Region Stockholm

8
Yttrande över remiss – Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke från NPO nervsystemets sjukdomar
VKN 2022-0104

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-24

VKN 2022-0104

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke från NPO nervsystemets sjukdomar

Ärendebeskrivning

Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar har publicerat en remissversion av ny riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i riktlinjen, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke från NPO nervsystemets sjukdomar
Remissversion av konsekvensbeskrivning

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till NPO nervsystemets sjukdomar.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
I detta avsnitt beskrivs (1) vad stroke är och hur det påverkar munhälsan, (2) hur patientgruppen ser ut samt (3) vad remissens förslag innebär.

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. Stroke orsakas vanligen av en blodpropp men i en mindre del av fallen av en blödning. Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med känsel, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Långvarig sjukdom eller bestående funktionsnedsättning efter stroke medför ofta sämre förutsättningar att bibehålla en god munhälsa. Till problembilden kan höra exempelvis kvarliggande mat i munnen efter måltid till följd av tugg- och sväljsvårigheter, samt muntorrhet till följd av munandning. Det kan vara sjukdomen, funktionsnedsättningen, medicineringen och/eller sjukdomsbehandlingen som medför ett ökat behov av tandvård eller förebyggande behandling. När munhälsan inte uppmärksammas ökar risken för komplikationer såsom orala infektioner och aspirationspneumonier, dvs. lunginflammation orsakad av att främmande material, exempelvis mat, andats in i lungor eller nedre luftvägar.

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke i Sverige. Incidensen (nyinsjuknande) för stroke ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Prevalensen, det vill säga antal personer som har haft en stroke tidigare i livet, uppskattades 2015 till cirka 200 000 personer, det vill säga 1 942 per 100 000 personer. Vård som återfallsprevention och rehabilitering efter stroke sköts dels inom primärvården, dels inom specialiserad öppenvårdsrehabilitering.

Den remitterade riktlinjen innehåller rekommendationer om hur och när bedömning av munhälsa och behov av tandvård bör göras vid slutenvård av strokepatienter, hur och av vem detta ska dokumenteras och följas upp. Slutligen rekommenderas att intyg om så kallad F-tandvård, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, om funktionsnedsättningen kvarstår 6 månader efter stroke. Patienter som tillhör gruppen med F-tandvård kan få viss tandvård till samma patientavgifter som gäller för öppen hälso- och sjukvård. Högkostnadskort och frikort gäller i dessa fall.

Den konsekvensbeskrivning som hör till den föreslagna riktlinjen anger att dem initiala bedömningen av munhälsan omfattar alla patienter. En mindre andel kommer därutöver bli föremål för en eller flera bedömningar till under den akuta vårdtiden. Uppgifter saknas om hur många det rör sig om eller om hur många fler som kan komma i fråga om riktlinjen efterlevs.

Hälsoekonomiskt underlag saknas, enligt konsekvensbeskrivningen, för systematisk bedömning av munhälsan, förebyggande behandling och bedömning av specialisttandvård. I konsekvensbeskrivningen bedöms att ökad diagnostik kan komma att öka tandvårdskostnaderna initialt inom ramen för tandvårdsstöd men över tid minska. Enligt en rapport från SKR 2020 hade 2 335 patienter med strokediagnos i riket intyg för F-kort, vilket troligtvis innebär att det finns ett mörkertal av patienter som egentligen har rätt till tandvårdsstöd.

Överväganden
Region Stockholm ställer sig principiellt positiv till remissens förslag om en mer systematisk bedömning av strokepatienters munhälsa i slutenvård och därefter i samband med rehabilitering och uppföljning. Regionen vill dock framföra följande:

- Till de rekommenderade åtgärderna hör oralmotorisk träning med så kallad munskärm. Mot bakgrund av omfattningen och konklusionerna av de studier som rekommendationen baseras på bedömer Region Stockholm att det vetenskapliga stödet för denna typ av träning ännu inte är tillräckligt starkt. Socialstyrelsen betraktar också, i sina nationella riktlinjer för stroke (2020), munskärmsträning som FoU-verksamhet. Regionen bedömer vidare att en implementering av denna åtgärd skulle innebära en kostnadsökning; en sådan bedöms nu, mot bakgrund av evidensläget, inte vara motiverad.

