

## FORDYPNINGSOPPGAVE I PALLIATIV OMSORG, TRINN 2

MUNNSTELL – ET FORSØMT OMRÅDE?

HVILKEN BETYDNING HAR MUNNSTELL FOR  
KREFTPASIENTENS OPPLEVELSE AV VELVÆRE  
I DEN PALLIATIVE FASEN?

KANDIDATNUMMER:

950052 – 010241 - 010259



Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon helse, teknologi og samfunn  
Mai 2011

## INNHold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 INNLEDNING</b> .....  | <b>3</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....  | 3         |
| 1.2 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....  | 3         |
| 1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN .....   | 4         |
| 1.4 BEGREPSAVKLARING OG DEFINISJONER .....   | 4         |
| 1.4.1 <i>Definisjon av velvære</i> .....   | 4         |
| 1.4.2 <i>Definisjon av palliasjon</i> .....  | 4         |
| <b>2.0 METODE</b> .....  | <b>5</b>  |
| 2.1 SØKESTRATEGI.....  | 5         |
| 2.2 KILDEKRITIKK.....  | 6         |
| <b>3.0 TEORI</b> .....   | <b>7</b>  |
| 3.1 FAKTORER BAK EN FRISK MUNNHULE .....   | 7         |
| 3.2 KATIE ERIKSSONS TANKER OM LIDELSE.....   | 7         |
| 3.3 HOSPICEFILOSOFIENS BETYDNING FOR VELVÆRE.....  | 8         |
| 3.4 LOVVERK OG ETIKK .....   | 8         |
| 3.4 BRUK AV ESAS SOM KARTLEGGINGSVERKTØY VED MUNNPROBLEMER .....   | 9         |
| <b>4.0 FORSKNINGSARTIKLER</b> .....  | <b>10</b> |
| 4.1 BRISTANDE MUNVÅRD INNOM ÄLDREOMSORGEN – EN MENNESKELIG TRAGEDI? .....  | 10        |
| 4.2 ORAL DISCOMFORT IN PALLIATIVE CARE; RESULTS OF AN EXPLORATORY STUDY OF THE EXPERIENCES OF TERMINALLY ILL PATIENTS .....                            | 10        |
| 4.3 MOUTH CARE, HOW IMPORTANT IS IT ? .....  | 11        |
| 4.4 SYMPTOMS OF THE ORAL CAVITY AND THEIR ASSOCIATION WITH LOCAL MICROBIOLOGICAL AND CLINICAL FINDINGS – A PROSPECTIVE SURVEY IN PALLIATIVE CARE ..... | 11        |
| 4.5 THE TREATMENT OF ORAL PROBLEMS IN THE PALLIATIVE PATIENT .....   | 12        |
| <b>5.0 DRØFTING</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>6.0 KONKLUSJON</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>7.0 PRODUKT OG PROSESSEVALUERING</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>8.0 LITTERATURLISTE</b> .....   | <b>24</b> |

Antall ord: 7541

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi er tre sykepleiere som tar videreutdanning i palliasjon trinn 2. Vi er alle tre interessert i forebygging av lidelse og lindrende tiltak for å gi opplevelse av velvære til den kreftsyke pasienten. Gjennom utdanningen har vi lært mye om Hospicefilosofien hvor hele mennesket står i fokus. Vi mener at munnstell til den kreftsyke pasienten er et tema det er behov for å få økt kunnskap om, og som i mange tilfeller blir utelatt i den helhetlige omsorgen. Det er rundt om på sykehjemmene mangel på prosedyrer om munnstell. Sykehjemmene får stadig dårligere pasientgrupper fra sykehusene, for pleie og omsorg i den palliative fasen. På bakgrunn av dette har vi gått inn i litteraturen for å finne svar på denne utfordringen. Vi har funnet belegg for at det har vært for lite forskning på munnhygiene til kreftpasienter.

### **1.2 Presentasjon av tema og problemstilling**

Vår erfaring er at mange kreftpasienter plages med munntørrehet, svelgeproblemer, sårhet i munnen, vond lukt og endret smakssans. Vi ønsker å finne ut hva vi som sykepleiere må kunne om munnstell til kreftpasienter for å kunne bidra til den sykes opplevelse av velvære i den palliative fasen.

Vi har tro på at ved en liten innsats, som å sette ut enkle pleietiltak i system, kan man unngå at munnen blir et tilleggsproblem i en ellers vanskelig situasjon. Vi mener at ved å bedre omsorgen på dette området, vil livet kunne avsluttes med større verdighet og med mindre lidelse. Vi har en hypotese om at det er en sammenheng mellom godt munnstell og pasientens opplevelse av velvære i den palliative fasen. For å få svar på denne hypotesen benytter vi litteraturstudie som metode for å finne ut om det finnes teori og resultater fra feltforskning som bekrefter vår antakelse.

Vi har ut fra dette kommet fram til følgende problemstilling:

***Munnstell – et forsømt område?***

***Hvilken betydning har munnstell for kreftpasientens opplevelse av velvære i den palliative fasen?***

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Oppgaven har en ordbegrensning på 7000-9000 ord. Derfor må vi avgrense oppgaven med tanke på innhold. I vår oppgave fokuserer vi derfor på munnstell og betydningen av velvære for kreftpasienter i den palliative fasen.

Vi vil kun kort beskrive de patogene sykdommene som oppstår i munnhulen som konsekvens av dårlig munnstell. Vi ønsker ikke å gå inn på at dårlig munnstell kan føre til infeksjoner i mage-tarmkanalen, pneumoni eller fare for sepsis hos den immunsvake pasienten.

Videre vil vi ikke gå i dybden på egenskapene til de patogene bakteriene i munnen, men velger å omtale de generelt som munnfloraens miljø. Vi vil kun ta opp medikamentell behandling generelt og kun hvis den vil ha relevans for munnstell og velvære. Pårørendes rolle i den palliative fasen blir kun nevnt generelt. Oppgaven fokuserer på fellesskapet mellom helsepersonell og pasient.

### **1.4 Begrepsavklaring og definisjoner**

#### **1.4.1 Definisjon av velvære**

”Den enkeltes opplevelse af at befinde sig godt – være veltilpas fysisk, psykisk, socialt og åndelig.” (Halskov Madsen og Due Madsen 2001, s.154).

#### **1.4.2 Definisjon av palliasjon**

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2010, s.16).

## 2.0 METODE

Dalland definerer metode slik:

*”Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår.”* (Dalland 2000, s.71)

Ut fra gitte rammer i oppgavebeskrivelsen benytter vi litteraturstudie som metode. Dette er en teoretisk analytisk metode, hvor en henvender seg til litterære kilder og publiserte kliniske studier i fagfelleverderte tidsskrifter. Dette for å få svar på spørsmål som man ønsker å fordype seg i.

