
PALLIATIVT MUNNSTELL

MIHAELA GUIDA MARTHINUSSEN &
GUNHILD VESTERHUS STRAND

En god død er smertefri, fredfull og verdig. De fleste døende vil trenge lindring av plagsomme symptomer. Ved palliativ behandling er man opptatt av å redusere eller lindre symptomene til en sykdom fremfor å finne en kur. Verdens helseorganisasjon definerer lindrende behandling eller palliasjon som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (1). I de fleste anbefalinger er den palliative pasientpopulasjonen avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. I realiteten er den palliative fasen en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør.

Munnhulen er et sensibelt organ. Sykdommer i seg selv og/eller behandling kan gi lidelse. Vi bruker munnen til å uttrykke oss både verbalt og non-verbalt, og munnrelaterte bivirkninger kan gi problemer med både å spise, svelge, snakke og smile. En velstelt munn er vesentlig for verdighet og selvrespekt, blant annet når familie og venner kommer for å ta et siste farvel (2).

De vanligst forekommende orale problem i livets slutfase er:

1. Taleproblem (friksjon i munnhulen på grunn av munn-tørrhet, dvs. at tungen klistrer seg fast og gjør det vanskelig å frembringe en siste hilsen, en takk eller et ønske)
2. Svelgevansker (dysfagi); problemer med å spise og drikke

3. Smerter i munnhulen på grunn av infeksjoner (f. eks oral mukositt)
4. Tørste (vanlig forekommende)
5. Dårlig ånde (til besvær for blant annet helsepersonell og pårørende)

Årsaken til disse besværlighetene er hovedsakelig munntørrehet eller redusert salivasjon på grunn av medikamenter som hyppig anvendes i den palliative medisin, for eksempel opioider, glukokortikoider og antidepressiva (spesielt de med antikolinerg og/eller sympatomimetisk virkning). Andre årsaker kan være forhøyet kroppstemperatur, dehydrering, munnpusting, angst/depresjon eller infeksjoner. Ved fravær av saliva blir enkle ting, som spising og tale, vanskelig (3). Mange terminale pasienter har fra før dårlig appetitt, og den nedsatte salivasekresjonen forverrer situasjonen, blant annet ved uttørring av pharyngeale mukosa. Det kan føre til underernæring, infeksjon og kronisk følelse av ubehag. Mat kleber seg til tørr mukosa og tørre tannoverflater og den orale rengjøringen blir vanskeligere. Tale vanskeliggjøres fordi tungens klebrighet til mukosa gjør det vanskelig å uttale ord. Dette kan føre til sosial tilbaketrekking. Pasienten makter muligens ikke å fremføre noen siste ord til hilsen, trøst eller takk fordi tungen klister seg fast til munnslimhinnen. I slutfasen skifter ofte pasienten fra pusting gjennom nese til pusting gjennom munnen. Det kan ytterligere forsterke problemene med tørre slimhinner, sår og infeksjoner. Problemer med svelging kan intensiveres som følge av svekket munn-, tunge- og svelgmuskulatur. Matrester kan bli værende i munnhulen over lengre dersom munnstell ikke utføres.

Tørste er et problem for svært mange i terminal fase. Dehydrering kan føre til redusert salivasekresjon. Det hevdes at når kroppens væskevolum reduseres med åtte prosent, vil salivasekresjonen nærmest stoppe. Dehydrering kan skyldes flere forhold, som redusert væskeinntak, diaré, feber og oppkast.

Dårlig lukt fra munnhulen (halitosis) er vanlig, særlig ved lungebetennelse, diabetes, tuberkulose og lungecancer. Visse sykdommer

i mage- tarmtractus samt problemer med å svelge kan også være en årsak. En god munnhygiene er viktig for å forebygge en dårlig ånde, noe mange pårørende vil kunne oppleve som svært frastøtende.

Oral mucositt er en smertefull, ulcererende inflammasjonstilstand i munnslimhinnen. Aggresiv kjemoterapi forårsaker mucositt hos nesten alle pasienter. Mucositten kan være så smertefull at den umuliggjør alt peroralt inntak og parenteral ernæring blir da nødvendig (4).

