

# Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke

Bedömning av risk för ohälsa i munnen och beslut om förebyggande åtgärder inklusive regionalt tandvårdsstöd

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke

# Riktlinje för bedömning av munhälsa och tandvårdsstöd efter stroke

## Rekommendationer

- Strukturerad munhälsobedömning bör genomföras snarast efter ankomst till sjukhuset, till exempel ROAG J.
- Bedömning av förmåga till egenvård bör ske under sjukhusvistelsen.
- Hos tidigare frisk patient som fått nya besvär rekommenderas ny bedömning efter 1 vecka eller innan utskrivning.
- Innan utskrivning bör ställningstagande till nödvändig tandvård äga rum.
- I patientkontraktet dokumenteras när och hur fortsatt uppföljning av munhälsan ska äga rum och vem som ansvarar för uppföljningen.
- Ny bedömning av munhälsan bör ske utifrån patientens behov men senast 6 månader efter utskrivning.
- Om funktionsnedsättning kvarstår 6 månader efter stroke skrivs intyg om F-tandvård.

Lars Rosengren, ordförande i NAG stroke

2022-03-04

Göteborg

## Innehållsförteckning

Riktlinje för bedömning av munhälsa och tandvårdsstöd efter stroke.....	2
Syfte.....	4
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram .....	4
Bakgrund .....	4
Utredning/diagnostisering .....	5
Riskfaktorer .....	5
Bedömning av munhälsa .....	5
Dokumentation.....	6
Behandling/handläggning .....	6
Förebyggande åtgärder .....	6
Extra munvård vid förstärkt kost.....	7
Regionalt tandvårdsstöd .....	7
Vårdsnivå .....	8
Uppföljning.....	9
Innehållsansvarig.....	10
Referenser .....	11

## Syfte

Munhälsan behöver uppmärksammas i samband med akut insjuknande i stroke och därefter i samband med rehabilitering och uppföljning. Riktlinjen syftar till att

- skapa kunskap omkring bedömning av munhälsa och risker för ohälsa i samband med stroke
- ge förslag på förebyggande åtgärder
- förenkla processen med ställningstagande och intygsskrivning för att en person som genomgått stroke och som uppfyller kraven för regionalt tandvårdsstöd ska få tillgång till tandvård inom ramen för hälso- och sjukvårdens öppenvårdsavgift.

## Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Riktlinjen har tagits fram genom en sammanvägning av tandvårdslagen, tandvårdsförordningen, befintliga vårdprogram och överenskommelser för samverkan mellan hälso- och sjukvård, vård- och omsorg samt tandvård avseende vård för personer som genomgått stroke.

Särskild vikt har lagts vid sammanställning av de tandvårdsstöd som är aktuella för patienter som genomgått stroke. Eftersom det regionala tandvårdsstödet kan skilja sig något avseende kriterium för berättigande av tandvårdsstöd samt förfarande vid intygsskrivning hänvisas till respektive regions sida på 1177 Vårdguiden. AGREE II och GRADE har inte använts.

Riktlinjen är framtagen av Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke och remitterad till de olika regionala arbetsgrupperna samt efter revidering med ny remissrunda till Nationellt programområde (NPO) Tandvård och svensk förening för orofacial medicin. Riktlinjen följer personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA.

## Bakgrund

Långvarig sjukdom eller bestående funktionsnedsättning efter stroke medför ofta sämre förutsättningar att bibehålla en god munhälsa [1–4]. Ett tydligt tecken på försämrad munhälsa är tugg- och sväljsvårigheter med residualvolym av föda som kvarstår framför allt i kindens slemhinneveck efter måltid. Salivläckage som orsakas av sväljsvårigheter och oförmåga att sluta läpparna liksom xerostomi som en följd av munandning är andra vanliga tecken på ökad risk för oral ohälsa.

Det kan vara sjukdomen, funktionsnedsättningen, medicineringen och/eller sjukdomsbehandlingen som medför ett ökat behov av tandvård eller förebyggande behandling. Det är också vanligt att extra omvårdnadsinsatser krävs i samband med den dagliga munvårdsrutinen [1,4–6].

