

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Lenita Ekerhovd Johansen og Hanne Johnsen

Veileder: Ann-Grete Dybvik Akre

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA10

Veiledning av et onkologisk behandlingsteam

Guidance of an oncological treatment team

Antall ord: 11403

Bachelor i Tannpleie

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Denne oppgaven er et litteraturstudie som tar for seg veiledning og innholdet i veiledningen. Vi tar også for oss orale komplikasjoner av alle typer kreftbehandling. Hensikten med oppgaven er å finne svar på hvordan tannpleier kan veilede et onkologisk behandlingsteam og hva en veiledning eventuelt bør inneholde. Problemstillingen ble derfor: “Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?” for å finne svar på problemstillingen ble det benyttet eksisterende forsknings- og faglitteratur samt relevant pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og egne erfaringer fra praksis under utdanningen. Gjennom arbeidet med oppgaven viser anvendt forskning at svært mange av kreftpasientene opplever orale bivirkninger. I forhold til forskning på veiledningsmetoder for tannhelsepersonell viste det seg at det manglet relevant forskning på området. De fleste artiklene vi fant omhandlet annet helsepersonell og kreft, veiledning på skoler eller tannlegers oppgave med kreftpasienter. Likevel fantes det noen artikler som direkte kunne settes opp mot, eller relateres til problemstillingen. Temaet som blir drøftet i oppgaven er hvordan kreft og kreftbehandling påvirker den orale helsen, hvordan tannpleiere kan veilede et onkologisk behandlingsteam og hvilket innhold veiledningen bør ha. Det konkluderes med at om tannpleiere får en større rolle i et onkologisk behandlingsteam i form av veiledning, vil dette føre til et mer helhetlig arbeid i oppfølgingen av pasienter med kreft.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 VÅR FAGLIGE PLATTFORM	3
1.4 AVGRENSING	3
1.5 FORMÅL	4
1.6 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER.....	5
1.7 DISPOSISJON.....	5
2. METODE	7
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK.....	8
2.2 KILDEKRITIKK.....	9
2.3 PRESENTASJON AV HOVEDARTIKLER.....	9
3. TEORI.....	12
3.1 TANNPLEIERS ROLLE OG FUNKSJON	12
3.2 VEILEDNING.....	13
3.3 PASIENTERS RETTIGHETER	15
3.4 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID.....	15
3.5 KREFT OG KREFTBEHANDLING	17
3.5.1 <i>Cellegift og strålebehandling.....</i>	<i>18</i>
3.6 ORALE BIVIRKNINGER.....	20
3.7 EGENOMSORG HOS PASIENTER MED KREFT	23

4.	DRØFTING	24
4.1	VEILEDNING.....	24
4.2	HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK	27
4.3	HVA BØR VEILEDNINGEN INNEHOLDE?.....	28
5.	KONKLUSJON	33
6.	LITTERATURLISTE	

1. Innledning

I løpet av livet vil omtrent fire av ti personer en eller annen gang få kreft (Herlofson, Løken & Støre, 2012). Dagens kreftbehandling er i forhold til før mer individuelt tilpasset, aggressiv og komplisert. Dette medfører ikke bare nye og større utfordringer for helsepersonell som jobber med kreftpasienter på daglig basis, men også for oss som tannpleiere (Skår, Løes, Thorsen, Afnan & Løes, 2010). I følge artikkelen til Herlofson, Løken og Støre (2012) har kreftpasienter større sjanse for å overleve enn før, noe som betyr at kreftoverlevende heller dør av andre årsaker. Som følger av stabil dødelighet ved kreft, vil vi som tannpleiere møte flere kreftoverlevende som vil trenge langtidsoppfølging der fokuset vil være på forebygging, håndtering av orale komplikasjoner og sen effekter av kreftbehandlingen enn tidligere.

Nye behandlingsformer fører også til at flere av kreftpasientene får et forlenget livsløp som følger av behandlingen. Det vil si at tannpleiere ikke bare møter kreftoverlevende, men også pasienter som trenger lindrende behandling i sluttfasen av livet (Herlofson, Løken & Støre, 2012). Selv om tannpleiere kan oppleve å ha flere kreftpasienter, er det sjeldent at tannpleiere blir inkludert i et behandlingsteam. Kartlegging og bivirkningene til mange av de nye kreftmedisinene blir sjelden kartlagt, noe som fører til usikkerhet når det gjelder sammenhengen mellom orale bivirkninger og kreftbehandling, til tross for at orale komplikasjoner oppstår hos opptil 40% av pasienter med kreft utenfor hode- og halsområdet (Herlofson, Løken & Støre, 2012). I dag lever pasienter lenger med sin sykdom enn tidligere, som fører til at kunnskap om orale bivirkninger må økes (Herlofson & Løken, 2006). Derfor vil det være svært viktig at vi som tannpleiere har fokus på å øke kunnskap rundt kort- og langtidsvirkninger som følge av kreft og kreftbehandling. Behandlingen for kreft er ofte komplisert og langvarig, og det er derfor nødvendig med medisinsk-odontologisk tverrfaglig samarbeid for at vi som tannpleiere skal kunne ivareta pasientens orale helse på best mulig måte. En måte å øke kunnskapen på, er ved at tannpleiere veileder og underviser det onkologiske behandlingsteamet om oral helse, orale bivirkninger og konsekvenser under og etter kreftbehandling (Herlofson, Løken & Støre, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som tannpleierstudenter har vi ofte opplevd i løpet av studiet og under praksisperiodene at det er lite kunnskap om hva enn tannpleier er, noe som også innebærer tannpleiers funksjon. I tillegg opplever vi stadig at generell kunnskap om oral helse er fraværende hos annet helsepersonell. Når kunnskapen om orale bivirkninger mangler hos annet helsepersonell, vil det være mindre fokus på de orale konsekvensene hos kreftpasienter. Vi ønsker at oppgaven skal belyse hvordan en tannpleier kan veilede et onkologisk behandlingsteam og hva veiledningen burde inneholde. I tillegg ønsker vi å få fram hvorfor veiledningen er viktig. Det er kjent at orale symptomer og komplikasjoner kan føre til at kreftbehandlingen blir dårligere og gir klart dårligere livskvalitet. Dårlig oral helse er noe som kan påvirke både bedring av sykdommen og overlevelse av kreftsykdom (Herlofson & Løken, 2006).

Cellegiftbehandling er for tannpleiere en tid der “alt går galt”. Begrunnelsen for argumentet er at pasientene ofte blir sår i munnen og mange blir plaget med kvalme (Herlofson & Løken, 2006). Som følger av bivirkningene, spiser pasientene mer usunt, opplever å få brekninger og kaster opp, noe som kan føre til erosjonsskader (Carlsson, 2006). Mange av pasientene mister evnen til egenomsorg, som kan føre til manglende tannpuss på grunn av kvalme, smerter eller utmattelse. Mangel på tannpuss kan føre til store orale komplikasjoner. Slik vi oppfatter det, kan tannpleier veilede det onkologiske behandlingsteamet for å forebygge og lindre orale komplikasjoner. I tillegg kan de få veiledning i enkle, forebyggende tiltak de kan utføre for pasienten. Vi som tannpleiere jobber med helsefremmede og forebyggende arbeid, og med dette kan vi være med på å forebygge irreverible skader som for eksempel karies og erosjonsskader. Ved at vi skal fremme helse er det viktig at vi øker kunnskapen rundt veiledning og undervisning til et onkologisk behandlingsteam (Skår, Løes, Thorsen, Afnan & Løes, 2010).

1.2 Problemstilling

Hovedsakelig ønsker vi etter denne oppgaven å sitte igjen med mer kunnskap om kreft, kreftbehandling, orale konsekvenser, og hvordan en tannpleier ved hjelp av veiledning kan bidra til å øke kunnskapen om det aktuelle temaet. Derav har vi kommet frem til

problemstillingen:

‘‘Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?’’

Under innhold vil det ikke kun være fokus på selve faktadelen, men også innholdet i fremgangsmåten på veiledningen. Veiledning kan i følge Tveiten (2013) være et paraplybegrep der flere pedagogiske metoder kan inngå, deriblant undervisning (Tveiten, 2013). Derfor har vi valgt å bruke veiledning som et begrep der undervisning går under veiledningsprosessen.

1.3 Vår faglige plattform

Gjennom både praksisperiodene og teoridelen under vår utdanning, har vi tilegnet oss kunnskaper og ferdigheter som omhandler tannpleie generelt. Det omhandler også kreft, kreftbehandling og orale bivirkninger. Per dags dato har ingen av oss fått erfare en kreftpasient i praksis, ei heller funnet noe særlig om hva tannpleierens funksjon er i møte med en kreftpasient. Derfor opplever vi at vi mangler spesifikk kunnskap om den aktuelle pasientgruppen basert på typiske bivirkninger og trekk ved kreftpasienter. Gjennom praksis har vi fått erfaring med mange forskjellige type pasienter, men føler oss fortsatt ikke godt nok forberedt i møte med pasienter som er under kreftbehandling, eller som har avsluttet en kreftbehandling. Vi ønsker også at tannpleiere skal bli mer inkludert og belyst i et behandlingsteam i form av veiledning av teamet. I første omgang, mener vi at det kan utføres gjennom veiledning av behandlingsteamet og derfor fokuserer vi på veiledningens innhold og hvordan tannpleieren kan utføre veiledningen. Tannpleiere sitter inne med mye kunnskap, og dersom vi i større grad blir inkludert, kan dette føre til en bedre og lettere hverdag både for annet helsepersonell, pasienter og pårørende.

1.4 Avgrensning

For å avgrense temaet har vi valgt å fokusere mest på kreftbehandling i form av cytostatika og strålebehandling i hode-halsregionen. Bakgrunnen for dette er at majoriteten av pasienter som har kreft vil motta cytostatika og/eller strålebehandling under sykdomsforløpet. (Skår,

Løes, Thorsen, Afnan & Løes, 2010).

I tillegg er cytostatika og strålebehandling i hode- halsregionen det som gir de største orale bivirkningene i forhold til de andre kreftbehandlingene som finnes i dag (Skår et. Al, 2010).

Vi har valgt å avgrense oppgaven i form av at vi nevner kort om målrettede legemidler, kirurgi, immunterapi og stamcelletransplantasjon. Vi har valgt å nevne dette etter som noen av bivirkningene som oppstår etter behandlingene nevnt ovenfor er relevante. Likevel ønsker vi ikke å gå i dybden på disse, da de resterende bivirkningene ikke omfatter den orale helsen.

Vi har valgt å avgrense til voksne kreftpasienter og kreftoverlevende av den enkle grunn at risikoen for kreft øker med alderen, i tillegg til at det ofte er andre former for kreft som rammer voksne enn barn (Oncolox, 2016). Vi har valgt å ekskludere annet type tannhelsepersonell mest mulig, da det hovedsakelig vil handle om tannpleiere. Tannpleieren jobber med utadrettet arbeid, og oppgaven vil derfor omhandle tannpleiers rolle i forhold til innholdet i veiledningen og veiledning av et onkologisk behandlingsteam i stedet for en enkelt pasient. I følge Tveiten (2013) kan veiledning defineres som et paraplybegrep. Det kan derfor bety at andre pedagogiske metoder inngår deriblant undervisning som en del av prosessen, alt etter hva det er behov for. I denne oppgaven bruker vi undervisning som en del av veiledningen.