En annen plagsom tilstand er oral candidiasis. Hos palliative pasienter har forekomsten blitt estimert til 70-85 prosent. Tilstanden kjennetegnes av at store deler av munnhulen dekkes av et hvitt belegget som ikke lar seg skrape vekk uten at munnslimhinnen ulcereres. Predisponerende faktorer for soppinfeksjon er dårlig hygiene, hyposalivasjon, diabetes, bruk av bredspektrede antibiotika eller kortikosteroider, nedsatt immunforsvar og dårlig ernæringsstatus (4).

Forekomsten av somatiske symptomer hos pasienter som ble innlagt ved Seksjon for lindrende behandling i Trondheim (1), ble registrert i løpet av en ettårs-periode og viste at munntørthet (56 %) og tørste (49 %) var blant de vanligst forekommende problemene (Tabell 1).

Morita og medforfattere viste i en studie som omfattet 70 terminalt syke kreftpasienter, at 73 % var plaget av munntørthet, 46 % hadde problemer med snakking, 40 % hadde forandret smaksfølelse, 31 % hadde problemer med spising og 19 % var plaget av sårhet (5). En tilsvarende studie av Jobbins et al. viste at 77 % av 197 terminalt syke

Problembeskrivelse	%
Trøtthet	85
Smerte	74
Endrede spisevaner	74
Dårligere appetitt	67
Munntørthet	56
Obstipasjon	50
Tørste	49
Dyspné	42
Kvalme	38
Depresjon	55

Tabell 1. Rapporterte somatiske symptomer hos pasienter som fikk lindrende behandling. Av disse var 56 % plaget av munntørthet og 49 % av tørste (1).

pasienter klaget over xerostomi (6). Det er derfor ganske forståelig at kompetent munnstell hevdes å være en svært viktig faktor i stellet av døende.

Behandling

Palliativ behandling av døende er ofte en utfordring på grunn av pasientenes manglende evne til å uttrykke smerte eller ubehag. Kartlegging av munnproblemer, basert på anamnese, er en forutsetning. Det er utformet retningslinjer (ROAG, Revised Oral Assessment Guidelines), som hevdes å være et pålitelig verktøy for bedømming av oral helse hos utsatte pasientgrupper (7).

Oral palliasjon, ofte omtalt som spesielt munnstell, har som sine hovedmål å rense og fukte munnhulen, behandle oral infeksjon og lindre smerter. Dette munnstellet bør være prosedyrebasert, men må selvsagt kunne individualiseres. Respekt for den døendes integritet er en selvfølge. Det er en absolutt regel at man, uansett pasientens helsetilstand, presenterer seg selv og informerer pasienten om det forestående. Bevisstløse pasienter skal aldri ha løse tannproteser i munnen. Pasientens hode snus eventuelt til den ene siden for å unngå aspirasjon av væske. Systemisk, smertelindrende behandling vil oftest være igangsatt, men det må utøves forsiktighet for blant annet å unngå brekning.

Smøring av lepper

Pasientens lepper smøres innledningsvis med hvit vaselin eller vannbasert leppekrem for å unngå sprekkdannelse og smertefulle sår.

Rengjøring av tenner og tunge

Daglig tannbørsting med en myk, liten tannbørste (for eksempel en barnetannbørste) og tannkrem uten natrium laurylsulfat anbefales. Rengjøring av tunge kan utføres ved bruk av myk børste eller tørk

med gassbind eller tupfer som dras over tungerygg med raske, bestemte drag. Man kan eventuelt ta tak i tungen med et stykke gaze og løfte denne opp for rengjøring (8).