### 2.1 Søkestrategi

Vi begynte å søke etter litteratur som omhandlet temaet munnstell. Vi valgte en bok av Anne Marie Flovik, utgitt i 2005, som et viktig bidrag til å få svar på vår problemstilling. Ettersom hennes egen litteraturliste viser at boken baserer seg på litteratur som er utgitt år 2002 og eldre, gjennomførte vi en litteraturfordypning. Dette gjorde vi ved hjelp av databasene ProQuest, AMED og Ovid. Primært søkte vi etter artikler eller publiserte kliniske studier, som omtalte konsekvenser av elendig munnhygiene hos kreftpasienter.

Utvalgskriterier i forhold til våre artikkelsøk var at resultatene av de kliniske studiene skulle være fagfellevurdert og publisert i et tidsskrift på engelsk eller nordisk språk. Litteratursøket skulle basere seg på nyere forskning, helst utgitt de siste seks årene. Videre ønsket vi at de publiserte kliniske studiene var randomisert kontrollerte forsøk eller at de oppfylte andre kriterier til god forskningsetikk. I tillegg har vi vært i kontakt med spesialsykepleier Tone Sundal på Hospice Lovisenberg, som bidro med gode råd og innspill rundt munnhygiene.

Vi startet søkingen ved å gå inn på skolens bibliotek gjennom databasene i BIBSYS. Ordene vi søkte på var oral care, oral health, oral hygiene, terminal care, palliative care, long-term care.

Disse ordene ga mange treff. Det ble nødvendig å redusere antall treff ved å begrense søket kun til kliniske studier av nyere dato. Dette førte til et utvalg av ca tretti relevante treff. Etter hvert fant vi frem til fem artikler som vi mente oppfylte våre søkekriterier og var interessante for vår problemstilling.

## **2.2 Kildekritikk**

Det er både fordeler og ulemper ved en litteraturstudie. En litteraturstudie krever at det finnes akademisk materiale om det tema en setter fokus på. Utfordringen ved litteraturstudie som metode, er at boklig kunnskap ofte foreldes. Medisinsk og sykepleiefaglig viten endrer seg fort, samtidig som vår egen forforståelse av tema kan påvirke utvalget av litteratur og innvirke på den endelige konklusjonen. Begge disse fakta er ugunstige i forhold til ønskelig objektiv resultat.

Når vi leser engelsk litteratur, er det negativt at engelsk ikke er vårt morsmål. Dette fordi tekstens fagspråk krever gode engelsk kunnskaper, for å unngå feiltolkninger. Også vår bruk av sekundær litteratur kan være en svakhet, fordi teksten kan være farget av forfatterens egne tolkninger og meninger, som vi kan overta. Vi vet ikke noe om det opprinnelige perspektivet til tekstene. De kan ha endret seg på grunn av forfatterens egen forforståelse og oversettelse.

Vi er klar over at de fem artiklene vi bruker for å besvare vår problemstilling representerer et begrenset utvalg. Vi antar at det muligens har kommet til nye studier og forskningsresultater som vi ikke har klart å finne frem til. Dette mener vi kan være en svakhet ved oppgaven.

Likevel anser vi at artiklene er dekkende i forhold til vår problemstilling, fordi fire av artiklene er fagfellevurdert på vitenskapelig nivå 1. Den siste artikkelen er forfattet av en kjent forsker med lang erfaring på forskning og undervisning i munnproblemer.

Vi velger våre fem artikler, ikke bare fordi de er av nyere dato, men fordi de henviser til resultater fra store kliniske forsøk som ble gjennomført etter randomisert kontrollerte krav. Dette mener vi er gunstig.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Faktorer bak en frisk munnhule**

I munnhulen finnes det normalt et stort antall bakterier, virus og sopp som lever i balanse med hverandre. Dette så lenge munnen holdes ren og hel og spyttets rensende, antibakterielle og spykende egenskaper opprettholdes. Spytt er den viktigste beskyttelsen i munnhulen mot patogene mikrober, fordi det bidrar til å opprettholde balansen i munnhulens miljø.

Normalfloraen med mikroorganismer forårsaker ikke noen problemer i munnhulen. Men hvis disse organismene får anledning til å feste seg på tenner, i ganen eller på tungens overflate oppstår det en begynnende plakkdannelse. Det tar omtrent 24 timer for plakk å feste seg til tannemaljen og slimhinnene slik at det kan bli problematisk å få det fjernet. Plakk frigjør toksiner som fører til patogene tilstandene i munnhulen. (Flovik, 2005).

### **3.2 Katie Erikssons tanker om lidelse**

I Erikssons sykepleietenkning er menneske, helse og omsorg sentrale begreper. Hun har et helhetlig syn på mennesket og definerer helse som en tilstand av sunnhet, friskhet og velbefinnende. En utfordring i sykepleien er å eliminere eller minske lidelse i pleien. Eriksson sammenfatter pleielidelsen i kategorier som krenkning av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Å oppleve at man har en egenverdi som pasient har grunnleggende betydning for helseprosessene. Fysisk lidelse og alvorlig smerte virker lammende på mennesket. Et menneske som opplever seg selv som hel, kan plutselig føle at identiteten blir forandret, og man deler seg i mange biter. En plutselig forandring av mennesket livssituasjon blir unaturlig og det trenger tid for å finne en ny sammenheng i tilværelsen. Å lindre pasientens lidelse innebærer og ikke krenke hans eller hennes verdighet, men gi den pleie som pasienten trenger. Ved å gi individuell pleie bekrefter vi menneskets verdighet. Pasientene har ønsker om å bevare menneskeverdet og å få oppleve respekt og omsorg. Uteblitt pleie kan bero på manglende evne til å se og bedømme hva pasienten trenger. Ikke-pleie, det vil si en pleie der man kanskje ikke utfører pleien eller der omsorgsdimensjonen mangler, har ofte sin opprinnelse i opplevelsen av motivet for å pleie. Det finnes mange former for uteblitt pleie, helt fra små mindre forseelser og slurv til direkte og bevisst vannstell. Det er nødvendig å utvikle pleiekulturen og sykehusmiljøet. Pasienten skal føle seg velkommen, være informert og få svar på sine spørsmål. Ved at pasienten føler seg bekreftet og forstått kan det minske pasientens uro og angst. Pleielidelse handler om

pleieetikk og god pleie. (Eriksson, 1995)

