



Pia Andersson

**PIA ANDERSSON** dr odont vet, leg tandhygienist, universitetsadjunkt, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Kristianstad

## Munhälsostatus hos patienter som vårdas på sjukhus

### AUTOREFERAT

© Den 23 april 2004 försvarade tandhygienist Pia Andersson avhandlingen ”Assessments of oral health status in frail patients in hospital” vid odontologiska fakulteten, Malmö högskola. Fakultetsopponent var professor Tony Axéll, Specialisttandvården, Halmstad. Handledare under avhandlingsarbetet har varit professor Stefan Renvert, Högskolan Kristianstad och professor Ingalill Rahm Hallberg, Vårdalinstitutet, Lund.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att utvärdera ett formulär för att bedöma munhälsan på patienter som låg inne på sjukhus och att undersöka förekomsten av problem i munnen. På äldre patienter inom rehabilitering undersöktes dessutom om det fanns samband mellan munhälsostatus och relaterade faktorer som ålder, kön, boendeform, civilstånd, sjukdomsorsak vid inskrivning till avdelningen, läkemedelsintag, funktionsstatus och nutritionsstatus med fokus på sambandet mellan munhälsostatus och nutritionsstatus.

REFERENTGRANSKAD. ACCEPTERAD FÖR PUBLICERING 2 JULI 2004

**D**en äldre befolkningen i Sverige ökar kontinuerligt. Medellivslängden är i dag 82 år för kvinnor och 78 år för män. Stigande ålder innebär en ökad förekomst av sjukdomar och funktionsnedsättningar. Många sjukdomar som drabbar äldre människor, till exempel stroke, osteoporos, hjärtinfarkter och respirationssjukdomar, medför sjukhusvistelse och långa vårdtider. För många som drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar kan det bli svårt att sköta munhälsan. Eftersom en stor andel av de äldre i dag har egna tänder är de i behov av andra åtgärder än tidigare, då det var vanligt med avtagbara protetiska ersättningar.

Munhälsoproblem är vanligt hos äldre som vårdas på sjukhus. Nedsatt munhälsostatus, exempelvis smärta och obehag i samband med karies, parodontit och sår på munslemhinnorna kan påverka patientens nutritionsstatus och leda till undernäring. I Sverige varierar förekomsten av undernäring hos äldre patienter som är inskrivna på geriatriska eller strokeavdelningar mellan 8 och 46 procent. Undernäring är komplext och kan orsakas av många faktorer varav munhälsoproblem är en. Om rätt åtgärder ska kunna sättas in är det viktigt att observera munhälsoproblem hos patienter som vårdas på sjukhus.

Munvård är ett förbisett område inom omvårdnaden av patienterna. Bedömning av munhälsan sker sällan. Vårdpersonalen har ofta bristfälliga kunskaper i ämnet. De är osäkra på vad de ska observera och vilka åtgärder som bör vidtas.

Genom att använda ett munbedömningsformulär som dels beskriver ett friskt munstatus, dels hur det kan se ut vid problem kan ansvariga sjuksköterskor få insikt om vad som ska registreras i munhålan. Om de upptäcker att patienten har problem kan de ange vilka åtgärder som behöver vidtas.

Det finns endast en begränsad kunskap om hur användbara munbedömningsformulär är inom omvårdnaden. I USA har man utvecklat formulär som är tillförlitliga och kliniskt användbara för cancerpatienter som behandlas med cytostatika. För att kunna utvärdera ett formulär för bedömning av munhälsa i Sverige användes i den här avhandlingen en liknande patientgrupp. Formuläret har sedan omarbetats för att även kunna användas på äldre patienter.

### Syfte

I de olika delstudierna användes munbedömningsformuläret för olika tester och analyser.

- I studie I utvärderades munhälsostatuset hos patienter med blodcancersjukdomar under deras cytostatikabehandling. Samtidigt testades formulärets tillförlitlighet.
- I studie II testades överensstämmelsen mellan olika bedömare som använde det formulär som reviderats för att kunna användas på äldre patienter inom rehabilitering.