När munhälsan inte uppmärksammas ökar risken för komplikationer såsom orala infektionsfoci och aspirationspneumonier som en följd av bakteriell överväxt i munhålan och posterior salivläckage [7–10]. Den oralmotoriska funktionsnedsättningen som kan kvarstå efter det akuta förloppet efter en stroke kan framgångsrikt behandlas genom neuromuskulär träning med hjälp av en munsärm [11,12]. Initiativ till munsärmsträning kan tas av såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdspersonal.

Träningen kräver relativt begränsad insats men behöver genomföras dagligen och under en lång period för att nå önskad behandlingseffekt. Därför är uppföljning med tillfälle för individuell motivationshöjning avgörande.

## Utredning/diagnostisering

### Riskfaktorer

De riskfaktorer som hotar en god munhälsa är kopplade till oralmotorisk funktionsnedsättning och en minskad förmåga att upprätthålla en daglig munvårdsrutin. Utförande av munvårdsrutin försvåras genom faktorer såsom försvagad kindmuskulatur, stereognosi, hypotonisk tungmuskulatur och oral apraxi som ofta är en del av symtombilden vid stroke. Risken för försämrad munhälsa ökar som en följd av minskad uppmärksamhet på munhälsan i samband med minskad autonomi och tappad tandvårdskontakt. Det är därför av stor vikt att en professionell bedömning av munhälsan och riskfaktorer för försämrad munhälsa genomförs i samband med andra uppföljningsaktiviteter inom det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet. Riskbedömningen genomförs med hjälp av munspegel och adekvat ljuskälla och dokumenteras i journal.

### Bedömning av munhälsa

Vårdförlopp för stroke och TIA rekommenderar en systematisk bedömning av munhälsan inklusive risker. Webb-SKU innehåller en undervisningsfilm: [Munhälsa](#) som tar upp de viktigaste aspekterna.

### ROAG-J

ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide - Jönköping) används för att inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg identifiera munhälsoproblem eller risk för ohälsa i munnen. ROAG-J gör det möjligt att upptäcka risker i god tid och bedömningen bör genomföras på ett systematiskt och fortlöpande sätt. I förloppet inkluderas överrapportering av såväl bedömning, adekvata åtgärder och uppföljning. Olika yrkeskategorier kan ansvara för ROAG-J-bedömning beroende på arbetsflödet vid den aktuella mottagningen. Instrumentet utgör en del av kvalitetsregistret Senior alert och har utarbetats av Folk tandvården Jönköping efter en översättning av ROAG som först utvecklades av University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing forum [13,14].

En ROAG-J-bedömning bör genomföras i samband med inskrivning i slutenvården särskilt för patienter med känd risk för att utveckla problem eller som har problem med att tugga, äta eller svälja. Hos tidigare frisk patient som fått nya besvär rekommenderas ny bedömning efter 1 vecka eller innan utskrivning.

Syftet med ROAG-J är att:

- Identifiera problem i munhålan.
- Tydliggöra individuellt behov av munvårdsåtgärder.
- Ge stöd för dokumentation.
- Fungera som beslutsunderlag för konsult eller remiss till läkare/tandvård.
- Utvärdera insatta åtgärder.

ROAG-J omfattar nio indikatorer för riskbedömning av munhälsa.

1. Röst.
2. Läppar.
3. Munslemhinnor.
4. Tunga.
5. Tandkött.
6. Tänder.
7. Protes.
8. Saliv.
9. Sväljning.

Bedömningen av respektive område anges med tre olika siffror:

- 1 = frisk eller normaltillstånd.  
 2 = måttliga förändringar/avvikelser.  
 3 = svårare avvikelser.

I samband med att en eller flera 2:or registreras vid ROAG-J-bedömning ska beslut fattas och dokumenteras om förebyggande åtgärder. Utfallet av de insatta åtgärderna ska därefter bedömas efter individuellt angivet intervall.

Om bedömningen även registrerar 3:or ska vårdkontakt tas med specialisttandvården orofacial medicin alternativt tandvårdsaktör med stroke-kompetens. För ytterligare information om praktiskt tillvägagångssätt, se instruktionsfilmer Munhälsa - Senior alert

## Dokumentation

I patientkontraktet skall dokumenteras vem som ansvarar för uppföljningen av munhälsan, när den ska ske och var.