### **3.3 Hospicefilosofiens betydning for velvære**

Hospicefilosofien representerer en helhetlig syn og holdning til mennesket, livet og døden men ikke minst er et vern om pasientens autonomi og verdighet. Det er ikke nok å lindre symptomer og smerte. Hele mennesket er i fokus. Individualisering av omsorgen er viktig. Den døende mister ikke sin rett til å bestemme og velge. Tvert om må den syke og døende bli hørt, sett, hjulpet, respektert og få støtte til det som er vanskelig. Vern om menneskeverd og anerkjennelse av livets ukrekelighet står sentralt. Det handler om å møte den syke og deres pårørende der de er. Pasienter og pårørende blir ivaretatt på alle plan og i forhold til sine behov. Både problemer, ressurser og pasientens nettverk blir kartlagt. Lindring av plager er målet. Hospicefilosofien anerkjenner døden som en del av livet, men det er livshjelp som står sentralt når en yter totalomsorg. Samtidig som pasienten ikke bør utsettes for unødvendig og plagsom behandling. Pasienten og hans pårørende trenger åpen, planlagt og systematisk informasjon. God symptomkontroll og felles forståelse av sykdomsbildet er viktig. Derfor er det å lindre plager og å skape forutsigbarhet og trygghet meget vesentlig. For å nå sine mål er det anerkjent at hjelperne bruker ESAS-skjema og tverrfaglig samarbeid. Hospicefilosofien ønsker å motarbeide isolasjon og ensomhet. Å hjelpe pasienten og hans pårørende til å snakke om at livet går mot slutten og fokus på deres reaksjoner er basalt. (Håndbok i lindrende behandling, 2011).

### **3.4 Lovverk og etikk**

I følge helsepersonelloven skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Videre hva som forventes ut fra arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter eller institusjonen unødvendig tidstap eller utgifter. (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren er personlig ansvarlig for sine vurderinger og sitt valg av handlinger. Pleien som sykepleier yter må både være etisk og faglig forsvarlig. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasient sin integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte



menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2001).

### **3.4 Bruk av ESAS som kartleggingsverktøy ved munnproblemer**

I Norge og resten av de nordiske landene, har man hatt tradisjon for å anvende ulike metoder for å kartlegge symptomer innen palliasjon. I dag er det anbefalt å bruke en nasjonal versjon av Edmonton Symptom Assessment Schedule (ESAS) i institusjoner. I forhold til vår problemstilling er det et eget punkt på skjemaet som heter munntørrehet. Ut fra dette punktet kan det dokumenteres hvordan pasienten opplever sine symptomer på dette området. (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2010)

## **4.0 FORSKNINGSPARTIKLER**

I dette kapittelet følger et kort sammendrag fra forskningsartiklene som vi har valgt å bruke i oppgaven.

### ***4.1 Bristande munvård inom äldreomsorgen – en menneskelig tragedi?***

Artikkelen er publisert i Nordisk geriatrik nr 4, 2008 og skrevet av Marianne Forsell og Petteri Sjøgren. I artikkelen diskuteres munn- og tannhelse på bakgrunn av mer en 10 års erfaring fra oppsøkende virksomhet i sykehjemmene, samt erfaringer fra utdannelsesprogram av helsepersonell. Artikkelen omtaler også forskning og utviklingsarbeid ved Oral Care AB som skjer i samarbeid med Institusjonen for neurovitenskap, Karolinske Institutet og Solberga vård- och omsorgsboende i Stockholm. Forfatterne konkluderer med at munnhelsen hos den syke pasienten må integreres i den daglige pleien og omsorgen med større bevissthet. Helsepersonell må etterstrebe og bruke en tverrfaglig tilnærming for å skape en bedre individtilpasset og kunnskapsbasert munnpleie. Forfatterne peker også på viktigheten av at det stilles krav til helsepersonellens kunnskaper i munnstell.

De konkluderer med at mer utdanning i munnstell ofte leder til økte kunnskaper blandt omsorgspersonell, men endrer ikke atferden rundt munnstell i samme utstrekning. Dette fordi personalet trenger hjelp til å håndtere følelsene av motvilje og ubehag for å kunne gi bedre munnpleie. Forfatteren skriver at utdanning av personalet må ta høyde for dette, slik at kognitiv atferdsvitenskap integreres i munnpleieopplæring. Artikkelen peker på fordeler av bruk av kortleggingsverktøy, som fremmer en rask tiltakoppstart i forhold til pasientens behov.

### ***4.2 Oral discomfort in palliative care; results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients***

Artikkelen ble publisert i tidsskriftet International Journal of Palliative Nursing i 2010 av Y. Rohr, J. Adams og L.Young. Dette tidsskriftet er fagfellevurdert på vitenskapelig nivå 1.

Dette er en utforskende studie av palliative pasienters opplevelse og oppfatninger av munnproblemer. Forfatterne ønsket å belyse problemene ut fra det subjektive perspektivet til de dødssyke pasientene. Deltagerne bodde i en palliasjonsavdeling på et mellomstort sykehus på østkysten av Australia. Det ble utført flere kvalitative intervju med 14 terminale pasienter. Det var begge kjønn og alder mellom 60 og 82 år. Intervjuobjektene fikk en grundig og

strukturert vurdering av munnstatus.

Funnene viser at en rekke munnproblemer virker inn på det fysiske, sosiale og psykiske velvære i varierende grad.

### ***4.3 Mouth care - how important is it ?***

Artikkelen ble publisert i Journal of Community Nursing I 2004 og er skrevet av Carl Hanson. Artikkelen er fagfelle vurdert på nivå 1. Artikkelforfatteren diskuterer betydningen av god munnhygiene som viktig ledd i den lindrende pleien til kreftpasienten. Fokuset i artikkelen er på kunnskaper slik at leseren kan finne ut hvilke pasienter som er i risikozonen og som kan utvikle disse problemene. Munnomsorg minsker betraktelig plagekvoten hos den kreftsyke pasienten. Han belyser både komplikasjonene og behandling av de patogene tilstandene i munnhulen, samt hvilke produkter som kan brukes til å rense munnen og hvordan munnstell skal utføres. Forfatteren diskuterer medisinenes rolle, de vanligste infeksjonene og deres behandling og forbygging. Artikkelen konkluderer med at kreftpasienten kan oppleve en rekke vonde følelser i forbindelse med munnplager, som kan gi både psykiske og sosiale vanskeligheter. Artikkelen betoner viktigheten av å utarbeide strategier for kunnskapsoverføring til de ansatte. Disse inkluderer videreutdanning og tverrfaglig tilnærming samt konsekvent bruk av kartleggingsverktøy med hyppig evaluering av gitt pleie. Forfatteren konkluderer at en pasientens munnhygiene alltid bør vurderes på individuelt grunnlag, og aldri bli utført på et rituell basis

### ***4.4 Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings – a prospective survey in palliative care***

Denne artikkelen er fagfelle vurdert på vitenskapsnivå 1 og publisert med åpen tilgang i Springerlink.com 2011. av Alt-Epping B, Nejad RK, Jung K, Gros U, Nauck F.