- Förutsättningarna för en implementering av den del av riktlinjen som rör det regionala tandvårdsstödet är beroende av att inga författningsändringar kommer att göras med anledning av det betänkande (SOU 2021:8) som utredningen om jämlik tandhälsa lämnat.

- Vad gäller handläggningen vid det akuta insjuknandet bedömer Region Stockholm att det är för tidigt att redan vid den samordnade individuella planeringen, i samband med utskrivning, ta ställning till intyg om så kallad nödvändig tandvård. Enligt regionala rekommendationer görs denna bedömning efter cirka sex månader, eftersom det är först då omsorgsbehovet kan bedömas såsom omfattande och varaktigt, vilket är att krav för att kunna tillhöra patientgruppen med nödvändig tandvård.

- Vad gäller den remitterade konsekvensbeskrivningen vill Region Stockholm lyfta fram att fritt patientval råder; det innebär att den samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård som beskrivningarna utgår från förutsätter ett aktivt val från patienten eller dennes anhöriga. Som konsekvensbeskrivningen lyfter finns inte heller självklart journaltekniska förutsättningar för att dela information om exempelvis patientkontrakt mellan vårdgivare, vilket påverkar kontinuiteten i vården.

- Det kunskapsstöd som denna riktlinje avser att komplettera – vårdförlopp avseende fortsatt vård och rehabilitering efter stroke och TIA – innebär i sig en väsentlig ambitionsökning. Eftersom förekomsten av kvarstående funktionsnedsättningar efter stroke varierar stort skulle kriterierna för vilka patienter som ska omfattas av riktlinjen kunna vara snävare.

För regionens räkning bedöms följande utmaningar finnas:

- En fullständig implementering av tandvårdsstöd (i aktuella fall) förutsätter särskilda och prioriterade informationsinsatser, framför allt avseende F-kortet (funktionsbedömning 6 mån efter stroke).

- Ett formaliserat samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården saknas i dag runt patienter som genomgått stroke. Omfattningen av den patientgrupp som har kvarstående funktionsnedsättning efter stroke, vilken försvårar egenvårdsrutin och/eller besök på konventionell tandvårdsklinik, är svår att uppskatta.

- Riktlinjen rekommenderar en strukturerad munhälsobedömning vid ankomst till sjukhus, till exempel med det vedertagna bedömningsverktyget ROAG-J. Region Stockholm delar bilden av att en implementering av denna rekommendation förutsätter att tid avsätts för en utbildningsinsats avseende korrekt användning av bedömningsinstrumentet. En korrekt genomförd och dokumenterad munhälsobedömning tar tid; denna tid behöver finnas och avsättas för uppgiften.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. En implementering av det föreslagna kunskapsstödet bedöms förutsätta en viss utökning av resurser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga patientsäkerhetskonsekvenser. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan principiellt väntas ha positiva patientsäkerhetskonsekvenser.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga konsekvenser för jämställd och jämlik vård. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan principiellt väntas ha positiva effekter inom området.

Miljökonsekvenser
Vare sig ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar eller en implementering av det föreslagna vårdförloppet kan antas ha några stora miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. En implementering av det föreslagna kunskapsstödet bedöms förutsätta en utökning av mängden administration för hantering av patientkontrakt.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
NPO nervsystemets sjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-24

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

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala 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

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala 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
Vårdnivå 8
Uppföljning 9
Innehållsansvarig 10
Referenser 11

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 residualvolymer 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 posteriort 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 munskärm [11,12]. Initiativ till munskärmsträning kan tas av såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdspersonal.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 Folktandvården 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.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 krustor 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 fluoridtandkräm. Återfukta munslemhinnor med receptfria salivstimulerande medel eller saliversättningsmedel.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 högfluoridtandkräm (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 fluoridtillförsel, 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 iakttagas 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)

Remiss

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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.