- I studie III utvärderades munhälso- och nutritionsstatuset på äldre patienter inom rehabilitering samt analyserades sambanden mellan munhälsostatus och nutritionsstatus. Vid utvärderingen användes dels formuläret för munbedömning dels ett formulär för nutritionsbedömning.
- I studie IV jämfördes munhälsostatuset på patienter inom rehabilitering vid inskrivning respektive utskrivning. Dessutom undersöktes i vilken utsträckning man satte in de åtgärder som rekommenderats.
- I studie V undersöktes förekomsten av munhälsoproblem hos äldre patienter inom rehabilitering vid inskrivningen till avdelningen. Dessutom analyserades eventuella samband mellan munhälsoproblem och ålder, kön, boende före inskrivning, civilstånd, orsak till inskrivning på avdelningen, antal läkemedel, funktionsstatus och nutritionsstatus.

### Material och metoder

I studie I ingick 16 patienter som vårdades på en medicinavdelning och behandlades med höga doser cytostatika på grund av blodcancersjukdomar (Tabell 1). Munhälsan bedömdes dagligen av sjuksköterskorna samt en dag i veckan av en tandhygienist. Bedömningarna gjordes oberoende av varandra. Man testade sedan överensstämmelsen på de bedömningar som hade gjorts under ett och samma dygn av både sjuksköterskor och tandhygienist. Innan studien började hade sjuksköterskorna fått två timmars genomgång och träning i att använda munbedömningsformuläret.

Patienterna på en avdelning för rehabilitering av äldre ingick i studie II–IV (Tabell 1). 69 procent av patienterna rehabiliterades efter stroke.

I studie II deltog 133 patienter som skrevs in under ett halvår. Samtliga munbedömningar gjordes av en och samma sjuksköterska. En tandhygienist gjorde munbedömningar på 103 av de 133 patienterna. På 66 av dessa patienter gjordes bedömningar av både sjuksköterskan och tandhygienisten under samma dygn. Dessa utgjorde sedan underlag för att testa hur väl bedömningarna stämde överens.

Tabell 1. Patienter som deltog i studierna.

|                         | Medicin-<br>avdelning<br>(Studie I) | Geriatrisk<br>rehabiliteringsavdelning<br>(Studie II) | (Studie III)   | (Studie IV)    | Tre rehab-<br>avdelningar<br>(Studie V) |
|-------------------------|-------------------------------------|---|----------------|----------------|---|
| Patienter               | 16                                  | 140   | 237            | 237            | 166                                     |
| Bortfall                | –                                   | 7   | 14             | 130            | 5                                       |
| Patienter<br>som deltog | 16                                  | 133   | 223            | 107            | 161                                     |
| Medellålder<br>(±SD)    | 60,7<br>(±10,1)                     | 81,4<br>(±7,3)  | 78,6<br>(±7,7) | 77,8<br>(±6,9) | 81,7<br>(±6,7)                          |
| Kvinnor (%)             | 3 (19)                              | 85 (64)   | 124 (56)       | 56 (52)        | 117 (73)                                |
| Män                     | 13 (81)                             | 48 (36)   | 99 (44)        | 51 (48)        | 44 (27)                                 |

I studie III ingick 223 patienter som skrevs in under ett år. Under ett halvår gjordes munbedömningar och nutritionsbedömningar vid inskrivningen till avdelningen av samma sjuksköterska som i studie II. Under det följande halvåret sköttes bedömningarna av samtliga sjuksköterskor på avdelningen.

Inklusionskriterierna till studie IV (som pågick ett år) var att en munbedömning skulle ha gjorts både vid inskrivningen och vid utskrivningen samt att patienterna skulle ha vårdats minst 14 dagar på avdelningen. I studien ingick 107 patienter. I övrigt hade den samma upplägg som studie III. Innan studien startade hade sjuksköterskorna fått en genomgång och träning i att använda munbedömningsformuläret.

Till studie V inkluderades 161 äldre patienter som rehabiliterades på hjärt- och lungavdelning, ortopedavdelning och en allmän geriatrisk avdelning (Tabell 1). En och samma sköterska gjorde munbedömningarna. Sjuksköterskan deltog i undervisning om munhälsa för medicinstudenter samt auskulterade hos en sjukhustandläkare innan studien.

Bedömningarna var standardiserade och innehöll åtta områden: röst, läppar, munslemhinnor, tunga, tandkött, tänder/proteser, saliv och sväljning. Beskrivning fanns dels över hur bedömningarna skulle utföras dels över munhälsotillståndet: (1) hur det ska se ut vid normala förhållanden, (2) vid måttliga problem och (3) vid svåra problem. Formuläret innehöll även rekommendationer om åtgärder som bör vidtas om man upptäcker problem.