Rensing av slimhinner

I en varm og fuktig munnhule dannes det raskt store bakterieansamlinger. Pasienter som ikke kan munnskylles, må tupferbehandles. Rengjøring utføres med tupfer festet til enden av en låsbar pinsett slik at pinsettspissen er dekket. Den låsbare pinsetten holdes med et pennegrep. En-gangs munnpensler kan også benyttes, men er ofte lite effektive på grunn av det myke skaftet. Man starter rengjøringen bakerst og arbeider med penslende drag fremover, slik at slim og eventuelle matrester vaskes frem og ut av munnen. Tupfere må ofte skiftes. Man arbeider til slimhinnene ser rene og glatte ut. Hvilken løsning man velger å fukte tupferen med, er situasjonsavhengig, men det er viktig at tupferen krystes for å fjerne overflødig væske. Aktuelle rensedmidler er: lunkent vann, fysiologisk saltvann (NaCl 0,9 %), hydrogenperoksid (H_2O_2 , 3 % i løsning), natriumbikarbonatløsning eller klorheksidinløsning. Vann har ingen aktive komponenter, det irriterer ikke og trenger ikke være sterilt. Fysiologisk saltvann virker mer aktivt enn vann på bakteriebelegg, og siden det hevdes å ha en gunstig effekt på tilheling av vev, egner det seg godt ved uttalt sårhet i slimhinner. Hydrogenperoksid har en lett antibakteriell virkning. Men det er stoffets slimløsende effekt som er mest interessant, fordi saliva, slim og ekspektorat vil kunne utgjøre en viskøs masse som kan bli liggende i munnen og danne skorper. Harde skorper kan være vanskelig å fjerne. De etterlater smertefulle sår hvis de ikke bløtgjøres før fjerning. Natriumbikarbonat virker på samme måte som hydrogenperoksid, men sterke konsentrasjoner kan forårsake overflatiske forbrenninger av slimhinner (9, 10). Klorheksidin blir av enkelte anbefalt som et nyttig rensedmiddel fordi den antimikrobielle og antimykotiske virkningen vil kunne redusere risikoen for infeksjon i munnhulen (11). Bivirkningene kan imidlertid være plagsomme. Dårlig smak, misfarging

og ikke minst en brennende følelse på tungen samt irritasjon av slimhinner vil i noen tilfeller overstige nytteeffekten. Dersom man har benyttet tannkrem, må alle rester fjernes fordi de bidrar til å tørke ut slimhinnen.

Smøring av slimhinner

Etter rensing smøres munnhulen. Smøringen bidrar til å beskytte slimhinnene mot uttørking og mekanisk skade, den letter tale- og svelgefunksjonen ved å motvirke friksjon mellom slimhinner og tunge/tenner, samt lindrer tørste. Bruk av glycerol i ulike former er utbredt. Enkelte foretrekker oljer, blant annet rapsolje eller jordnøttolje, mens andre blander matolje med vann. Spytterstatningsmidler basert på mucin eller karboksymetylcellulose er effektive fordi de etterligner spyttets smørende virkning (12). Fuktende gel kan være et alternativ.

Hyppig fukting av pasientens lepper, munn og svelg hevdes å ha god lindrende effekt. En kan benytte en sprøyte uten spiss eller en pipette med væske som forsiktig dryppes inn i pasientens munn, eller man kan la en fuktet tupfer gli over tunge og innsiden av kinnene. Sugerefleksen, som er vår første refleks etter fødselen, synes også å være vår siste. Derfor kan en gjerne la pasienten suge på en fuktig kompress eller en tåteflaske. Væsken kan for eksempel bestå av vann, fruktsaft eller te. Det hevdes at salvie- eller kamillete virker desinfiserende, smaker godt og understøtter spyttproduksjon (2). Å suge på biter av appelsin eller ananas kan være et alternativ – eller en kan fremstille små isbiter med frukt, te eller saft som pasienten kan suge på. Mange trenger hyppig fuktighetstilførsel, kanskje flere ganger hver time. Enkelte hevder at frekvensen er viktigere enn produktene som benyttes. Den optimale frekvensen må bestemmes individuelt på bakgrunn av den døendes tilstand (munnpusting, begrenset væskeinntak, dårlig svelgereflex etc). Pårørende kan med fordel involveres i denne omsorgen. Både fordi det er nødvendig for den døende, men også for å gi pårørende en følelse av å være til nytte i en situasjon der man ofte føler seg utilstrekkelig.

En gruppe knyttet til Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helseregion Vest, Norge, har nylig gjennomført en metodevurdering og et kunnskapssøk for å utarbeide en prosedyre for munnpleie til palliative pasienter (7). Selv om det finnes evidens for betydningen av å gjennomføre denne type munnstell, finner gruppen at de publiserte anbefalingene til dels er motstridende. På bakgrunn av tilgjengelig litteratur og den kompetansen som finnes i gruppen, har man allikevel valgt å samle erfaringene i en anbefalt prosedyre til bruk internt i institusjonen (Kortversjon, se Tabell 2).

