



VID vitenskapelige høyskole AS

Munnstell i palliativ pleie - for helse og velvære

Utdanningsnavn: Palliativ sykepleie

Kull: 2014

Type oppgave: Fagutviklingsprosjekt

Innleveringsdato: 14.04.2016

Kandidatnummer: 9

Antall ord: 5560

Publiseringsavtale

Avsluttende oppgaver for videreutdanningene ved VID

Tittel på norsk: Munnstell i palliativ pleie, for helse og velvære

Tittel på engelsk: Oral care in palliative care, for health and wellness

Kandidatnummer: 9

Årstall: 2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved VID Vitenskapelige høgkole en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja **X**

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

nei **X**

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja **X**

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

nei **X**

Sammendrag

De senere årene har det blitt et stort behov for økt kompetanse innen palliativ sykepleie i kommunehelsetjenesten. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft er dette noe jeg som sykepleier i hjemmesykepleien også har erfart. I palliativ sykepleie står lindring i fokus og helsepersonell er ofte flinke til å fokusere spesielt på enkelte fysiske symptomer, som for eksempel smerte og kvalme. Munnstatus og munnhuleproblemer kan ofte bli nedprioritert, selv om munnstell er et av våre grunnleggende behov. Min erfaring som sykepleier er at det er behov for en mer helhetlig sykepleietilnærming til palliative pasienter, der de mest grunnleggende behovene til pasienten står i fokus.

Min problemstilling er som følger: *Hvordan øke fokus på munnstell til palliative pasienter blant helsepersonell i hjemmebasert omsorg?*

Som teoretisk forankring har jeg valgt Henderson og Benner og Wrubel sine sykepleieteorier. Henderson er en sykepleieteoretiker som legger vekt på menneskers grunnleggende behov, noe som står sentralt i mitt fagutviklingsprosjekt. Jeg inkluderer Benner og Wrubel sin teori da de legger vekt på pasientens subjektive opplevelse av sykdom. Munntørrehet og ubehag i munnhulen er subjektive symptomer og kan derfor kun beskrives av den som opplever tilstanden.

I denne prosjektoppgaven ønsker jeg å bidra til at pasienter som mottar palliativ behandling får et mer helhetlig behandlingstilbud. Fokuset og formålet med fagutviklingsprosjektet er å bidra til at helsepersonell blir mer bevisst sin rolle og sitt ansvar i forhold til munnstell i møte med pasienten, har fokus på grunnleggende behov og tenker helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen.

Nøkkelord: palliativ behandling, munnhelse, munnstell, kartlegging av munnhulen, livskvalitet.

Keywords: palliative care, oral health, oral hygiene, oral assessment, quality of life.

Innholdsfortegnelse

<i>1.0 Innledning, bakgrunn og problemstilling</i>	5
1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen	5
1.2 Tidligere forskning	8
1.3 Teoretiske perspektiv	11
1.4 Problemstilling, avgrensing og hensikt	13
<i>2.0 Praktisk metodisk gjennomføring</i>	14
2.1 Begrunnelse for valg av metode	14
2.2 Utvalg og varighet	15
2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy	17
2.4 Budsjett	17
2.5 Etske overveielser og tillatelser	18
2.6 Evaluering av prosjektet	18
2.7 Metodologiske drøftinger	19
<i>3.0 Målgrupper</i>	21
<i>Referanseliste</i>	22
<i>Vedlegg 1: Munnstell til palliative pasienter (kortversjon)</i>	25
<i>Vedlegg 2: Revised Oral Assessment Guide (ROAG)</i>	26

1.0 Innledning, bakgrunn og problemstilling

1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen

Helsearbeidere i kommunene stilles ovenfor store oppgaver knyttet til helsefremmende arbeid, sykdomsforebygging, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Systematisk arbeid med fagutvikling er en forutsetning for å lykkes. Ved fagutvikling er det yrkesutøverne, fagene og fagfeltet som utvikles (Førland, 2014, s. 225). Et økende antall eldre gir nye utfordringer i det palliative fagfeltet. Det blir flere mennesker som lever lengre med både alvorlige- og kroniske sykdommer, samt flere pasienter med kognitiv svikt. Palliativ omsorg skal omfatte alle sykdomsgrupper. Palliasjon skal tilbys etter behov, ikke diagnose.

Det arbeides på et internasjonalt nivå for å inkludere mennesker i alle aldre med andre alvorlige sykdommer enn kreft. Eksempler på dette kan være personer med KOLS, demens, hjerte- og karsykdommer, nevrologiske sykdommer og eldre (Haugen mfl, 2015, s. 9-19). Munnstell er uavhengig av diagnose. Vi lærer å ta vare på munnen vår fra vi er små og god munnhelse er en av de mest grunnleggende behovene vi har. Munnstell fremmer velvære og bidrar til å forebygge sykdommer i munnhulen. En frisk munnhule med friske og hele tenner er viktig for å spise, for å snakke, for utseende, selvfølelsen, for allmenntilstanden generelt og for fordøyelsessystemet spesielt (Dalheim mfl., 2009, s. 259). Derfor er det viktig at helsepersonell har fokus på munnstell til alle pasienter som mottar palliativ behandling, ikke bare pasienter som lider under en kreftdiagnose. Dette stiller store krav til kompetanse og fokus på munnstell blant helsepersonell som gir behandling, pleie og omsorg til palliative pasienter.

Pasienter som befinner seg i en palliativ fase kan oppleve flere plagsomme symptomer. Symptomene kan enten være en direkte årsak av sykdommen eller komme som bivirkninger fra behandling (Kaasa, 2013, s. 43). Mennesker som er i den siste delen av livet må gis muligheten til å leve best mulig, blant annet ved at de tilbys optimal symptomkontroll. For å kunne tilby optimal symptomkontroll må de grunnleggende behovene ivaretas. Behandling og pleie kan kun bedres gjennom forskning, fagutvikling og økt kunnskap på alle nivåer (Kaasa, 2013, s. 46). Munntørrehet er et hyppig rapportert symptom blant pasienter som mottar palliativ omsorg (Kaasa, 2013, s. 44). Munnhuleproblemer påvirker pasientenes livskvalitet, sosiale liv og det medfører unødvendig lidelse. En munn med tørre og såre slimhinner kan gjøre det vanskelig for pasienten å spise, smakene kan bli endret slik at matlysten blir påvirket

i negativ grad og dette kan igjen bidra til dårlig ernæringsstatus. En svært tørr munn gjør det også vanskelig for pasienten å prate og kan dermed bidra til sosial isolasjon (Dahlin, M.C. mfl., 2010, s. 239).