## Resultat

Överensstämmelsen mellan de munbedömningar som gjordes av sjuksköterskorna och tandhygienisten på patienterna med blodcancersjukdomar samt på de äldre patienterna inom rehabilitering var god. Förmågan att bedöma munstatus ökade efter hand hos sjuksköterskorna. Vid bedömning av rösten var Cohens Kappakoefficient 0,56 i början av studien och 0,75 i slutet. För tänder och proteser var koefficienten 0,31 respektive 0,50, för läppar 0,21 respektive 0,39 och för munslemhinnor 0,20 respektive 0,61. När

det gällde patienterna inom rehabilitering varierade koefficienten mellan 0,45 och 0,84. Den procentuella överensstämmelsen mellan en sjuksköterska och tandhygienisten varierade mellan 58 och 91 procent.

Samtliga patienter med blodcancersjukdomar som behandlades med cytostatika hade problem i munnen under sjukhusvistelsen. Munhälsan var dålig även efter perioden med cytostatika.

Problem i munnen var också vanliga hos äldre patienter inom rehabilitering. De var dock betydligt färre vid utskrivningen (Tabell 2). Patienter som vårdades under lång tid var mer beroende av hjälp med dagliga aktiviteter. De hade svårigheter att svälja och fler problem i munnen jämfört med mindre sjuka patienter.

Undernäring förekom hos en tredjedel av de äldre patienterna. Dessa patienter hade överlag mer problem i munnen jämfört med övriga patienter.

Hos äldre patienter som rehabiliterades efter hjärt-lungsjukdomar, ortopediska tillstånd och andra sjukdomar fann man ett samband mellan respirationssjukdomar och problem med tandkött, läppar, förändringar på tungan samt låg salivförekomst. Det fanns även ett samband mellan patienter i särskilt boende och låg salivförekomst, problem med tänder och/eller proteser samt förändringar på tungan. Studien visar också på ett samband mellan undernäring och förändringar på tungan samt låg salivförekomst. Det konstaterades även att låg salivförekomst var vanligare bland kvinnor. Högst så kallad odds ratio fanns mellan respirationssjukdomar och problem med tandkötet. (Odds ratio 8,9; konfidensintervall 2,8–27,8.)

74 av patienterna fick hjälp med till exempel munvård, saliversättningsmedel och konsultation hos läkare, tandläkare eller tandhygienist. Tjugo procent fick ingen hjälp trots problem i munnen. Dessa patienter hade framför allt problem med tänder och/eller proteser. En orsak till att de inte fick hjälp kan vara att de tackade nej till behandling hos sjukhustandläkaren. De skulle gå till sin egen tandläkare när de blev utskrivna. Endast när det gällde problem med saliven följdes de rekommenderade åtgärderna till 100 procent. Då det gällde andra problem i munnen valde man ofta andra åtgärder än de rekommenderade.

## Slutsatser

Resultaten visar att munbedömningsformuläret var tillförlitligt för att upptäcka problem i munnen. Formuläret hade god användbarhet på patienter med blodcancersjukdomar som behandlats med cytostatika och på äldre patienter inom rehabilitering som vårdades på sjukhus. Bedömningarna var enkla att göra och tog högst 5 minuter.

Resultatet visar att det ofta gavs andra åtgärder än de som rekommenderats i munbedömningsformuläret vilket tyder på att formuläret kan behöva revideras. Sjuksköterskorna behöver också mer utbildning i hur olika problem i munnen ska åtgärdas.

