå vilket bidrar till att problematiken inte alltid faller på intensivvården. En annan intensivvårdssjuksköterska berättar:

”...alltså upplösningen av problemet eller hur det slutar de får vi ju aldrig veta för de är ju oftast i slutskedet på intensivvårdsperioden som man börjar liksom och brottas med problemet...” (Deltagare 10)

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte en önskan om att få återkoppling/utvärdering av avdelningarna om omvårdnadsarbetet som initierats på intensivvårdsavdelningen senare har påverkat patientens tillfrisknande ifrån dysfagi. Deltagarna ansåg detta som en möjlighet för att kunna utvecklas inom arbetet med patienter med dysfagi. En deltagare berättar att det finns en post-intensivvårdsmottagning till före detta intensivvårdspatienter, men är osäker kring omfattningen av återkopplingen relaterat till dysfagi:

”...viss återkoppling får man ju där men. Jag vet inte om de tas upp senare som en spec... alltså de kanske de gör i de samtalet men de är ingenting som jag har tänkt på att de, att de pratar mycket om i efterförloppet hur mycket dom har de med den. Men de är ju intressant, de skulle man ju vilja veta mer om egentligen.” (Deltagare 10)

Utforskat område

Dysfagi upplevs av intensivvårdssjuksköterskorna som ett allvarligt problem för patienten och i intervjuerna betonas vikten av att driva detta omvårdnadsområde framåt. Flera av deltagarna upplever att dysfagi som omvårdnadsområde är ett relativt nytt begrepp och ännu väldigt utforskat. En deltagare beskriver:

”Nämen, jag tror inte vi har använt begreppet...” (Deltagare 3)

Ytterligare en deltagare förklarar att problematiken har varit en dold omvårdnadsproblematik och inte tidigare uppmärksammats i samma utsträckning som det börjats göra på senare tid:

”Jag tror det har varit ett dolt problem. För jag har ju jobbat som undersköterska i jättemånga år innan jag läste och det, jag kan inte liksom dra mig till minnes att vi pratade så mycket om det.” (Deltagare 7)

Då dysfagi upplevs som ett utforskat område uttrycker flera av intensivvårdssjuksköterskorna positivitet och fördelarna med att utforska dysfagi som omvårdnadsämne, vilket är gynnsamt för patientens vård och omhändertagande på intensivvården. En deltagare berättar:

”De tycker jag är bra att man eh lägger ner mer jobb med att ej försöka och gå till botten med de och vad som är problemet och hur man kan hjälpa de bättre...” (Deltagare 1)

Skifte i arbetssätt

Utifrån intervjuerna framkommer det att intensivvårdssjuksköterskorna i studien upplever ett skifte i arbetssätt kring vårdandet av intensivvårdspatienter med dysfagi. Skiftet syftar till att problemet uppmärksammas mer och att intensivvårdssjuksköterskorna använder sig av en mer strukturerad vårdprocess som innefattar en koordinering av resurserna kring intensivvårdspatienten med dysfagi. En av intensivvårdssjuksköterskorna förklarar:

”Nu för tiden görs de ju ganska mycket såna här undersökningar eh, de är ju nytillkommet tycker jag, men de är väl på grund utav forskning och nya upptäckter att man kan göra såna här svalgundersökningar och sånt. När jag började i intensivvården så gjordes de ju inget sånt... eller de va liksom inte aktuellt eller jag vet inte varför riktigt. Nu försöker man ju mer och utreda lite så tycker jag...” (Deltagare 10)