1.5 Formål

Formålet med denne oppgaven er å belyse orale konsekvenser av kreftbehandling, hva en tannpleier bør fokusere på under en veiledning av et onkologisk behandlingsteam og hvordan veiledningen blir mest mulig lærerik og nyttig. I forskjellige fag- og forskningsartikler er hovedfokuset på tannlegens rolle og hvordan de bør håndtere og behandle pasienter med kreft eller som er under kreftbehandling. Vi ønsker derfor å fremme hvordan tannpleier kan bidra med veiledning til det onkologiske behandlingsteamet og hva veiledningen bør inneholde. Tannpleieren vil da bidra til å sikre at den orale helsen hos pasienten blir opprettholdt, samt at hverdagen og behandlingsforløpet bedres.

1.6 Definisjon av sentrale begreper

Helsefremmende arbeid - En prosess som skal gjøre mennesker i stand til å øke kontrollen over samt forbedre sin egen helse (World Health Organization, s.a.).

Forebyggende arbeid - Dekker tiltak for å forhindre forekomst av sykdom, reduksjon av risikofaktorer, hindring av sykdomsutvikling og reduksjon av konsekvenser når sykdom er etablert. (World Health Organization, 1984).

Oral helse - Innebærer en tilstand der smerter i munn, ansikt og svelg, periodontal sykdom, kreft i munnhule eller svelg, orale infeksjoner eller sår, karies, tanntap og andre forstyrrelser er fraværende. Ergo, alt som går ut over pasientens velvære og selvfølelse. (World Health Organization, 2012).

Onkologi - Kunnskap om kreftsykdommer (Store medisinske leksikon, 2018).

Veiledning - En læreprosess som foregår mellom to eller flere personer for å skape mening, ny forståelse og mulige handlingsalternativer i profesjonelle sammenhenger (Tveiten, 2013).

Egenomsorg – Handlinger og aktiviteter et individ initierer og utfører selv for å opprettholde god livs- og helsekvalitet, samt egen velvære (Orem, 2001).

1.7 Disposisjon

Oppgaven vår er delt inn i fem kapitler, som er følgende; innledning, metodekapittel, teoridelen, drøftingsdelen og til slutt konklusjon. I kapittel en har vi presentert og begrunnet bakgrunnen for oppgaven, formålet, problemstillingen, avgrensning og en definisjon av sentrale begreper. I kapittel to presenteres det hvilke metode oppgaven er basert på, vi beskriver også de fire forskningsartiklene vi har brukt samt hvilke funn vi har gjort. Litteratursøkene vi har gjort samt kildekritikken er også beskrevet. Kapittel tre er selve teoridelen i oppgaven, der vi presenterer og gjør rede for litteratur og forskning som belyser temaet. Det som blir vektlagt i kapittel tre, altså teoridelen, er tannpleierens rolle og funksjon, veiledning, helsefremmende og forebyggende arbeid, hva kreft er, forskjellige typer kreftbehandling, orale bivirkninger og egenomsorg hos pasienter med kreft. I teoridelen blir det altså gjort rede for litteratur og forskning som er med på å belyse temaet for denne bacheloroppgaven. I kapittel fire skal vi drøfte og diskutere problemstillingen vår

ut i fra det som er skrevet i teoridelen. Dette vil bli gjort ved hjelp av de anvendte forskningsartiklene, fagartiklene og egne erfaringer. I kapittel fem oppsummerer vi det som har blitt drøftet, og vi skal diskutere om vi har kommet frem til et tilfredsstillende svar på vår problemstilling.

2. Metode

Metode et strukturert hjelpemiddel. Metoden bidrar til å løse et eller flere problemer på en faglig måte. (Dalland, 2014). Oppgaven er et litteraturstudie. Ved å bruke litteraturstudie som metode, benyttes det eksisterende forskning samt utvalgt litteratur om et spesifikt tema. Utfordringene med å bruke metoden kan være at det blir vanskelig å finne relevant forskning, samt må vi forsikre oss om at forskningen er av nyere dato og at den har god kvalitet. Studiet er basert på litteratur med kvalitativ og kvantitativ profil på forskningsartiklene. Vi skiller kvalitativ og kvantitative metoder ved at kvalitativ metode refererer til resultater som viser til menneskers følelsesmessige tankevirksomhet, som opplevelser og meninger. Det gir derfor ikke informasjon om målbare størrelser. Derimot er kvantitativ metode er en fremgangsmåte som viser til målbare data i form av tall og statistikk (Dalland, 2014). For å kunne underbygge og drøfte problemstillingen ‘*Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?*’, har vi i denne oppgaven valgt å bruke både artikler med kvalitativ profil og artikler som benytter seg av kvantitativ metode. Helsepersonellet og pasienters egne oppfatninger gir en god fremstilling av de ulike utfordringene som er knyttet til oral helse og kreftbehandling og holdninger blant helsepersonell om oral helse. I tillegg vil tallmateriale fra kvantitativ forskning gi en indikasjon på om de objektive observasjonene eksisterer sammen med den kvalitative forskningen (Dalland, 2014).

Litterære oppgaver er basert på publisert litteratur og erfaringer (Dalland, 2014). Vi har ingen tidligere erfaring med kreft og/eller kreftbehandling hos pasienter. Dette gjelder både under praksisperiodene i den offentlige tannhelsetjenesten, og under observasjonspraksis på private tannklinikker. Derimot vil det bli benyttet egne erfaring dersom vi har kjennskap til andre relevante momenter i oppgaven. For å kunne drøfte problemstillingen vår på best mulig måte, er det etter retningslinjene som er gitt for bacheloroppgaven brukt fagfelleverderte forskningsartikler i tillegg til pensumlitteratur og annen relevant litteratur. Som en del av Høgskolen i Innlandets krav til referanser i skriftlige oppgaver, har vi benyttet APA-standard.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Det er benyttet Høgskolen i Innlandets godkjente søkemotorer og databaser for å finne relevant fagfellevidert litteratur. I forbindelse med søking, er det i henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven blitt benyttet PICO-skjema.

P: (problem/patient)

I: (intervention)

C: (comparison)

O: (outcome)

PICO klargjør hvem/hva problemstillingen din handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilke utfall du er interessert i. I vedlegg har vi lagt ved PICO-skjema. Skjemaet viser fremgangsmåten for artikkelsøk av egenvalgte forskningsartikler. Vi har merket selvvalgt litteratur i litteraturlisten med * foran kilden. Hovedsakelig har vi brukt søkemotorene Oria og Google Scholar. Databasene som er mest brukt er NorArt, SveMed, Cinahl og PubMed. For å presisere og avgrense søket mest mulig, er det benyttet flere søkeord sammen.

De mest vesentlige søkeordene var “orale komplikasjoner AND kreftbehandling” “dentale erosjoner”, “kreftbehandling AND bivirkninger”, “kreftbehandling AND munnhulen”, “oral helse AND kreftbehandling” “tannbehandling AND medisiner” “tannhelse AND kreft” “oral complications of chemotherapy” “fatigue AND cancer therapy” “teaching AND dental hygienist AND oral health OR oral hygiene OR dental health” “depression AND cancertherapy”. Utfordringene i søkingen var å finne relevante forskningsartikler som kunne brukes og relateres til oppgaven. Vi fant kun én forskningsartikkel om veiledning som kunne relateres til problemstillingen og oppgaven. Mange av artiklene vi fant handlet om annet helsepersonell og kreft, men et par av artiklene kunne brukes i forbindelse med oppgaven. I tillegg handlet de fleste artiklene om tannlegers rolle og hvorvidt om tannhelsepersonell skal inkluderes i et onkologisk behandlingsteam. Vi ser på dette som en svakhet i vår oppgave, og oppfordrer derfor til videre forskning på temaet.

2.2 Kildekritikk

For å avgjøre om en kilde er pålitelig, bruker vi kildekritikk som fremgangsmåte. Kildekritikk utføres for å forsikre at kilden er nyttig og pålitelig (Dalland, 2014). I arbeidet med bacheloroppgaven har vi vurdert kildens relevans og troverdighet med tanke på problemstillingen. I de utvalgte forskningsartiklene er det undersøkt om det er fagfellevurdert. I følge Dalland (2014) skal artikkelen ha oppsett med introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette blir kalt for IMrAD-strukturen og har blitt kontrollert for å kvalitetssikre oppgaven vår mest mulig. Det er også et krav om selvvalgt litteratur, noe vi har benyttet oss en del av da det har vært mangel på relevant pensumlitteratur for selve temaet. Det meste av den selvvalgte litteraturen kommer fra både vestlige og ikke-vestlige land. Det kan like fullt relateres til den aktuelle problemstillingen, basert på at litteraturen er fra land som har tilsvarende lik kultur som i Norge. Forskningsartiklene vi har anvendt, med unntak av to tilfeller, er publisert de siste ti årene. Årsaken er at det stadig blir publisert ny forskning om kreftbehandling og artikler som er over ti år gamle, kan være utdatert som følge av dette.

2.3 Presentasjon av hovedartikler

Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? (2006) Skrevet av Bente B. Herlofson og Kristine Løken. Via NorArt søkte vi på kreftbehandling AND munnhulen. Søket ga 2 treff. Denne forskningsartikkelen er basert på andre forskningsartikler samt egen forskning og erfaringer. Hyppigheten av orale bivirkninger avhenger av hvilken type kreftbehandling det er, men det er cellegift og strålebehandling som ifølge denne artikkelen har de største bivirkningene. Det er resultater fra både akutte og kroniske bivirkninger. Ved både cellegift og strålebehandling viser det seg at flere pasienter kan oppleve mukositt, infeksjoner, spyttkjerteldysfunksjon, munntørrehet, smaksforstyrrelser og/eller smerter under og kort tid etter behandlingene. Karies og periodontal sykdom er det flere som opplever som senskader av behandlingene. Det er også vist til andre akutte og kroniske bivirkninger, men ovennevnte er fellesbetegnelse for begge type kreftbehandling. Konklusjonen i artikkelen er at

odontologisk helsepersonell bør være mer inkludert i et onkologisk behandlingsteam, nettopp på grunn av hvordan munnhulen påvirkes av kreftbehandling.

Cytostatika og oral helse (2010) Skrevet av: Randi Skår, Inger M. Løes, Lise Thorsen, Shores Afnan og Sigbjørn Løes.

Her har vi benyttet Norart og brukt søkeord oral helse AND kreftbehandling. Søket ga kun et treff. Forfatterne av artikkelen fant ti artikler der de har basert seg mest på fire av dem. Orale bivirkninger av cellegift som ble nevnt var mukositt, infeksjoner, karies, mineraliseringsforstyrrelser, hyposalivasjon/xerostomi og smaksforstyrrelser. Det er flere tabeller som viser til orale bivirkninger på lik linje med forrige artikkel. Konklusjonen her er også at det bør være mer fokus på oral helse både før, under og etter en kreftbehandling. Derfor vil det være gunstig med et tett samarbeid mellom tannhelsepersonell og onkologiske behandlingsteam.