Sykepleiere har et ansvar for og plikt til å hjelpe pasienter med å ivareta de grunnleggende behovene når de ikke selv er i stand til dette. Det er et sykepleiefaglig ansvar å hjelpe pasienter med å holde munnslimhinnene og leppene rene, myke og intakte, for på den måten å forebygge infeksjoner i munnen og opprettholde pasientens verdighet og velvære (Flovik, 2005, s. 17). Hjemmebasert omsorg til mennesker som mottar palliativ behandling kan være utfordrende. Palliasjon omfatter tiltak i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle utfordringer. Dette gjelder så vel ovenfor familien som ovenfor pasienten. En rekke studier har vist at hjemmebasert omsorg sjelden lar seg gjennomføre uten at minst en pårørende kan stille som ansvarlig omsorgsperson. Personene i pasientens nærmeste nettverk har ofte ferdigheter, kunnskaper, ønsker og erfaringer som vil være ressurser i det palliative arbeidet (Schjødt mfl., 2013, s. 90-111). Munnstell er en pleieoppgave der pårørende kan være en god ressurs for hjemmesykepleien.

I min praksis som sykepleier har jeg ved flere tilfeller observert et manglende engasjement blant helsepersonell tilknyttet munnstell til alvorlig syke og døende. Munnstell blir fort en nedprioritert oppgave, og holdningene og oppmerksomheten blant helsepersonell er for dårlig. Jeg har erfart hvor lite som skal til for at pasientene skal få lindret plager i munnhulen, og hvor mye det betyr når lindring oppnås. Ofte er ikke munnstellet som blir utført evidensbasert, og det kan variere alt ettersom hvem som er på vakt. Jeg ønsker med dette fagutviklingsprosjektet å øke kompetansen i mitt arbeidsmiljø, men også bidra til at vi arbeider mer kunnskapsbasert. Jeg ønsker også at rutiner for munnstell settes i system slik at man unngår at oppgaver blir personavhengig. Målet er at munnstell blir en mer naturlig del av den daglige pleien og omsorgen vi gir til våre pasienter.

Forskning støtter mine observasjoner ved å understreke at munnstell er et forsømt område, og at det ofte glemmes i en travel hverdag. Munnstell har stor betydning for det fysiske og psykiske velværet hos pasienten . Et godt munnstell er både lindrende og forebyggende. Noe av det første vi lærer på grunnutdanningen i sykepleien er å ivareta de grunnleggende behovene til pasientene, og munnstell burde derfor være en naturlig del av den daglige pleien. Dessverre ser vi at forbedringspotensialet til pleiepersonalet er stort (Sundal, 2012, s. 49).

I dette fagutviklingsprosjektet har jeg søkt etter forskning for å få et overblikk over hvordan kunnskapen og praksisen blant helsepersonell er når det kommer til munnstell av alvorlig syke pasienter. På bakgrunn av dette er det klart at det er et behov for økt fokus på munnstell til alvorlig syke og døende pasienter. Helsepersonell kan i møte med denne pasientgruppen være med på å lindre lidelsen og dermed bidra til økt livskvalitet. Derfor ønsker jeg å rette fokuset mitt på dette temaet og håper at dette prosjektet kan være med på å bevisstgjøre ansvaret vi som helsepersonell har ovenfor denne sårbare pasientgruppen. God munnhelse er et sykepleieansvar.

Hovedfokuset med denne prosjektplanen er å gi økt oppmerksomhet på munnstell til palliative pasienter, bevisstgjøre holdninger knyttet til dette og forsøke å endre praksisen slik at pasientene blir bedre ivaretatt. Jeg går ikke nærmere inn på selve utførelsen av et munnstell da det allerede finnes utarbeidede prosedyrer. Jeg forholder meg til fagprosedyren ”Munnstell til palliative pasienter” som er tilgjengelig på helsebiblioteket sin nettside. Denne prosedyren er evidensbasert og blir jevnlig oppdatert med ny kunnskap og forskning (Thorsen mfl., 2014).

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 (Aass mfl, 2015, s. 11).

Definisjon av fagutviklingsarbeid:

Førland (2014, s. 226) beskriver utviklingsarbeid som en systematisk virksomhet basert på anvendelse av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, med det formål å videreutvikle og forbedre tjenester og praksis. Ved fagutvikling er det yrkesutøverne, fagene og fagfeltene som utvikles.

1.2 Tidligere forskning

Jeg har benyttet relevant forskning, fagbøker, tidsskrift og erfaringsbasert kunnskap for å belyse problemstillingen. I arbeidet med fagutviklingsprosjektet har jeg tilegnet meg ny kunnskap om temaet da jeg har gått grundig inn i tidligere forskning. Jeg knytter forskning, og annen relevant teori sammen med min personlige erfaring i oppgaven.

Følgende databaser er brukt som søkemotorer i oppgaven; SweMed, Medline, Cinahl, Oria og Google Scholar. Jeg har benyttet meg av søkeord som oral health, terminally ill, homecare, quality of life, cancer patient, oral discomfort, hospice, oral hygiene, palliative care, palliasjon, hjemmebasert omsorg, hjemmesykepleie, munnhelse, munnstell, kreftpasienter og livskvalitet. Flere av disse søkeordene ble kombinert i søket.

Jeg har valgt å benytte så ny litteratur som mulig, primært etter år 2000. Det er også inkludert en oversiktsartikkel som ble publisert i 2006, men der studiene som ble vurdert er fra 1995-1999. Denne artikkelen kom med viktig og relevant informasjon om temaet, og den har overføringsverdi til i dag. Det finnes en rekke artikler og studier som omhandler munnstell og munnhuleproblematikk. Jeg gjorde et utvalg basert på relevans i forhold til mitt prosjekt, troverdighet og om studiene kunne bidra til å bekrefte og sette søkelyset på noen av problemene som jeg selv har erfart som sykeleier. Nedenfor er en kort oversikt over de aktuelle artiklene som er inkludert i dette prosjektet og som danner grunnlaget for fagutviklingsprosjektet.