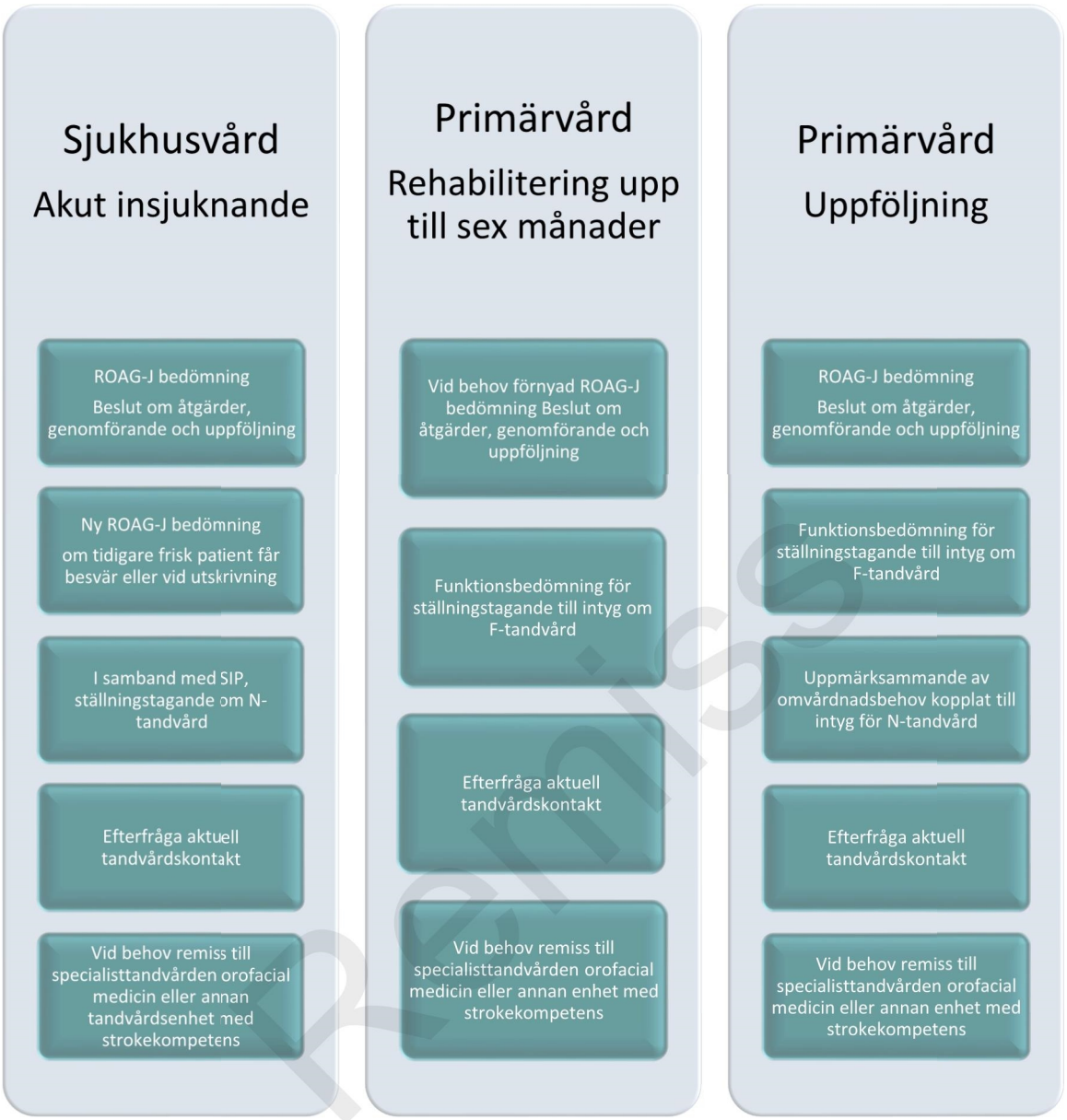
Utöver detta ska även en sammantagen bedömning göras avseende patientens förmåga att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det är ansvarig läkare som skriver intyget på särskild blankett (se Blankett 17 - Läkarintyg.indd (socialstyrelsen.se).