## Behandling/handläggning

### Förebyggande åtgärder

Förebyggande åtgärder	Preparat och hjälpmedel
Fukta munnen	Använd receptfria fuktgeler, spray eller saliversättningsmedel.
Lokal smärtlindring av läppar och munslemhinna	Använd Lidocain APL 5% munhålepasta alternativt Oral Cleaner APL munsköljvätska som även kan sprayas på slemhinnan.
Lokal smärtlindring vid enstaka intraorala sår	Applicera Lidocain APL 5% munhålepasta.
Avlägsnande av krutor på munslemhinna och tunga	Använd Bisolvon-lösning (0,8 mg/ml) alternativt Oral Cleaner APL på skumgummitork.
Behandling av tungsveda	Smörj med receptfria fuktgeler, rapsolja.
Rengöring av kvarvarande tänder och munslemhinnor – assistans eller fullständig hjälp	Tandborstning, rengöring mellan tänderna, fluoridtillförsel utöver fluorid tandkräm. Återfukta munslemhinnor med receptfria salivstimulerande medel eller saliversättningsmedel.

Munvård vid inflammerat tandkött (gingivit)	Genomför munvårdsrutin 2 gånger per dag med tandborstning och rengöring mellan tänderna. Åtgärden kan kompletteras med munsköljning med klorhexidinpreparat alternativt tandkräm som innehåller både fluorid och klorhexidin.
Förstärkt munvård för ökad kariesprofylax	Munsköljning med natriumfluoridlösning (0,2%) 2 gånger per dag alternativt ersättande av ordinarie tandkräm med högfluorid tandkräm (5000 ppm fluorid). Båda åtgärderna kräver att patienten har förmåga att spotta ut efter tandborstning alternativt munsköljning.

### Extra munvård vid förstärkt kost

I samband med förstärkta kostrekommendationer med täta och kolhydratrika måltider ökar risken för snabb kariesutveckling och då rekommenderas följande förebyggande åtgärder:

- Skölj ur munnen med vatten efter varje intag. Om personen inte kan skölja bör åtgärden ersättas med att munnen tvättas ur med en fuktig skumgummitork efter varje måltid.
- Genomför den dagliga munvårdsrutinen 2–3 gånger per dag och inkludera extra fluorid tillförsel, i första hand fluoridsköljning, med 0,2% Natriumfluorid. Om sköljning inte är möjligt att genomföra kan fluorlösningen appliceras på tänderna med en skumgummitork.
- Speciellt uppmärksamhet bör iakttas om personen intar nattmål. Avsluta med att dricka vatten eller allra helst genomför en munsköljning med 0,2% Natriumfluorid.

### Regionalt tandvårdsstöd

Det regionala tandvårdsstödet för patienter som genomgått stroke omfattar två delar:

- Nödvändig tandvård (N-tandvård)
- Tandvård vid funktionsnedsättning (F-tandvård)

En patient med intyg om N-tandvård eller F-tandvård väljer själv vilken tandläkare hen vill besöka och om tandvårdskontakt saknas kan hänvisning göras av regionens tandvårdsenhet. Tandvårdsaktörer med särskild kompetens inom strokerelaterad problematik finns vid specialisttandvårdens avdelningar för orofacial medicin.

N-tandvård är kopplat till patientens omvårdnadsbehov i det dagliga livet. Omvårdnadsbehovet ska vara stort och långvarigt och är kopplat till olika undergrupper som beskriver personens boendesituation.

- Särskild boendeform för service och omvårdnad, till exempel sjukhem, vård- och omsorgsboende eller gruppboende
- Omfattande hälso- och sjukvård i det egna hemmet
- Egen bostad men har mycket stora behov av vård och omsorg
- Omfattande psykisk funktionsnedsättning
- Funktionsnedsättning och omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Regionen utfärdar ett tandvårdskort/tandvårdsstödsintyg till personen när denne beslutas tillhöra personkretsen. Initiativ till intygsskrivning tas i första hand av kommunens biståndshandläggare men kan även initieras av fast vårdkontakt, patientansvarig sjuksköterska, distriktssköterska, verksamhetschef vid SÄBO eller läkare.

Patienten kan också själv vända sig till regionens tandvårdsenhet för att ansöka om intyg för N-tandvård. N-tandvården ger patienten erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet av tandhygienist 1 gång per år samt utbildning av omvårdnadspersonal avseende det individuella behovet av hjälp med daglig munvårdsrutin.