”The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review”

Dette er en oversiktsartikkel som tar for seg 11 artikler som er skrevet fra 1995-1999. Artikkelen ble publisert i 2006 i The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, og er skrevet av J. L. Gilliam og David. G. Gilliam. Gjennomgangen ble utført for å se om munnstell var tilstrekkelig implementert i den palliative omsorgen. Studien fant at når det kom til utførelsen av munnstell og til implementeringen av denne fantes det store ujevnheter hos pleiepersonalet. Munnstell er grunnleggende sykepleie, men likevel kommer det frem i denne gjennomgangen at det er manglende undervisning og trening på dette området i sykepleierutdanningen. Dette gir oss en indikasjon på at dette området får lite oppmerksomhet allerede fra grunnutdanningen og at disse holdningene videreføres inn i yrkeslivet. Artikkelen fant også at systematisk kartlegging av munnhulen var avgjørende for at den korrekte implementeringen av munnstell skulle finne sted. Munnstellet skal ta utgangspunkt i og basere seg på evidens basert forskning og ikke utelukkende overlates til hver enkelt sykepleiers erfaring, kunnskap og vurdering. Kartleggingsverktøyet Oral Problem Scale (OAG) blir nevnt som et pålitelig og nyttig klinisk verktøy for å vurdere munnhulen. Munnstell er regnet som en av de grunnleggende sykepleieroppgavene og munnstell burde derfor være en naturlig og selvfølgelig del av den daglige omsorgen.

”Oral discomfort in palliative care: resut of an exploratory study of the experience of terminally ill patients.” Forfatterne av denne studien er Yvonne Rohr, Jon Adams og Lindy Young. Det er en utforskende kvalitativ studie som ble publisert i International Journal of Palliative Nursing i 2010. 14 pasienter som fikk palliativ behandling ved et sykehus i Australia ble intervjuet. Hensikten med studien var å undersøke ubehag knyttet til munnhulen fra den sykes perspektiv. Funnene av studien viste at flere ulike munnhuleproblemer hadde i varierende grad innvirkning på den fysiske, psykiske og sosiale tilstanden til alvorlig syke pasienter, ofte over lengre tidsperioder. Munntørrhet fikk spesielt fokus som et hyppig og plagsomt symptom, og som ofte vedvarte over tid. Pasientene som deltok i studien rapporterte om manglende kartlegging og etterfølgende vurdering av munnstatusen. Videre ble det rapportert om lite tverrfaglig samarbeid med tannhelsepersonell ved oppståtte problemer i munnhulen. Resultatene viser at bedre forståelse for hvordan munnhuleproblemer påvirker alvorlig syke og døende er viktig, og må belyses i alle deler av helsevesenet der palliative pasienter mottar behandling, pleie og omsorg.

”Oral health conditions affect functional and social activities of terminally-ill cancer patients.” Artikkelen er skrevet av D.J. Fischer, J.B. Epstein, Y.Yao og D.J. Wilkie og er en klinisk observasjonsstudie. Studien ble publisert i National Institute of Health i 2014. Studien hadde som mål å kategorisere munnhelseproblematikk hos alvorlig syke pasienter. Dette for å vurdere hyppighet, alvorlighetsgrad samt de sosiale- og funksjonelle konsekvensene munnhule problemer kan medføre. Måledata ble innhentet ved hjelp av Oral Problem Scale (OPS) og ved hjelp av en standardisert undersøkelse av munnhulen. Studien fant at munnhuleproblemer påvirker funksjon og sosiale aktiviteter blant palliative pasienter i en vesentlig grad. Det å identifisere og behandle munnhuleproblemer hos palliative pasienter burde derfor være et viktig fokusområde.

”End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study”.

Forfatterne av denne artikkelen er Siri F. Kvalheim, Gunhild V. Strand, Bettina S. Husebø og Mihaela C. Marthinussen. Artikkelen er en utforskende studie og ble publisert i tidsskriftet ”Gerodontologi” i 2015. Målet var å utforske omstendighetene rundt rutiner og kunnskapen om munnhygiene til pasienter i en terminal fase i norske helseinstitusjoner. Det ble brukt et spørreskjema i studien som inkluderte både åpne og lukkede spørsmål om munnstell til terminale pasienter. Spørreskjemaet ble sendt til tilfeldig valgte sykehus og sykehjem i Norge. 19 sykehus og 57 sykehjem ble inkludert i studien, og av disse var det en svarprosent på 84% for sykehus og 79% for sykehjemmene. I studien kom det frem at 25% av helseinstitusjonene ikke hadde munnstellprosedyrer, og 48% forstod heller ikke hvorfor dette er viktig. Utilstrekkelig kunnskap om munnhygiene blant helsepersonell ble rapportert av 39% av helseinstitusjonene. De ulike helseinstitusjonene hadde mange ulike prosedyrer og få var evidensbasert. Studien indikerer at munnhelse til terminale pasienter i norske helseinstitusjoner både er ustrukturert og tilfeldig. Det er ikke alle pasienter som mottar adekvat munnstell på slutten av livet og de som mottar munnstell blir utsatt for et stort antall av udokumenterte prosedyrer og i noen tilfeller skadelige produkter. Det er nødvendig med evidens baserte prosedyrer til terminale pasienter i de ulike helseinstitusjonene, og det er særlig nødvendig med opplæring av personalet.

Forskningen oppsummert:

Forskningen vektlegger at munnhuleproblematikk er et hyppig problem blant pasienter som mottar palliativ behandling. Symptomer knyttet til munnhulen kan påvirke pasienten fysisk i form av smerter, men også psykisk og sosialt. En svært tørr munn kan for eksempel hindre pasienten i å prate med sine pårørende da det blir for krevende. Pasienten kan også isolere seg og kan som et resultat av dette oppnå redusert livskvalitet. Det er et stort behov for økt fokus, økt kompetanse og økt forståelse når det gjelder munnstell til palliative pasienter. Det kommer frem i flere av studiene at helsepersonell sin kartlegging av munnhulen hos pasientene ikke er systematisk. Å hjelpe pasienter med å ivareta munnhelsen er et overordnet sykepleieansvar. Helsepersonell mangler kunnskaper og engasjement til å se endringer i munnstatusen til denne pasientgruppen, og får dermed ikke startet med forebyggende tiltak tidlig nok i behandlingsforløpet. Dette kan ofte føre til unødvendig stor lidelse for pasienten. Systematisk kartlegging og inspeksjon av munnhulen avgjørende for at helsepersonell skal bli flinkere på dette området. Kompetanseheving blant personalet er nødvendig. Det er behov for mer forskning på området og det er et stort forbedringspotensial blant helsepersonell i dag.