Denne studien ble utført for å vurdere de subjektive plagene, forekomst av mikrober og generere hypoteser om mulige underliggende sammenhenger. Undersøkelsen blir gjennomført på en palliativ enhet av 101 pasienter med avansert kreft. Dette var på et medisinsk senter i Tyskland. Det ble gjort en grundig historikk av pasientene og de ble bedt om å vurdere generelle symptomer ved hjelp av en dokumentasjonsskala. Tørr munn og smaksforstyrrelser var subjektive funn med høy forekomst. Av kliniske funn var plakk og candida infeksjoner mest utbredt. En tydelig sammenheng mellom symptomer og medisiner kunne ikke bekreftes.

Det brede spekter av flere symptomer, tegn og funn, viste ikke relevante sammenhenger.

#### ***4.5 The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient***

Artikkelen, som er fagfelleurdert på nivå 1, ble publisert i The Canadian Dental Association i 2006 og skrevet av doktor Michael Wiseman, som er assisterende professor i Det odontologiske fakultet. Dr Wiseman har i denne artikkelen beskrevet noen problemer som oppstår i munnen til voksne mennesker med uhelbredelig kreft. Han har videre beskrevet hensiktsmessige behandlinger for å løse disse problemene. Han har kun brukt annen litteratur for å komme fram til disse faktaene.

## 5.0 DRØFTING

All omsorg reflekterer et menneskesyn. I pleie og omsorgssituasjonen må et menneske være noe mer enn den fysiske kroppen som helsepersonell har foran seg. En helhetlig tilnærming til den syke innebærer at pasienten må bli sett og være en likeverdig samarbeidspartner når hans komplekse helseproblemer skal løses. I den palliative pleien er det viktig at pasienten får oppleve velvære i størst mulig omfang. Definisjonen av velvære sier at både fysisk, psykisk, sosial og åndelig velbefinnende er viktig for å kunne fornemme denne tilstanden. Hva velvære er for den enkelte, kan ikke vi som sykepleiere definere, fordi det som er velvære for et menneske, kan være ubehagelig for et annet. Det er derfor viktig at sykepleieren, som daglig stiller den syke mot livets slutt, er oppmerksom på pasientens individuelle behov. Vi må spørre pasienten om hva som vil gi ham økt velvære. Denne tankegangen er i samsvar med hospicefilosofien, som etterstreber at pasienten skal bli ivaretatt på alle områder og i forhold til sine mange skiftende behov.

Den palliative kreftpasienten har ofte mange lidelser samtidig og noen av plagene stammer fra munn og svelg. I en artikkel har alle deltagerne beskrevet betydelige vanskeligheter med en rekke munnproblemer. Kreftpasienter har blitt spurt om sine plager og spesielt munntørret har vært et stort problem for dem. Noen av kommentarer som har kommet fra deltagerne har vært at de ikke greier å åpne munnen for å drikke og at de våkner flere ganger om natten for å ta en slurk med vann. I studien pekte forfatteren på at munnproblemer berørte sosiale og emosjonelle sider ved livet. Pasientene i studien fortalte at omfanget av munnproblemer, var et hinder for dagligliv og livskvalitet. Plagene i munnhulen ga både endret smak og bidro til mindre nytelse av maten. Tilstanden kunne lede til unngåelse av spisesteder og mindre sosiale sammenkomster med familien. Dette førte igjen til negative følelser og frustrasjon. Hindring av tale og følelsen av å være misforstått forsterket kommunikasjonsvansker med familie og var til hindring i sosiale relasjoner. (Rohr, Adams og Young, 2010).

En annen artikkel fastholder at god munnhygiene minsker plagekvoten hos den kreftsyke pasienten. Selv om munnhygiene kan virke ubetydelig i den totale diagnose og prognosekonteksten, belyser Hanson i denne artikkelen tilleggskonsekvenser av munnproblemer hos den kreftsyke pasienten. Disse tilleggskonsekvensene kan være negative følelser som angst, frykt og tap av selvfølelse. (Hanson, 2004). I den kreftsykes totale livssituasjon handler derfor munnhygiene ikke bare om ren munnhule. Den handler også om sosial og psykisk velvære, samt om pleie og omsorg, som gir pasienten mulighet til å leve

tilnærmet så normalt som mulig. Vi mener derfor at det er viktig at vi som pleiere har vår fokus på forebyggende munnpleie og prioriterer ut fra bred kunnskap om pasientens sammensatte symptombilde. Vår erfaring er at nedsatt almenntilstand og nedsatt immunforsvar fører til redusert spyttproduksjon som fordrer til økt munnpleie generelt.

Årsakene til munntørrehet kan være mange. Pusting gjennom åpen munn, kontinuerlig oksygentilførsel, ikke noe væsketilførsel gjennom munnen eller andre årsaker på grunn av sykdom og behandling er eksempler på dette. Flovik påpeker at den hyppigste årsaken til munntørrehet er bivirkninger av medisiner. Hun sier videre at selv om det enkelte medikament ikke gir munntørrehet alene, kan kombinasjoner av dem gi det. (Flovik, 2005). Også Hanson nevner at medikamenter kan påvirke den normale munnfloraen. (Hanson, 2004). Derimot i vår neste artikkel, ble det ikke funnet entydig bevis på en tydelig sammenheng mellom symptomer og medisiner. Denne undersøkelsen peker på at munnproblemer kan være et resultat av dårlig munnhygiene og ikke bare et resultat av medisinbruk. Studien fremhever at symptomer i munnhulen har vært undervurdert i tidligere studier og at denne mangelen leder til at de har kommet med ensidige påstander som ikke kan begrunnes. Et eksempel de kommer med, og som de stiller spørsmål til, er om medikamenter av typene opioider og lorazepam kan føre til munntørrehet. Bare et mindretall av pasienter i undersøkelsen som var plaget av tørr munn eller smaksforstyrrelser mottok disse medikamentene. Studien påpeker at når en pasient klager på munntørrehet bør det undersøkes om det kan skyldes candida infeksjon. I studien fant man ut at det er bemerkelsesverdig høy forekomst av candida i munnhulen, og den kan være en utløsende faktor for tørr munn eller smaksforstyrrelser. (Jung, Gross og Neuck, 2011). Dr Wisemann anslår i sin artikkel at 70-85% av palliative pasienter har en forekomst av soppinfeksjoner i munnhulen. (Wiseman, 2006). Stein Kaasa bekrefter tendensen og skriver at mer enn 50 % av alle kreftpasienter opplever munntørrehet og at 70 % rapporterer dårligere appetitt og enda flere må endre sine spisevaner. (Kaasa, 2007). Vår erfaring er at forholdene i munnen og svelget ofte blir relatert til selve kreftdiagnosen, samt at munnplagene ofte blir betraktet som en negativ konsekvens av den medisinske behandlingen som pasienten får, eller har gått igjennom. Vår tause kunnskap er, at munnhygiene forebygger patogene tilstander i munnhulen. Derfor er vi åpne for at munntørrehet også kan skrive seg fra munnhulens status og for dårlig munnpleie. Slik vi ser det, kan ensidige forklaringsmodeller være med på å hindre tidlig intervensjon. Hvis helsepersonell automatisk forventer at munntørrehet og andre munnplager er en bivirkningskonsekvens etter endt