Ytterligare en erfarenhet bland intensivvårdssjuksköterskor är att patienter med dysfagi får idag snabbare bedömningar och diagnoser, vilket bidrar till att rätt vård ges tidigare till patienten. Skiftet i arbetssättet kring dysfagi upplevs ha skett de senaste åren men att skiftet har avtagit och nedprioriterats relaterat till tidsbrist som ett resultat av Covid-19 pandemin.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarnas vetenskapliga grund stödjer sig inom vårdvetenskapens paradigm med understödjande klinisk erfarenhet inom diverse vårdande verksamheter, dock med en begränsad erfarenhet inom intensivvård. Förförståelse för det ämne som ska undersökas kan vara både till hinder och möjligheter för forskarna (Friberg & Öhlén, 2014, s.353). Författarna anser att den begränsade förförståelsen kring patienter med dysfagi har varit positivt för resultatet, då författarna därmed har kunnat skapa sig en ny förståelse kring det ämne som undersökts utan att ha blivit begränsade av sina egna tidigare erfarenheter.

Den initiala avsikten var att undersöka dysfagi genom sammanställning av befintlig litteratur, men i avsaknad av litteratur kring fenomenet utifrån intensivvårdssjuksköterskans perspektiv resulterade arbetet i en empirisk intervjustudie. Detta understryker tidigare slutsatser att ytterligare forskning krävs inom området med kvalitativ ansats där både intensivvårdspatientens och intensivvårdssjuksköterskans perspektiv undersöks ytterligare. Malhi (2018) belyser det faktum att eftersom sjuksköterskan är den som spenderar mest tid med patienten spelar hen en viktig roll i att identifiera patienter som har problem med att svälja.

Danielsson (2014a, s.165) understryker att urvalet av deltagare inom en kvalitativ ansats har i avsikt att styrka studiens syfte, därför bedömdes kön och ålder som irrelevanta kriterier för exkludering/inkludering. Då syftet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av dysfagi ansågs erfarenheten av fenomenet som det viktigaste inkluderingskriteriet. Intervjuerna anses av författarna ha svarat på arbetets syfte, vilket stärker arbetets trovärdighet (Henricson, 2014, s.473). Författarna hade både i pilotstudien och detta arbete svårigheter att till en början rekrytera deltagare på grund av tidsbrist för deltagare att medverka, då det råder en ansträngd situation i den kliniska intensivvårdsverksamheten relaterat till den pågående Covid-19 pandemin. Majoriteten av deltagarna som intervjuades arbetar på samma intensivvårdsavdelning. Detta skulle kunna medföra att de erfarenheter som återges i intervjuerna härrör till samma patient. Samtidigt är alla deltagares erfarenhet unik och det ger en individuell erfarenhetsbeskrivning. För att fånga en bredd i erfarenheter av fenomenet hade det styrkt resultatet om urvalet av deltagare varit ifrån olika intensivvårdsavdelningar/intensivvårdskliniker.

Intervjuerna genomfördes av två olika intervjuare (arbetets författare), och intervjuerna genomfördes på olika fysiska platser vilket inte bidrar till en standardisering av datainsamlingen (Danielsson, 2014a, s. 167). Verksamheten avsatte tid för deltagarna att medverka på intervjuerna, och för att intervjuerna skulle kunna utföras ostört. Intervjuerna var noggranna med att visa flexibilitet för deltagarna både i tidpunkt och plats (Henricsson & Billhult, 2014, s.132). Även Trost (2010, s.65) understryker vikten av en trygg och ostörd miljö i forskningsintervjuens genomförande. Intentionen av intervjuerna var följsamhet till vad deltagarna valde att berätta, därför blev samtliga fem grundfrågor (se bilaga 1: frågor) inte ställda i exakt samma ordning i varje intervju.

Även variationen av följdfrågor och tystnader var olika mellan intervjuerna beroende på hur utvecklande informanterna var i sina svar för att få ett mer naturligt samtal. En av intervjuerna blev dock avbruten en kort stund relaterat till en kommunikationsmiss i verksamheten.

Analysen följde Elo och Kyngäs (2008) kvalitativa process för innehållsanalys. Det är dock viktigt att påpeka att detta är författarnas första arbete med vald analysmetod, vilket kan påverka resultatet. I syfte att kvalitetssäkra arbetsprocessen och resultatet har kontinuerliga diskussioner mellan författarna och arbetets handledare förts. Därigenom stärks även arbetets pålitlighet (Henricson, 2014, s.473).

