

Dålig munhälsa efter stroke ett växande problem

Ökat samarbete mellan sjukvården och tandvården möjlig framgångsfaktor

KERSTIN HULTER ÅSBERG, docent, överläkare, Medicincentrum, Lasarettet i Enköping; institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
kerstin.hulter.asberg@neuro.uu.se
MADELEINE WERTSÉN, övertand-

läkare, specialistkliniken för pedodonti och sjukhustandvård, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal
INGER WÄRDH, docent, universitetslektor, Institutionen för odontologi, Karolinska institutet, Huddinge

Att få stroke innebär ofta omfattande begränsningar av fysisk, psykisk och social funktionsförmåga, vilket i sin tur kraftigt påverkar livskvaliteten [1]. Mun- och tandhälsans betydelse för livskvaliteten är inte tillräckligt uppmärksammas i de nationella riktlinjerna för strokevården från 2009 [2], inte heller i olika vårdprogram för stroke och i checklistor som används vid strokeenheter i landet. Viktiga angränsande områden som nutrition, dysfagi och afasi är väl beaktade, och klinisk forskning på dessa områden är frekvent.

Syftet med denna artikel är att belysa den orala hälsan efter stroke, efterlysa klinisk forskning på området samt föreslå åtgärder i akutskedet på sjukhusens strokeenheter och vid uppföljningen av stroke i primärvården [3].

Strokeincidensen ökar med stigande ålder. Årligen insjuknar cirka 30 000 svenskar i stroke, varav cirka en fjärdedel avlider under det första året (<http://www.riks-stroke.org>). Genomsnittsåldern vid insjuknandet är 75 år. Även om incidensen av stroke är oförändrad eller till och med har minskat måste vi på grund av befolkningsutvecklingen räkna med att antalet strokepatienter kommer att öka de närmaste decennierna.

Förr var munhälsan hos äldre strokepatienter mindre komplex, då flertalet bar helproteser som var lätta att rengöra. I en tidig studie vid strokeenheten vid Lasarettet i Enköping undersöktes 29 patienters tandstatus inom två veckor efter en stroke. Patienterna följdes upp efter tre månader. Problem sågs huvudsakligen hos patienter med protes; de fick svårt att balansera protesen. Förekomsten av infektion och inflammation i munslemhinnan, såsom gingivit och parodontit, undersöktes inte. Det är något som i dag måste beaktas i en liknande studie av munhälsa [4].

Idag har de flesta äldre egna tänder, brokonstruktioner och/eller implantat. Att sköta munvården har blivit mer komplicerat, men också mer angeläget för att vårda de vinster som uppnåtts. Till detta kommer sjukvårdspersonalens medvetenhet om patientens integritet, vilket lätt leder till att man avstår från munvård om patienten säger nej [5]. I sådana fall måste man försöka motivera patienten på olika sätt, som till exempel när man motiverar patienten att äta och svälja.

Riks-Stroke 1-årsuppföljning

Sedan år 2009 har det genomförts två 1-årsuppföljningar av överlevande strokepatienter som insjuknade och registrerades föregående år [6]. Syftet var att kartlägga landstingens och

kommunernas långsiktiga insatser för strokepatienter. Riks-Stroke's täckningsgrad vid insjuknandet beräknas efter jämförelse med Patientregistret (PAR) till minst 83 procent.

Den andra 1-årsuppföljningen gjordes 2010. Enkäten skickades till de 16 488 personer som överlevt, och 13 148 personer (80 procent) svarade, vilket får anses mycket tillfredsställande. Bortfallet utgjordes av de sjukaste respektive de friskaste personerna. 66 procent av patienterna hade eget boende, 20 procent eget boende med kommunal hemtjänst och 14 procent återfanns i vårdboende.

På frågan »Har du besökt tandläkare eller tandhygienist under senaste året« svarade 65 procent ja. Det betyder att 35 procent inte hade haft någon sådan kontakt.