Tabell 2. Forslag til rutiner for spesielt munnstell til palliative pasienter, utarbeidet av en gruppe fra Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helseregion Vest, Norge (7).

Munnpleie til palliative pasienter – kortversjon		
	Utstyr/ munnpleiemidler	Tiltak
Forberedelse	Spatel Lys Hansker Pussbekken Håndkle/papir	Informer pasienten Plasser pasienten på beste måte
Kartlegge	Kartleggingsskjema ROAG	Kartlegg lepper, tunge, tenner, tannkjøtt, slimhinne og symptomer fra munnhulen, rutinemessig og systematisk Ved innleggelse, deretter ved behov Dokumentere i journal
Smøre	Hvit vaselin eller vannbasert leppekrem (Blistex®)	Start og avslutt alltid med leppesmøring.

Fortsattes neste side

Munnpleie til palliative pasienter – kortversjon		
	Utstyr/ munnpleiemidler	Tiltak
Rense	<p>Myk tannbørste med lite hode eventuelt elektrisk tannbørste</p> <p>Tannkrem uten såpe</p> <p>Låsbar tang og tupfere</p> <p>Hydrogenperoksid 3 %: 15 ml i 75 ml vann tilsatt 1 dråpe Vademecum® eller lignende</p> <p>Eventuelt NaCl 9 mg/ml</p>	<p>Puss tenner og tunge Evt proteser tas ut og pusses</p> <p>Rens slimhinner</p>
Smøre	<p>Glycerol 85 %: 10 ml i 40 ml vann tilsatt 1 dråpe Vademecum eller lignende</p> <p>Eventuelt matolje tilsatt 1 dråpe sitron eller lignende</p>	<p>Pensle slimhinner, tannkjøtt, tenner og tunge</p>

Svært syke pasienter som har utsikter til et lengre og kanskje bedre liv, vil trolig ha behov for et annet pleietilbud enn pasienter som er i terminal fase. Men behandling av infeksjoner kan også være aktuelt i siste fase av livet. *Candida albicans*, bakterier (gram-negative anaerobe) og virus kan være primærårsak til slimhinneulcerasjoner, eller de kan også sekundært invadere en allerede eksisterende ikke-infeksiøs slimhinneforandring. Generelle anbefalinger innebærer at antimykotika (nystatin, flukonazol, ketokonazol, amphotrium) brukes i behandling av soppinfeksjon i munn og svelg, metronidazol og tetracyclin-skylling brukes for behandling av bakterielle infeksjoner og acyklovir benyttes i forbindelse med visse virusinfeksjoner (4).

Diskusjon

Til tross for at det er allmenn enighet om betydningen av å ha en systematisk og forskningsbasert tilnærming, fattes de fleste kliniske beslutninger innen palliasjon på et ikke-forskningsbasert grunnlag. Det er sannsynligvis mange grunner til at evidensgrunnlaget innen fagfeltet er svakt. For det første kan man diskutere om det er etisk riktig å inkludere palliative pasienter i kliniske studier. For det andre har det palliative fagfeltet vokst fram utenfor akademiske institusjoner – det er kun i de siste ti-årene at man har fått en sterkere akademisk forankring. For det tredje er tidsaspektet for slike studier begrenset, og det er vanskelig å etablere adekvate kontrollgrupper. Helsinki-deklarasjonen er ment å være gyldig for all medisinsk forskning der pasienter er involvert. Et helt sentralt element er det informerte samtykket. Det sier seg selv at forskning innen dette emnet, der pasientene ofte er gamle, svake og med redusert kognitiv funksjon, byr på store utfordringer. På den annen side synes forskning å være nødvendig for å bedre diagnostikk og behandling.