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande intervjustudie visar att intensivvårdssjuksköterskorna upplever att dysfagi är något som är väldigt jobbigt för patienterna. Patienterna upplevs få en minskad livskvalitet då de inte klarar av att äta eller dricka. En patient med dysfagi kräver mycket tid för att omvårdnaden ska fungera. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att de saknar rätt kunskaper för att på bästa sätt vårda patienter med dysfagi, och de önskar mer utbildning kring ämnet. Känslan av kunskapsbrist leder till en osäkerhet hos intensivvårdssjuksköterskan att vårda patienter med dysfagi, och osäkerheten gör att de inte vågar vidta specifika omvårdnadsåtgärder. Intensivvårdssjuksköterskorna har stor respekt för dysfagi som fenomen.

Att vara intuberad under en längre tid ger en ökad risk för att utveckla dysfagi. Dysfagi innebär en hel del risker för patienten, bland annat aspirationspneumoni och ofri luftväg. Ett samarbete mellan olika professioner är viktigt för att ge patienter med dysfagi en så god vård som möjligt. De olika professionerna har god hjälp av olika sätt att undersöka graden av dysfagi, PM och screeningmallar. Dysfagi som omvårdnadsområde uppfattas som relativt outforskat. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att dysfagi har fått mer uppmärksamhet de senaste åren och det arbetas mer aktivt för att minska de komplikationer som dysfagi kan ge. De fem huvudkategorierna som framkommit i resultatet kommer att diskuteras; Omvårdnaden kring dysfagi, Erfarenheter och kunskap kring dysfagi, Risker och komplikationer med dysfagi, Tvärprofessionellt samarbete, samt Erfarenheten kring arbetssätt med dysfagi.

Omvårdnaden kring dysfagi

Att dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen påverkar patienten i många avseenden är något som samtliga deltagare var överens om. För att kunna individanpassa vården på ett bra sätt är det viktigt att patienten och sjuksköterskan har en väl fungerande relation och ett bra samarbete. (Hedman, 2020, s.17). Under intervjuerna framkom upplevelser av mycket lidande för patienten, både vad gäller problem med hosta och slem, samt sorgen över att inte få känna smaker. Quirós, Serrano och Mata (2018) beskriver att dysfagi och problem relaterat till matsituationer lätt orsakar depression och ångest hos de drabbade patienterna. Det är därför viktigt att intensivvårdssjuksköterskan stärker patientens välbefinnande och får möjlighet att ge patienten det som skänker och tillfredsställelse (Ericsson, 2020, s.187).

Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att dysfagi är särskilt jobbigt för de patienter som inte haft dessa problem tidigare. Upplevelser kring dysfagi är ett outforskat område, och författarna till denna uppsats kunde inte finna någon forskning som visar vare sig på intensivvårdssjuksköterskornas eller patienternas upplevelser av dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen. Författarna finner det intressant att utforska dessa upplevelser med förhoppning om att bättre kunna hjälpa patienter med dysfagi-problematik. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever patienter med dysfagi efter extubation som omvårdnadskrävande och tidskrävande. Holdoway och Smith (2020) menar att det är viktigt att ge intensivvårdspatienten den tid som hen behöver, och inte stressa patienten.

Något som upplevs viktigt av deltagarna är patientens position, vilket bekräftas av Holdoway och Smith (2020). Både Holdoway och Smith (2020) och Malhi (2018) betonar vikten av att anpassa dryck och föda till en konsistens som är lättare att svälja, något som intensivvårdssjuksköterskorna i denna uppsats håller med om. Ytterligare saker som intensivvårdssjuksköterskorna nämnde var vikten av att använda rätt hjälpmedel vid intag av föda och dryck, som speciella muggar, tallrikar med hög kant och så vidare.