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.

Remiss

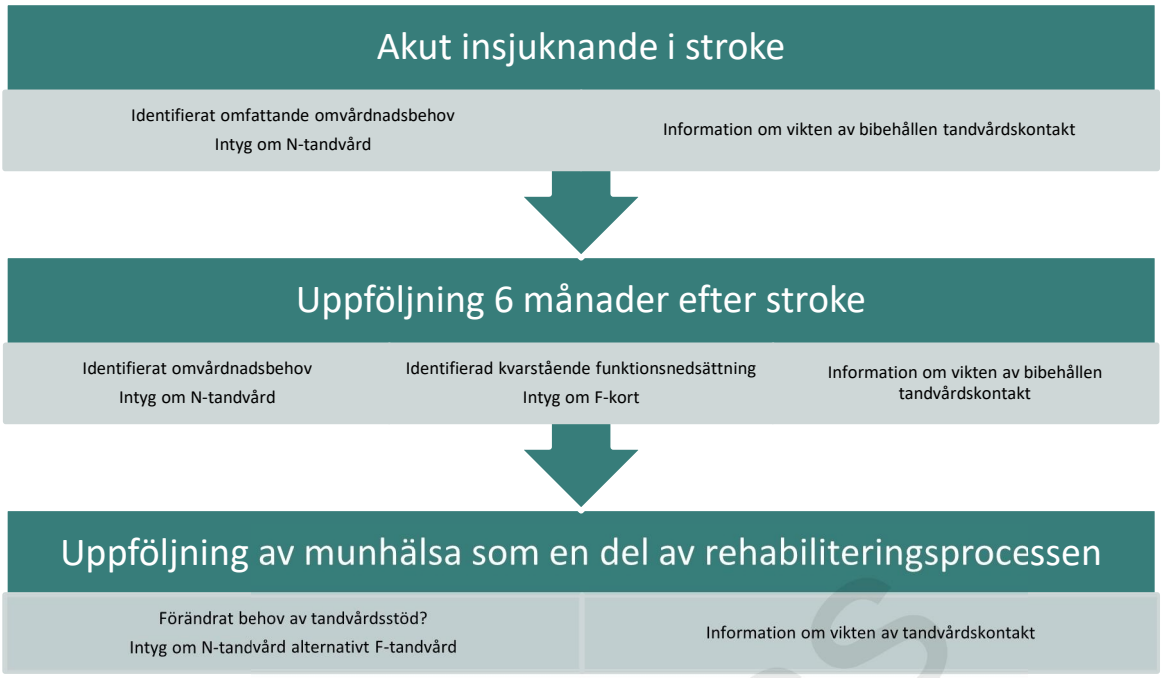
Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



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 iakttagas i samband med förändrad tugg- och sväljförmåga, förändrad förmåga till daglig munvårdsrutin eller i samband med annan misstanke om symtom från munnen.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Kvalitetsuppföljning

Följande omvårdnadsvariabler kan registreras i Riksstrokes 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 Riksstrokes 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.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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, Levring 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)

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd

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

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-03-21	Öppen remiss

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning av munhälsa och regionala tandvårdsstöd 2
Versionshantering 2
Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 4
2. Konsekvenser 4
2.1 Omfattning 4
2.2 Nytta eller risker för individen 5
2.3 Etiska aspekter 5
2.4 Verksamhet och organisation 6
2.5 Kostnader 7
2.6 Kompetensförsörjning 7
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 7
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 7
2.9 Uppföljning 8
2.10 Övriga konsekvenser 8

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Denna konsekvensbeskrivning beskriver de viktigaste konsekvenserna av riktlinjen för munhälsa och regionala tandvårdsstöd.