cytostatikakur eller smertebehandling, kan oppstarten av forbyggende tiltak starte for sent. Vår erfaring er at helsepersonell er flinkere til å behandle symptomer i munnhulen enn å forebygge at de oppstår.

Munntørighet og soppinfeksjoner i munnen kan i tillegg til å være plagsomt, føre til svelgvansker, redusert matinntak og endret smaksopplevelse. (Flovik, 2005). Vår erfaring er at mange kreftpasienter føler at især varm mat smaker metall. Dette gjelder spesielt pasienter som har gjennomgått strålebehandling eller cellegiftkurer. Vi har sett at palliative pasienter ikke er i stand til å spise eller drikke hvis munnhulen er skadet. Vi mener derfor at god munnpleie ikke bare skal ha sitt utspring i tanken på sykdomsforebygging, men også ha en sterk intensjon om at pasienten får oppleve bedre matlyst.

Pasienter har prøvd ut mange midler for å motvirke munntørighet. Noen av disse virkemidlene, som tyggegummi, sukkertøy og te ble benyttet mot munntørighet med begrenset nytte. Heller ikke kunstig spytt eller gel har hatt særlig effekt. For de pasientene var hyppig vanddriking en foretrukket praksis og for noen den eneste metoden for å håndtere de spesifikke symptomene på. (Jung, Gross og Nauck, 2010). Vår erfaring bekrefter dette, mange synes at vann er det beste midlet mot munntørighet. Mange har også god effekt av å pensle munnen med salvierte, selv om dette ikke er forskningsbasert dokumentasjon. Men erfaringsbasert pleie fra hospice og utdanningssykehjem tyder på at nokså mange får lindring av denne behandlingen. Noen kreftpasienter synes gel lindrer plagene godt, andre igjen føler at gelen legger seg som en klump i ganen. En utfordring i sykepleien er ifølge Katie Eriksson å eliminere eller minske lidelsen i pleien. Å lindre pasientens lidelse innebærer å ikke krenke pasientens verdighet, men gi den pleie som trengs. Derfor må all pleie være individuell basert symptomlindring. (Eriksson, 1995). Vi er enige i at det alltid er mulig å minske lidelsen for pasienten, men det er ikke alltid mulig å eliminere alle plagene som oppstår. Et godt eksempel på dette er fra vår egen praksis, hvor pasienten var plaget med mye slim- og skorpedannelse. Vi tok munnstell fem – seks ganger i timen, men plagene til pasienten ble ikke helt fjernet. I vår praksis er denne pasienten unntaket, men det belyser at vi må tenke individuelt.

Gjennom våre til sammen mange år i helsesektoren har vi møtt mange kreftpasienter i en palliativ fase, som kunne ha sluppet mye lidelse hvis de hadde fått godt munnstell.

Vi vet at helsepersonalet er kjent med at munntørighet er et hyppig symptom som de fleste

uhelbredelige syke opplever på et eller annet tidspunkt mot livets slutt. Dessverre er vår erfaring at munnstellfrekvensen ikke blir tilstrekkelig oppgradert. Selv om god munnhygiene er kjent som den beste måten å forebygge munntørrehet og dets konsekvenser, praktiseres tiltaket oftest ut fra daglig rutine og ikke i takt med pasientens behov. Vår erfaring er at helsepersonell er flinkere til å behandle symptomer i munnhulen enn å forebygge at de oppstår. Denne rutinetenkning påvirker også utformingen av munnstell, fordi utførelsen mangler en ønskelig fornying på bakgrunn av evidensbasert praksis. Vår tause kunnskap er at riktig munnhygiene gir økt velvære og et velbehag for pasienten umiddelbart etter at prosedyren er gjennomført. En ren og fuktet munn gjør at pasienten utsettes i mindre grad for infeksjoner i munnhulen. Vi mener at en rekke negative forhold kunne bli avverget om munnens begynnende patogene tilstander ble raskt gjenkjent og behandlet. Symptomer som rødme, ødemer, belegg, sår, smerter og økt blødningstendens er viktige symptomer som helsepersonell må være kjent med og reagere på. Vår erfaring er at munnstell ikke utføres systematisk og at tiltak først blir satt i gang når munnproblemene blir så store at vi tydelig kan se mye slim eller skorper i munnen til pasienten. Ekstra ille er det når plagene blir så store at pasienten gir uttrykk for det selv, eller at pårørende bemerker det. Et eksempel på dette er fra en selvopplevd erfaring, der ektefellen til pasienten måtte be om at kona måtte få pusset tennene sine. Kona hadde da ligget i tre døgn på sykehuset uten å få tilbud om tannpuss. Erfaringen vi sitter inne med er at kreftpasientene kun får godt munnstell de siste dagene og timene av livet. En av mange forklaringer på dette, kan være at helsepersonell har mer fokus på tørste og væskeinntak ved livets slutt. Pårørende har også ofte et stort ønske om at pasienten skal få drikke og er redd for at pasienten ligger og tørster. Pårørende spør oss ofte om pasienten kan få intravenøs væskebehandling. Kunnskap og erfaring på dette området gir sykepleiere mulighet til å informere de pårørende om at tørstereseptorene sitter på tunga. Så lenge vi fukter munnen til pasienten og gir hyppig munnstell vil ikke pasienten så lett føle tørste. Et skremmende eksempel fra vår egen praksis, er om en pasient som fikk intravenøs væskebehandling og var veldig tørst. Hun spurte sykepleieren om noe å drikke, men fikk til svar at du får jo intravenøs væske!