Erfarenheter och kunskap kring dysfagi

De flesta deltagarna i denna uppsats anser sig inte ha tillräckligt med kunskaper för att hjälpa patienter med dysfagi på ett optimalt sätt. Samtidigt framkommer en önskan att få lära sig mer om fenomenet dysfagi och vad de kan göra för att hjälpa patienterna. Willman (2012, s.101) beskriver vikten av att patienten själv får vara delaktig i sin vård och att göra vården mer personcentrerad. Enligt Patientlagen (2014:821, kapitel 3-5) ska sjukvården så långt det är möjligt utformas i samråd med patienten och dennes önskemål. Enligt Patientlagen (2014:821) har även närstående rätt att vara delaktiga i vården om det anses lämpligt och om det inte finns några bestämmelser kring sekretess som hindrar detta. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever att det är en god idé att ta hjälp av patientens närstående för att få en bra bild av patientens önsknings, framför allt om patienten inte själv kan förmedla sig. Författarna till uppsatsen önskar att patienten själv ska få välja vilka smaker hen är sugen på, för att göra smakupplevelsen till något positivt. Dysfagi efter extubation upplevs av intensivvårdssjuksköterskorna som ett outforskat område som det inte pratats särskilt mycket om tidigare. Enligt Brodsky, Pandian och Needham (2019) är det först på senare tid som sväljproblem efter extubation har fått uppmärksamhet. Detta bekräftas av deltagarna med lång yrkesverksamhet. Författarna till denna uppsats tolkar deltagarnas berättelser som att de är positiva till att få ny kunskap och att driva detta omvårdnadsproblem framåt. Vidare anser författarna att utbildning och utökad kunskap bland sjuksköterskor och vårdpersonal är en viktig del i att komma framåt med vården och omvårdnaden kring dysfagi efter extubation.

Risker och komplikationer med dysfagi

En betydande komplikation till dysfagi som ofta nämns under intervjuerna är risken för aspiration och aspirationspneumoni. Intensivvårdssjuksköterskorna uttrycker en stor

respekt för dysfagi som fenomen. Deltagarna är samstämmiga om att de oroar sig för om patienten kommer klara av att hosta om de sväljer fel, samt att risken för en ofri luftväg alltid finns som ett hot. På grund av detta, och den brist på kunskap som tidigare nämnts kring fenomenet, beskriver några deltagare i studien att de helt enkelt låter bli att ge patienten något per os. Eftersom både kunskap och tid saknas, blir detta en "lätt" utväg att ta. Patienten har så många andra problem som anses viktigare i sammanhanget, och något som intensivvårdssjuksköterskan måste prioritera. Författarna anser att omvårdnaden kring patienten inte är helt personcentrerad när grundläggande behov så som mat och dryck är något som måste bortprioriteras. Omura, Komine, Yanagigawa, Chiba och Osada (2018) skriver i sin studie att dysfagi som fenomen är enskilt associerat med en sämre prognos för patienten, genom till exempel aspirationspneumoni, risk för behov att åter intuberas, längre vistelse på sjukhus och ökad dödlighet. Willman (2012, s.103) beskriver att goda rutiner och ett patientfokuserat arbete med god kunskap hos de som utför arbetet krävs för att undvika detta.