N-tandvården omfattar även de tandvårdsåtgärder som krävs för att upprätthålla god munhälsa avseende infektionsfrihet, smärtfrihet och tuggfunktion. Den tandvård som utförs inom ramen för N-tandvård belastar patienten med motsvarande besöksavgift inom öppenvården och utgör en del av sjukvårdens högkostnadsskydd.

F-tandvård är kopplat till patientens funktionsnedsättning som kan medföra ökad risk för tandskador, problem med att upprätthålla daglig munvårdsrutin och/eller svårighet att besöka ordinarie tandvårdsklinik. Intyg om F-tandvård är aktuellt för de patienter som har kvarstående symtom 6 månader efter stroke.

Utöver detta ska även en sammantagen bedömning göras avseende patientens förmåga att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det är ansvarig läkare som skriver intyget på särskild blankett (se [Blankett 17 - Läkarintyg.indd \(socialstyrelsen.se\)](#)).

## Vårdnivå

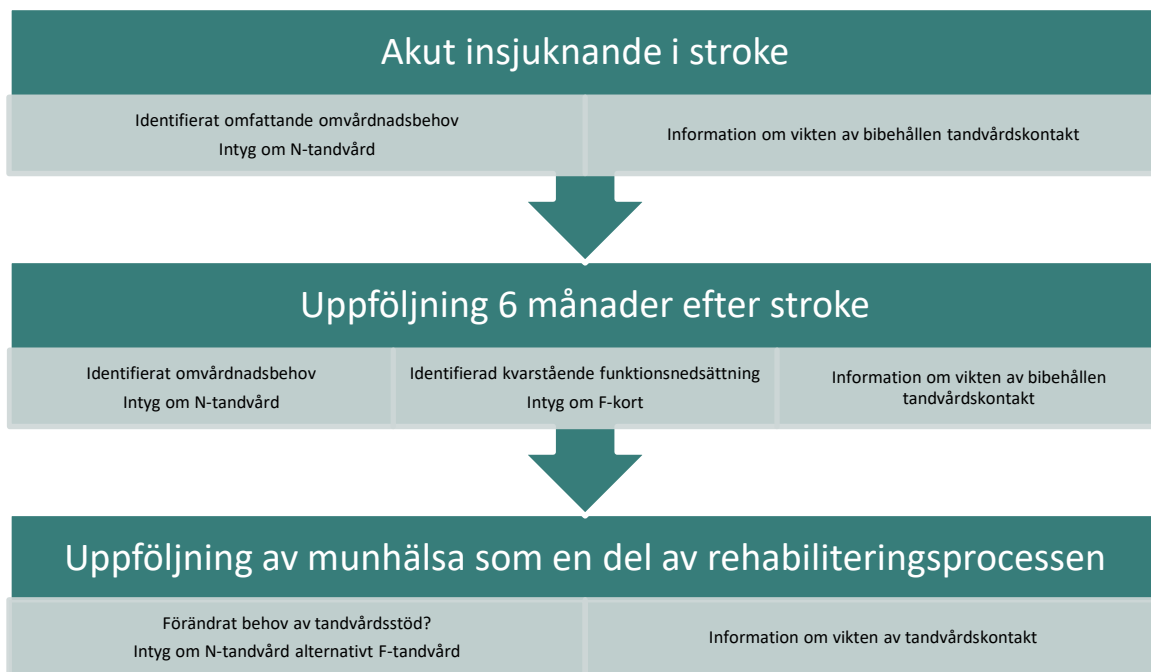
Bedömning av risk för ohälsa i munnen och beslut om åtgärder och uppföljning kan göras av olika yrkeskategorier. Därför är det viktigt att anpassa arbetet med munhälsa och tandvårdsstöd till den enskilda verksamhetens vårdflöde. I figuren presenteras de åtgärder som utförs inom respektive vårdnivå (sjukhusvård och primärvård). Den dagliga munvårdsrutinen är, efter det akuta skedet, del av omvårdnaden. Beslut om stödinsatser omfattande personlig hygien bör även ta ställning till behov av stöd vid munvårdsrutin.