Det er behov for generalisert kunnskap for å kunne sette i verk riktige tiltak, slik at ulike konsekvenser kan forutses med høy grad av sikkerhet. (Flovik, 2005). Sjögren understreker dette ved å si at den daglige munnpleien bør utføres på en tilfredsstillende måte, og at det bør stilles krav til helsepersonellens kunnskaper i munnstell. (Sjögren, 2008)

Munnstell kan for mange pleiere tenkes å kun være en hygiene prosedyre. Alle kan jo få



pusset tennene sine, men vi har ofte opplevd at munnstell blir nedprioritert i en travel hverdag. Det er lett å tenke at det ikke gjør noe om vi hopper over tannpussen i dag, det kommer sikkert noen på jobb i morgen som tar munnstellet da. Flovik påpeker at det tar ca to timer fra munnen er rengjort til at nytt plakk fester seg. Mangel på adekvat og hyppig munnstell kan utvikle seg til en kritisk situasjon i munnhulen. Hun anmerker også at hvis plakket ikke fjernes regelmessig, kan det bli nødvendig å bruke kniv eller saks for å rense opp. (Flovik, 2005). Etter vår mening vil en slik situasjon skape en stor påkjenning for pasienten, og er vanskelig for personalet å stå i. Derfor må helsepersonalet tilstrebe at dette ikke skjer.

Tannpuss utføres ikke bare for å øke velværet til pasienten, men også fordi tannpuss fjerner plakk, som har festet seg på munnslimhinnene og tennene. Tannpuss har også en stimulerende effekt på å øke spyttproduksjonen som igjen fører til redusert munntørighet. En ren og fuktet munn gjør at slimhinnen blir glatt og velsirkulert og derfor fester ikke plakk seg så lett til den. Godt munnstell gir lindring av smerter og ubehag, skaper trygghet og tillit, fremmer følelsen av å bli tatt vare på og at noen bryr seg. Alt dette gir bedre selvfølelse og fremmer pasientens velvære. Ved å raskt fjerne belegg og plakk, uten å ødelegge slimhinnene, forebygger vi tannrøte og andre sykdommer i munnhulen. Også tidlig bruk av fluor kan forebygge tannrøte. Flovik peker på at riktig prioritering er viktig før vi setter i gang behandling for soppinfeksjoner. Hun mener videre at en klinisk vurdering av utseende og mengde av plakk ikke er nok til å iverksette behandling. Ved mistanke om infeksjon er det viktig å ta prøver til mikrobiologisk undersøkelse. (Flovik, 2005). Vår erfaring er at dette sjelden skjer. Vi opplever ofte at ved tegn på soppinfeksjoner i munnen, foreskriver legen behandling med mycostatin uten forundersøkelse.

Vi som skal hjelpe kreftpasientene må ha mer fokus på tverrfaglighet. Vi må se hele pasienten. Tannlegen må ha tid til å lytte til pasienten, sitte ned hos og vise empati. Bare da kan tannlegen fange opp symptomer og samarbeide med lege for å sette i gang de beste tiltakene for pasientene. Palliative pasienter krever i følge Wiseman spesiell oppmerksomhet rundt munnhygiene og tannlegens rolle i palliativ omsorg er å bedre livskvaliteten til pasienten. (Wisemann, 2006). Vår erfaring er at legen sjelden eller aldri rådfører seg med tannlegen i tilfeller hvor en pasient har store munnproblemer. Av og til tar sykepleiere kontakt med tannlegen, men vi påstår at det bare er i tilfeller hvor pasientene har problemer med ei tann eller protese. Vi har lett for å sitte på hver vår tue og vite best selv. Med en slik tankegang har vi ikke pasienten i sentrum. I en av studiene fremkommer det at kun to av de palliative

pasientene nevnte kontakt med sin tannlege i forhold til sine munnproblemer. Selv om forfatterne selv konkluderer med at samarbeid med tannlege er relevant og et viktig bidrag til å forbedre munnhelsen. (Rohr, Adams og Young, 2010). Dette stemmer med føringer i helsepersonelloven. Den sier at samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell er nødvendig. Ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen og tannlegen ta beslutninger i medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. (Helsepersonelloven, 1999).

Det har mye å si for pasienten hvilke utstyr som blir brukt for å utføre tann – og munnstell. Valg av tannkrem har også mye å si for kreftpasienter. En tannkrem med såpe ødelegger det smørende laget som produseres av slimhinnene og er derfor ikke å anbefale. Hos en kreftpasient som kanskje er plaget med tørrhet og sår i munnhulen, er det viktig at pleierne informerer pasienten om at de kan bruke små, myke barnetannbørster i stedet for de vanlige tannbørstene. Det er enklere å komme til i munnen. Samtidig følelsen av å ha noe stort i munnen, når pasienten har plager der, kan i fremprovosere brekningsrefleksjonen. Flovik anbefaler at den beste måten å rengjøre munnen på, er med tannbørste og rent vann. (Flovik, 2005). Vi mener at bruk av tannbørste på en institusjon er en bakteriekilde hvis den ikke blir godt rengjort og skiftes ofte. Vi har dessverre ikke noen rutiner på hyppigheten av dette. Ved spesielt munnstell, der sykepleieren fysisk må fjerne skorper og belegg, gjelder det samme prinsippet. Vi må tenke på hva som er behagelig for pasienten. Ved ekstra såre slimhinner og problemer med å gape, kan lange q-tips hvor du selv tvinner på ekstra bomull, samt grønne skumpinner, være mer behagelig å ha i munnen og fjerner belegg like lett som stort utstyr. Det er skremmende å høre at sykepleierstudenter i 2011 fortsatt lærer at de skal bruke tupfer og tang når de skal utføre munnstell på døende pasienter. Av og til treffer vi på pasienter som det er vanskelig å utføre munnstell på. Vi mener det da er viktig at vi som helsepersonell bevarer roen. Mange pasienter biter sammen tennene, da må helsepersonalet aldri bruke makt. I henhold til våre yrkesetiske retningslinjer skal alle våre handlinger være etisk forsvarlig og sykepleieren er personlig ansvarlig for sine valg av handlinger. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001). Vi må la pasienten styre munnstellet, hvis pasienten presser munnen sammen, må vi vente med å utføre munnstellet til pasienten er klar for det. For at vi skal sikre pasienten og gi den rette behandlingen til ulike typer munnplager, mener vi at det må utarbeides prosedyrer som er rettet mot de ulike plagene. Prosedyrene må inneholde retningslinjer, behandlingstyper og adekvat utstyr.