Tvärprofessionella samarbete

Det finns både arbetsbeskrivning och screeningmall för omhändertagande av patienter med misstänkt dysfagi efter extubation, men enligt intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie används inte dessa i någon större utsträckning. Screeningmallen upplevs som väldigt bra när den väl används, och ger intensivvårdssjuksköterskan en bra första bild kring patientens sväljförmåga. Utefter denna screening kan de sedan koppla vidare till ansvarig läkare, som i sin tur vid behov skriver en remiss till öron-näsa-hals-läkare för vidare undersökning. Brodsky, Pandian och Needham (2019) beskriver i sin studie att den screening av patienterna som utförts av intensivvårdssjuksköterskorna på intensivvårdsavdelningen är en oerhört viktig del i att upptäcka symtom på dysfagi. Deltagarna i uppsatsen nämner även att dietisten har en viktig roll kring vården av dessa patienter för att anpassa kosten, och sjukgymnasten nämns som viktig vad gäller träning. Sjukgymnasten kan hjälpa patienten med träning för att stärka upp halsmuskulaturen, lära dem att svälja på ett säkert sätt och träna upp hostförmågan. Cork, Camporota, Osman och Shannon (2019) belyser sjukgymnastens roll i omhändertagandet av patienterna då sjukgymnasterna är duktiga på att hjälpa patienterna med andningsgymnastik, att stärka andningsmuskulaturen och att öka patienternas hostkraft. Deltagarnas gemensamma uppfattning är dock att den profession som anses ha den bäst ämnesspecifik kunskap kring dysfagi är logopederna, och de finns ofta till hands för att hjälpa patienterna och stödja intensivvårdssjuksköterskorna i arbetet kring patienter med dysfagi.

Brodsky, Pandian och Needham (2019) berättar i sin studie om vikten av utbildad personal och tvärprofessionellt arbete kring dessa patienter. Deltagarna i denna uppsats upplever att logopederna numer används betydligt mer än tidigare, men att de skulle kunna utnyttjas ännu mer kring problematiken. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever logopeden som ett mycket bra stöd i arbetet kring patienter med dysfagi. Logopeden har mer tid för just denna problematik än vad intensivvårdssjuksköterskan har. Flera deltagare menar att det tvärprofessionella samarbetet kring denna grupp av patienter är viktigt och borde användas betydligt mer än det gör. Omura et al. (2018) beskriver i sin studie att det är viktigt med utredning kring dysfagi, men att detta kliniskt ännu inte

blivit erkänt. De beskriver också att dysfagi i många fall inte uppkommer förrän patienten redan är utskriven från sjukhuset, och att det är viktigt med uppföljning för patienterna avseende nutrition och sväljförmåga.

Arbets sättet med dysfagi

Omura et al. (2018) beskriver i sin studie att dysfagi efter extubation är ett ämne som fått mer och mer uppmärksamhet på senare tid. Detta är något som intensivvårdssjuksköterskorna i denna uppsats också instämmer i. Intensivvårdssjuksköterskorna berättar om ett skifte i arbets sättet kring dessa patienter. Det är numer en mer strukturerad vårdprocess kring patienterna och bedömningarna av dysfagi efter extubation sker betydligt snabbare än tidigare. Dock upplever intensivvårdssjuksköterskorna att arbetet kring dysfagi är något som lätt nedprioriteras relaterat till brist på resurser och tid. Intensivvårdssjuksköterskorna berättar också att det snabba flödet av patienter på intensivvårdsavdelningen gör att problematiken kring dysfagi ofta blir ”någon annans problem”. Många patienter lämnar intensivvårdsavdelningen bara några timmar efter extubation. Några av uppsatsens intensivvårdssjuksköterskor, som tidigare arbetat på andra vårdavdelningar, understryker att dysfagi inte är något specifikt för just intensivvården. Dysfagi är ett problem som finns generellt på alla vårdinstanser.

Etikdiskussion

Utifrån ett etiskt perspektiv är det nämnvärt att kliniken där intervjuerna till majoritet utfördes är författarnas nuvarande arbetsplats och före detta verksamhetsförlagda utbildningsplats. Detta medför att relationen mellan deltagaren och intervjuaren blir multidimensionell och överskrider den traditionsenliga rollen mellan forskare och objekt (Sandman & Kjellström, 2013, s.313). Alla deltagare fick ta del av ett informerat samtycke både muntligt och skriftligt. Tillsammans med information om frivillighetsprincipen ville författarna stärka den etiska kvalitén i genomförandet och därigenom också resultatet. Allt material har behandlats med yttersta försiktighet kring konfidentialitet och hänsyn till att deltagarnas anonymitet bevaras (SFS 2003:460). Allt material relaterat till detta arbete har konsekvent behandlats med varsamhet och omsorg.