**Tabell 2.** Munhälsoproblem vid inskrivning jämfört med utskrivning på patienter vid en avdelning inom rehabilitering för äldre (n=107).

| Område                 | Munhälsoproblem (%) |                 | p-värde |
|------------------------|---------------------|-----------------|---------|
|                        | vid inskrivning     | vid utskrivning |         |
| Tänder/proteser        | 50                  | 27              | <0,0005 |
| Tunga <sup>1</sup>     | 39                  | 10              | <0,0005 |
| Läppar                 | 33                  | 7               | <0,0005 |
| Sväljning <sup>2</sup> | 26                  | 11              | <0,0005 |
| Tandkött               | 24                  | 9               | <0,0005 |
| Munslemhinnor          | 21                  | 9               | <0,003  |
| Röst <sup>2</sup>      | 16                  | 4               | <0,002  |
| Saliv                  | 11                  | 4               | <0,022  |

McNemartest  
1 inga data på 1 patient  
2 inga data på 12 patienter på grund av afasi

Eftersom problem i munnen är vanligt hos patienterna är det viktigt att standardiserade bedömningar av munhälsan görs rutinmässigt. Det är också viktigt att individuella åtgärder sätts in.

#### Referenser

- I. Andersson P, Persson L, Hallberg IR, Renvert S. Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting. A pilot study. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 150–8.
- II. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Special Care in Dentistry* 2002; 22: 181–6.
- III. Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Hallberg IR, Renvert S. Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16: 311–8.
- IV. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Comparison of oral health status on admission and at discharge in a group of geriatric rehabilitation patients. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2003; 1: 221–8.
- V. Andersson P, Hallberg IR, Lorefält B, Unosson M, Renvert S. Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *Int J Dental Hygiene* 2004; 2: 70–7.

#### Adress:

Pia Andersson,  
Högskolan Kristianstad,  
Institutionen  
för hälsovetenskaper,  
291 88 Kristianstad  
E-post: pia.  
andersson@hv.hkr.se

## Opponenten har ordet

Pia Anderssons doktorsavhandling håller i alla stycken måttet av en akademisk avhandling, något som också verifierades av den fulltaliga och kompetenta betygsnämnden. Därutöver har avhandlingen några kvaliteter som bör apostroferas.

Pia har strävat efter att föra ut ett budskap till professioner inom vårdsektorn utanför den ibland betänkligt begränsade odontologiska. Det kommer i framtiden att bli alltmer betydelsefullt såväl för odontologin som för de totala vårdinsatserna framför allt när det gäller de äldre. Pia har koncentrerat sig på början och slutet av vårdinsatserna hos äldre: det vill säga värderingen av den orala hälsan såväl före som efter olika vårdinsatser.

Vi hade åtminstone för mig väldigt intressanta diskussioner om vad oral hälsa innebär samt hur man som observatör skulle kunna värdera den. Pia hade utgått från och modifierat instrument hämtade från USA. Vi var inte helt överens om att kriterierna

avspeglade oral hälsa, till exempel rösten och förmågan att svälja. Vi var inte heller helt överens om att kriterierna för tung- och munslemhinneförändringar var helt adekvata eller optimala, men Pia motiverade sina ståndpunkter och försvarade sina arbeten på ett utomordentligt sätt.

En diskussionspunkt var hur lång tid vårdpersonalen skulle vara beredd att ägna munhålan vid in- och utskrivning samt under vårdperioden. Pia var klart mer optimistisk än jag som fått erfara bakslag just av det skälet att vårdgivarna inte haft tid. Mitt förslag var att Pia skulle försöka att reda ut detta framöver.

Sammanfattningsvis fick opponenten, och säkert också åhörarna, lära sig en hel del av Pia. Det är opponentens förhoppning att hon oförtrutet fortsätter att arbeta så att hennes metoder kan vidareutvecklas och appliceras i ett allt vidare verkningsfält.

TONY AXÉLL  
Professor, Halmstad



Tony Axéll



Sveriges Tandläkarförbund

## Medicinsk riskbedömning enligt ASA

#### Information på hemsidan:

[www.tandlakarforbundet.se](http://www.tandlakarforbundet.se)

- *skriften* Medicinsk riskbedömning för tandläkare kan laddas ner eller beställas (fanns med i TLT nr 3)
- *frågeformulär* till patienten kan laddas ner
- *seminarier* i samarbete med Socialstyrelsen (kursplan sid 10 i skriften)

Malmö 8 oktober, Stockholm 12 november

Tid: kl 10-16

Kostnad: 1 250 kr medlem  
2 000 kr ej medlem

Anmälan: namn & personnummer samt ev fakturaaddress; e-post [lotten.bergstrom@tandlakarforbundet.se](mailto:lotten.bergstrom@tandlakarforbundet.se)  
fax 08-662 58 42, tel 08-666 15 45.  
*Anmälan antas i turordning*