Svaren ger ingen förklaring till varför man hade haft kontakt. Var det fråga om en ordinarie kontroll? Handlade det om akuta tandproblem eller skador i munnen? Rörde det sig om problem med protes eller implantat, eller gällde det karies/parodontit? Inte heller gavs något svar på frågan varför man inte haft kontakt. Var anledningen till att man uppsökt tandvården mer sällan att man inte hade några behov av vård (till exempel en välfungerande helprotes som man själv sköter)? Hade man stora problem som man inte kunnat verbalisera? Hade man långt avstånd till tandvård?

Sådana frågor, liksom till exempel boendeformens betydelse för äldre personer, kan ligga till grund för fortsatt klinisk forskning rörande munhälsan efter stroke. Det handlar om tvärprofessionell forskning, vilket innebär att tandvården och strokevården tillsammans bör hitta intressanta frågeställningar och metoder för att nå ökad evidensbaserad kunskap.

Många anledningar till försämrad munhälsa

Att insjukna i stroke innebär att även personer med god munhälsa och välskötta tänder riskerar en försämring. Hjärnskadorna innebär inledningsvis ofta ett personligt kaos. I det skedet har patienten själv svårt att prioritera just munvården. För vårdpersonalen är det i akutskedet sväljningsförmåga och näringstillförsel som prioriteras eftersom detta har betydelse för överlevnaden på kort sikt. Det finns risk för att patienten

■ sammanfattat

Antalet patienter med stroke ökar i frekvens på grund av befolkningsutvecklingen.

Sjukdomens konsekvenser riskerar att försämra munhälsan och därmed patientens livskvalitet.

Munhälsan måste uppmärksammas redan i akutskedet och finnas med på strokeenhetens checklista.

Kunskapen om mun- och

tandvård efter stroke behöver förbättras på sjukhus, i primärvården och i kommunal vård genom forskning och utbildning.

Ett fördjupat samarbete mellan sjukvården och tandvården kan bli en framgångsfaktor.

Här ges exempel på vanliga problem, åtgärder och hjälpmedel.



Figur 1. Exempel på tillstånd i munnen efter facialispares på grund av att mat lagrats i kindpåsen.



Figur 2. Omfattande tandstensbildning efter stroke med svalgpares, vilken krävt nutrition via PEG.

gradvis vänjer sig vid sämre munhygien och muntorrhet, som kan vara läkemedelsutlöst, och avbokar planerade tandläkarbesök.

Det har visats att stroke ökar risken för gingivala och parodontala problem hos mycket gamla i institutionsboende [7]. Man har också visat ett samband mellan dålig munhygien/dysfagi och aspirationspneumoni, som kan orsakas både av felsvald mat och av tandsten samt av bakteriebeläggningar som lossnat från tänder och munslemhinna [8].

Flertalet strokepatienter med pares har också en facialispares med nedsatt motorik och sensorik i kind och tunga som gör det svårt att tugga och svälja. Risken för att mat och läkemedel ligger kvar i kindpåsen och ger frätskador är stor. Det är även stor risk för bitskador (Figur 1). Känselbortfallet kan medföra att patienten inte märker bristerna i munhygien eller inte känner av sår i munnen. Ofta går ansiktsparesen tillbaka, men 7–10 procent har kvarstående problem [3, 9].

Armpares efter stroke kan göra det omöjligt att sköta sin egen tand- och munvård. Det är svårt att borsta tänderna med »fel hand«. En kognitiv störning kan leda till att individen varken själv vill eller tillåter andra att sköta munhygien. Afasi eller dysartri kan göra att patienten inte förmår tala om sina önskemål eller besvär. Trötthet och depression kan också bidra till att man inte orkar eller inte ser det som meningsfullt att sköta sin munhygien eller söka tandvård.

Munproblem efter stroke

Muntorrhet på grund av läkemedel predisponerar för sprickor och sår i munslemhinnan med åtföljande infektion, till exempel kandidos [10]. Infektionen påverkar möjligheten att hålla rent i munnen. Inte sällan plågas patienten av smärta och sveda, vilket i sin tur kan påverka nutritionen.