Oral health status of 207 head and neck cancer patients before, during and after radiotherapy (2008). Skrevet av Bruno C. Jham, Patricia M. Reis, Erika L. Miranda, Renata C. Lopes, Andre L. Carvalho, Mark A. Scheper & Addah R. Freire. Forskningsartikkelen ble funnet via Google Scholar. Søkeordene som ble benyttet var oral health radiotherapy og vi begrenset tidsperioden til 2008-2018. Søket gav rundt 107 000 treff, men denne artikkelen var den første på siden. Artikkelen viser til forskere som har studert pasienters orale helsetilstand før, under og etter strålebehandling i hode-hals regionen over en periode på to år. Undersøkelsen ble utført i Brasil ved den orale kreftbehandlingsavdelingen på Universidade Federal de Minas Gerais. I resultatet viste det seg at flere pasienter hadde redusert oral helse før strålebehandling, men at de orale plagene økte under behandlingen. Etter strålebehandlingen var plagene redusert, bortsett fra munntørhet. Dette eksisterte fortsatt i høy grad. Hos et mindre antall pasienter ble det oppdaget strålerelatert karies og osteonekrose etter strålebehandlingen.

Dental hygiene education for nursing staff (2006). Skrevet av Erika Kullberg, Marianne Forsell, Peter Wedel, Petteri Sjögren, Olle Johansson, Bertil Herbst og Janet Hoogstraate. Forskningsartikkelen ble funnet via Cinahl med søkeordene "teaching" AND "dental hygienist" AND "oral health" OR "oral hygiene" OR "dental health". Søket ga 88 treff. Artikkelen baseres på en undersøkelse gjort i Stockholm i 2006. Formålet med studiet var å

presentere et nytt undervisningsprogram for pleiepersonell og finne ut virkningen av det på et sykehjem i Stockholm. Strategien var delt inn i tre steg. Det første var en instruksjon til pleiepersonell om oral helse for pasienter og instruksjon i børsteteknikk. Det andre var å samle en liten diskusjonsgruppe på fire til åtte personer som ble ledet av en tannpleier og en psykolog. Det tredje steget var faglig undervisning med fokus på oral hygiene, oral helse og generell helse blant de eldre. Under programmet ble det lagt merke til en negativ holdning rundt stell som omhandlet oral hygiene blant pleiepersonalet, selv om de også mente det var viktig. Etter utført program var kunnskapen rundt oral helse økt, og pleiepersonalet følte seg mer sikre på å utføre korrekt munnstell. Studiet viste at kunnskapen samt interessen for oral hygiene økte og at det kan føre til økt fokus på munnstell på sykehjem.

What goes up, does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period (2011). Skrevet av Linda E. Carlson, Amy Waller, Shannon L. Groff, Jeanine Giese-Davis og Barry D. Bultz.

Forskningsartikkelen ble funnet via Oria med søkeordene “cancer”, “distress” og “morbidity”. Søket ga 17 resultater. Artikkelen baseres på en undersøkelse som ble gjort mellom juli 2007 og februar 2008. Det var 877 deltagere fra et kreftsentrum i Canada og studiet gikk ut på å kartlegge deres nivå av engstelse, smerte, fatigue, depresjon og angst over et år. Det skulle undersøkes om hvordan deres nivå av ovennevnte faktorer var etter 3, 6 og 12 måneder. Resultatet viste at faktorene angst, depresjon og engstelse avtok betraktelig gjennom hele undersøkelsen, mens fatigue og smerter var uten endring. Sivilstatus og kreftbehandlingen hadde også en innvirkning på utfallet av angst, depresjon og engstelse. De som ikke var gift og de som var under kreftbehandling, særlig strålebehandling, viste mer tendenser til angst, depresjon og engstelse enn de som var gift eller mottok profesjonell hjelp.

3. Teori

For å kunne drøfte selve problemstillingen, vil det være nødvendig å være opplyst om forskjellige problemer og utfordringer den aktuelle pasientgruppen står ovenfor. Det vil også være viktig hva vi som tannpleiere kan bidra med i henhold til vår kompetanse og vårt fagfelt samt hvilke tilbud som per dags dato er aktuelle for pasientgruppen. I denne delen av oppgaven vil vi gå inn på tannpleiers rolle og funksjon, der fokuset vil være på arbeid utenfor klinikken som kan være ved veiledning av et onkologisk behandlingsteam, hva kreft er, forskjellige typer kreftbehandling. Vi fokuserer spesielt på cytostatika og strålebehandling, orale bivirkninger av kreftbehandling og pasienters rettigheter i henhold til lovverket.

3.1 Tannpleiers rolle og funksjon

En av tannpleiers arbeidsoppgaver er å kartlegge helseatferd, der vi skal utvikle samt initiere helsefremmende og forebyggende prosjekter. Som tannpleiere skal vi lede folkehelsearbeid i befolkningen, og vi skal ivareta pasientene og gi veiledning når det er nødvendig, både på individ- og gruppenivå. Ved å prioritere tverrfaglig samarbeid, kan det bidra til å ivareta pasientens orale helse. Et eksempel på tverrfaglig samarbeid kan være veiledning av et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling. Vår oppgave som tannpleiere er å fremme god oral helse, forebygge sykdommer, behandle, diagnostisere og utføre kliniske oppgaver både på tenner og i munnhulen (Hansen, Dahl & Halvari, 2015).

Tannpleieryrket er en beskyttet profesjonstittel, og ifølge Helsepersonelloven (1999, §48) kreves det autorisasjon fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell for å praktisere som tannpleier i Norge. I henhold til yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere, skal gjeldende lover og regler alltid følges. Som tannpleiere skal vi vurdere arbeidsoppgavene i henhold til vårt kompetanseområde, og vi er derfor pliktige til å henvise videre til gjeldende tannhelsepersonell om nødvendig. Vi skal forsikre oss om at pasienten får kjennskap til de rettighetene som gjelder i hvert enkelt tilfelle, og vi skal til enhver tid holde oss faglig oppdatert innenfor vårt eget fagfelt (Norsk Tannpleierforening, s.a).

En av tannpleierens hovedfunksjoner er helsefremmende og forebyggende arbeid, noe som vil si at vi skal jobbe forebyggende i form av å forhindre at det utvikles nye sykdommer i tennene og i munnhulen generelt, men også forhindring av videreutvikling av sykdommer som allerede har oppstått. (Hansen et. Al, s.a.).

Som tannpleiere bidrar vi hovedsakelig til klinisk og radiologisk undersøkelse, diagnostisering av tenner, periodontiet og mucosa. En annen grunnleggende del av tannpleieryrket er å gi veiledning innen for eksempel tobakksavvenning, egenomsorg i forbindelse med oral helse (Hansen, Dahl & Halvari, 2015). Vi jobber også med utadrettet virksomhet som går ut på kunnskapsformidling og veiledning både på individ- og gruppenivå, som kan være i form av undervisning av skoleelever, ansatte på sykehjem eller et onkologisk behandlingsteam. Arbeidet foregår hovedsakelig selvstendig, men vi har en rekke andre tverrfaglige samarbeidspartnere. Det kan for eksempel være annet helsepersonell som sykehjems- og sykehuspersonale (Norsk Tannpleierforening, s.a.). I tiden fremover vil økt kunnskap innenfor andre fagfelt bli et viktig element for å kunne supplere til et forbedret tverrprofesjonelt samarbeid med alle profesjoner som tilbyr helsetjenester (Herlofson & Løken, 2006). Vi ønsker med denne oppgaven å belyse at vi som tannpleiere kan være en viktig ressurs for et onkologisk behandlingsteam. Ved å bruke veiledning som metode, kan vi som tannpleiere motivere til økt kunnskap hos behandlingsteamet, samt bedre ivaretagelsen av den orale helsen hos pasienter som mottar kreftbehandling (Kullberg, Wedel, Sjögren, Johansson, Herbst & Hoogstraate, 2006).

3.2 Veiledning

I Sidsel Tveitens bok (4.utg, 2013) beskrives veiledning på flere måter. En av disse måtene beskriver veiledning som en læreprosess som pågår mellom to eller flere personer for å skape mening, ny forståelse og forskjellige mulige handlingsalternativer i profesjonelle sammenhenger. Det står også at veiledning er en istandsettingsprosess, altså noe som startes og avsluttes. Ansvar i en veiledning er delt i den form av at veileder har ansvar for å tilrettelegge for istandsettingen, mens fokuspersonen eller fokusgruppen har ansvar for å gå videre med informasjonen som er gitt. Med å gå videre med gitt informasjon menes det i form av endring av egne tanker eller handlinger (Tveiten, 2013). Veiledning kan i følge Tveiten defineres som en rekke ulike prosesser som innebærer en form for undervisning,

opplæringsvirksomhet, læring og utvikling eller som hjelp for å legge til rette for læring og utvikling samt forandring. Grunnlaget for Tveitens definisjoner er tidligere teorier og forskninger. I boken defineres veiledning også som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess med hensikt om at fokusgruppens mestringskompetanse skal styrkes gjennom en dialog som er basert på kunnskap og menneskelige verdier (Tveiten, 2013).

For oss som tannpleiere er veiledning og kommunikasjon to sentrale begreper i et behandlingsforløp (Norsk Tannpleierforening, s.a). Metoden veiledning kan benyttes for å stimulere pasienten som blir veiledet til egen læring, og det er derfor et nyttig verktøy for tannpleieren i forbindelse med teamarbeid og bruker/pasientveiledning (Løw, 2009). De aller fleste typene veiledning, både i individ- og gruppeveiledning, går ut på å få mottakerne til å tenke selv, samt at mottakerne uttrykker det de selv mener (Hansen, Dahl & Halvari, 2015

Når det gjelder veiledning av annet helsepersonell, har det vist seg at det forekommer negative holdninger rundt munnstell og oral helse som følger av manglende kunnskap på området (Kullberg et. Al, 2006). I en undersøkelse som ble utført på pleiepersonell i Stockholm (2006), kom det frem at et undervisningsopplegg utført av tannpleier hadde positiv effekt på de negative holdningene. Økt kunnskap hos pleiepersonellet førte til økt kunnskap og en holdningsendring hos personalet rundt oral helse. Undervisningsopplegget var delt inn i tre faser. Første fase gikk ut på å vise i praksis hvordan munnstell skulle utføres, før personalet selv fikk prøve på hverandre. I andre fase skulle personalet deles inn i små grupper, for diskusjon som ble ledet av tannpleier. I siste fase skulle tannpleieren undervise om oral helse, orale sykdommer og oral hygiene. Denne studien ble gjort på helsepersonell som jobbet på sykehjem, men kan også relateres og brukes for helsepersonell som jobber med kreftpasienter (Kullberg et. Al, 2006).

Kunnskap om oral helse generelt er viktig uansett profesjon, men i arbeid med kreftpasienter er det visse områder der det trengs mer fokus og kunnskap om enn andre. De aktuelle områdene vil være orale bivirkninger som oppstår på grunn av kreftbehandling samt pasienters rettigheter til refusjon (Herlofson & Løken, 2006). Kunnskap om orale bivirkninger kan gi helsepersonellet mulighet til å forebygge samt behandle bivirkningene som oppstår. Pasienten skal under hele behandlingsforløpet få den behandlingen som er nødvendig. Dersom dette går utenfor det onkologiske behandlingsteamets fagområde, skal det henvises videre (Helsepersonelloven, §4).