1.3 Teoretiske perspektiv

Møtet mellom mennesker preges av holdninger og handlinger, ord og toner. Engasjement blant helsepersonell kommer til uttrykk i møtene og kan skape trygghet eller utrygghet blant pasient og pårørende. Vi mennesker engasjerer oss, men hva vi engasjerer oss i kan vi velge selv. Engasjement har også med holdninger og handlinger å gjøre (Alvsvåg, 2010, s. 53-54). Sykepleiens fokus er de områder hvor sykepleieren retter fokuset og har en spesiell kompetanse til å ivareta (Kristoffersen mfl., 2008, s. 14). Dersom pasienten mangler ressurser til å ivareta grunnleggende behov er det sykepleieren som skal hjelpe pasienten med å ivareta dette (Kirkevold mfl., 2008, s. 24).

Virginia Henderson er en sykepleieteoretiker som legger vekt på menneskers grunnleggende behov. Hun definerer sykepleiens funksjon som: «... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper.....» (Kristoffersen mfl., 2008, s. 34).

Henderson understreker at pasientene kjenner selv sine egne behov best, og at pasienten har klare formeningar om hvordan de nødvendige gjøremålene skal utføres (Kristoffersen mfl., 2008, s. 36). Sykepleieren skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, og hvordan de best kan tilfredsstillas. Da er det avgjørende, i følge Henderson, at pasienten mottar en individualisert pleie og omsorg. Hun sier: «(Sykepleieren) kan bare hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette ham i en tilstand som betyr helse – for han-, tilfriskning fra sykdom – for ham, eller det som – for ham- er en god død» (Kristoffersen mfl., 2008, s. 36).

Sykepleieteoretikerene Benner og Wrubel har en fenomenologisk tilnærming til sykepleie og legger vekt på den subjektive opplevelsen (Kristoffersen mfl., 2008, s. 73). Symptomer på sykdom er meningsbærende ved at de tolkes og gis mening av pasienten selv, ut i fra hvordan de oppleves og hvordan de griper forstyrrende inn i pasientens tilværelse (Kristoffersen mfl., 2008, s. 74).

Munntørrhet er et subjektivt symptom og kan derfor kun beskrives av den som opplever tilstanden. Både Virginia Henderson og Benner og Wrubel sine sykepleieteorier vektlegger at det er pasientens egen opplevelse av helse, eller fravær av helse som er gjeldene.

Nye behandlings- og utredningsmuligheter stiller nye krav til helsevesenet generelt og til palliasjon spesielt (Kaasa, 2013, s. 31). Det blir stadig flere eldre i befolkningen og antall nye krefttilfeller vil stige med årene (Kaasa, 2013, s. 43). I følge samhandlingsreformen skal pasientene få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker (helsedirektoratet, 2015). Palliasjon handler om helhetlig pleie og omsorg. De fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle sidene ved et menneske må alle gis oppmerksomhet, pleie og omsorg for at man skal kunne yte god palliasjon. Dette stiller store krav til kompetanse blant helsepersonell ute i kommunene. For å kunne gi palliative pasienter god pleie og omsorg er det kontinuerlig behov for fagutvikling og forskning innen symptomkontroll, pleie, pasientkommunikasjon og organisering av terminal behandling (Kaasa, 2013, s. 42).

1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt

Hvordan øke fokus på munnstell til palliative pasienter blant helsepersonell i hjemmebasert omsorg?

Temaet er avgrenset til å handle om pasienter hvor all kurativ behandling er blitt avsluttet og som mottar hjemmesykepleie. De involverte i fagutviklingsprosjekter er alle ansatte i hjemmesykepleien med pasientkontakt. Bakgrunnen for at jeg velger å inkludere alle ansatte og ikke kun sykepleiere er at de fleste på arbeidsplassen er helsefagarbeidere, andre med yrkesfaglig utdanning eller ufaglærte. Denne gruppen representerer sannsynligvis den største andelen av direkte pasientkontakt. Det er derfor helt vesentlig at fagutvikling også omfatter dem (Førland, 2014, s. 228).

Hensikten med prosjektet er å øke fokuset på helhetlig omsorg samt kvalitetssikre pleien og omsorgen som palliative pasienter mottar i hjemmene sine. Ved å bruke allerede utarbeidede og evidensbaserte prosedyrer og kartleggingsverktøy kan vi sikre at den pleien som blir gitt er god nok. Vår jobb som sykepleiere er å se hele mennesket, fra begynnelse til slutt. Hensikten med munnstell i den palliative omsorgen er å fjerne belegg og matrester, hindre uttørking av slimhinner, lindre tørste, forebygge infeksjoner samt motvirke tørre og sprukne lepper og munnviker. En velstelt munn er vesentlig for velvære, verdighet og selvrespekt (Strand mfl., 2015, s. 34). I en studie som omhandlet munnstell til alvorlig syke kom det frem at det i kommunehelsetjenesten er utfordrende å spre kompetanse og sørge for gode rutiner for munnstell. Noe av grunnen til dette er høyt sykefravær og hyppig bruk av ufaglærte vikarer. Studien konkluderte med at hyppig undervisning, god dokumentasjon og enkle prosedyrer bør vektlegges (Trier og Jørstad, 2014, s. 12).