Katie Eriksson mener i sin sykepleieteori at uteblitt pleie kan bero på manglende evne til å se og bedømme hva pasientene trenger. Ikke-pleie, det vil si en pleie der man kanskje ikke utfører pleien eller der omsorgsdimensjonen mangler har ofte sin opprinnelse i opplevelsen av motivet for pleie. (Eriksson, 1995). Det finnes mange former for uteblitt pleie og Flovik hevder at sykepleiere er mer oppmerksomme på, og flinke til å stille pasientenes problemer i den andre enden av fordøyelseskanalen enn i munnhulen. (Flovik, 2005). Vår praksis er at vi har daglige program for tarmtømming, men ikke noe system for regelmessig innsyn i munnen. Vi tror at mange sykepleiere opplever munnstell som ekkelt. Mange pleiere har lett for å brette seg og tydelig vise avsky når de skal stille en annens munn og derfor uteblir den pleien i håp om at andre gjør det. Noen synes at munnen er et personlig område for pasientene og at det ofte er vanskelig å pusse andres tenner. Vår erfaring er at det er vanskeligere å ivareta munnhygiene hos pasienter som har egne tenner enn til de som har tannprotese. Flovik mener at vi må gjøre den daglige munnpleien til en naturlig og likeverdig del av den personlig pleien. I en sykepleier – pasientrelasjon kommuniseres det kontinuerlig ved at det formidles budskap både verbalt og nonverbalt. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på hvilke signaler som formidles. Hvis sykepleieren synes det er ubehagelig å stille en annens munn, mener vi at en slik holdning kunne overføres til pasienten og påvirke hans opplevelse av munnstellet og eget selvbilde. (Flovik, 2005).

Sjögren bekrefter våre observasjoner. I sin artikkel peker han på erfaringer fra ulike feltstudier. Hans konklusjon er at mer utdannelse i munnstell leder ofte til økte kunnskaper blant omsorgspersonell. Likevel endres ikke atferden omkring munnstell i samme utstrekning, fordi personalet trenger også hjelp til å håndtere følelsene av motvilje og ubehag for å kunne gi bedre munnpleie. (Sjögren, 2008). Kanskje den vanlige forklaringen på tidsmangel og uteblitt munnpleie bør synliggjøres også ut fra denne innsikten for å kunne skape en atferdsendring ved posten? Også Flovik reflekterer over hvorfor munnstell nedprioriteres. Hun lurer på om det på grunn av manglende tid, manglende kunnskap eller om det skyldes en forglemmelse. (Flovik, 2005).

Som sykepleiere har vi ansvar for å forebygge ubehag og plager i munnhulen, fordi munnpleie er en basal sykepleieoppgave. Optimal munnpleie vil alltid avhenge av pasientens tilstand, og hvor i et sykdomsforløp pasienten befinner seg i. Spektret i sykepleieoppgavene kan variere mellom kun instruksjon til pasienter som selv utfører munnpleie, til total hjelp til å utføre munnstell. Mange pasienter føler det ydmykende å bli avhengig av hjelp til munnstell. Det er av betydning at pleierne på et tidlig tidspunkt har klart å opprette ett tillitsforhold til

pasientene. Det er viktig at vi fanger opp pasientens erfaringer, kunnskap og opplæring. Hva pasienten opplever og hva pasienten selv vet om forebygging er to viktige spørsmål vi må innhente svaret på så raskt som mulig i vår datasamling. Dette må gjøres allerede i inntakssamtalen ved innleggelse på sykehjemmet. Kunnskap om pasientens erfaring gir sykepleiere muligheter til å identifisere problemer før de oppstår, slik at tilstandene slipper å utvikle seg til alvorlige forhold. (Rohr, Adams og Young, 2010). Flovik sier det er behov for generalisert kunnskap for å kunne sette i verk riktige tiltak, slik at ulike konsekvenser kan forutses med høy grad av sikkerhet. Også pasienten og hans pårørende bør eie denne kunnskapen. (Flovik, 2005).

Sjøgren peker på at helsepersonalets innstilling og holdninger innvirker på hvordan munnstell blir utført og på hvordan vi klarer å formidle omsorg og medfølelse. Det å undervise pårørende i munnstell er også en viktig sykepleieoppgave, fordi det kan være naturlig for noen pårørende å delta i denne pasientpleien. (Sjøgren, 2010). Vår erfaring er at god munnhygiene er helsefremmende og øker velværet hos pasienten. Munnpleie må gis i forhold til pasientens individuelle behov. Dette kan vi bare få til gjennom jevne observasjoner av munnhulen og skriftlig dokumentasjon av hva vi ser.

Vi trenger gode verktøy som styrker vår evne til å observere og følge opp pasientens tilstand i munnen. I en artikkel kommer det frem at til tross for høy forekomst av ubehag i munnen, oppfatter likevel ikke pasientene nødvendigvis disse symptomene av klinisk betydning og unnlater å rapportere dem til behandlende lege. (Rohr, Adams og Young, 2010). Hvis vi som sykepleiere benytter oss av et ESAS skjema, kan vi lettere fange opp disse symptomene og synliggjøre dem. Derfor må vi ha gode rutiner og gode prosedyrer som fanger opp pasientens behov.

Vi mener at ESAS skjema effektivt og grundig kan kvalitetssikre nåværende skriftlig dokumentasjon, fordi verktøyet danner felles referanseramme i kommunikasjon og rapportering av pasientens tilstand. Skjemaet forenkler og standardiserer samtidig dokumentasjonen og gjør det lettere å evaluere tiltak som er satt i gang. Verktøyet gir i tillegg godt grunnlag for previsitt og henvisning. Det er et enkelt verktøy som vi hevder blir altfor lite brukt rundt om på norske sykehjem.

Det er viktig at oppstart av ESAS registrering skjer så fort pasienten blir innlagt på sykehjem. En sekundær fordel ved bruk av dette skjemaet er at det skaper rom for en god samtale med pasienten, der vi får innblikk i hele situasjonen hans. Hvordan han har det akkurat nå. Vi får vite om pasienten har en opplevelse av munntørrehet eller andre plager i munnen og hvor ille

det egentlig er for ham. Scorer han høyt, er det lett å sette i gang tiltak for å hjelpe. Fokuset på tverrfaglighet står her sentral. Observerer vi problemer i en munn, må vi rådføre oss med andre fagpersoner som sitter inne med mer kunnskap enn oss. Andre sykepleiere, hjelpepleiere, leger eller tannleger kan bidra her. Det er viktig at vi da følger opp ESAS regelmessig for å se om tiltakene hjelper. Fra vår praksis har vi erfart at en pasient som var så ille i munnen at han scoret 10 på ESAS skalaen, etter å ha gjennomført det første munnstellet, fikk skår nede i sju.

Sykepleie kan ikke sies å være omsorgsfull uten at handlinger avspeiler respekten for det enkelte mennesket, deres behov og iboende verdighet. Lovverket stiller krav til helsepersonell om at de skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. De skal ikke påføre partene unødvendig tidstap eller utgifter. (Helsepersonelloven, 1999).