3.3 Pasienters rettigheter

Som tannpleiere har vi ansvar for å holde oss oppdatert på hvilke rettigheter pasienter har. I utgangspunktet må alle voksne pasienter betale selv for å gå til tannpleier, men det finnes per dags dato 15 tilfeller i Helfo som kan gi dekning til utgifter knyttet til tannbehandling (Helfo, s.a). Helfo står for helseøkonomiforvaltningen og er et statlig forvaltningsorgan med oppgaver innen helsefinansiering (Helfo, 2018). Vi som tannpleiere skal vurdere hvilken type behandling som er refusjonsberettiget for tilstanden som gir refusjon, og vi skal dokumentere vurderingene som blir gjort i forbindelse med dette. Før en påbegynt behandling der pasienten har rett på refusjon, skal det innhentes all nødvendig dokumentasjon som for eksempel legeerklæring, kopi av journal samt foto og prøvesvar. Helfo kan kontrollere refusjonskravet, og all relevant informasjon er derfor viktig å ta med. Det er svært viktig å føre en nøyaktig og presis journal, som innebærer blant annet foreløpig diagnose, observasjoner, undersøkelser, funn og plan om videre oppfølging (Helfo, s.a). Pasientjournalen skal inneholde alt av relevante og nødvendige opplysninger, og må gjøres som følge av Helsepersonelloven §1, der det står: "Forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling". Paragrafen forteller noe om hvilke forskrifter og kriterier som må oppfylles før kravet om refusjon er gyldig. Blant de 15 punktene som gir rett til refusjon fra Helfo, er det fem punkter som kan gi refusjonsrett til pasienter med kreft. Følgende punkter er svulster i munnhulen eller hode- halsregionen, infeksjonsforebyggende tannbehandling, forskjellige sykdommer og anomalier i munn og kjeve, hyposalivasjon og sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer med varig sykdom (Helfo, s.a).

3.4 Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helsefremmende arbeid går ut på å utføre tiltak der målet er at en person eller befolkning skal klare å takle hverdagslige krav bedre, og på denne måten få bedre livskvalitet og helse (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013). Fokuset er å fremme folks selvfølelse, utvide og utvikle sosiale relasjoner og å støtte opp kroppens eget forsvar. Psykososiale forhold, økonomi, utdanning og generell livsstil er alle faktorer som er med å påvirke den orale

helsen. Som følge av ovennevnte faktorer, vil helsefremmende tiltak vil være med på å bidra til en bedre oral helse (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013). En akseptabel oral helse, som alle har krav på, er fravær av smerter og alvorlige lidelser i tenner og munnhulen. For at dette skal opprettholdes, kreves det nær samhandling og interaksjon mellom pasient, tannpleier og annet helsepersonell, i denne sammenhengen et onkologisk behandlingsteam. (Helsedirektoratet, 1999).

På et individnivå skal helsefremmende tiltak utføres i henhold til pasientens egen oppfatning av hva akseptabel oral helse er og pasientens behov. Det skal i tillegg settes realistiske og gjennomførbare mål. Målene varierer derfor etter pasientens egen motivasjon, økonomiske prioritering og medisinske tilstand (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013).

Forebyggende tiltak går ut på å redusere sykdommer, skader og sosiale problemer i befolkningen og å minske risikofaktorer. Forebyggende tiltak prioriteres over behandling med loven (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013). Vi kan dele inn forebyggende tiltak i tre hovedgrupper, primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak.

Primærtiltak fokuserer på problemene før de oppstår. Det betyr at risikofaktorene blir identifisert samt at det iverksettes nødvendige tiltak for å minske eller fjerne elementene som lager problemer eller sykdom. Målgruppen i et primærtiltak er større grupper som kan være tilfeldig eller for eksempel aldersbestemt. Et primærtiltak kan være å for eksempel utføre en kampanje som skal få mennesker til å velge vann som tørstedrikk, bruke fluorskyll eller slutte med snus/røyk (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013).

Sekundærtiltak handler om forhindring av videreutvikling eller tilbakefall av sykdom.

Et sekundærtiltak omhandler en mindre, mer spesifisert gruppe eller enkeltindivider som er mer utsatte for orale sykdommer enn majoriteten. Et eksempel på en gruppe som går under de som mer utsatte for orale sykdommer, er psykiatrispasienter. Det vil være mer hensiktsmessig å utføre sekundærtiltak som direkte omhandler deres utfordringer enn tiltak som er rettet mot den generelle befolkningen. Et annet eksempel kan være veiledning om oral helse rettet mot kreftpasienter (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013).

Tertiærforebyggende tiltak er som for det meste er rettet mot enkeltpersoner og har som mål å forhindre videre negativ utvikling av sykdom, opprettholde funksjonsnivået og hindre forverring av allerede etablerte problemer eller kroniske tilfeller. Tertiærforebyggende tiltak

kan for eksempel være protetisk behandling etter strålebehandling i hode- og halsregionen. (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013)

3.5 Kreft og kreftbehandling

Kreft er samlebetegnelsen på ca 200 ulike kreftformer. Det er mange fellestrekk, men det er også store forskjeller mellom dem. Sykdomsforløp, behandling og prognose vil derfor variere (Kreftforeningen, s.a.). Kreft er en gruppe sykdommer og det kjennetegnes ved ukontrollert celledeling. De muterte cellene har en evne til å invadere vev og andre organer omkring seg, samt spre seg til andre steder i kroppen. Etter hjerte- og karsykdommer er kreft den vanligste dødsårsaken i Norge. I 2015 døde ca 11.000 nordmenn av kreft (Kreftregisteret, 2018). I Norge utgjør cirka 2% av det totale antallet nyopptaget kreft hode- og halskreft (Oncolex, 2015). Hode- og halsområdet innebærer nese/bihule, strupehodet, munnhulen, svelg og spyttkjertler (Oncolex, 2015). Valg av behandling avhenger selvsagt av hvilke type kreft det er snakk om, egenskaper ved kreftsvulsten og om det er spredning. De vanligste behandlingene er cellegift, strålebehandling og kirurgi (Fosså, Toto, Smeland & Fosså, 2013). Stamcelletransplantasjon er også en form for kreftbehandling. Den nyeste formene for kreftbehandling i Norge er immunterapi (Kreftforeningen, s.a.).

Kirurgi er en viktig behandlingsmetode for å kurere kreft. Over halvparten av alle kreftpasienter blir operert en eller annen gang i sykdomsforløpet (Kreftforeningen, s.a.) Kirurgisk behandling innebærer at svulsten fjernes ved en operasjon. Dersom svulsten ikke har spredd seg, kan den i sin helhet fjernes under de rette forholdene. Er den ikke avgrenset, får pasienten tilbud om en kombinasjonsbehandling som går ut på at cellegift og/eller strålebehandling gis for å redusere svulsten størrelse før selve operasjonen. I noen tilfeller kan det også være aktuelt med cellegift/strålebehandling i etterkant av operasjonen for å minske risikoen ved et eventuelt tilbakefall av sykdommen (Loge, Dahl, Fosså & Kiserud, 2013).

I tilfeller der en operasjon ikke er vellykket, eller der kreften kommer tilbake etter den første behandlingen, kan legene gjøre en analyse av hvilke gener som er mutert i kreftcellene. Dermed kan de velge målrettede legemidler som har best effekt. Legemidlene fungerer ved at de blokkerer kreftcellene via genet fra å vokse (Fosså et.Al, 2013). Noen eksempler på

legemidler som fungerer slik er: Herceptin mot brystkreft, Zelboraf mot føflekkreft, Iressa mot ikke-småcellet lungekreft og Glivec mot blodkreft. Fellesbetegnelsen for nesten alle av disse medisinene er at noen av de vanligste bivirkningene blant annet er diaré, forstoppelse, oppkast og kvalme. Ved bruk av Herceptin er også stomatitt en vanlig bivirkning (Felleskatalogen, s.a).

Ved immunterapi brukes pasientens egne immunsystem til å angripe kreftcellene. Målet med denne type behandling er å gjøre immunsystemet i stand til å oppdage og fjerne kreftsvulstene. Immunterapi har færre alvorlige bivirkninger enn cellegift, men pasienter har opplevd moderate og mer alvorlige reaksjoner på denne type behandling. De aller vanligste bivirkningene ved immunterapi er diaré, oppkast, magesmerter, påvirkning av lever og nyrene samt kløe og utslett. (Kreftforeningen, s.a).

Stamcelletransplantasjon er en behandlingsform som kan brukes ved kreft i blodet, beinmargen og/eller lymfene. Stamceller er umodne celler skal modnes og kan bli til blodceller, muskelceller, nerveceller og så videre. Det finnes i beinmargen og i blod fra navlestrengen (Kreftforeningen, s.a). Ved en kraftig cellegiftbehandling, dør de fleste stamcellene. For at produksjonen av stamceller ikke skal bli ødelagt, blir det derfor utført en transplantasjon fra enten pasientens egne, friske stamceller som er tatt ut før cellegiftbehandlingen, eller via en donor. Vanlige bivirkninger er utslett, tørr hud, flassing, tretthet, manglende matlyst, gul hud, magesmerter, diarè, kvalme og oppkast (Kreftforeningen, s.a).

3.5.1 Cellegift og strålebehandling

Cellegift kan blant annet brukes for å drepe kreftsvulsten, krympe svulsten før en eventuell operasjon, drepe kreftceller som finnes andre steder i kroppen etter operasjon/strålebehandling, eller for å holde sykdommen ved like og hindre/minske plager som svulsten(e) forårsaker (Burton & Watson, 1998). Cellegift kan gis intravenøst eller peroralt hvor medisinen blir fraktet med blodet til celler og vev. Målet med cellegiften er å angripe cellens arvestoff som fører til at en celle rammet av kreftceller dør, likevel vil de friske cellene i kroppen også påvirkes. (Fosså Et.al, 2013).

På grunn av cellenes evne til å reparere DNA-skader, er det sikkert at de normale cellene tåler cellegiften bedre enn kreftcellene. For å sørge for at behandlingen blir mest mulig effektiv, blir det normalt brukt flere typer cellegift. Kombinasjonen av forskjellige cellegifter fungerer på grunn av måten de ulike kreftcellene blir angrepet på. (Fosså Et.al, 2013).

Bivirkningene som oppstår er individuelt og kan variere stort, og det er derfor uvisst på forhånd hvilken reaksjon pasienten har på cellegift. Pasientene får samme effekt av cellegiften uavhengig om de får bivirkninger, og på grunn av cellegiftens virkningsmåte, kan pasienter få bivirkninger fordi de friske cellene blir påvirket. (Burton & Watson, 1998).

Akutte bivirkninger under og raskt etter behandling er svært vanlig, og typiske akutte bivirkninger kan være nedsatt allmenntilstand, tretthet, kvalme, samt munntørrhet og munnsårhet. Munntørrhet påvirker slimhinnene som gjør at spiseevnen kan reduseres og maten kan smake annerledes, som igjen kan føre til brekninger (Fosså et. Al, 2013)

Det er vanlig å få irritasjon i huden, da særlig under øynene og rundt nesen. Andre bivirkninger kan være nedsatt følsomhet, at en lettere fryser og at man kan bli svakere. Noen av de avanserte cellegiftene som brukes mot brystkreft kan skade hjertemuskelen og føre til en kortvarig eller permanent reduksjon av hjertefunksjonen. I tillegg kan en oppleve nedsatt hukommelse, nedsatt oppmerksomhet, hukommelsestap, problemer med å uttrykke seg tydelig og læringsvansker (Fosså Et.al, 2013). De fleste cellegiftkurer gjør at immunforsvaret svekkes. En er spesielt utsatt for luftveisinfeksjoner, barnesykdommer, diaré og oppkast. I tillegg synker antall blodplater som følger av en cellegiftkur. Som følger av dette, kan blødninger oppstå oftere og lettere (Kreftforeningen, s.a). Lengden på ubehaget varierer, men kan vare alt i fra noen timer etter kuren starter, men kan også fortsette i timer og/eller dager etter at kuren er avsluttet. Forskjellige typer cellegiftkurer kan gi kvalme etter noen dager. Dette er bivirkninger som kan føre til store orale problemer, blant annet økt kariesforekomst og erosjonsskader (Kreftforeningen, s.a.).