Det finnes altså liten vitenskapelig evidens for at det ene munnpleiemiddelet er bedre enn det annet (12). Et eksempel er glycerol, som har blitt brukt i det palliative munnstellet i over 60 år og som fremdeles er det mest brukte smøremiddel i den terminale, orale omsorgen i Norge. Litteraturen viser at effekten av glycerol, som er en treverdig alkohol, er uklar. Mens enkelte hevder at den bidrar til fuktighetsbevarelse, hevder andre at glycerol tørker ut slimhinnene ved å absorbere vann. Vann er ofte anbefalt for å behandle munn-tørrhet, men flere studier viser at vann er mindre effektivt enn kunstig saliva (13, 14). Men i en studie fra 1992 rapporterte pasientene kun en gjennomsnittlig forbedring på 12 minutter ved bruken av kunstig saliva (15). Men man kan selvsagt stille spørsmål ved gyldigheten av å sammenligne resultater fra bruk av salivasteratningsmidler på pasienter med hyposalivasjon i forhold til terminalt syke pasienter. Bruk av klorheksidin er omdiskutert. Klorheksidin kan på den ene siden redusere antallet bakterier i munnhulen og dermed trolig redusere risikoen for pneumoni på grunn av inhalerte

munnhulebakterier (11). Men på den andre siden kan man muligens slik forlenge en plagsom terminal fase.

Dehydrering eller tørste er et vanlig forekommende problem hos døende pasienter. Forskning viser at mange har nedsatt behov for å drikke og spise. Intravenøs hydrering vil i enkelte situasjoner gi god lindring, men kan også føre til forlenging av dødsprosessen, øke risiko for lungeødem og øke sekretdannelse i luftveiene med dyspné som resultat (2). Videre er terminale pasienter som regel inkontinente for urin, og infusjon gir økt diurese og dermed økt vannlating. Innen palliativ medisin er regelen den at infusjon kun skal gis dersom det antas å bedre pasientens livskvalitet, ellers bør godt munnstell med hyppig fukting av munnslimhinnen tilstrebes. Dette hevdes, ikke minst, å ha en positiv effekt når det gjelder følelsen av tørste.

Å yte omsorg på en slik måte at det blir til hjelp for den døende er utfordrende. Et varmt hjerte og de beste intensjoner er ikke alltid nok. Det er åpenbare metodologiske problem ved forskning på dette området, men disse må overvinnes, for behovet for mer kunnskap er påtrengende. Tannhelsepersonell bør utgjøre en naturlig del av tverrfaglige konsensusgrupper for å utvikle praktiske retningslinjer for optimalisert palliativ behandling.

LITTERATUR

1. Kaasa S. Palliasjon. Nordisk lærebok 2008. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2008.
2. Husebø BS, Husebø S. De gamles siste timer og dager II - medikamentell behandling av plagsomme symptomer. Omsorg 1998; 2/3: 56-68.
3. Jonsson MV, Reksten TR, Delaleu N, Marthinussen MC. Diagnostikk av munntørrethet og bruk av saliva som diagnostisk verktøy. Nor Tannlegeforen Tid 2011; 121: 908-13.
4. Herlofson BB, Løken K. Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 414-8.

5. Morita T, Ichiki T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 1998; 15: 217-22.
6. Jobbins J, Bagg J, Finlay G, Addy M, Newcombe RG. Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. *Brit Med J* 1992; 304: 1612.
7. Helgesen R, Thorsen L, Størkson AW, Solvåg K, Renna R. Munnpleie til palliative pasienter. Kompetansesenter i lindrende behandling. Helse-region Vest, Bergen, Norge.
8. Samson H, Strand GV. Kapittel 21: Munnhelse. I: Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2008, 267-73.
9. Flovik AM. Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende. Akribe, Oslo; 2005.
10. O'Reilly M. Oral care of the critically ill: a review of the literature and guidelines for practice. *Aust Crit Care* 2003; 16:101-10.
11. Løkken P, Olsen I, Spigset O. Munnskylling med klorheksidin for å forebygge pneumoni. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1828-29.
12. Furness S, Worthington HV, Bryan G, Birchenough S, McMillan R. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7: CD008934. Review.
13. Wiesenfeld D, Stewart AM, Mason DK. A critical assessment of oral lubricants in patients with xerostomia. *Br Dent J.* 1983; 155: 155-7.
14. Duxbury AJ, Thakker NS, Wastell DG. A double-blind cross-over trial of a mucin-containing artificial saliva. *Br Dent J* 1989; 166: 115-20.
15. Olsson H, Axell T. Objective and subjective efficacy of saliva substitutes containing mucin and carboxymethylcellulose. *Scand J Dent Res* 1991; 99: 316-9.

