



2005-06-15

Socialstyrelsen
Att: Caroline Lööf
HS/MRP

106 30 STOCKHOLM

Remissvar: Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård 2005

Sveriges Tandläkarförbund har beretts tillfälle att yttra sig över rubricerade remiss.

I Faktadokumentet finns ett faktaavsnitt "Munhälsa" på sid 89-90 där det konstateras att odontologisk kompetens behövs vid strokesjukvård dels för tandvårdande verksamhet men också i dysfagiteam. I "Modell för omhändertagande" (sid 90) uppges att en preliminärbedömning av munhälsan bör göras tidigt av tandvårdspersonal och att tid för undersökning hos tandläkare då bör planeras i samråd med en sjuksköterska. Vanligen kan detta ske 3-4 veckor efter det primära insjuknandet och avser då att utreda och åtgärda eventuella orala symtom av den cerebrala skadan. I detta avsnitt nämns i förbigående att parodontit, inflammation i tandens stödjevävnader, kan vara en riskmarkör för stroke.

I Faktaunderlaget sägs att hjärtsjukdom är vanligt hos patienter med stroke och TIA, och minst var fjärde hjärninfarkt beror på en blodpropp som bildas i hjärtat och vandrat till hjärnan (sid 12).

Tandläkarförbundet vill i detta sammanhang påpeka att det under de senaste åren redovisats vetenskapliga studier som indikerar association mellan orala inflammationstillstånd och cardiovasculär sjukdom (Wu et al 2000, Bhulin et al 2002, Joshipura et al 2003, Desvarieux et al 2005). I rapporten "Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling" från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2004) är resultaten motsägande och studierna få vad gäller samband mellan parodontit och hjärtsjukdom/stroke. Av 31 redovisade studier har 13 medelhögt bevisvärde, övriga lågt. Man efterlyser flera välkontrollerade studier för att man skall kunna dra slutsatser.

Strokepatienter med oral sjukdom och dålig tuggfunktion löper ökad risk för aspirationspneumoni vid förlamning i mun och svalg, särskilt om det föreligger dyfagi-problematik. I faktadokumentet påpekas särskilt att man under den första

tiden måste beakta patientens sväljningsfunktion som påverkar näringstillförseln. Dålig tuggförmåga är en bidragande orsak till nutritionsproblem och ökar därmed risken för malnutrition (Dennis 2000). I consensusdokument från the Stroke Council of the American Heart Association (2001) anges ”poor diet/nutrition” som en riskfaktor och för att reducera risken rekommenderas att frukt eller grönsaker serveras vid minst fem tillfällen dagligen. En sådan kost kräver god tuggförmåga.

Av ovanstående redovisade skäl bör tandstatus dokumenteras i vården av strokepatienter både i den akuta fasen men också i rehabilitering och prevention. Vid bedömning av funktion och aktivitet (Faktadokumentet sid 81) bör därför även tuggfunktionen införas som en punktsats.

Trötthet, personlighetsförändringar och nedsatt kommunikationsförmåga får konsekvenser för tandhälsan och den orala funktionen på längre sikt (Degenius et al 2003) och bör därför också uppmärksammas efter utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet.

Sammantaget innebär detta att vi anser att odontolog bör ingå i det multidisciplinära behandlingsteamet.

I Beslutsstöd för prioriteringar saknas munhälsan helt. Under t ex kommentar 14) rad 42 på sid 79 berörs dysfagi vid stroke, risk för aspirationspneumonier och konstateras att behandling av malnutrition vid stroke har hög prioritet. Här borde finnas en odontologisk aspekt. Likaså saknar Tandläkarförbundet odontologen i teamet vid uppföljning efter utskrivning.

Eftersom strokesjukvård innebär ansvar för många olika yrkeskategorier och olika huvudmän behövs ett dokument med riktlinjer som de Socialstyrelsen nu har skickat ut på remiss. Sveriges Tandläkarförbund anser att munnens hälsa och funktion bör beaktas på ett tydligare sätt i dessa dokument både vad gäller det akuta omhändertagandet, i rehabiliteringen och i förebyggande arbete. Både i samband med dysfagi och malnutrition, vid risk för aspirationspneumoni bör den orala funktionen inkluderas liksom munnens hälsa för välbefinnandet vid rehabilitering och fortsatt uppföljning.

Detta remissyttrande har utarbetats av docent Gunilla Nordenram vid Karolinska Institutet, Huddinge.

Med vänliga hälsning
SVERIGES TANDLÄKARFÖRBUND

Gunnar Luthman
Kanslichef

Referenser:

Buhlin K, Gustafsson A, Håkansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol* 2002;29:254-9

Degenius-Soback S, Nordenram G. Strokepatienten I tandvården. *Tandläkartidningen* 2002;94(15):42-6

Dennis M, Nutrition after stroke *Br Med Bull* 2000;56(2):466-75

Desvarieux MD, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR, Sacco RL, Papapanou PN. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness. *Circulation* 2005;111:576-82

Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg DS, Gorelick PB, Hademenos G, Hill M, Howard G, Howard VJ, Jacobs B, Levine SR, Mosca L, Sacco RL, Sherman DG, Wolf PA, del Zoppo GL. Primary prevention of ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Circulation* 2001 Jan 2;103(1):163-82

Joshiyura KJ, Hung H-C, Rimm EB, Willett WC, Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke* 2003;34:47-52

Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapport nr 169. Stockholm 2004

Wu T, Trevisan M, Genco RJ, Dorn JP, Falner KL, Sempos CT. Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease: the first national health and nutrition examination survey and its follow-up study. *Arch Intern Med* 2000;160:2749-55