

# Konsekvensbeskrivning för riktlinje för bedömning av munhälsa efter stroke samt för regionernas tandvårdsstöd

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

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke

# Konsekvensbeskrivning för riktlinje för bedömning av munhälsa efter stroke samt för regionernas tandvårdsstöd

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2023-01-17	Version 1.

## Innehållsförteckning

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

## 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 sätt och fortlöpande. Metoden kan användas av flera yrkeskategorier vilket ökar flexibiliteten i arbetet på vård- och omsorgsenheter.

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, Folk tandvården 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. Efter remiss har följande personer deltagit i arbetet: Anna Brändal, Annika Berglund, Åsa Rejnö och Pia Skott.

## 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 under

vårdtiden samt i uppföljning. Uppgifter saknas om hur många det rör sig om eller om hur många fler som kan komma i fråga om riktlinjen efterlevs.

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 sex månader. Denna rekommenderas ske med hjälp av ROAG-J (1) och kan utföras av fler olika yrkeskategorier. Om det då finns en kvarstående funktionsnedsättning är patienten berättigad till F-tandvård. 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(2).
- Studier saknas på prevalens av ohälsa i mun i det sena förloppet av stroke. I en studie från Senior alert hade 42 % munhälsoproblem vid ROAG-J-bedömning i SÄBO (3).

## 2.2 Nyttan eller risker för individen

Nyttan med riktlinjen är att bedömningen av munhälsan genomförs med ROAG-J såväl i det akuta, subakuta som senare vårdförloppet, för att identifiera munhälsoproblem eller risk för ohälsa i munnen. Identifieras måttliga avvikelser ska åtgärder sättas in. Åtgärderna ska sedan utvärderas efter ett individuellt angivet intervall. Om bedömningen visar på svårare avvikelser ska kontakt tas med tandvård (specialisttandvården orofacial medicin alternativt tandvårdsaktör med strokekompetens).

Riktlinjen rekommenderar därutöver även förstärkt munvård vid tät måltidsfrekvens eller energirik kost för att minska risken för snabb kariesutveckling.

Riktlinjen redogör för rätt till och omfattning av regionernas 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 en 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.

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 tandvård inklusive 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 tandvård (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. Vilka rutiner och hur uppdrag och ansvar uppfattas varierar idag över landet. Detta innebär att konsekvenserna av riktlinjen kommer att skilja sig i landet.

Det finns en risk att patienter inte får evidensbaserade rehabiliteringsinsatser inklusive munhälsobedömning som beskrivs i vårdförloppen (4, 5) 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)(6) 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 patienter med stroke 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 initieras 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 ficklampa och spegel.

Kostnadsfri webbaserad utbildning avseende munhälsa finns.

Ökad diagnostik kan komma att öka tandvårdskostnaderna initialt inom ramen för tandvårdsstöd men kan tänkas minska över tid. I en rapport från SKR 2021 hade 2 471 patienter med strokedagnos intyg för F-kort, vilket troligtvis innebär ett mörkertal på hur många som har rätt till tandvårdsstöd [Länk till rapporten](#).

Inga andra kostnader föreligger.

## 2.6 Kompetensförsörjning

### Bemanning

Nationella måttal saknas för antalet personer i respektive profession kopplat till invånare eller antal patienter med stroke 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, samt rutin för, kontakt med tandvård (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 (4, 5) rekommenderar en systematisk bedömning av munhälsan inklusive risker. Grundläggande utbildning finns att tillgå på Webb-SKU [Munhälsa](#), genom Socialstyrelsen [Munhälsa](#). Via Senior alert finns även en instruktionsfilm om utförande av ROAG-J: [Munhälsa](#). 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 den nationella riktlinjen för dysfagi efter stroke [Dysfagi](#).

## 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 annat än i positiv riktning.

## 2.9 Uppföljning

I nuläget finns enbart KVÅ-koder för förebyggande behandling QN011 och QN0 (7).

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.

## 3. Referenser

1. 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;22(5):181-6.
2. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(1):1-25.
3. Bellander L, Andersson P, Nordvall D, Hägglin C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. *Nurs Open*. 2021;8(3):1262-74.
4. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård. Stockholm: Sveriges regioner i samverkan; 2022, [https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp\\_stroke\\_och\\_TIA\\_tidiga\\_insatser\\_och\\_vard\\_publicerad\\_version\\_220915.pdf](https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp_stroke_och_TIA_tidiga_insatser_och_vard_publicerad_version_220915.pdf).
5. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering. Stockholm: Sveriges regioner i samverkan; 2022, [https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp\\_stroke\\_och\\_TIA\\_fortsatt\\_vard\\_och\\_rehabilitering\\_publicerad\\_version\\_220915.pdf](https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp_stroke_och_TIA_fortsatt_vard_och_rehabilitering_publicerad_version_220915.pdf).
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf>. p. 727.
7. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Socialstyrelsen; 2018.