## Uppföljning

Munhälsa och risk för ohälsa i munnen är en del av den uppföljning som genomförs i det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för stroke och TIA. För en systematisk bedömning rekommenderas genomförandet av ROAG-J som även inkluderar ställningstagande om lämpliga åtgärder samt uppföljning av dessa. Intervallet för uppföljande ROAG-J-bedömningar görs på individuell indikation. Särskild uppmärksamhet bör iakttas i samband med förändrad tugg- och sväljförmåga, förändrad förmåga till daglig munvårdsrutin eller i samband med annan misstanke om symtom från munnen.



## Kvalitetsuppföljning

Följande omvårdnadsvariabler kan registreras i Riksstroke's akutdel:

- Har patienten ohälsa i munnen vid ankomst?
- Har riskbedömning gjorts med ett riskbedömningsinstrument (till exempel ROAG-J) för att bedöma om risk eller ökad risk för ohälsa i munnen föreligger efter strokeinsjuknandet?
- Föreligger ohälsa i munnen eller risk för ohälsa i munnen?
- Har förebyggande åtgärder vidtagits vid ohälsa i munnen eller risk för ohälsa i munnen?

I Riksstroke's 12-månadersuppföljning registreras:

- Har du varit till tandläkare eller tandhygienist det senaste året?
- De föreslagna förebyggande åtgärderna kan registreras som KVÅ-koder QN011 och QN012 [15].
- KVÅ-kod för ROAG-J-bedömning saknas.

## Innehållsansvarig

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke.

Ordförande för arbetsgruppen: Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

## Referenser

1. Lyons M, Smith C, Boaden E, Brady MC, Brocklehurst P, Dickinson H, Hamdy S, Higham S, Langhorne P, Lightbody C, McCracken G, Medina-Lara A, Sproson L, Walls A, Watkins DC. Oral care after stroke: Where are we now? *Eur Stroke J*. 2018 Dec;3(4):347-354.
2. McMillan AS, Leung KC, Pow EH, Wong MC, Li LS, Allen PF. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. *J Oral Rehabil*. 2005 Jul;32(7):495-503.
3. Shiraishi A, Yoshimura Y, Wakabayashi H, Tsuji Y. Prevalence of stroke-related sarcopenia and its association with poor oral status in post-acute stroke patients: Implications for oral sarcopenia. *Clin Nutr*. 2018 Feb;37(1):204-207.
4. Shiraishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral Management in Rehabilitation Medicine: Oral Frailty, Oral Sarcopenia, and Hospital-Associated Oral Problems. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(10):1094-1099.
5. Hanne K, Ingelise T, Linda C, Ulrich PP. Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *J Clin Nurs*. 2012 Oct;21(19-20):2851-9.
6. Vårdhandboken <http://www.vardhandboken.se/Texter/Munhalsa/Oversikt/>
7. Westendorp WF, Nederkoorn PJ, Vermeij JD, Dijkgraaf MG, van de Beek D. Post-stroke infection: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol*. 2011 Sep 20;11:110.
8. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *N Engl J Med*. 2019 Feb 14;380(7):651-663.
9. Wagner C, Marchina S, Deveau JA, Frayne C, Sulmonte K, Kumar S. Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene. *Cerebrovasc Dis*. 2016;41(1-2):35-9.
10. Cieplik F, Wiedenhofer AM, Pietsch V, Hiller KA, Hiergeist A, Wagner A, Baldaranov D, Linker RA, Jantsch J, Buchalla W, Schlachetzki F, Gessner A. Oral Health, Oral Microbiota, and Incidence of Stroke-Associated Pneumonia-A Prospective Observational Study. *Front Neurol*. 2020 Nov 6;11:528056.
11. Hägglund P, Hägg M, Leving Jäghagen E, Larsson B, Wester P. Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurol*. 2020 Nov 7;20(1):405.
12. Wertsén M, Stenberg M. Training lip force by oral screens. Part 3: Outcome for patients with stroke and peripheral facial palsy. *Clin Exp Dent Res*. 2020 Jun;6(3):286-295.
13. Andersson P, Persson L, Hallberg IR, Renvert S. Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting: a pilot study. *J Clin Nurs*. 1999 Mar;8(2):150-8.
14. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist*. 2002 Sep-Oct;22(5):181-6.
15. Munhälsa - Senior alert ([www.senioralert.se](http://www.senioralert.se))