Også de yrkesetiske retningslinjene stiller krav til sykepleierens praksis, og krever at den ikke bare er faglig forsvarlig, men i aller høyeste grad bør være etisk forsvarlig. Sykepleiere opplever ofte at de kommer til kort, når de må senke kravene til etisk forsvarlig pleie. Vi som sykepleiere har ofte lyst til å yte mer enn hva som forventes av oss. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001).

Slik vi ser det kan kravet til god ressursbruk og kravet til etisk forsvarlighet stå i motsetning til hverandre, hvis arbeidsgivere etablerer et system som ikke gjør det mulig å yte verken etisk eller ønskelig hjelp. Særlig problematisk er det dersom arbeidsgiveren generelt legger seg nær en minimumsnorm. I slike situasjoner kan sykepleieren føle seg fanget av et system, som kun oppfyller en juridisk minstenorm. Dette kan vi som sykepleiere oppleve utilfredsstillende både faglig og etisk sett. God palliasjon i tro med hospicefilosofien er tidskrevende. Det er meget vanskelig å yte den omsorgen, som den døende og hans pårørende både forventer og ønsker, på en ordinær enhet. Det er vanskelig når både demente og rehabiliterings pasienter skal ha adekvat helsetilbud på den samme avdelingen som den palliative kreftpasienten. Dette fordi de ulike pasientgruppene har krav på pleie tilpasset deres problemer. Munnstell krever i mange tilfeller god tid og det kan være lett å nedprioritere dette i en travel hverdag. Vi mener at god palliasjon krever en egen enhet, hvor personalet kan yte den hjelpen som den palliative kreftpasienten har krav på. Ellers kan kvaliteten på pleien måtte svinge i takt med travelheten og hendelser på avdelingen.

## 6.0 KONKLUSJON

Vi har gjennom denne oppgaven prøvd å finne svar på vår hypotese om at god munnhygiene er med på å øke velværet til den palliative kreftpasienten. Samtidig stilte vi spørsmål om munnstell var et forsømt område. I litteraturen fant vi bekreftelse på at flere forskere mener at munnstell er et forsømt område. Vår utvalgte litteratur påpeker at personalet trenger mer kunnskaper, ikke bare om patogener i munnhulen, men også hvilke mekanismer som ligger bak at de oppstår. Alle artiklene konkluderte med at det er behov for større tverrfaglighet for at kreftpasienten skal få hjelp til å eliminere plagene som kan oppstå i munnen. De konkluderte også med nødvendigheten av gode kartleggingsverktøy, som tidlig kan vise problemene som oppstår. Hvordan vi skal øke fokus på munnhygiene er en stor utfordring så lenge vi vet at helsepersonell føler ubehag og motvilje. Det virker også som det er aksept for disse motforestillingene. Vi mener at det er viktig at vi som har kunnskap og er trygge på dette må vise andre. Vi må gjøre dette ved å ta kollegaer med når munnstell utføres. Vi tror det er viktig med undervisning i form av refleksjon og veiledning. Alle strekker seg langt for å utføre de mange oppgaver som arbeidsdagen krever. Vi som sykepleiere må være flinke til å oppmuntre og gi ros slik at kollegaer føler mestring på dette området.

I litteraturen fant vi at godt munnstell kan ha stor innvirkning på den fysiske, psykiske og sosiale velværen til pasienten. Dette stemmer overens med definisjonen av velvære, som vi tok utgangspunkt i når vi startet med denne oppgaven. Vi mener dette styrker vår antakelse om at munnpleien har stor betydning for hvordan pasienten opplever livskvalitet. Munnpleie har stor innvirkning på pasientens velvære, ikke bare fordi at rein munn føles behagelig og er sykdomsforebyggende. Vi fant i litteraturen at mangel på god munnpleie påfører pasienten tilleggsplager psykisk og er til hindring i sosiale sammenheng. For at pasienten skal få oppleve større livskvalitet må helsepersonell derfor tenke både forebyggende og langsiktig.

## 7.0 PRODUKT OG PROSESSEVALUERING

Det har vært en stor tidsmessig utfordring å skrive en felles oppgave, fordi samtlige i gruppen jobber i turnus. Etter veiledning og diskusjoner innad i gruppa, måtte vi finne ny problemstilling og utføre nye litteratursøk midtveis i prosessen. Dette hadde vi kun fokus på en kort stund, og vi samlet oss raskt om en ny oppgave. Vi har jobbet konsentrert og effektivt. Etter at ny problemstilling var på plass, har det vært lite uenighet i gruppa. Vi har drøftet og kommet fort frem til felles forståelse av tema. Vi har diskutert og lært mye av denne oppgaven. Prosessen har gjort oss både mer kjent med hverandre og mer sammensveiset. Det har vært kollegialt og vi har hatt flere trivelige kaffepauser underveis. Vi er meget glad for at gruppen har fungert så konstruktivt i hele prosessen.

## 8.0 LITTERATURLISTE

- Dalland, Olav (2001). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksson, Katie (1995). *Det Lindende menneske*. Oslo: Tano. Kap.11, s.66-78
- Flovik, Anne Marie (2005). *Munnstell*. Oslo: Akribe
- Forsell, Marianne og Petteri Sjøgren (2008). Bristande munvård innom eldreomsorgen – en menneskelig tragedi? I: *Nordisk geriatrik* nr.4, s.4-7
- Halskov Madsen, Kirsten og Lisbeth Due Madsen (2001). *Sygeplejen i den palliative indsats*. København: Munksgaard
- Hanson, Carl (2004). Mouth care – how important is it? I: *Journal of Community Nursing*. Vol.18, Iss8, s.4-8
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publikasjoner>
- Helsepersonelloven (1999). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html>
- Jung, Klaus, Uwe Gross og Friedmann Nauck (2011). Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings – a prospective survey in palliative care. I: *Support Care Cancer* DOI 10. 1007/s00520-011-1114-z
- Kompetansesenteret for lindrende behandling i nord (2009). *Håndbok i lindrende behandling*.
- Kaasa, Stein (2007). *Palliasjon i Nordisk lærebok*. Oslo:Gyldendal Akademiske
- Rohr, Yvonne, J.Adams og Lindy Young (2010). Oral discomfort in palliative care; results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients.I: *International Journal of Palliative Nursing*. Vol.16, nr 9, s.439-444



Wiseman, Michael (2006) The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient I: *The Canadian Dental Association* Vol.72, nr.5, s.453-458

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere(2001). Tilgjengelig fra:

<http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>