2.0 Praktisk metodisk gjennomføring

2.1 Begrunnelse for valg av metode

I rapporten ”Å skape liv til dagene” trekkes det frem at det spesialiserte palliative tilbudet først og fremst har vært et tilbud til kreftpasienter, men at det nå arbeides aktivt på et internasjonalt nivå for å inkludere alle pasientgrupper. Palliasjon skal tilbys ut fra behov, og ikke diagnose eller prognose. Forskning viser at et flertall av befolkningen ønsker å være hjemme så lenge som mulig ved alvorlig sykdom. Dette stiller krav til god samhandling mellom tjenestene, og kompetansedyktige helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Hospice filosofien er grunnleggende i god palliasjon og dens verdier skal inkluderes i alle tilbud innen lindrende behandling på alle omsorgsnivåer. Det vil si at den syke skal bli ivaretatt som en hel person, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig (Haugen mfl., 2015, s. 9-10).

Som sykepleier i hjemmebaserte tjenester har jeg erfart at det kan være utfordrende å få tiden til å strekke til. Det er ofte en konkret handling som skal utføres hos pasienten, samtidig som det er flere andre pasienter som venter. Det kan være lett å bli stresset i situasjonen og ikke tenke helhetlig pleie og omsorg. Ivaretagelse av munnhulen er et lindrende og forbyggende tiltak som er uavhengig av diagnose. Lindrende munnstell kan føre til økt livskvalitet og bidra til å skape liv til livet. Dessverre er min erfaring at det er nettopp munnstell som blir prioritert nederst på listen over nødvendige gjøremål. Jeg ønsker at dette fagutviklingsprosjektet skal bidra til at ansatte i hjemmebaserte tjenester tilegner seg ny kompetanse når det gjelder munnstell, slik at det får økt fokus i fremtiden. Derfor ser jeg på dette fagutviklingsprosjektet som nødvendig og positivt, samt som vil hjelpe helsepersonellet med å ivareta pasienten på en mer helhetlig måte. Førland (2014, s. 227) støtter min erfaring ved å si at fagutvikling er nødvendig for å opprettholde og videreutvikle kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Respekt for grunnleggende menneskerettigheter, barmhjertighet og omsorg er grunnlaget i sykepleien (Sneltvedt, 2010, s. 103). Ved all lindrende behandling er målet at pasienten skal ha det så godt som mulig den siste tiden. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver sykepleierens faglige ansvar for å bidra til lindring av pasientens lidelse slik:

- «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Sneltvedt, 2010, s.103).
- «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død» (Sneltvedt, 2010, s.104).
- «Sykepleieren holder seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde» (Sneltvedt, 2010, s. 104).
- «Sykepleieren bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis» (Sneltvedt, 2010, s.104).

Ved å ha de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hospice filosofien og egen erfaring som sykepleier som grunnlag og bakgrunn for prosjektet tror jeg at dette prosjektet vil kunne gjøre en forskjell for både pasienter, pårørende og ansatte i kommunehelsetjenesten.

2.2 Utvalg og varighet

Alle ansatte i kommunehelsetjenesten skal få tilbudet om å delta på undervisningen. Det er flere ulike profesjoner på arbeidsplassen, og sykepleiere er i mindretall. Ved å inkludere alle vil kunnskapen nå ut til flere av personalet som er i direkte kontakt med pasientene. Jeg tenker at dette vil kunne bidra til styrket kompetanse og samarbeid hos flere av de ansatte, som igjen vil bidra til at pasienten og dens pårørende vil motta faglig forsvarlig og omsorgsfull behandling og pleie. Temaet vil ble aktualisert og flere ansatte vil kunne føle trygghet i utførelsen av munnstell og dermed bidra til bedre helhetlig pleie.

I hjemmesykepleien der jeg arbeider er det faglunsj annenhver tirsdag. Personalet som er på jobb den dagen står fritt til å undervise eller ta opp faglige temaer, og det blir også invitert foredragsholdere som underviser i ulike relevante temaer. Undervisningen i dette fagutviklingsprosjektet vil foregå over fire slike faglunsjer, med en varighet på tretti minutter hver. På denne måten vil undervisningen nå ut til mange av de ansatte. Ved å holde undervisningen i faglunsjen vil også ledere og mellomledere delta. En forutsetning for å drive med fagutvikling er at lederne tilrettelegger forholdene og aktivt støtter dette arbeidet (Bjørø og Kirkevold, 2008, s. 181). Fagutviklingsprosjektet og tidspunkt for undervisningen vil informeres om ved at det settes opp en informasjonsplakat på arbeidsplassen, og ved å informere i en privat gruppe for arbeidsplassen på sosiale medier. På denne måten vil informasjonen om undervisningen nå ut til en stor del av de ansatte.

Vi er to grupper på arbeidsplassen. Det vil være to undervisninger per gruppe, hver med to ukers mellomrom. Undervisningen skal ikke gjennomføres med begge gruppene samtidig da rommene undervisningen skal foregå i er små og dette vil kunne føre til støy og ukonsentrasjon blant de ansatte. Ved at gruppene undervises hver for seg vil det bidra til mer rom for spørsmål, diskusjon og erfaringsutveksling mot slutten av undervisningen. På siste undervisning vil det komme en representant fra den offentlige tannhelsetjenesten for å undervise om munnstell til palliative pasienter. Det vil også informeres om hvordan vi kan samarbeide på tvers av nivåene for å sikre best mulig pleie til pasientene. Den offentlige tannhelsetjenesten har lang erfaring og bred kompetanse når det gjelder undersøkelse og behandling av denne pasientgruppen. Pleie og omsorg i Os kommune har samarbeidsavtale med den offentlige tannhelsetjenesten, og en del av samarbeidet er at de tilbyr de ansatte innen helse og omsorg opplæring i munnstell.

I forkant av undervisningen vil det avtales et møte med ledelsen for å informere om prosjektet og egne ønsker for tilrettelegging i forhold til undervisningen. Som prosjektansvarlig vil jeg ha behov for frigitt arbeidstid i forkant av undervisningen for å planlegge gjennomførelsen og til å forberede undervisningsopplegget. Estimert tidsforbruk for dette settes til en arbeidsdag. Forberedelser og planlegging inkluderer møte med ledelsen i pleie og omsorg, møte med den offentlige tannhelsetjenesten, tillagning av informasjonsskriv samt tid til å sette opp undervisningsopplegg og presentasjon. Undervisningen krever ingen ekstra frigitt tid da jeg allerede er på jobb. De ansatte og meg selv har betalt lunsj, så dette gir heller ingen ekstra utgifter. I forkant av undervisningen vil det lages en perm for hver arbeidsgruppe som merkes

”Munnstell til palliative pasienter”, og som inneholder undervisningsmaterialet. Permene plasseres lett tilgjengelig på hver gruppes kontor. Dette bidrar til at prosjektet kan nå ut til ansatte som ikke hadde mulighet til å delta, samt sikre at prosjektet ikke blir personavhengig.