Strokesjukdomen är också relaterad till karies [7]. Normalt försvinner maten från munhålan inom 5–10 minuter efter en måltid. När den orala motoriken inte fungerar kan det ta upp till en timme. Bakterierna i munhålan bryter ned födan och bildar sura produkter, vilket gynnar karies. En nedsatt salivsekretion bidrar till att miljön blir ännu surare under lång tid. I vanliga fall neutraliseras miljön i munhålan efter en halv till en timme till pH 6,5–7,5. Vid muntorrhet kan angreppstiderna förlängas med 2–3 timmar.

Många äldre har blottlagda rottytor på tänderna, och dessa är känsliga för syraangrepp redan vid pH 6,5. Kariesangrepp på rottyorna är svåra att upptäcka. På kort tid kan det uppstå stora skador som leder till att tänder och brokonstruktioner förloras. Även om patienten inte kan äta på grund av svalgpares utan har perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) måste munvården skötas (Figur 2).

Vid nutritionsproblem efter stroke rekommenderas ofta näringsdryck. Eftersom sockerhalten kan orsaka en snabb kariesutveckling bör näringsdrycker intas som måltider, det vill säga inte som frekventa mellanmål. Munnen bör också sköljas eller göras ren efter intag, och som vid all modi-

■ fakta 1. munhälsa efter stroke

Basal munvård

- Egna tänder: tandborstning med fluortandkräm morgon och kväll och helst även mellanrumsborste eller tandstickor varje dag samt fluor-sköljning eller fluorgel
- Mat kvar: torka ur munnen efter varje måltid, fluorsköljning eller fluorgel
- Inflammation i tandkötet: klorhexidin
- Muntorrhet: salivstimulerande eller saliversättande medel
- Avtagbara proteser: tas ur till natten, rengörs noggrant + munvård

Protes

- Tidigare välfungerande protes kan ibland inte bäras på grund av pares. Så snart tillståndet förbättras bör patienten tränas i att bära den igen eller få en ny utprovad. Förmågan att hantera proteser i munnen förloras snabbt om proteser inte används.

Hjälpmedel

för egen munvård

- Tjockt skaff på tandborsten
- Anpassning av badrum, sittställning och extra armstöd
- ADL-träning (arbetsterapeut och tandvårdspersonal)
- Information om hjälpmedel vid munvård finns på Mun-H-

Centers webbplats <<http://www.mun-h-center.se>>.

Oralmotorisk träning

- Rörelseövningar med logoped
- Individuella träningsredskap, till exempel munsäck, förbättrar läppslutning, minskar dreglingsproblem, förhindrar bitskador och mat som fastnar, minskar felsväljning och minskar hosta vid måltid.
- Palatal lift: en akrylplatta fäst vid tänderna med klemmar och med en extension som trycker mjuka gommen uppåt och bakåt gör att talet förbättras och vätska kommer inte upp i näsan.

Tandvårdsersättning

- Vanligt tandvårdsstöd till vuxna fås via Försäkringskassan.
- Om sviterna av en stroke medför betydande funktionshinder (daglig omfattande hjälp med personlig omvårdnad i eget eller särskilt boende) kan patienten vara berättigad till »Intyg om rätt till nödvändig tandvård« enligt »Särskild tandvårdsförordning« (SFS 1998:1338). Patienten erbjuds då munhålsbedömning/munvårdsråd i bostaden samt tandvård till samma pris som övrig hälso- och sjukvård.

fierad kosthållning bör munvårdsråden anpassas till den enskilda patienten i samråd med tandhygienist.

Man har länge diskuterat om det kan finnas ett kausalsamband mellan parodontit och hjärt-kärlsjukdom. Statistiskt har man funnit ett måttligt samband [11]. I båda tillstånden ingår bland annat inflammatoriska processer [12], men de etiologiska förhållandena är svåra att reda ut. Båda är så kallade livsstilssjukdomar, där vissa faktorer till stor del kan förklara båda sjukdomarna hos samma individ, till exempel rökning [13]. Råd om rökstopp är därmed lika viktigt i båda fallen.