Strålebehandling blir benyttet for å skade cellenes arvestoff, og effekten av dette vil være at kreftceller dør, samtidig som de forhindres til å fortsette dele seg (Fosså, et. Al, 2013).

Strålebehandling går ut på å bruke høyenergetisk røntgenstråling som skader cellenes arvestoff. Effekten av det vil være at kreftcellene dør samt at det forhindres at de fortsetter å dele seg. Målet med behandlingen er å minske eller fjerne svulsten helt, og under behandlingen prøver man å gi en stråledose som ikke skader friskt vev, men som nesten bare rammer kreftcellene (Fosså Et.al, 2013). Strålebehandling blir basert på at det normale cellevevet er

mindre følsomt enn kreftcellene, men likevel gir strålebehandling bivirkninger på normalt vev også, siden det ikke bare bestråler kreftcellene. Normalvevet har ulik følsomhet, og spesielt utsatte områder er blant annet slimhinner i munn og svelg (Fosså Et.al, 2013). Strålebehandling blir noen ganger gitt som eneste behandling, mens i andre tilfeller blir det brukt i tillegg til en operasjon som supplerende behandling for å minske risikoen for tilbakefall. Strålegift som supplerende behandling er spesielt vanlig i forbindelse med kreft i lunger, hjerne og knokler. Internasjonalt blir det regnet med at cirka femti prosent av alle kreftpasienter vil motta strålebehandling minst én gang i løpet av sykdomsforløpet (Fosså et. Al, 2013). Strålebehandling kan også bli brukt sammen med annen type behandling, for eksempel cellegift. Det blir også brukt ved tilbakefall og lindrende behandling. Strålebehandling blir hovedsakelig brukt ved kreftsykdom som vokser lokalt, for eksempel kreft i hode- og halsregionen og behandlingen kan ta opptil flere uker. Legen bestemmer hvor stor stråledose som skal bli brukt, samt hvor stort område som skal bestråles. (Fosså Et.al, 2013).

Hvilke bivirkninger man opplever, avhenger av mengden stråling og hvilket område som blir bestrålt. Strålingen påvirker som regel det vevet som blir bestrålt, og det er derfor vanlig at bivirkningene som oppstår er lokale og dermed kun oppstår på det området som blir bestrålt. Bivirkningene som oppstår, forsvinner som regel etter noen uker når behandlingen er over. De vanlige bivirkningene som kan komme er blant annet irritasjon i både hud og slimhinner, kvalme og diare samt tretthet. Blodprosenten kan synke og immunforsvaret blir svekket. I strålefeltet kan rødme og sårhet i huden oppstå. (Fosså Et.al, 2013). Hvis strålefeltet er mot tarm, mage, bekken og hode eller hals er de vanligste bivirkningene kvalme, dårlig matlyst, oppkast, magesmerter, diare og tørre slimhinner (Kreftforeningen, s.a.).

3.6 Orale bivirkninger

Munnhulen er et område som ofte blir påvirket, og det oppstår stadig akutte komplikasjoner herunder aktiv kreftbehandling. En fellesbetegnelse for bivirkninger ved de fleste typer kreftbehandling er kvalme, oppkast og munntørret. Konsekvenser for hyppig oppkast er dentale erosjoner, altså syreskader på tennene (Carlsson, 2006). Dentale erosjoner er tap av

tannsubstans som kan være forårsaket hyppig oppkast hvor magesyren skader tennene, eller fra sur mat som inneholder mye sitrus, sur drikke som i juice, saft eller sportsdrikker. Ved tilfeller av hyppig oppkast eller refluks, kan skadene over tid bli svært alvorlige og føre til omfattende behandlinger (Johansson, 2007).

En annen hyppig bivirkning er munntørrehet, altså xerostomi eller hyposalivasjon.

Xerostomi er den subjektive følelsen av å være tørr i munnen, mens hyposalivasjon er en målbar nedsatt spyttproduksjon (Reksten, Jonsson & Marthinussen, 2013). Problemene som oppstår ved munntørrehet kan være en forbigående skade, men det kan også være mer permanent avhengig av årsaken til at munntørrehet oppsto. Munntørrehet gir en rekke orale plager, noe som kan være svært plagsomt for pasienten. Det vanligste orale konsekvensene av munntørrehet er tørre og sprukne lepper samt tørre slimhinner. Pasienten kan få sår i munnvikene, spyttet kan endre konsistens i form av at det blir seigt og tygt. Pasienten kan også oppleve at det blir vanskeligere å snakke, svelge og smake, tillegg til at de har større sannsynlighet for å utvikle candidose, da særlig på tunge og gane (Birkeland & Løkken, 2005). Saliva, som også kalles spytt, hjelper til med å holde slimhinnene i munnhule og svelg fuktige. Det er også med på rense tennene for matrester og bakterier ved å nøytralisere syren som oppstår via en kjemisk reaksjon hver gang vi spiser eller drikker noe. Blir derimot spyttproduksjonen redusert, kan en annen bivirkning av munntørrehet være økt risiko for karies. I en artikkel skrevet av Malin V. Jonsson, Tove Ragna Reksten, Nicolas Delaleu og Mihaela C. Marthinussen (2011), er det blitt utført en undersøkelse på sammenhengen mellom munntørrehet og økt kariesforekomst. I studiet kommer det frem at ved redusert spyttproduksjon, har kariesforekomsten økt (Jonsson, Reksten, Delaleu & Marthinussen, 2011).

Cellegiftbehandling og strålebehandling er derimot to typer kreftbehandling som kan ha større orale konsekvenser enn de resterende behandlingene. Begge behandlingene viser indirekte og direkte bivirkninger på munnslimhinnen, tenner, spyttkjertler, tyggemusklene og kjevebein (Herlofson & Løken, 2006). Cellegift gir orale bivirkninger som blant annet: xerostomi/hyposalivasjon, mukositt, infeksjoner, smaksforstyrrelser og mineraliseringsforstyrrelser. Den vanligste orale komplikasjoner som oppstår på grunn av

cellegift er mukositt som er en betennelsesreaksjon i oral mucosa, og oppstår på grunn av overproduksjon i epitelvevet, i dette tilfellet munnslimhinnen (Lyman & Crawford, 2008). Bivirkningen kan gi konsekvenser som underernæring, smerter og lokale samt systemiske infeksjoner (Skår, Løes, Thorsen, Afnan & Løes, 2010). Cellegift forstyrrer cellesyklusen og kan føre til at emaljen på tennene blir forandret, i tillegg kan emaljen bli svakere og rotutviklingen på tennene kan stanse for tidlig, noe som fører til kortere røtter. Agenesier, det vil si manglende tann/tenner, kan også forekomme (Skår Et.al, 2010). En annen bivirkning som oppstår er smaksforstyrrelser, som kan være både endringer i smakssansen og redusert smakssans. Ofte har smaksforstyrrelsen pasientene opplever en sammenheng med hyposalivasjon. Orale bivirkninger som oppstår grunn av kreftbehandlingen kan forebygges eller lindres, og det er derfor at vi som tannpleiere, pasienten selv og annet helsepersonell bør ha kunnskap om de orale bivirkningene (Skår Et.al, 2010).

Bivirkningene kreftpasientene kan oppleve som følge av strålebehandling i hode- og halsregionen er mye av de samme bivirkningene beskrevet under cellegiftbehandling. Allikevel er det en signifikant forskjell. Pasienter som har mottatt strålebehandling, kan ofte utvikle bivirkningen osteoradionekrose (Jham, Reis, Miranda, Lopez, Carvalho, Scheper, & Freire, 2008). Osteoradionekrose er en radiologisk bennekrose som betyr at beinet dør som følger av stråleskaden (Herlofson, Løken & Støre, 2010). Dårlig munnhygiene og patologiske tilstander i tenner, slimhinner og kjever virker å være de mest sentrale risikofaktorene i å utløse utviklingen av osteoradionekrose i tillegg til selve stråledosen (Jham. et. Al, 2008). I tillegg kan stråling der spyttkjertlene er innenfor strålefeltet gi irreversible skader som påvirker salivas kvalitet og kvantitet, men dette avhenger av hvilke spyttkjertler som blir utsatt.

Både cellegiftbehandling og strålebehandling har akutte og kroniske bivirkninger. I Herlofson og Løkens (2006) artikkel, vises det til en tabell med oversikt over akutte og kroniske bivirkninger som følger av cellegift- eller strålebehandling. Karies og periodontal sykdom vises å være en kronisk bivirkning ved begge behandlingsmetoder, mens stråling vises å ha flere kroniske bivirkninger slik som spyttkjerteldysfunksjon, munntørrehet, smaksforstyrrelser og trismus som er en krampaktig sammentrekning av tyggemusklene (Herlofson & Løken, 2006). Permanent xerostomi er likevel den viktigste langtidseffekten hos pasienter som har fått strålebehandling i hode-halsregionen (Jham et. Al, 2008).

3.7 Egenomsorg hos pasienter med kreft

Å få en kreftdiagnose er en psykisk belastning som er med på å gi betydelige utfordringer for den kreftrammede og dens pårørende (Loge, Dahl, Fosså & Kiserud, 2013). En slik belastning kan gi seg uttrykk i psykiske symptomer eller psykiske lidelser. Psykiske symptomer vil si at reaksjoner som angst, uro, nedstemthet eller konsentrasjonsvansker blir mer intense. Psykiske lidelser er derimot når disse symptomene blir mer langvarige og fører til nedsatt funksjon i det dagligdagse liv, når det utvikler seg til å bli en sykdom (Loge et. Al, 2013). Ovennevnte faktorer er faktorer som alle kan føre til at pasientens evne til egenomsorg blir nedsatt eller at den forsvinner helt. Dette er noe som kan føre til at pasienten slutter og ta vare på seg selv, sin personlige hygiene samt den orale hygiene. Blant de pasientene som mottar en eller annen form for kreftbehandling, er et av de vanligste symptomene fatigue. Fatigue er i denne sammenhengen den subjektive følelsen av å være trøtt, sliten, kjenne seg svak, utmattet eller at en mangler energi. Fatigue kan forekomme i alle fasene av en kreftsykdom og kan være et symptom på sykdom både før og etter en eventuell kreftdiagnose er stilt, men også i forbindelse med behandling (Loge et. Al, 2013).