Vid insjuknande i stroke är det vanligt att munhälsan påverkas negativt både avseende nedsatt oralmotorik och förmågan till fullgod egenvård i form av daglig munvårdsrutin. Situationen medför ökad risk för medicinska komplikationer, minskad livskvalitet och väsentligt ökade tandvårdskostnader kopplat till ett ökat tandvårdsbehov.

Målsättningen med riktlinjen är att beskriva hur patienter som insjuknar i stroke, initialt och senare under vårdförloppet kan få en systematisk bedömning av sin munhälsa med mål att minska tidigare nämnda risker och försämrad livskvalitet. Den tydliggör även reglerna för patienternas rätt till regionalt tandvårdsstöd.

Riktlinjen rekommenderar bedömning av munhälsan med ROAG J, en väl beprövad metod som används i kvalitetsregistret Senior Alert. ROAG J möjliggör upptäckt av risker i god tid och bör genomföras på ett systematiskt och fortlöpande sätt. Metoden kan användas av flera yrkeskategorier vilket ökar flexibiliteten i arbetet på mottagningarna.

Riktlinjen beskriver och sammanfattar de två regionala tandvårdsstöden (N-tandvård och F-tandvård), ett område där kunskapen inom strokevården såväl den akuta som i det fortsatta vårdförloppet är begränsad.

Vårdnivåer och ansvarsområden tydliggörs vilket kommer öka förutsättningarna för att patienten handläggs i rätt tid och på rätt vårdnivå.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Stroke ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Konsekvensbeskrivningen grundas på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke 2020. Claes Gustafsson, medicine doktor, överläkare, specialist i allmän internmedicin har lett arbetet tillsammans med Pia Skott, specialisttandläkare orofacial medicin, Folktandvården Stockholm.

Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg är ordförande i NAG Stroke.

Övriga representanter i NAG Stroke är Mia von Euler (Örebro), Per Wester (Umeå), Anna Brändal (Umeå), Magnus Esbjörnsson (Skåne) och Annika Berglund (Stockholm).

Samtliga representanter har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Den initiala bedömningen av munhälsan omfattar alla patienter. En mindre andel kommer därutöver bli föremål för en eller flera bedömningar till under den akuta vårdtiden. Uppgifter saknas om hur många det rör sig om eller om hur många fler som kan komma i fråga om riktlinjen efterlevs.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motorisk eller kognitiv funktionsnedsättning. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Alla patienter bör få en uppföljande bedömning efter 6 månader. Denna rekommenderas ske med hjälp av ROAG J och kan utföras av fler olika yrkeskategorier. Om det då finns ett kvarstående funktionsnedsättning är patienten berättigad till ett F-kort. Förutom patientens ordinarie tandvårdskontakt kan remiss till orofacial medicin eller tandvårdsenhet med strokekompetens bli aktuell. Även här saknas data om hur många som idag remitteras eller antal som kan bli aktuella om riktlinjen implementeras fullt ut.

Incidens och prevalens i Sverige

- 2015 uppskattades strokeprevalensen till 1 942 per 100 000 personer [1].
- Studier saknas på prevalens av munohälsa i det sena förloppet av stroke. I en studie från Senior Alert hade 42% munhälsoproblem vid ROAG-J-bedömning i SÄBO [1].

2.2 Nytta eller risker för individen

Nyttan med riktlinjen är att bedömningen av munhälsan med ROAG J i det såväl akuta, subakuta som senare vårdförloppet identifierar tugg- och sväljsvårigheter. Undersökningen avslöjar också salivläckage som orsakas av sväljsvårigheter och oförmåga att sluta läpparna liksom xerostomi som följd av munandning. Identifieras måttliga avvikelser på en eller flera av de nio bedömda indikatorerna ska förebyggande åtgärder insättas. Åtgärderna ska sedan utvärderas efter ett individuellt angivet intervall. Om bedömningen visar på svårare avvikelser ska vårdkontakt tas med specialisttandvården orofacial medicin alternativt tandvårdsaktör med strokekompetens.