Samarbete och kunskap vägen till framgångsrik munvård

Betydelsen av en god munhälsa måste lyftas fram redan i akutskedet på strokeenheten. Enklast sker detta genom att inte bara sväljningsförmåga utan också munhälsa finns med på den checklista som stroke teamet använder dagligen (Fakta 1). Kunskapen om hur man sköter munvård hos strokepatienter som har egna tänder, brokonstruktioner och/eller implan-

.....
»På sikt bör munhälsan beaktas både i lokala vårdprogram och i de nationella riktlinjerna för strokevården ...«

tat finns hos sjukhustandvården [14]. Tandhygienist bör därför ingå i stroteammet, för att kunna undervisa och handleda arbetsterapeuter, sjuksköterskor och annan vårdpersonal i att göra en munbedömning.

Munbedömning bör göras någon av de första dagarna efter en stroke, helst av tandhygienisten tillsammans med sjuksköterska eller undersköterska. Vi detta tillfälle förmedlas kunskap om bästa sätt att sköta just denna patients munvård, och vid behov kan oralmotorisk träning påbörjas [15] (Fakta 1). De patienter som behöver snar hjälp av tandläkare kan dessutom erbjudas detta på plats till samma pris som för övrig hälso- och sjukvård (Särskild tandvårdsförordning, SFS 1998:1338) [16]. Det finns särskilda munbedömningsinstrument för vårdpersonal som ger vägledning om när tandvården behöver kopplas in eller om hur man utför munvård [17].

På sikt bör munhälsan beaktas både i lokala vårdprogram och i de nationella riktlinjerna för strokevården. Såväl vårdprogram som riktlinjer bör omfatta åtgärder både i akutskedet och vid långtidsuppföljning i primärvården.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28(6): 224-36.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforstroke-sjukvard>
3. Wertsén M. Munhälsa och orala funktioner hos strokepatienten. Vårdalsinstitutet; 2010. <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/3272/3829/10043pdf?objectId=9415>
4. Gonzales H, Hulter Åsberg K. Oral hälsa efter stroke – en tremånadersuppföljning. *Tandläkartidningen*. 1990;82(17):856-62.
5. Wårdh I, Hallberg LR, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing. In depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(2):137-42.
6. Riks-Stroke. Ett år efter stroke. 1-årsuppföljning 2009 – livssituation, tillgodosedda behov och resultat av vårdens och omsorgens insatser. <http://www.riksstroke.org/content/analyser/1-arsrapport-09.pdf>
7. Maupomé G, Gullion CM, White BA, Wyatt CC, Williams PM. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. *Spec Care Dentist*. 2003;23(6):199-208.
8. Millns B, Gosney M, Jack CI, Martin MV, Wright AE. Acute stroke predisposes to oral gram-negative bacilli – a cause of aspiration pneumonia? *Gerontology*. 2003;49(3):173-6.
9. Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Dysphagia in stroke: A prospective study of quantitative aspects of swallowing in dysphagic patients. *Dysphagia*. 1998;13:32-8.
10. Zhu HW, McMillan AS, McGrath C, Li LSW, Samaranyake LP. Oral carriage of yeasts and coliforms in stroke sufferers: a prospective longitudinal study. *Oral dis*. 2008;14:60-6.
11. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for atherosclerosis, cardiovascular disease, and stroke. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003;8:38-53.
12. Buhlin K, Hultin M, Norderyd O, Persson L, Pochley AG, Rabe P, et al. Risk factors for atherosclerosis in cases with severe periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2009; 36:541-9.
13. Boem TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences, and management of periodontal disease in older adults. *J Am Dent Assoc*. 2007;138:26S-33S.
14. Paulsson G, Wårdh I, Andersson P, Ohrn K. Comparisons of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. *European Journal of Cancer Care (Engl)*. 2008;17(1):49-55.
15. Hägg M, Anniko M. Lip muscle training in stroke patients with dysphagia. *Acta Otolaryngol*. 2008;128(9):1027-33.
16. Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförordning. SFS 1998:1338.
17. Ahlberg B, Sellgren ML, redaktörer. *Munhälsa. Sjukdom och funktionshinder*. Göteborg: MunH-center förlag; 2007.