SLUTSATSER

Dysfagi efter extubation är något som intensivvårdssjuksköterskorna upplever som jobbigt för patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna känner sig osäkra på hur de kan hjälpa dessa patienter och ge dem omvårdnad med god kvalitet på ett patientsäkert sätt. Arbetet kring patienter med dysfagi på intensivvårdsavdelningen behöver vara mer strukturerat utifrån ett individanpassat och evidensbaserat omhändertagande. Arbetet kring fenomenet behöver tydliggöras med klara ansvarsområden för att patienterna ska få det stöd och den hjälp som de behöver. För att detta ska kunna uppnås på ett tillfredsställande sätt behövs ett kunskapslyft bland de intensivvårdssjuksköterskor som arbetar nära patienter med dysfagi. Mer forskning behövs inom området för att kunna förbättra vården kring dysfagi hos patienter på intensivvårdsavdelningen. I slutänden är det patienten som blir lidande då hen inte får äta eller dricka, trots en längtan efter att få känna smaker.

REFERENSER

- Backman, A. & Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad som sjuksköterskans kärnkompetens. I Edvardsson, D. & Backman, A. (red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, s.97
- Backman, Y., Gardelli, T., Gardelli, V. & Persson, A. (2012). *Vetenskapliga tankeverktyg – till grund för akademiska studier*. Lund: Studentlitteratur.
- Benjamin, B. & Holinger, L. D. (2008). Laryngeal complications of Endotracheal Intubation. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117(9), 2-20.
- Brodsky, M.B., Nollet, J.L., Spronk, P.E. & González-Fernández, M. (2020). Prevalence, Pathophysiology, Diagnostic Modalities, and Treatment Options for Dysphagia in Critically Ill Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 99(12). 1164-1170. DOI:10.1097/PHM.0000000000001440.
- Brodsky, M.B., Pandian, V. & Needham, D.M. (2019). Post-extubation dysphagia: a problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Medicine*. (2020). 46:93-96. <http://doi.org/10.1007/s00134-019-05865-x>.
- Chilukuri, P., Odufalu, F. & Hachem, C. (2018). Dysphagia. *Science of Medicine*. 115:3, 206-210.
- Cork, G., Camporota, L., Osman, L. & Shannon, H. (2019). Physiotherapist prediction of extubation outcome in the adult intensive care unit. *Physiotherapy Research International*. 24. doi.org/10.1002/pri.1793.
- Danielsson, E. (2014a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.163-174.
- Danielsson, E. (2014b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.329-343.
- Dobak, S. & Kelly, D. (2020). Tough Pill to Swallow: Postextubation Dysphagia and Nutrition Impact in the Intensive Care Unit. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 0(0). Doi:10.1002/ncp.10602
- Duncan, S., Mc Gaughey, J., Fallis, R., McAuley, D.F., Walshe, M. & Blackwood, B. (2019). Interventions for oropharyngeal dysphagia in acute and critical care: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Review*. doi.org/10.1186/s13643-019-1196-0
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och

hälsoeffekter. I Edvardsson, D. (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, s.29-37.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), ss. 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569

Ericsson, I. (2020). Internationella riktlinjer för personcentrerad vård. I D. Edvardsson & A. Backman (red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, s.181-198

Ertekin, C. & Aydogdu, I. (2003). Neurophysiology of swallowing. *Clinical Neurophysiology*, 114(1), 2226-2244. doi:10.1016/S1388-2457(03)00237-2

Forsberg, A. (2020). Personcentrerad intensivvård - att se personen bakom tekniken. I Ekman, I. (red) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber, s.288-294

Freeman, B.D. (2017). Tracheostomy Update, When and How. *Critical Care Clinics*. 33, 311-322. doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.007.