Riktlinjen rekommenderar därutöver även extra munvård vid förstärkt kost för att minska risken för snabb kariesutveckling.

Riktlinjen redogör för rätt till och omfattning av regionalt tandvårdsstöd, F-tandvård och N-tandvård.

N-tandvård är kopplat till patientens omvårdnadsbehov i det dagliga livet. Om individen uppfyller kriterierna för N-tandvård gäller följande:

- Individen erbjuds kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet av tandhygienist 1 gång per år
- Omvårdnadspersonal utbildas avseende det individuella behovet av hjälp med daglig munvårdsrutin.
- Tandvårdsåtgärder som krävs för att upprätthålla god munhälsa avseende infektionsfrihet, smärtfrihet och tuggfunktion omfattas.
- Tandvården som utförs belastar individen med motsvarande besöksavgift inom öppenvården och utgör del av sjukvårdens högkostnadsskydd.

F-tandvård är kopplat till patientens funktionsnedsättning som kan medföra ökad risk för tandskador.

Sammantaget innebär efterlevnad av riktlinjen att patientens livskvalitet ökar och risken för komplikationer minskar.

2.3 Etiska aspekter

Riktlinjen kan gynna individens autonomi genom ökad kännedom om risker för försämrad munhälsa, förutsättningar för god munhälsa, förebyggande behandling, undervisning och stöd.

Remiss

Riktlinjen kommer att identifiera individer med kvarstående och nya munhälsoproblem vilket kan leda till en undanträngningseffekt på andra patientgrupper.

Alla människor har lika värde och riktlinjen rekommenderar åtgärder enligt behovs- och solidaritetsprincipen. Riktlinjen lyfter fram och stärker vården och uppföljningen av de svårast sjuka.

Hälsoekonomiskt underlag saknas för systematisk bedömning av munhälsan, förebyggande behandling och bedömning av specialisttandvård.

Ett av riktlinjens syften är att personer som har insjuknat i stroke eller TIA ska få en mer jämlik vård och rehabilitering i hela landet oavsett kön, ålder eller grad av funktionsnedsättning. Resurser i form av personal med olika kompetenser skiftar mellan kommuner och regioner i landet och kan påverka tillgången till bedömningen av munhälsan och specialisttandvård

Risken för att riktlinjen ska leda till onödig eller omotiverad vård bedöms som mycket liten. Riktlinjen utgår från evidensbaserade åtgärder i de nationella riktlinjerna. Insättning av en åtgärd bedöms utifrån patientens behov och förutsättningar.

2.4 Verksamhet och organisation

Den första bedömningen av munhälsan vid insjuknandet i stroke sker på strokeenheten på sjukhuset. Där sker sedan, under det fortsatta vårdförloppet, uppföljande bedömningar utifrån patientens tillstånd. På strokeenheten finns tillgång till hela det multidisciplinära teamet och till kontakt med tandhygienist och specialisttandvården orofacial medicin alternativt tandvårdsaktör med strokekompetens. Tillgången till tandvårdskompetens varierar över landet.

Fortsatt uppföljning efter utskrivningen förutsätter ett fungerande strukturerat samarbete mellan de olika vårdgivare som patienten har behov av. De kan beroende på patientens behov vara inom såväl den specialiserade vården som i primärvård, region eller kommunal vård och omsorg. Även här varierar tillgången till tandvårdskompetens över landet.

Det finns en risk att patienter inte får de evidensbaserade rehabiliteringsinsatser inklusive munhälsobedömning som beskrivs i vårdförloppet på grund av gråzoner i ansvarsfördelningen mellan slutenvård och primärvård inom region och kommunal vård och omsorg.

Införandet av strukturerad uppföljning av patienter med stroke eller TIA har hög prioritet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke (prio2) och omfattar även återkommande bedömning av munhälsan. Den strukturerade uppföljningen innefattar att det ska finnas tillgång till hela det multidisciplinära teamet. De team som träffar strokepatienten kan behöva vara organisationsöverskridande för bästa kontinuitet, vård och rehabilitering och för att säkerställa jämlik vård oavsett hur de regionala organisationerna ser ut.