2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy

Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer tilbyr prosedyrer som er utviklet og godkjent lokalt i ulike foretak. Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer har utarbeidet en fagprosedyre som heter ”munnstell til palliative pasienter”. Den tar for seg hensikt, omfang og anbefalinger. Den finnes også i en oversiktlig kortversjon. Denne fagprosedyren anbefaler den norske versjonen av Revised Oral Assessment Guide (ROAG) som kartleggingsverktøy ved munnstell til palliative pasienter. Jeg vil anbefale denne munnstellprosedyren, og kommer til å presentere og gi veiledning i bruken av ROAG ved mine undervisninger. Jeg vil anbefale at ROAG brukes i lag med Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). ESAS er et selvrapporteringskjema for noen av de vanligste symptomene palliative pasienter opplever (Kaasa og Loge, 2013, s.77-78). ESAS spør ikke direkte om problemer knytt til munnhulen, og bruk av ROAG i samarbeid med ESAS vil derfor bidra til en mer helhetlig tilnærming til pasientens symptomer. ROAG-skjemaet bør anvendes en gang daglig, og da gjerne i forbindelse med munnstellet.

En av målsettingene med dette prosjektet er at pleien som blir gitt er konsekvent og evidensbasert. Dette vil sikre pasientene en bedre og mer forutsigbar pleie (Thorsen mfl., 2013). Prosedyren ”Munnstell til palliative pasienter (kortversjon)” og ROAG-skjemaet er vedlagt fagutviklingsprosjektet.

2.4 Budsjett

Prosjektet vil ikke medføre særlige finansielle utgifter. Undervisningen holdes i faglunsjer som allerede er innarbeidet i turnusen, og fører derfor ikke til ekstra kostnader for arbeidsplassen. Undervisningen holdes på kontorene til hver gruppe og det er derfor ikke nødvendig å bestille egne undervisningsrom. En representant fra den offentlige tannhelsetjenesten kommer i sin kontortid, og da pleie og omsorg har en samarbeidsavtale med den offentlige tannhelsetjenesten vil heller ikke dette medføre kostnader. Det eneste jeg kan se som vil kunne medføre finansielle utgifter vil være de frigitte timene jeg selv behøver for å forberede og holde undervisningen. Det er ikke behov for annet utstyr til

fagutviklingsprosjektet enn kontorrekvisita og tilgjengelig pc-utstyr. Utstyr til å utføre munnstell er allerede tilgjengelig og finansiert av kommunen.

2.5 Etiske overveielser og tillatelser

Alle medisinske og helsefaglige prosjekter som berører pasienter eller andre sårbare og utsatte grupper skal vurderes av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) (Slettebø, 2010, s. 2016). Dette fagutviklingsprosjekt kommer ikke under REK sitt mandat da det ikke er et forskningsprosjekt, men et fagutviklingsprosjekt til å forbedre egen virksomhet. Studie og resultater skal ikke publiseres, og prosjektet vil ikke inneholde sensitive opplysninger om hverken pasienter eller kollegaer.

2.6 Evaluering av prosjektet

Undervisningen må være relevant, forståelig og motiverende. Prosjektet må være gjennomførbart i en travel hverdag og være et positivt tilskudd i pasientomsorgen. Etter tre måneder vil jeg kontrollere hvor hyppig ROAG-skjemaet er brukt til registrering av problemer i munnhulen blant palliative pasienter og om personalet er fornøyd med den utviklingen prosjektet har hatt. Dersom prosjektet ikke har hatt en ønsket effekt, vil jeg avtale med ledelsen om å få bruke et personalmøte der eventuelle problemer kan drøftes. På denne måten kan eventuelle utfordringer ordnes opp i slik at prosjektet ikke stopper opp og praksisen går tilbake til slik den var før. Det er gjort flere studier som viser at faren for å falle tilbake i gamle rutiner etter at et fagutviklingsprosjekt er avsluttet er stor. Overgangen fra utviklingsarbeid til en implementering av ny praksis i den daglige virksomheten kan derfor være en utfordring. Jeg er bevisst på dette og vil arbeide aktivt for at nye arbeidsmåter og sykepleietiltak blir en del av kulturen på arbeidsplassen min. I en ellers travel hverdag vil det å vedlikeholde motivasjonen og engasjementet blant de ansatte være en viktig oppgave inntil den nye praksisen er klart innarbeidet (Bjørø og Kirkevold, 2008, s.182-183).

Etter seks måneder repeteres undervisningen. Dette gjøres for å få friske opp kunnskapen og for at personalet skal minnes på at vi må fortsette å ha fokus på munnstell til palliative pasienter. Repetisjon gjør også at kunnskapen lettere når nyansatte og ansatte som har vært i permisjon. Det vil ikke bli brukt spørreskjema til å evaluere prosjektet, men kun muntlig tilbakemelding. Personalgruppen er trygge på hverandre, og jeg er derfor trygg på at alle vil gi ærlige og konstruktive tilbakemeldinger om prosjektets fremgang.

2.7 Metodologiske drøftinger

Metoden som er valgt for gjennomføringen av prosjektet har både sterke og svake sider. Det er vanskelig å forutsi hvilke utfordringer som kan oppstå underveis i gjennomføringen, og jeg vil nok se mer tydelig de sterke og svake sidene når jeg skal evaluere prosjektet i etterkant. Måten jeg har valgt å gjennomføre undervisningen på kan ha både positive og negative konsekvenser. Det er positivt å undervise i mindre grupper da det vil være mindre støy, de ansatte vil kunne følge bedre med og de kan komme med innspill og tilbakemeldinger umiddelbart som kan føre til fagutveksling. En negativ konsekvens kan være at undervisningen blir mye oppdelt og at det ikke er de samme ansatte som får med seg begge delene av undervisningen. Dette må jeg ta med i planleggingen når jeg lager undervisningsopplegget.