Friberg, F. & Öhlén, J. (2014). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricsom (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.345-370.

Förenta Nationerna (2021). <http://fn.se/wp-content/uploads/2018/03/Mål-3.pdf>. Hämtad 20210616

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Teknik och genomförande*. Studentlitteratur

Hansson Scherman, M. (2018). Samma sjukdom - olika betydelser. I Klang Söderkvist, B. & Kneck, Å. (red.). *Patientundervisning. Ett samspel för lärande*. Lund: Studentlitteratur, s.47-80.

Hedman, H. (2020). Patientens/personens röst. I I. Ekman (red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård, från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB, s.11-26

Henricson, M. (2014). Diskussion. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.471-479.

Henricson, M. & Billhult, A. (2014). Kvalitativ design. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.129-137.

Holdoway, A. & Smith, A. (2020). Meeting nutritional need and managing patients with dysphagia. *JCN*. 34(2), ss. 52-59.

Kim, M. J., Park, Y. H., Park, Y. S. & Song, Y.H. (2015). Associations Between Prolonged Intubation and Developing Post-Extubation Dysphagia and Aspiration

Pneumonia in Non-Neurologic Critically Ill Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(5), 763-771.

Kjellström, S. (2014). *Forskningsetik*. I M. Henricsson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s.69-92.

Kvale, S. & Brinnmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Macht, M., King, C.J., Clark, B.J., Benson, A. B., Burnham, E. L., Williams, A. & Moss, M. (2013). Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Critical Care*, 17(1). Doi:10.1186/cc12791

Macht, M., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., Williams, A. & Moss, M. (2011). Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Critical Care*, 15(5). doi: 10.1186/cc10472

Macht, M., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., Williams, A. & Moss, M. (2012). Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. *Journal of Critical Care*, 27(1), 578-586

Matsuo, K. & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation clinics of North America*, 19(1), 691-707. doi:10.1016/j.pmr.2008.06.001

Malhi, H. (2018). Diagnosing and managing dysphagia in the acute setting. *British Journal of Nursing*. 27(22), ss. 1294-1297

Oliviera, A. C. M., Friche, A. A. L., Salomao, M. S., Bougo, G. C. & Vicente, L. C. C. (2018). Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 84(6), 722-728.

Omura, K., Komine, A., Yanagigawa, M., Chiba, N. & Osada, M. (2018). Frequency and outcome of post-extubation dysphagia using nurse-performed swallowing screening protocol. *British Association of Critical Care Nurses*. 24(2), ss. 70-75. doi:10.1111/nicc.12359.

Pachero-Lopez, P.C., Berkow, L.C., Hillel, A.T. & Akst, L.M. (2014). Complications of Airway Management. *Respiratory Care*, 59(6), 1006-1021. doi: 10.4187/respcare.02884

Patientlag (2014:821). Kapitel 3-5. Hämtad 2021-05-05 från [Patientlag \(2014:821\) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2019:964 - Riksdagen](#)

Quirós, S., Serrano, F. & Mata, S. (2018). Design and Validation of the Oropharyngeal Dysphagia Screening Test for Patients and Professionals: A Preliminary Study. *Dysphagia* (2020). 35, ss.52-65. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09999-4>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

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

Shaw, S. & Martino, R. (2013). The normal swallow - Muscular and Neurophysiological Control. *Otolaryngol Clinics of North America*, 46(1), 937-956. doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.006

Swenurse, (2020). Kompetensbeskrivning avancerad nivå - Specialistsjuksköterska med inriktning intensivvård. (2020). <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjokskoterskor-inom-intensivvard> Hämtad 2021-04-20

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4 Uppl. Lund: Studentlitteratur.