Strukturerad uppföljning enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke saknas helt eller delvis inom de flesta regionerna och behöver utvecklas. Bedömningen av munhälsan kan ske av flera olika professioner men en tydlig ansvarsfördelning krävs.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke lyfter också fram patientkontraktet, en överenskommelse mellan patienten och vården som tillkommer under det akuta vårdtillfället. Patientkontraktet ska sedan uppdateras kontinuerligt under det fortsatta vårdförloppet och finnas tillgängligt för patienten och alla vårdgivare. I det ingår bedömning och uppföljning av munhälsan och vem som är ansvarig. Införande av patientkontrakt kommer förbättra möjligheten till en systematisk uppföljning av munhälsan.

För att möjliggöra detta behöver patientkontraktet finnas tillgängligt digitalt för alla involverade vårdgivare, den fasta vårdkontakten och patienten. För närvarande är detta inte möjligt då

sjukvården saknar ett gemensamt journalsystem. Det är därför av yttersta vikt att man framledes utvecklar digitala lösningar för att kunna tillgodose patienternas behov av kontinuitet.

2.5 Kostnader

Den utrustning som krävs för att genomföra en bra bedömning av munhälsan är pennlampa och spegel.

Utbildningen är webbaserad, kan vid behov delas upp i flera delar och tar totalt cirka 30 minuter att genomföra.

Ökad diagnostik kan komma att öka tandvårdskostnaderna initialt inom ramen för tandvårdsstöd men över tid minska. I en rapport från SKR 2020 hade 2335 patienter med strokediagnos intyg för F-kort, vilket troligtvis innebär ett mörkertal på hur många som har rätt till tandvårdsstöd.

Inga andra kostnader föreligger.

2.6 Kompetensförsörjning

Bemanning

Nationella måltal saknas för antalet personer i respektive profession kopplat till invånare eller antal strokepatienter som behövs. Tillgång till olika professioner varierar inom specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Bedömningen av munhälsa kan efter utbildning ske av flera olika professioner vilket ökar flexibiliteten och möjligheterna för organisationen att följa riktlinjen.

Tillgång till specialisttandvården orofacial medicin, alternativt tandvårdsaktör med strokekompetens, och tandhygienister är olika i landet. Väntetiden varierar från månader till år för att komma till specialisttandvården.

Utbildning

Vårdförlopp för stroke och TIA rekommenderar en systematisk bedömning av munhälsan inklusive risker. Grundläggande utbildning finns att tillgå på Webb-SKU, film: Munhälsa. Därutöver finns på Senior Alert en instruktionsfilm om utförande av ROAG J: Munhälsa - Senior alert. Den sammanlagda utbildningstiden är cirka 30 minuter. På Senior Alert finns därutöver även flera andra undervisningsfilmer om olika delmoment för undersökning och behandling.

Aktuell tillgång till, och kunskapsläge om, bedömning av munhälsa inom primär och kommunal hälso- och sjukvård är okänt.

Respektive förvaltning behöver genomföra en GAP-analys av rutiner för bedömning av munhälsa, nuvarande resurser och kompetensläge.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen har samfasats med riktlinjen för dysfagi efter stroke.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Bedömning av munhälsan kan utföras av flera professioner efter kortare utbildning och bör inte påverka omställningen till nära vård.

Remiss

2.9 Uppföljning

I nuläget finns enbart KVÅ-koder för förebyggande behandling QN011 och QN0.

Tillskapande av KVÅ-kod för systematiserad munhälsobedömning skulle öka möjligheten till uppföljning av munhälsobedömning under hela vårdförloppet.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge några övriga konsekvenser.

Referenser

1. Bellander L, Andersson A, Nordvall D, Hägglin C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. Nursing open 2021

Remiss