For at alle ansatte skal være klar over undervisningsopplegget og hvordan det er lagt opp vil jeg informere om dette muntlig til alle i personalgruppen samt henge opp et skriv på arbeidsplassen. Jeg vil åpne opp for at ansatte som ikke er på arbeid den dagen kan delta på undervisningen for å nå ut til flere. Tidsaspektet på undervisningen kan bli en utfordring. Tretti minutter er ikke mye tid, og jeg må derfor ha dette i tankene når undervisningsopplegget lages. Jeg ønsker at undervisningen skal være konkret, informativ og opplysende. Samtidig ønsker jeg å åpne opp for en kort faglig utveksling og eventuelle spørsmål på slutten. Oppdeling av undervisningen kan medføre at jeg når ut til flere i personalgruppen, men på den andre siden ville det blitt mer kontinuerlig dersom det var sammenhengende. Til den andre undervisningen blir det invitert en representant fra den offentlige tannhelsetjenesten. Tverrfaglig samarbeid bidrar til å kvalitetssikre undervisningsopplegget.

Jeg ønsker å innføre bruken av det systematiske kartleggingsverktøyet Revised Oral Assessment Guide (ROAG), og setter av tid i den andre undervisningen til dette. ROAG-skjemaet vil gjøres tilgjengelig på arbeidsplassen ved at flere eksemplarer skrives ut. Økt registrering og fokus på skjemaer kan føre til at pasienten føler seg mindre sett av pleieren. Et registreringsskjema vil samtidig være en hjelp i en travel hverdag slik at undersøkelser og gjøremål blir utført, og ikke minst utført riktig. Innføring av et nytt kartleggingskjema, kan bidra til usikkerhet og motvillighet i personalgruppen. Det kan oppstå frustrasjoner eller konflikter når helsepersonell skal finne en balanse mellom å ivareta dagens mange gjøremål og å utvikle en ny måte å utføre tjenesten på (Bjoro og Kirkevold, 2008, s. 181). Ved å være

bevisst på dette, har fagutviklingsprosjektet en større sjanse for å lykkes. At ledelsen blir inkludert i prosjektet fra starten er også avgjørende for resultatet. Det er en forutsetning at ledelsen tilrettelegger forholdene og aktivt støtter arbeidet for at prosjektet skal lykkes (Bjørø og Kirkevold, 2008, s. 181).

3.0 Målgrupper

I mitt arbeid som sykepleier i kommunehelsetjenesten har jeg erfart at munnstell og fokus på munnen generelt ikke er en prioritert oppgave. Jeg ønsket å lese mer om hva forskningen har kommet frem til gjennom studier, og hvordan jeg som sykepleier kan bidra til at munnstell får økt interesse blant helsepersonell. Arbeidet med dette utviklingsarbeidet har vist at det er en manglende interesse og kunnskap blant helsepersonell som jobber med alvorlig syke pasienter. For å kunne endre denne praksisen er det behov for et kompetanseløft. Gjennom undervisning, ved å sette munnstell på dagsordenen og ved å bevisstgjøre personalet tror jeg at pasienter vil motta et mer helhetlig pleie- og omsorgstilbud og dermed øke kvaliteten på sykepleien.

Jeg vil ha fokus på at alle pasienter skal motta nødvendige lindrende tiltak, uavhengig av diagnose. Lindring av pasientens plagsomme symptomer skal stå i fokus, og forebygge unødvendig lidelse der det er mulig. Med dette fagutviklingsprosjektet ønsker jeg å bidra til økt kompetanse og kvalitet av pleien som blir gitt til palliative pasienter. Jeg håper at dette fagutviklingsarbeidet bidrar til at flere sykepleiere engasjerer seg i fagutvikling på arbeidsplassen. Ingen dager er like i hjemmesykepleien, og hverdagen er ofte preget av lite tid og stor arbeidsmengde. Som palliasjons-sykepleier har jeg økt kompetanse innen sykepleie til alvorlig syke pasienter, og har bedre forutsetninger for å møte pasient og pårørende der de er. Palliative pasienter har ofte et komplekst og sammensatt sykdomsbilde som raskt kan forverre seg. Gjennom min videreutdanning i palliativ sykepleie har jeg nå kunnskap til å vurdere palliative pasienter, iverksette tiltak og følge opp tiltakene. Ved at jeg har tilegnet meg denne kunnskapen kan jeg også veilede kollegaer slik at vi har bedre forutsetninger for å møte de daglige utfordringene i kommunehelsetjenesten på en god og faglig måte.

Referanseliste

Aass, N., Haugen, D.F., Rosland, J.H., Jordhøy, M., Dønnem, T. og Knudsen, A.K. (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. IS- 2285. Oslo: Helsedirektoratet.

Alvsvåg, H. (2010) *På sporet av et dannet helsevesen: om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe. s, 53-64.

Bjæro, B. og Kirkevold, M. (2008) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 149-183.

Dahlin, C. M, Cohen, K.A. & Goldsmith, T. (2010) Dysphagia, Xerostomia and Hiccups. I: Ferrell, B.R. & Coyle, N. red. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press, s. 239-267.

Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M.I., Koch, A.M. og Skaug, E.A. (2009) Hygiene. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldedal akademisk, s. 216-273.

Fisher, D.J., Epstein, J.B., Yao, Y. og Wilkie, D.J. (2014) Oral health conditions affect functional and social activities of terminally-ill patients. *National Institutes of Health* [internett], 22 (3), s. 1-16. DOI: 10.1007/s00520-013-2037-7.

Flovik, A.M (2005) *Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende*. Oslo: Akribe

Førlan, O. (2014) Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I: Haugen, G. og Rannestad, T. Red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 225-241.

Gilliam, J. L. og Gilliam, D.G. (2006) The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. *The Journal of The Royal Society for the Promotion og Health* [internett], 126 (1), s. 33-37. DOI: 10.1177/1466424006061174.

Haugen, D.F., Sogstad, M., Eidsvik, H.N., Knudsen, A.k., Gudim, H.B., Ahmed, M., Saastad, N., Welde, S.W., Landmark, B. og Grøgaard, J. (2015) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. IS – 2278. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsreformen* [internett] Tilgjengelig fra:
<<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>> [Lest 19. Februar 2016].