I en undersøkelse utført på kreftpasienter i Canada, viste det seg at symptomer som angst, stress og depresjon sank i løpet av et år, mens symptomer som smerter og fatigue vedvarte, uavhengig av kjønn. Det viste seg derimot at menn hadde høyere forekomst av angst og kvinner hadde høyere forekomst av depresjon. Hos pasienter med hode-og halskreft, kunne angsten bli vedvarende eller synke etter behandling, mens depresjon kunne øke (Carlson, Waller, Groff, Giese-Davis & Bultz, 2011). Både under og etter en kreftbehandling, kan fatigue i tillegg til andre psykiske symptomer være med på å ha en negativ innvirkning på sosiale relasjoner, den daglige funksjonen, arbeidsevne og egenomsorg, som da innebærer personlig hygiene og oralt renhold, som igjen kan føre til en redusert livskvalitet. Depresjon, fatigue og angst kan ha en innvirkning på pasientens orale helse i form av at pasienten ikke har motivasjon, eller at den manglende evnen til egenomsorg fører til at pasienten slutter å pusse tenner (Lyman & Crawford, 2008). Det orale renholdet blir dermed neglisjert, og det kan i tillegg føre til at pasienten ikke møter opp til timer på tannklinikken (Reinertsen, Loge, Brekke & Kiserud, 2017).

4. Drøfting

«Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?»

Med utgangspunkt i problemstillingen, aktuell teori og egne erfaringer, har vi allerede konkludert med at vi som tannpleiere kan være nyttige for å øke kunnskapen blant helsepersonell som jobber med kreftpasienter. Vi ønsker derfor å drøfte hvordan veiledningen kan bli utført, hva den bør inneholde og hvordan dette kan være aktuelt for annet helsepersonell enn tannhelsepersonell. En veiledning vil foregå utenfor klinikken, da det er størst sannsynlighet for at en veiledning vil bli utført på sykehus, institusjoner eller andre aktuelle steder der en møter et onkologisk behandlingsteam.

4.1 Veiledning

I et onkologisk behandlingsteam er det krav om et personale som innebærer leger med god kompetanse i palliasjon, tilknyttelse til fysioterapeut og sosionom. I tillegg bør det være enkel tilgang på kreftsykepleiere, ernæringsfysiologer og psykolog, eventuelt psykiater (Helsebiblioteket, s.a). Kravene til et onkologisk behandlingsteam inkluderer altså ikke noen form for tannhelsepersonell, og i teorien vi har anvendt, har det kommet frem at pasienter som gjennomgår kreftbehandling utvikler en rekke orale bivirkninger. Det er derfor bekymringsfullt at et behandlingsteam med så høy og bred kompetanse, ekskluderer en profesjon som sitter inne med kompetansen om oral helse og orale bivirkninger (Herlofson & Løken, 2006).

Om det likevel er nødvendig med en tannpleier i et onkologisk behandlingsteam, er en annen sak. Det vises at behandlingsteamet har et bredt kompetansefelt, men ekskluderer oral helse. Det kan være gunstig med en tannpleier i selve behandlingsteamet i den sammenheng at tannpleier kan følge pasienten tettere og ha hyppigere kontroller, innkallinger samt veilednings seanser. Det er utført svært lite forskning på området, og vi som tannpleiere oppfordrer til mer forskning på gjeldende tema.

Om det er reparative behandlinger som skal utføres, må allikevel en tannlege inkluderes og pasienten må til en tannklinikk (Skår et. Al, 2010). Det er likevel ikke nødvendigvis et behov

for hverken tannpleier eller annet tannhelsepersonell i et behandlingsteam, fordi pasienten selv kan oppsøke en tannklinikk og få oppfølging der. En kreftsyk pasient som selv skal oppsøke en tannklinikk kan bli problematisk hvis de ikke er klar over egne rettigheter i forbindelse med refusjon fra Helfo. Hvis pasienten heller ikke er bevisst på orale bivirkninger som oppstår under kreftbehandling før det er for sent, kan det få større orale konsekvenser i ettertid. Uavhengig av hva en selv mener, trengs det fokus på oral helse. Det er viktig å ha et slikt fokus for å forsikre at pasientens behandling blir optimal, da tenner og munnhule blir påvirket og er en del av kroppen (Herlofson & Løken, 2006). Siden tannpleier per dags dato ikke er en del av det onkologiske behandlingsteamet, kan løsningen være veiledning. Tannpleiere jobber mye utenfor klinikken i form av veiledning, og kan dermed bidra til et onkologisk behandlingsteam ved å arrangere veiledningstimer for hele temaet for å øke fokuset på den orale helsen og de orale bivirkningene som oppstår på grunn av kreftbehandlingen (Hansen, Dahl & Halvari, 2015).

Vi har anvendt en forskningsartikkel fra Stockholm (2006) der det er undersøkt hvordan veiledning av pleiepersonell på sykehjem bør foregå. I artikkelen kommer det frem at før utført undervisningsopplegg, fantes det dårlige holdninger blant pleiepersonalet angående oral helse og munnstell. Egne erfaringer fra praksis støtter også denne opplevelsen, da vi erfarte flere ganger at helsepersonell på sykehjem var motvillige til å utføre munnstell, og de brukte argumenter som at pasienten var vanskelig, at munnstell ikke gikk under deres arbeidsoppgaver og at de oppfordrer pasienten til å klare seg mest mulig selv, for å ikke unødvendig invadere intimsonen. Personalet følte seg også usikre på området og at de manglet kunnskap. Ansvar i en veiledning er i følge Tveiten (4.utg, 2013) delt med både veileder og mottakere. Veilederen har som ansvar å tilrettelegge for istandsetting av en veiledning, men mottakerene har ansvaret med å gå videre med informasjonen som blir gitt i form av endring av tankegang og handlemønster. I undersøkelsen fra Stockholm, ble derimot personalet motiverte til å utføre munnstell og følte de hadde mer kunnskap etter endt undervisning (Kullberg et.Al, 2006). Undersøkelsen viser dermed at veileder har muligheten til å igangsette en holdningsendring om tilretteleggingen for istandsettelsen er tilpasset mottakerene. Selv om dette studiet omhandlet pleiepersonell på et sykehjem, kan veiledningsmetoden likevel brukes i denne sammenhengen, da innholdet blir tilpasset til kreft og oral helse i stedet for eldre og oral helse. Ved å benytte samme undervisningsmetode som i undersøkelsen, kan tannpleier først vise hvordan munnstell utføres på pasienter som er for syke til å klare å gjøre det selv.

Deretter kan behandlingsteamet prøve det på hverandre mens tannpleier instruerer og forklarer. På denne måten kan behandlingsteamet få en grundig gjennomgang av riktig pusseteknikk og samtidig kjenne hvordan det føles å la noen andre gjøre noe så grunnleggende som å pusse ens egne tenner (Kullberg et al., 2006). Om de er mange nok, kan personalet i neste fase deles inn i flere grupper der tannpleier leder en diskusjon. Diskusjonen omhandler øvelsen de nettopp har utført, hva som var positivt, negativt og hva som kunne vært gjort annerledes. Ut i fra forskningsartikkelen og egne erfaringer fra veiledning under praksisperiodene vi har hatt, har vi opplevd at det også kan være gunstig å diskutere og reflektere over egne holdninger og meninger hver enkelt i behandlingsteamet har om betydningen av oral helse under kreftbehandling. På den måten blir deltakerne bevisstgjort på sin egen tankegang og hvordan det kan påvirke egen motivasjon, som videre kan føre til en endring i eventuelle dårlige holdninger (Kullberg et al., 2006). I siste del av veiledningen kan tannpleieren ha et undervisningsopplegg der det er fokus på forskjellige emner som er aktuelt for det onkologiske behandlingsteamet å ha informasjon om.

Forskningsartikkelen fra Stockholm (2006) som handler om denne veiledningsmetoden begynner å eldes. Vi har gjennom vårt utdanningsforløp hatt et relativt lignende undervisningsopplegg, men rekkefølgen på opplegget er noe annerledes. Gjennom egen erfaring fra både teori og praksis, har vi opplevd at det kan være like effektivt og lærerikt for mottakerne, om veiledningen starter med undervisning om oral helse og orale bivirkninger. Deretter viser tannpleier korrekt tannpuss før helsepersonellet selv prøver det på hverandre og veiledningen avsluttes med en diskusjon. Veiledningsmetoden er altså ganske lik som metoden utført i Stockholm (2006), men rekkefølgen er endret.

I stedet for et helt undervisningsopplegg, kan et informasjonsark om oral helse og orale bivirkninger som følge av kreftbehandling være et alternativ. På denne måten får vi skrevet ned det vi mener er viktig informasjon og arket er lett tilgjengelig. Informasjonsarket kan i tillegg bli trykt opp utallige ganger og kan dermed nå ut til flere personer på kortere tid, og på den måten kan det spares mye tid for oss som tannpleiere og annet helsepersonell. Informasjonsarket kan bli gitt til både pasient, pårørende og det onkologiske behandlingsteamet. Tannpleieren kan også bruke tid på annet klinisk arbeid enn å veilede utenfor tannklinikken. Ulempen med å skrive og gi ut et informasjonsark er at arket blir gjemt bort og glemt, eller at det ikke blir benyttet. Vår egen erfaring fra praksisperiodene tilsier at et

informasjonsark ofte blir lest én gang, før det enten blir kastet eller gjemt bort og ikke blir mer benyttet. Vi som tannpleiere får heller ikke vite om informasjonsarket har blitt lest, eller om mottakerne syntes det var nyttig og informativt nok. Med tanke på de negative holdningene som kom frem i undersøkelsen fra Stockholm (2006), er det en sannsynlighet for at arket ikke blir lest i det hele tatt på grunn av manglende interesse og kunnskap om viktigheten av god oral helse hos kreftpasienter. Det blir heller ikke åpnet for en dialog mellom tannpleier og det onkologiske behandlingsteamet (Kullberg et. Al, 2006).

4.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak

Målet med veiledningen er kunnskapsformidling til helsepersonellet. Metoden fra Stockholm (2006) har fokus på å gi kunnskap om orale konsekvenser samt bevare god oral helse. I denne sammenhengen kan metoden bli brukt med tanke på orale konsekvenser som følger av kreftbehandling og opprettholdelse av god oral helse hos kreftpasienter. For å opprettholde en akseptabel oral helse, kreves det nær samhandling mellom tannpleier, helsepersonell og pasient. Undervisningsopplegget tannpleieren har for helsepersonellet legger til rette for at dette skal være mulig (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013).

Forebyggende tiltak går ut på å redusere sykdommer og skader. Vanligvis kan helsefremmende og forebyggende tiltak utføres på en tannklinikk uten direkte samarbeid med et onkologisk behandlingsteam. I dette tilfellet tilbringer pasientene mye tid på sykehus, og det kan bli problematisk og møte til timer på en tannklinikk. Av denne årsaken vil en veiledning av et onkologisk behandlingsteam være forebyggende og helsefremmende på grunn av kunnskapen som blir gitt. Helsepersonellet får ny kunnskap om orale bivirkninger, og kunnskap om hvordan de orale bivirkningene kan forebygges og behandles. Undervisningsopplegget er delt inn i tre faser, og kan på denne måten være både primær og sekundær tiltak. Primær tiltaket relateres til undervisningsopplegget fordi fokuset ligger på problemene før de oppstår. Risikofaktorene, altså de orale bivirkningene blir identifisert og nødvendige tiltak blir iverksatt. I dette tilfellet blir det informasjon om hvordan forebygge orale komplikasjoner (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013). Undervisningsopplegget kan være et sekundær tiltak, da det fokuseres på en spesifikk gruppe, i dette tilfellet kreftpasienter. Målet med undervisningsdelen i veiledningen er å forhindre videreutvikling av orale

sykdommer og bivirkninger. Dette blir gjort ved å ha et fokus på hvordan behandle og forebygge de orale komplikasjonene som oppstår, som for eksempel kan være en presentasjon av ulike produkter og rutiner som skal lindre eller behandle bivirkningene (Erntsen, Wilhelmsen & Årmo, 2013)

4.3 Hva bør veiledningen inneholde?

I en veiledning av et onkologisk behandlingsteam, er det flere ting som kan være nyttig for behandlingsteamet å ha kunnskap om. Orale bivirkninger av forskjellige type kreftbehandlinger er en av dem. I teoridelen har vi tatt for oss de fleste typer kreftbehandling, selv om det er cellegift og strålebehandling som har de mest omfattende orale bivirkningene. En kan velge å kun fokusere på ovennevnte behandlingsformer, da flertallet av kreftrammede pasienter mottar en eller begge av disse typer behandling (Fosså et. Al, 2013). Om det kun blir fokusert på cellegift og strålebehandling, vil det onkologiske behandlingsteamet få en mer detaljert undervisning. Dermed vil de ha mer kunnskap om de orale bivirkningene og forebyggende tiltak gjeldende cellegift og strålebehandling. Derimot vil de ikke være like godt forberedt med pasienter som mottar annen type kreftbehandling, og det onkologiske behandlingsteamet vil ha pasienter som mottar alle typer kreftbehandling og ikke bare cellegift og strålebehandling. Oppgaven handler om hvordan vi som tannpleiere kan veilede et onkologisk behandlingsteam, og vi bør derfor gi informasjon som omhandler alle pasientene de møter på og behandler. Det kan av den grunn være nødvendig at de har kunnskap om de orale bivirkningene som følge av alle de andre typene kreftbehandlingene. For å kunne gi råd til pasientene som mottar kreftbehandling, kan det derfor være svært nyttig å få informasjon om alle orale bivirkninger som oppstår ved alle typer kreftbehandling.

I utgangspunktet har ikke et onkologisk behandlingsteam behov for å vite om orale bivirkninger, da det ikke går under deres fagfelt. De kan heller ikke behandle pasienten for orale skader, med mindre noen av behandlingsteamene har inkludert en tannlege eller tannpleier. Likevel er det små, enkle hverdagslige tiltak de kan utføre så lenge de har riktig kunnskap om emnet.

På grunn av de mer omfattende bivirkningene cytostatika og strålebehandling i hode- og halsregionen gir, er det viktig å informere om bivirkningene slik at behandlingsteamet er bevisst på at orale komplikasjoner kan påvirke selve kreftbehandlingen i negativ retning (Herlofson & Løken, 2006). Mukositt er den vanligste bivirkningen av cytostatika (Lyman & Crawford, 2008). Mukositt fører til smerter og ofte lokale samt systemisk infeksjoner, og underernæring som følger av smertene oppstår ofte (Skår et al., 2010). Smertelindring for mukositt kan gis lokalt i form av for eksempel morfin (Helsebiblioteket, s.a.). Mukositt oppstår selv om en har utført forebyggende tiltak, og det finnes heller ingen internasjonale godkjente behandlinger per dags dato (Skår et al., 2010). Det er ikke mange tiltak et onkologisk behandlingsteam kan gjennomføre for en kreftpasient med mukositt, men de kan bevisstgjøres om smertene det medfølger og eventuelt gi smertelindring i form av for eksempel morfin. Cytostatika har en bieffekt som kan redusere munnslimhinnens forsvarsmekanismer. Når munnslimhinnens forsvarsmeknisme er redusert, kan det føre til en invasjon av mikroorganismer og økt risiko for infeksjoner. Hos denne pasientgruppen kan infeksjoner være livstruende og de fleste oppstår under hospitalisering (Skår et al., 2010). Munntørrhet forekommer også svært ofte hos pasienter som mottar cellegift og/eller strålebehandling (Herlofson & Løken, 2006). Ved redusert saliva produksjon vil faren for blant annet kariesangrep øke, og store kariesangrep kan bli svært plagsomt og smertefullt (Hansson & Ericson, 2016). Hvis behandlingsteamet er klar over bivirkningene som følger av redusert salivaproduksjon, kan det føre til en endring av for eksempel munnstellrutiner. Får de derimot ikke informasjon om tiltak som kan stimulere til økt salivaproduksjon, vil undervisning om munntørrhet ha liten effekt.

Strålebehandling i hode- og halsregionen har mange av de samme bivirkningene, men osteoradionekrose er en mer alvorlig bivirkning som kun kommer av stråling (Jham et al., 2008). Denne bivirkningen fører til at deler av kjevebenet blir blottlagt, og hvis skaden er avansert må en oral kirurg rekonstruere området (Herlofson, Løken & Støre, 2012). Det onkologiske behandlingsteamet trenger muligens ikke vite om osteoradionekrose, da det er lite de kan gjøre. På en annen side kan det være nyttig å ha en viss kunnskap om det, slik at de kan følge med på pasienten, eventuelt starte et samarbeid med tannhelsepersonell for oppfølging. I tillegg kan blottlagt kjeveben som følger av osteoradionekrose føre til store smerter, og dermed kan pasienten ha behov for smertelindring (Herlofson, Løken & Støre, 2012).

Kirurgi har nødvendigvis ikke orale konsekvenser, da det kommer an på hvor på kroppen operasjonen blir utført og hvor omfattende operasjonen er (Kreftforeningen, s.a). Om kirurgi da er en nødvendig faktor i innholdet i veiledningen, kan diskuteres. Det er derimot vanlig å kombinere kirurgi med cellegift og/eller strålebehandling, og det kan derfor være en fordel å ha kirurgi med i innholdet av en veiledning (Kreftforeningen, s.a). Immunterapi, stamcelletransplantasjon og målrettede legemidler gir forskjellige bivirkninger. Fellesbetegnelsen for alle tre er kvalme og oppkast (Kreftforeningen, s.a). Hyppig oppkast påvirker den orale helsen i form av at syre fra magesekken kommer opp i munnhulen. Syren påvirker tennene på den måten at pH-nivået i munnhulen synker, som fører til at emaljen gradvis blir etset bort. Dette fører til erosjonsskader på tennene. Erosjonsskader er irreversible og det kan bli svært plagsomt for pasienten i form av smerter og ising i tennene (Carlsson, 2006). Forebyggende tiltak mot erosjonsskader kan være å råde pasienten til å ikke pusse tenner rett etter oppkast, men heller skylle med vann, aller helst fluor. I tillegg kan tyggegummi eller pastiller som inneholder fluor være nyttig. Ved bruk av fluortilskudd regelmessig blir emaljen sterkere og tåler lavere pH, noe som igjen fører til at erosjonsskader blir mindre omfattende eller ikke oppstår (Rölla, Vik & Øgaard, 2011). Tyggegummi og pastiller øker også saliva produksjonen. Saliva er med på å nøytralisere syreinnholdet i munnen, noe som fører til at pH-verdien normaliseres raskere (Jonsson, Reksten, Delaleu & Marthinussen, 2011). Om det onkologiske behandlingsteamet har nytte av å vite dette, er en annen sak. Pasienten kan få veiledning om dette av tannpleier på tannklinikk, og ved at de får informasjonen direkte fra tannpleier, kan informasjonen være mer korrekt og tilpasset den enkelte pasient. Det er derimot bevist at pasienter som mottar kreftbehandling, blir utmattede, og mange sliter med fatigue lenge etter behandlingen er over (Carlsson et al, 2012).

Med tanke på at det onkologiske behandlingsteamet blant annet inneholder en psykolog eller psykiater, virker det kanskje ikke nødvendig at en tannpleier skal ta med psykiske aspekter hos pasienter med kreft. I helsepersonelloven (§4) står det:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, 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. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved

samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

(Helsepersonelloven, §4, 2018).

Det er lovpålagt at helsepersonell skal forholde seg til eget fagfelt. Bivirkninger som fatigue, depresjon og angst er ikke under tannpleiers fagfelt. Likevel er det bevist at pasienter med slike plager ofte mister evnen til egenomsorg (Lyman & Crawford, 2008). Egenomsorg omhandler også ivaretagelse av oral helse (Hansen, Dahl & Halvari, 2015). Vi oppfatter dermed at det er et viktig moment å ta med i veiledningen på grunn av skadene som kan oppstå når egenomsorgen svikter. Grunnlaget for argumentet er at ved manglende oral hygiene, derunder tannpuss kan det oppstå karies og gingivitt (Hansson & Ericson, 2016). Gingivitt er en tannkjøttbetennelse som kan oppleves smertefull og plagsom. Gingivitt over lengre tid kan føre til periodontitt, som er en irreversibel tannkjøttsykdom som i verste fall fører til at tennene løsner og faller ut (Klinge & Gustafsson, 2016). Over lengre tid kan altså manglende rutiner rundt oral hygiene føre til plagsomme og unødvendige behandlinger og kostnader for pasienten. Ved at behandlingsteamet bevisstgjøres på skadene som kan oppstå som følgende av manglende eller redusert egenomsorg, kan de som jobber tettest på med pasienten hjelpe til med å motivere til bevaring av egenomsorg, derunder oral helse (Skår et al, 2010).

En veiledning kan også inneholde pasienters rettigheter til refusjon til nødvendig tannbehandling. Det finnes 15 tilfeller/tilstander som kan utløse krav om refusjon fra Helfo (Helfo, s.a). Pasienter som mottar kreftbehandling kan utløse krav om refusjon i seks av disse tilfellene. De relevante tilfellene omhandler personer med en eller flere sjeldne medisinske tilstander, personer med svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig, infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander, personer med sykdommer og anomalier i munn og kjeve, personer med hyposalivasjon og personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som følger av varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne (Helfo, s.a). For å kunne utløse rett til refusjon, må tannbehandlingen være medisinsk nødvendig. Om pasienten selv ikke er klar over sine rettigheter, kan det onkologiske behandlingsteamet informere pasienten om sine rettigheter. Større og mer omfattende tannbehandlinger kan ende med å bli kostbart, og det kan føre til at mange velger å ikke utføre eller fullføre påbegynt tannbehandling som følger av kostnaden. Ved at pasientene vet om sine rettigheter til refusjon, kan det være enklere å få utført omfattende og nødvendige tannbehandlinger om de går under en eller flere av de seks tilfellene som er aktuelle for

kreftpasienter (Helfo, s.a). På den ene siden kan det bli for mye informasjon for behandlingsteamet under veiledningen. I tillegg er det mange andre refusjonsrettigheter det onkologiske behandlingsteamet skal ta hensyn til (Helfo, s.a). På den andre siden, hvis vi som tannpleiere får til et tett samarbeid med det onkologiske behandlingsteamet, er det mulig å lage et informasjonsark med pasientens rettigheter som kan bli delt ut til hver enkelt pasient. På denne måten kan pasientene bli klar over hvilke rettigheter de har, og det blir enklere å oppsøke tannklinikken.

5. Konklusjon

“Alle kreftpasienter som skal behandles med cytostatika eller stråling mot hodehalsregionen, bør før behandlingsstart undersøkes, vurderes og eventuelt behandles for patologiske forhold i munnhulen” (Herløfson & Løken, 2006).

Problemstillingen vår er følgende: *“Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?”*. Utfordringen vi har møtt med drøftingsdelen, er at de fleste forskningsartiklene viser til de samme bivirkningene og samme løsningene. Forskningsartiklene vi har benyttet konkluderer med at tannhelsepersonell må være en større del av et onkologisk behandlingsteam, men sier ingenting om på hvilken måte. Svakheten vi har opplevd i vår egen oppgave har grunnlag i manglende relevant forskning.

I denne oppgaven har vi kommet fram til at det finnes flere måter å formidle kunnskap om oral helse hos kreftpasienter til et onkologisk behandlingsteam. Slik vi ser det kan det enten utføres en veiledning med flere trinn, blant annet undervisning som et av trinnene, eller gi ut et informasjonsark med all informasjon vi ser på som nødvendig og nyttig. Ut i fra teorien, anvendte forskningsartikler og egne erfaringer, mener vi som tannpleiere at en veiledning med flere trinn vil være den mest gunstige måten å formidle kunnskap om oral helse hos kreftpasienter på (Kullberg et. Al, 2006). I tillegg viser undersøkelsen fra Stockholm (2006) at den anvendte undervisningsmetoden har en positiv effekt. Behandlingsteamet får økt kunnskap om oral helse hos kreftpasienter, og det åpner for en dialog mellom tannpleier og behandlingsteamet, slik at eventuelle spørsmål også kan bli besvart med en gang (Kullberg et. Al, 2006). Vår erfaring som tannpleiere er at det mest optimale er et undervisningsopplegg der det er åpent for spørsmål, dialog og diskusjon samt praktiske øvelser. Ved å ha et undervisningsopplegg der behandlingsteamet er aktive deltagere og at de får prøve ut teorien i praksis, er sjansen større for at de øker kunnskapen om emnet, og husker det som blir sagt. Ved å kun benytte et informasjonsark er det derfor stor sannsynlighet for at arket kun blir lest når helsepersonellet mottar arket og informasjonen blir glemt kort tid etterpå. Det kan på en annen side være gunstig med et informasjonsark i form av et supplement til selve veiledningen. Informasjonsarket kan bli brukt som en oppsummering av undervisningsopplegget, og de kan ta arket i bruk til enhver tid dersom de glemmer noe av informasjonen over. Arket kan også

bli gjort om til plakater som blir hengt opp på lett tilgjengelige områder på sykehuset (Kullberg et.al, 2006).

Gjeldende innholdet i selve veiledningen, da spesielt under undervisningstrinnet, er det en del aktuelle temaer som har blitt tatt opp i drøftingsdelen av vår oppgave. Det kan være mye informasjon for det onkologiske behandlingsteamet om alt blir tatt med i undervisningstrinnet av veiledningen, men slik vi oppfatter det, er det mange viktige temaer der kunnskapen trengs å øke blant det onkologiske behandlingsteamet. Slik vi ser det, er det gunstig å ta med orale bivirkninger av alle typer kreftbehandling på grunn av de små og store konsekvensene det gir. Selv om behandlingsteamet ikke kan gjøre store tiltak mot disse bivirkningene, kan de utgjøre en stor forskjell på pasientens helse og behandlingsforløp med de små tiltakene de har mulighet til å utføre. I tillegg bør de være bevisst på pasienters rettigheter i forhold til Helfo og refusjon, men også de forskjellige orale konsekvensene av kreftbehandling. Om de er bevisst på orale konsekvenser, kan behandlingsteamet slik vi ser det få til et tettere samarbeid med tannhelsepersonell. De kan dermed henvise til tannhelsepersonell om nødvendig, eventuelt for kartlegging av oral status og forebygging av orale sykdommer før påbegynt kreftbehandling (Skår et.al, 2010).

6. Litteraturliste

*Birkeland, J.M. & Løkken, P. (2005) Munntørrhet - forekomst, diagnostikk og kliniske problemer. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005;115:636-40. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2005/11/dntt-159623>

(5 sider)

*Burton, M. & Watson, M (1998) *Counselling people with cancer*. (s 14-29, s.87-202) John Wiley & Sons Ltd: Sussex.

(30 sider)

*Carlson, L.E., Waller, A., Groff, S.L., Giese-Davis, J. & Bultz, B.D. (2011) What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2068>

(9 sider)

Carlsson, A.K. (2006) *Dental Erosion - bakgrunn og kliniska aspekter*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

*Epstein, J.B., Thariat, J., Bensadoun, R.J. & Barasch, A. (2012) Oral complications of cancer and cancer therapy. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21157>

(23 sider)

Erntsen, H., Wilhelmsen, E. & Årmo, A.G. (2013) *Tannhelsesekretær vg3. Helsefremmende arbeid*. (3.reviderte opplag, s. 96-102) Høvik: Forlaget Vett & Viten as.

Hansen, B., Dahl, K.E. & Halvari, A.E.M. (2015) Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleierfag mot 2025. (*Norsk tannpleierforening, Rapport nr.8, 2015*) Hentet fra:

http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

*Hartnett, E. (2015) Integrating oral health throughout cancer care. Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26414580>

(6 sider)

Helfo (s.a) Takster og regelverk for tannpleier. Hentet fra: <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takster-for-tannpleier#dokumentasjon-av-refusjonskrav>

(1 side)

*Helfo (2018) Helfo. Hentet fra: <https://ehelse.no/helfo>

(1 side)

*Helsebiblioteket (s.a). Onkologiske avdelinger. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/organisering/onkologiske-avdelinger>

(1 side)

*Helsedirektoratet (1999). Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid. (s. 24 - 25). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf>

(2 sider)

Helsepersonelloven. LOV-2017-06-16-53. (2018) Hentet fra: <https://lovdata.no/>

*Herlofson, B.B & Løken, K. (2006) Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling?

Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 1349-52. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2006/05/tema-munnhulen/hvordan-pavirkes-munnhulen-av-kreftbehandling>

(4 sider)

*Herlofson, B.B., Løken, K & Støre, G. (2012) Orale komplikasjoner ved moderne kreftbehandling. *Nor Tannlegeforen Tid* 2012; 122: 130—3. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2012/2/dntt-468236>

(4 sider)

*Jham, B., Reis, P.M., Miranda, E.L., Lopez, R.C., Carvalho, A.L., Scheper, M.A. & Freire, A.R. (2008). Oral health status of 207 head and neck cancer patients before, during and after radiotherapy. Hentet fra: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-007-0149-5>

(6 sider)

*Johansson, A.K. (2007) Dental erosjon. Moderne tannslitasje og ny folkesykdom. *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 260—5. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2007/5/Tidende05b-28>

(6 sider)

*Jonsson, M.V., Reksten, T.R., Delaleu, N. & Marthinussen, M.C. (2011). Diagnostikk av munntørrhet og bruk av saliva som diagnostisk verktøy. *Nor Tannlegeforen Tid*

2011;121:908-13. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2011/14/dntt-455581>

(6 sider)

*Jyrkkiö, S., Kauppila, M., Laine, J. & Soukka, T. (2012) Special features of oral care in cancer patients. *Nor Tannlegeforen Tid* 2012; 122: 134—7. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2012/2/dntt-468552>

(4 sider)

Klinge, B. & Gustafsson (2016) *Parodontit - en introduktion*. (6 utg. s. 24-27). Stockholm: Gothia Fortbildning.

*Kreftforeningen (s.a). Kreftbehandling. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/>

(1 side)

*Kreftregisteret (2018). Fakta om kreft. Hentet fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

(2 sider)

*Kullberg, E., Forsell, M., Wedel, P., Sjögren, P., Johansson, O., Herbst, B & Hoogstraate, J. (2006) Dental hygiene education for nursing staff. Hentet fra:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457209002262?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeea92ffb

(5 sider)

*Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. & Kiserud, C.E. (2013) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (2. utgave, s. 17-56, s.109-158, s.218-230) Oslo: Gyldendal Akademisk.

(102 sider)

*Løkken, P. & Birkeland, J.M (2005) Munntørrhet - forekomst, diagnostikk og kliniske problemer. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 636—40. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2005/11/dntt-159623>

(5 sider)

*Løkken, P., Skjelbred, P. & Skoglund, L.A. (2007) Tannbehandling av pasienter som medisineres med bisfonater. *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 588—94. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2007/10/dntt-252523>

(7 sider)

*Lyman, G.H., Crawford, J. (2008). *Cancer supportive care*. (s. 13-24). Informa healthcare: New York.

(11 sider)

*National cancer institute (2016) Oral complications of Chemotherapy and Head/Neck radiation - Health profession version. Hentet fra: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq/>

(5 sider)

*Oncolex (2015) Kreft i hode-halsregionen. Hentet fra: <http://oncolex.no/Hodehals>

(1 side)

*Oncolex (2016) Kreft hos barn. Hentet fra: <http://oncolex.no/Barn>

(1 side)

*Orem, D.E. (2001). *Nursing, Concepts of Practice*. (s.43, 6.utg.) Mosby Inc. United States of America.

(1 side)

*Reinertsen, K.V., Brekke, M., Loge, J.H. & Kiserud, C.E. (2017) Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017 doi: 10.4045/tidsskr.17.0040

Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2017/10/klinisk-oversikt/kronisk-tretthet-hos-voksne-kreftoverlevende>

(7 sider)

*Reksten, T.R., Jonsson, M.V. & Marthinussen, M. C. (2013) Lokal og systemisk behandling av munntørrhet. *Nor Tannlegeforen Tid 2013; 123: 476—81* Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2013/7/dntt-522763>

(6 sider)

*Rölla, G., Vik, Y.A. & Øgaard, B. (2011) Om fluoridens virkningsmekanismer. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2011/6/dntt-430241>

(5 sider)

*Skår, R., Løes, I.M., Thorsen, L., Afnan, S & Løes, S. (2010) Cytostatika og oral helse. *Nor Tannlegeforen Tid 2010; 120: 968—73*. Hentet fra:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2010/14/dntt-406589>

(6 sider)

*Store medisinske leksikon (2018). Onkologi. Hentet fra: <https://sml.snl.no/onkologi>

(1 side)

*Tveiten, S, (2013). *Veiledning - mer enn ord...* (4.utg., s.17-55, s.105-116, s.121-124, s.139-145, s.239-287). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

(106 sider)

*World Health Organization, Geneva. (1984). Glossary of Terms used in the "Health for All" Series No. 1-8. (s 8-9) Hentet fra:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39565/1/9241800097.pdf>

(3 sider)

*World Health Organization. (2012). Oral health [Fact sheet N°318]. Hentet fra:

<https://www.mah.se/CAPP/Oral-Health-Promotion/WHO-Oral-Health-Fact-Sheet1/>

(2 sider)

*World Health Organization. (s.a.). Health promotion. Hentet fra:

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

(1 side)

Antall sider selvvalgt litteratur: 403

Vedlegg

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: Hvordan kan tannpleier veilede et onkologisk behandlingsteam om oral helse under kreftbehandling, og hvilket innhold bør veiledningen ha?

Hva slags type spørsmål er dette?

Diagnose Årsak Erfaringer

Hvordan går det Effekt av tiltak
med...?

P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet: <ul style="list-style-type: none"> - Kreftpasienter - Et onkologisk behandlingsteam 	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): <ul style="list-style-type: none"> - Kreftbehandling - Veiledning - Undervisning 	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: 	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: <ul style="list-style-type: none"> - Økt kunnskap - Bedre oral helse
P Noter engelske søkeord for gruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
<ul style="list-style-type: none"> - Cancer patients - Oncologist - Oncological treatment team 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer treatment - Radiotherapy - Chemotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> - Guidance - Supportive care 	<ul style="list-style-type: none"> - Oral health - Oral complications