Vårdförbundet, (2015). Vad alla behöver veta om personcentrerad vård. <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/vad-alla-behoover-veta-om-personcentrerad-var-d-pdf>

Willman, A. (2012). Evidens och personcentrerad omvårdnad. I Edvardsson, D. (red). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, s.101-103.

Zuercher, P., Moret, C.S., Dziewas, R. & Schefold, J.C. (2019) Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical Care*. (2019)23:103. <http://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>.

Bilaga 1

Förfrågan om att delta i en studie om Dysfagi?

Vi vill fråga Er om vi får lov att genomföra en intervjustudie i er verksamhet till vårt examensarbete (*intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med nytillkommen dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen*). Vi är två sjuksköterskor som studerar på Intensivvårdsprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen genomför vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi är även utbildningsanställda på eran klinik och vi tar examen i Juni -21.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Dysfagi som fenomen är relativt väldokumenterat som fenomen men då oftast beskrivet från läkarens perspektiv. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv är detta således relativt utforskat, därför skulle det vara mycket intressant att få göra denna studie. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

I höstas genomfördes en pilotstudie och i samband med detta två intervjuer. Nu behövs ytterligare 6-8 intervjuer genomföras med frivilliga Intensivvårdssjuksköterskor som har erfarenhet av detta tillstånd. Vi räknar med att intervjun kan genomföras på ca 20-30.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras oidentifierat enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Ansvariga för examensarbetet

Författare:
Liselott Dalengren
e-post: xxx
telefon: xxx

Tekla Dioszegi
e-post: xxx
telefon: xxx

Handledare:
Anders Sterner
e-post: xxx
telefon: xxx

Bilaga 2

Information angående ett examensarbete om dysfagi

Vi vill fråga Dig om Du vill delta i vårt examensarbete (Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med nytillkommen dysfagi efter extubation på intensivvårdsavdelningen. M2021:32). Vi är 2 sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning Intensivvård vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Under höstterminen -20 gjorde vi vår VFU hos Er fick information om att dysfagi efter extubation upplevs vara ett relativt vanligt problem. Vår förförståelse var att fenomenet förekommer, men vi visste inte i vilken utsträckning. Vi blev då intresserade av att undersöka detta ur intensivvårdssjuksköterskans perspektiv, och började då att fundera på sjuksköterskans erfarenheter av att vårda dessa patienter. Ursprungliga tanken var att göra en litteraturstudie kring detta, men då materialinsamlingen påbörjades insåg vi att det inte finns något skrivet om det som är vårt syfte med studien. Därför har vi nu valt att istället göra en intervjustudie för att kartlägga erfarenheterna kring fenomenet på just Er klinik. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Datainsamlingen kommer att ske genom semistrukturerade intervjuer, där varje författare träffar en sjuksköterska i taget för intervju. Intervjuerna förväntas pågå ca 20-30 minuter, och kommer att spelas in med hjälp av mobiltelefon. Författarna kommer att anpassa sig till den tid och plats som passar bäst för Dig som blir intervjuad.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig. Deltagandet är frivilligt Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. För att delta behöver du lämna ditt samtycke. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning. Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation, intervjuer och eventuella anteckningar), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Författare:

Liselott Dalengren

e-post: xxx

telefon: xxx

Tekla Dioszegi

e-post: xxx

telefon: xxx

Handledare:

Anders Sterner

e-post: xxx

telefon: xxx

Högskolan i Borås, 501 90 BORÅS

Samtycke om deltagande

Fylls i av handledaren. Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

Fylls i av deltagaren. Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet (M2021:32) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Bilaga 3

FRÅGOR TILL DYSFAGI INTERVJUER

Berätta om dina erfarenheter av patienter med nytillkommen dysfagi efter extubation på IVA?

Hur påverkar det ditt arbete?

Upplever du att du har tillräckligt med kunskap om detta?

Vet du hur du förebygger detta?

Vet du vilka resurser du har att tillgå kring dysfagi och använder du dessa?