Kaasa, S. (2013) Palliativ medisin- en introduksjon. I: Kaasa, S. Red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-46.

Kaasa, S. og Loge, J.H. (2013) Diagnostikk innen palliasjon –en generell innføring. I: Kaasa, S. red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 75-88.

Kristoffersen, N.J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Nortvedt, F. og Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-99.

Kristoffersen, N.J., Nortveidt, F. & Skaug, E.A. (2008) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. red. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-27.

Kvalheim, S.F., Strand, G.V., Husebø, B.S. og Marthinussen, M.C. (2006) End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology* [internett], May 6, s. 1-8. DOI: 10.1111/ger.12198.

Rohr, Y., Adams, J. og Young, L. (2010) Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (9), s. 439-444.

Schødt, B., Haugen, D.F., Straume, M. og Værholm, R. (2013) Familien. I: Kaasa, S. Red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 89-114.

Slettebø, Å. (2010) Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 207- 224.

Sneltvedt, T. (2010) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B.S. red. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 97-115.

Sundal, T.E. (2012) Munnstell til alvorlig syke og døende. *Omsorg*, (2). s. 49-51.

Thorsen, L., Helgesen, R., Størkson, A.W., Solvåg, K. og Renna, R. (2014) *Munnstell til palliative pasienter* [internett] Bergen: Haraldsplass diakonale sykehus og Helse bergen. Tilgjengelig fra <<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-palliative-pasienter>> [Lest 12. Mars 2016].

Trier, E.L. og Jørstad, C. (2014) Munnstell av alvorlig syke. *Sykepleien* [internett], s. 1-14. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/forskning/2014/06/munnstell-av-alvorlig-syke>> [Lest 31. Januar 2016].

Vesterhus, G.S., Kvalheim, S.F. og Marthinussen, M.C. (2015) Munnstell hos døende pasienter –hva vet vi om det?. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 32 (1), s. 34-38.

MUNNSTELL TIL PALLIATIVE PASIENTER – KORTVERSJON

Er pasienten bevisstløs, skal eventuelle proteser alltid være ute, og det må tas spesielle hensyn ved munnstellet

	MUNNPLEIEMIDLER/ UTSTYR	TILTAK
FORBEREDELSE til kartlegging	Munnspeil eller spatel Lys Hansker Pussbekken Håndkle/papir	Informert pasienten Plasser pasienten best mulig for gjennomføring av munnstellet
KARTLEGGING	Kartleggingsskjema ROAG, norsk versjon	Undersøk lepper, tunge, tenner, tannkjøtt og slimhinne og kartlegg symptomer fra munnhulen, rutinemessig og systematisk Bør gjøres ved innleggelse, deretter ved behov Dokumenter i journal
SMØRING AV LEPPER	Hvit vaselin eller vannbasert leppekrem (eks. Blistex®)	Start og avslutt alltid med leppesmøring
RENGJØRING	Myk tannbørste med lite hode, eventuelt elektrisk tannbørste Tannkrem med nøytral såpe (f.eks. Zendium®, Sensodyne®), liten mengde Låsbar tang og tupfere Hydrogenperoksid 0,5 % (Hydrogenperoksid 3 %: 15 ml i 75 ml vann), alternativt NaCl 9 mg/ml	Rengjør tenner og tunge Eventuelle proteser tas ut og pusses Rengjør slimhinner
SMØRING	Glyserol 17 % (Glyserol 85 %: 10 ml i 40 ml vann) + evt. smakstilsetning Alternativer: Matolje eventuelt blandet med vann For ytterligere tiltak ved munntørrehet se egen oversikt	Pensle slimhinner, tannkjøtt og tunge

ROAG munnvurderingsinstrument norsk versjon

februar 2014

Lokalisasjon	Metode	Gradert symptombeskrivelse			Tiltak ved symptomer
		1	2	3	Ved grad 2
Stemme	Snakke, lytte	Normal stemme	Tørr, hes, smattende	Vanskelig å snakke	Fukt munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukting med spytstimulerende eller spytterstatningsmidler.
Lepper	Observer	Myke, lyserøde, fuktige	Tørre og sprukne, sår i munnvikene	Såre og lettblødende	Lokal smertelindring. Smør med fet krem/ salve
Munnslimhinner Fjerne ev. protese	Bruk belysning og munnspeil* Observer: hø. kinn, innside leppe, overkjeve, ve. kinn, innside leppe, underkjeve, gomme, munn-gulv	Lyserøde, fuktige	Røde, tørre eller områder med belegg	Sår med eller uten blødning	Lokal smertelindring. Rengjøring (ta bort skorper). Etterfukt.
Tunge	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserød, fuktig med papiller	Ingen papiller, rød og tørr, belegg	Sår med eller uten blødning, blemmer	Lokal smertelindring. Fjerne belegg og skorper. Etterfukt
Tannkjøtt	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Lyserødt og fast	Hovent og rødt	Spontan blødning	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene Skyll med antibakterielt middel
Tenner	Bruk belysning og munnspeil* Observer	Rene, intet synlig belegg eller matrester	Belegg eller matrester lokalt, dårlige tenner	Belegg eller matrester generelt	Hjelp med tannbørsting og rengjøring mellom tennene. Passende fluortilførsel
Protese	Observer	Rene og fungerende	Belegg eller matrester, fungerer dårlig	Brukes ikke	Hjelp med proteserengjøring, og rengjøring mellom tennene.
Saliva/spytt	Dra med munnspeilet* langs med kinnets innside	Glir lett	Glir tregt	Glir ikke i det hele tatt	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk). Etterfukte med spytstimulerende eller spytterstatningsmiddel.
Svelging Relatert til smerte og munntørhet	Be pasienten svelge, observer og spør	Uhindret svelging	Ubetydelige svelgproblemer	Uttalte svelgproblemer	Fukte munnen med vann (drikke, skylle eller munntørk) Etterfukte med spytstimulerende eller spytterstatningsmiddel.

*Dersom ikke munnspeil er tilgjengelig, anbefales bruk av trespatel

Tiltak tilsvarende grad 3i ROAG: henvisning eller konsultasjon tannlege/ tannpleier, alternativt lege

Med tillatelse fra Pia Andersson, Leg. tandhyg., dr.odont.vet. / RDH, ph.d., Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle

