

Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie

Forfattere

Hilde Kjærnet Haugen
Førstelektor
Tannteknikerutdanningen, Oslomet – storbyuniversitetet

Trude Myhrer
Førstelektor og studieleder
Tannteknikerutdanningen, Oslomet – storbyuniversitetet

Tiril Willumsen
Professor
Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo

Tannhelse

Livskvalitet

Kvalitativ studie

Hjerneslag

Velferd

Sykepleien Forskning 2019 14(79355)(e-79355)
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79355>

Sammendrag

Bakgrunn: Det foreligger sparsomt med informasjon om oral helse etter hjerneslag i Norge. Lammelser og nedsatt motorikk, tygge- og svelgefunksjon gjør at pasienten ikke merker mangelfull munnhygiene eller klarer å utføre munnstell selv. Forskning viser at munnstell har vært lite prioritert i akutt- og rehabiliteringsfasen etter hjerneslag. Tverrfaglig kunnskap om at oral patologi og tanntap kan oppstå som følge av lammelser og munntørrhet, synes mangelfull innen helseprofesjonene som behandler slagrammede i akutt- og rehabiliteringsfasen.

Hensikt: Intensjonen med denne studien er å belyse generell og oral livskvalitet hos personer som har erfart hjerneslag. Vi ønsket også å undersøke hvordan nedsatt oral funksjon påvirker den slagrammedes livskvalitet sosialt og funksjonelt.

Metode: Vi gjennomførte 16 kvalitative personintervjuer med hjemmeboende eldre i Norge (70–85 år). Informantene ble plukket ut blant respondenter fra en tidligere spørreundersøkelse (2), som også samtykket til å delta i denne oppfølgingsstudien.

Resultat: Fire informanter fortalte at de anser sin egen reduserte tannstatus som en direkte følge av manglende oral oppfølging (6 måneder–2 år) etter hjerneslaget. Som følge av lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon trenger ni informanter fortsatt lengre tid til måltidet, foretrekker myk lett-tygget mat oppdelt i små biter og/eller hjelp til å skjære opp maten. Aksept for disse omstendighetene er en forutsetning for at informantene skal oppleve måltidet som hyggelig. Informanter med fastsittende, funksjonelle tenner har best oral livskvalitet. Informanter med avtakbare tannproteser er minst fornøyd med sin orale livskvalitet.

Konklusjon: Senskader etter slag kan påvirke tygge- og svelgefunksjonen, føre til munntørrehet og tap av tenner. Kombinasjonen hjerneslag og oral helse ser ut til å redusere både den generelle og den orale livskvaliteten. Redusert protesefunksjon og/eller tyggefunksjon oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger, fører til redusert matinntak og kan gi ytterligere komplikasjoner av helsetilstanden. Tannhelsefaglig kompetanse bør involveres tidlig i rehabiliteringen. Mer tverrfaglig forskning og oppmerksomhet på systematisk oppfølging av denne pasientgruppen er hensiktsmessig.

Årlig rammes 12 000 mennesker av hjerneslag i Norge. Hjerneslag forårsakes av akutte forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Lammelser av ulik grad og varighet forekommer ofte hos slagoverlevende (1).

Oral helse omfatter tilstanden i hele munnhulen – både tenner, tunge, slimhinner og kjeveledd. Oral helse etter hjerneslag er mindre belyst i Norge. En kvantitativ spørreundersøkelse som hadde til hensikt å undersøke pasientgruppens tannhelsebehov, kartla selvopplevd tannhelse for å se om livskvalitet og sosial deltakelse svekkes som følge av lammelser og redusert oralfunksjon.

Resultatene viste at kun 5 prosent av respondentene (15 av 293) mottok informasjon om viktigheten av å stelle sine tenner under rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter slaget (2).

Tannhelse i Norge

I Norge er tannhelse hovedsakelig privat initiert og finansiert. Utgangspunktet er at den voksne delen av befolkningen selv skal besørge sin egen tannbehandling. Folketrygdlovens regler støtter barn og unge (0–18 år) og enkelte grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov (3).

En av gruppene med rett til gratis tannbehandling er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet eldre, langtidssyke og uføre på institusjon eller i hjemmesykepleie (4).

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal tilby regelmessige tannhelsetjenester til disse delene av befolkningen (5). Avhengig av økonomi har alle fylker tilbud til barn og ungdom, mens det ifølge Helsennett forekommer store variasjoner når det gjelder psykisk utviklingshemmede, eldre og uføre (6).

En artikkelserie i Aftenposten (7) peker på at offentlig tannhelsefinansiering er nedprioritert i Norge sammenliknet med øvrige nordiske land. Varierende tannstatus tolkes som uttrykk for sosial ulikhet i befolkningen ettersom mange lavtlønte, pensjonister, aleneforsørgere eller studenter nedprioriterer tannlegebesøk av økonomiske årsaker.

Kartleggingsrapporten «Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester» bekrefter en klar sosial gradient i tannlegekontakt i forhold til inntekt og utdanning. Halvparten av dem med et udekket behov for tannlegehjelp oppgir at de ikke har råd (8). Mange eldre kjenner trolig heller ikke sine rettigheter og får derfor ikke tilstrekkelig informasjon og oppfølging av tannhelsen, for eksempel i rehabiliteringsfasen etter hjerneslag.

Oral hygiene etter hjerneslag

En systematisk oversiktsartikkel relatert til oral behandling og oppfølging etter hjerneslag konkluderer med at påfølgende helseproblemer kan være forårsaket av mangelfull oral hygiene. Ensidig lammelse (hemiplegi) gir redusert tyggekraft på den berørte siden, og en diett bestående av finmoset mat vil over tid medføre generell svekkelse i tyggemuskulaturen.

Faciale lammelser, inkludert tungen, gjør at pasienten ikke selv klarer å fjerne matrester rundt tennene og i munnhulen. Dårlig tannhygiene forårsaket av lammelser og økt bakterieforekomst gir karies og sykdom i tennenes støttevev (9).



«Faciale lammelser, inkludert tungen, gjør at pasienten ikke selv klarer å fjerne matrester rundt tennene og i munnhulen.»

Tverrfaglig kunnskap om at oral patologi og tanntap kan oppstå som følge av lammelser og munntørrehet, synes mangelfull innen helseprofesjonene som behandler slagrammede i akutt- og rehabiliteringsfasen. Samtidig antas kombinasjonen hjerneslag, nedsatt fysisk og kognitiv funksjon, lav tannstatus og avtakbare tannproteser å utgjøre en forhøyet risiko for nedsatt livskvalitet.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å belyse generell og oral livskvalitet hos eldre mennesker som har erfart hjerneslag. Gjennom kvalitative intervjuer ønsket vi å utdype følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever eldre slagrehabiliterede sin livskvalitet – og hvordan erfarer de at nedsatt oral funksjon påvirker spisesituasjonen i sosiale sammenhenger?

Metode

Utvalg

Denne studien har en kvalitativ tilnærming og ble gjennomført for å komplettere resultatene fra en spørreundersøkelse om selvopplevd tannhelse etter hjerneslag (10) (2). Informantene ble strategisk utvalgt blant 293 respondenter (70–85 år) fra Norsk forening for slagrammede som deltok i spørreundersøkelsen.

Vi utførte 16 personlige intervjuer (fem kvinner, elleve menn) med lydopptak (30–60 minutter) i informantenes egne hjem i tre utvalgte landsdeler. Inklusjonskriteriene var personer som i spørreundersøkelsen hadde rapportert om tanntap og/eller tannprotesebruk, samt informanter i geografisk nærhet til hverandre. Samtlige hadde gitt skriftlig samtykke til at de kunne kontaktes for et oppfølgingsintervju. Eksklusjonskriterier var store avstander eller få nærboende informanter.

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sørøst, referansenummer 210/2992-1).

Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble designet for å utdype temaer fra spørreundersøkelsen. Temaene var generell livskvalitet, oral helse relatert livskvalitet, tannstatus, munntørrhet (xerostomi), matkonsistens, tidsbruk og trygghet i spisesituasjonen.

For å ivareta det fenomenologisk-hermeneutiske aspektet ved å la informantene fritt beskrive sine opplevelser og erfaringer omformulerte vi spørsmål som for eksempel følgende: Hvordan vil du beskrive en god dag? Hva gjør deg nedstemt? Hvordan vil du beskrive et hyggelig og velsmakende måltid? Hva skal til for at du synes det er hyggelig å spise sammen med andre? Hva er du mest/minst fornøyd med ved tennene dine / tannprotesen din?

Intervjuene

To intervjuere (første- og annenforfatteren) gjennomførte intervjuene med lydopptak (30–60 minutter). Lydfilene ble transkribert. Intervjuanalysen er basert på ad hoc-meningsgenerering. Ifølge Kvale vil det si bruk av ulike tilnæringsmåter og fritt samspill mellom ulike teknikker for meningsgenerering (11).

Teksten på 98 sider ble meningsfortettet og strukturert i tabellform etter følgende spørsmålskategorier: dagens situasjon, livskvalitet, oral funksjon og sosial deltakelse, og tannhelse/tannstatus.

Videre tolket de to intervjuerne materialet med henblikk på kvantifisering av likheter og ulikheter samt fortolkning av overraskende eller uventede fenomener og enkeltuttalelser. Ved bruk av flere tolkere oppnås en viss kontroll av vilkårlig eller partisk subjektivitet (11).

Etiske og metodiske betraktninger

Personlige intervjuer erfares annerledes enn å sende ut og få i retur spørreskjemaer. Sårbarheten i en intervjusituasjon som omfatter vanskelige livssituasjoner og personlige følelser, utfordrer intervjuerne til å finne den rette balansen mellom nærhet og distanse fordi intervjueren kan føle seg rammet av informantens skjebner (10).

Ifølge Kvale og Brinkmann er intervjusituasjonen heller ikke et likeverdig samspill mellom to mennesker, men ufravikelig preget av et asymmetrisk maktforhold fylt av etiske spørsmål (12).

Transkriberingen av lydfilene utfordret tidvis hensynet til relevans og formidlingsbehov versus hva som burde utelates av integritetshensyn.

I fortolkningsprosessen er det etterstrebet å skille mellom betegnelser informantene bruker om konkrete forhold (*experience near*), og uttalelser der intervjuerne har inkludert sin tolkning av hendelsen (*experience distant*) (10). I denne sammenheng må det også nevnes at begge intervjuerne har profesjonsfaglig bakgrunn som tannteknikere.

Resultater

Følgende er et fortettet sammendrag av funnene og analysen fra de 16 transkriberte intervjuene.

Lammelser som følge av hjerneslag ble rapportert hos 13 av informantene. Mange har oppnådd bedre funksjon ved trening, men ni har ennå varierende grad av lammelser og varige funksjonsnedsettelse. Nedsatt tale-, spise og/eller svelgefunksjon nevnes spesielt av seks informanter.

Når det gjelder livskvalitet og informantenes beskrivelse av en god dag, er det gjennomgående at normal hverdagsaktivitet er essensielt. Det er viktig å kunne komme seg opp av senga og gå tur når været er fint samt å kunne utøve fysisk aktivitet og ha sosial omgang.

For mange gir det glede og tilfredsstillelse at de har familien sin, og særlig at barn og barnebarn er ved god helse og lykkes i samfunnet. Spesielt opplevelsen av selvstendighet gjør informantene tilfredse. De fleste gleder seg over aktiviteter som arbeid, kurs, trening, turer og omgang med andre, mens noen er glad for ektefellens tilstedeværelse og assistanse.

For halvparten er redusert fysisk kapasitet og selvhjulpenhet årsaker til tristhet eller nedstemthet ved egen livssituasjon. Det samme gjelder frykten for ytterligere tap av selvstendighet og økende avhengighet av andre, for eksempel ikke lenger å kunne kjøre bil eller gå tur:

«At jeg ikke kan hjelpe med dagligdagse ting selv, men stadig må se på at min kone ordner alt. At jeg ikke kan gjøre noen innsats, gjør meg deprimert og gir selvbebreidelse.»

Dårlige nyheter om verdenssituasjonen eller sykdom hos familie og venner gir også nedstemthet.

Tiltak for å bedre oral funksjon

Når det gjelder oral funksjon relatert til foretrukket kosthold, grad av selvhjulpenhet, tidsbruk og sosial deltakelse, der informantene bes beskrive et hyggelig og velsmakende måltid, sier mange at matkonsistensen er viktig. Maten må være lett å tygge og svelge, være oppdelt i små biter og gjerne ha myk konsistens:

«Da jeg gikk med gebiss, kviet jeg meg når jeg så hva som kom på bordet, for eksempel hardt kjøtt eller noe sånt noe, for da fikk jeg problemer med én gang. Det var et ork å spise sammen med andre!»

«Mange har behov for hjelp under måltidet da de ikke håndterer bruk av kniv og gaffel.»

Så mange som ni av informantene uttrykte at de trenger lengre tid til måltidene etter slaget. Noen har som følge av lammelser kun én arm som kan benyttes, andre har nedsatt tygge- og svelgefunksjon. Mange har behov for hjelp under måltidet da de ikke håndterer bruk av kniv og gaffel.

Alle synes det er hyggelig å spise sammen med andre, men helst sammen med kjente, slik som familie og venner, som kjenner deres situasjon. Noen sier at måltidet oppleves som hyggelig under visse forutsetninger, som at de har lengre tid, får aksept for at de kan søle litt under måltidet, får myk mat og noen som kan skjære opp maten.

Tannhelse og tannstatus

Med hensyn til tannhelse og tannstatus sier alle informantene at de pusser tennene sine selv uten problemer. Av merkbare orale forandringer det siste året opplever mange likevel munntørrehet, og noen nedsatt svelgefunksjon. Med ett unntak går alle årlig eller halvårlig til tannlege eller tannpleier for tannhelsekontroll og -behandling.

Halvparten har mottatt anbefalinger fra tannlege eller tannpleier om oral hygiene og renhold, og har rehabilitert tenner etter slaget. Halvparten av informantene bekrefter å ha mistet én til tolv tenner gjennom livet. Flere har valgt ikke å erstatte de manglende tennene. De fleste som har fått erstattet tanntap med fastsementerte broer og/eller avtakbare proteser, forteller om plager med dårlig passform og funksjon på sine tannerstatninger.

Mangelfull oral oppfølging

Når det gjelder oral oppfølging etter hjerneslaget, forteller flere informanter spesifikt at de anser redusert tannstatus, som tap av flere vitale tenner og/eller redusert protesefunksjon, som en direkte følge av manglende oral oppfølging (6 måneder–2 år) etter hjerneslaget.

De beskriver dårlig tannprotesefunksjon som feil passform (faciale skjevheter, kjevekamforandringer) og redusert proteseretensjon (evne til å bære tannprotesen) grunnet orale lammelser. Protesedesign som retinerer matrester, oppleves negativt, spesielt i sosiale sammenhenger.

En informant fikk tannkjøttbetennelse (periodontitt) og mistet flere tenner i rehabiliteringsfasen, der det ikke var noen oppmerksomhet på tannstell. Hun fikk først kommunal tannbehandling da hun kom hjem etter seks måneder, og fikk etter hvert en avtakbar partiell protese.

En annen informant var ikke hos tannlegen de første to årene etter hjerneslaget før han på et treff for slagrammede ble informert om hvor viktig det er å gå jevnlig til tannlegen. Da var det allerede for sent. Mange tenner gikk tapt, og han fikk en hel protese i overkjeven som retinerte dårlig grunnet faciale lammelser.

Selvopplevd tannstatus

For selvopplevd tannstatus og informantenes tilfredshet med egne tenner eller tannprotese sier en del informanter at de er glad de har funksjonelle tenner å tygge maten med, og noen er spesielt fornøyd med å ha fastsittende tenner i munnen.

Mest fornøyd er informanten som har fått erstattet sin avtakbare tannprotese med en implantatbro. Det opplevdes «himmelsk» å få denne, for da kunne han spise som normalt igjen. I tillegg opplever flere at tennene er viktige for utseendet.

Informantene med avtakbare tannproteser er minst fornøyd med tennene sine. Årsakene er at protesen har dårlig passform, som at den løsner og/eller gnager, eller retinerer matrester, spesielt der klammere fester protesen til gjenstående tenner:

«Om jeg skal ut, som på julebord for eksempel, så må jeg ha tannkosten med meg. For jeg må gå fra bordet når jeg er ferdig, ut og pusse tenner. Jeg tar dem ut og pusser dem, for jeg tenker at det henger seg fast i den bøylene, så skal jeg på fest, må jeg ta med meg tannkost i veska.»

Vedrørende tennenes innvirkning på daglige gjøremål oppgir informantene med selvopplevd, normal oral funksjon at de ikke tenker på tennene sine så lenge de ikke har tannmerter. Informanter som har tannproteser de er misfornøyd med, er mer bevisst på sin reduserte tyggefunksjon. En informant som var tannprotesebærer også før slaget, fortalte dette:

«Ja, for etter slaget, da, vet du, at protesen, den passet jo ikke. For da ble det litt inn der og så litt ut der, og sånn. Fikk trukket ut alle tennene en stund etter slaget. Men det gikk altså noen år før jeg var innarbeidet og kan spise hva som helst i dag.»

Informanter som har gjennomgått behandling for periodontitt, er spesielt opptatt av renhold: «Nei, jeg tenker ikke på tennene, men på ting som er blitt mellom tennene. Lommen, altså. Tanken på å bli uten tenner, oppleves forferdelig!»

Diskusjon

Utgangspunktet for denne studien var antakelsen om at kombinasjonen av hjerneslag og redusert tygge- og svelgefunksjon påvirker både den generelle og den orale livskvaliteten. På spørsmål om hvordan eldre slagrehabiliterede opplever sin livskvalitet, viser resultatene at det er viktig å opprettholde normal hverdagsaktivitet og selvstendighet for å oppleve generell livskvalitet.



«Flertallet av de slagrammede trenger lengre tid til måltider hvis de har lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon.»

På spørsmål om hvordan nedsatt oral funksjon påvirker spisesituasjonen og sosiale sammenhenger, viser resultatene at flertallet av de slagrammede trenger lengre tid til måltider hvis de har lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon. Disse foretrekker også myk lett-tygget mat oppdelt i små biter og/eller hjelp til å skjære opp maten for at de skal synes måltidet er hyggelig.

Slagrammede har redusert oral helse

Disse funnene støtter tidligere studier som viser at den orale helserelaterte livskvaliteten var signifikant redusert hos slagrammede (13). Det er påvist at den oralrelaterte livskvaliteten ble redusert jo mer nedsatt fysisk funksjon pasientene hadde, og jo dårligere oral hygiene og flere tenner de hadde mistet (14).

Nedsatt funksjon i øvre lemmer og selvopplevd dårlig oral helse gir negativ innflytelse på livskvaliteten hos mennesker med lammelser etter slag og kan føre til kulturell resignasjon i form av vegring for å delta i sosiale sammenhenger (15).

Betydelig redusert oralt funksjonsnivå innvirker særlig på psykiske og psykososiale aspekter. Redusert taleevne fører til sosial isolasjon. Nedsatt følsomhet og redusert muskelkoordinasjon i munnhulen forårsaker svekket kontroll med maten og/eller tannprotesen. I tillegg gir sikling, langsom spising og problemer med håndtering av spisebestikk følelsen av skamfullhet og lav selvtillit (13–15).

Nedsatt førlighet og lammelser gjør at mange av informantene sliter med å bruke kniv og gaffel. Nedsatt tygge- og svelgefunksjon gir frykt for at de skal sette fast mat i halsen, eller at de skal sikle og søle. Derfor foretrekker de å spise sammen med mennesker som kjenner deres situasjon.

Intervjusede til brukere av avtakbare proteser viser at spise-, tygge- og svelgeproblematikken forsterkes ytterligere, slik at de i ytterste konsekvens føler seg stigmatisert. De unngår bevisst å spise sammen med andre eller forsyner seg minimalt og selektivt av mattilbudet. Redusert matinntak over tid kan gi underernæring, spesielt hvis man bor alene uten noen til å bistå med å tilrettelegge måltidet.

Utfordringer med å pusse tennene selv

Alle informantene pusset tennene sine selv, og med ett unntak oppsøkte de nå jevnlig tannhelsekontroll. Fire informanter opplevde likevel tap av egne tenner eller redusert protesefunksjon som en direkte følge av manglende oral oppfølging under slagrehabiliteringen.

Lammelser i munn og ansiktsmuskulaturen gir redusert protesepassform. Nedsatt tungefunksjon kombinert med munntørighet og uheldig protesedesign gjør det vanskeligere for pasienten å fjerne matrester rundt tennene. Disse faktorene gir gode vilkår for bakteriefremvekst (9).

I en oppfølgingsstudie av 156 svenske slagpasienter fant Wertsén og medarbeidere det nedslående at mer enn en tredjedel av de med lammelser i sin foretrukne hånd, selv børstet tennene sine. Forskerne fremhever at pasientene med lammelser i hendenene har behov for assistanse ved tannstell. Med den erkjennelsen er det bekymringsfullt at alle deltakerne i studien vår pusser tennene selv.

Wertsén og medarbeidere setter søkelyset på nødvendigheten av mer informasjon til slagpasienter, pårørende og pleiepersonale om risikoen for oral sykdom. De ønsker også mer oppmerksomhet på å stimulere til mer kontakt og oppfølging fra tannhelsepersonell.

De etterlyser bedre rutiner for overføring av pasientinformasjon og hjelpebehov fra sykehuset til kommunen. God informasjonsflyt også til pårørende kan bidra til forbedret oral helse og redusere sjansen for pneumoni etter slag (16).


Bedre oral oppfølging kunne gitt bedre oral helse

I denne studien er det konstatert at informanter opplevde redusert oral helse og tap av egne tenner som følge av mangelfull oral oppfølging etter hjerneslaget. Det er grunn til å tro at mer oppmerksomhet på oral helse kunne forhindret dette.

I spørreundersøkelsen som var grunnlaget for den kvalitative studien, var det kun 5 prosent av slagpasientene som mottok informasjon om tannstell i akuttfasen (2). Det er derfor helt nødvendig med mer oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid, både i akuttfasen og rehabiliteringsfasen ved hjerneslag.

Dårlig oral helse etter hjerneslag kan ses som et voksende problem ettersom slagfrekvensen stiger med befolkningsutviklingen. I akuttfasen prioriteres svelgekapasitet og næringstilførsel, da dette har betydning for overlevelsen på kort sikt. Lammelser og nedsatt motorikk gjør at pasientene ofte ikke merker mangelfull munnhygiene eller sår i munnen, eller ikke klarer å utføre munnstellet selv.

Det er påvist sammenheng mellom dårlig munnhygiene og aspirasjonspneumoni forårsaket av feilsvelget mat og/ eller mangelfullt munnstell. Det anbefales derfor at pasientens orale helse adresseres allerede i akuttfasen og implementeres i den daglige sjekklisten ved slagenheter (17).



«Dårlig oral helse etter hjerneslag kan ses som et voksende problem ettersom slagfrekvensen stiger med befolkningsutviklingen.»

En studie ved elleve engelske slagenheter avdekker et tilsvarende kunnskapsbehov. Majoriteten av slagenhetene (72,7 prosent) verken protokollførte eller hadde kartleggings skjema til å evaluere munnstell i sin journalføring (18).

Bred dokumentasjon fra en rekke studier indikerer dermed behov for bedre rutiner, undervisning og veiledning av sykepleiere og annet pleiepersonale knyttet til munnbedømming av og munnstell eller assistert tannpuss hos den enkelte pasienten (9, 14, 16–18).

Slagpasienter med svak førlighet trenger assistanse til renhold og oppfølging. Søkelyset bør rettes mot problemer knyttet til tygging (mastikasjon) og svelging (dysphagia). Sistnevnte er en signifikant risikofaktor for å utvikle aspirasjonslungebetennelse (9).

Inntak av fast føde forutsetter en viss tyggefunksjon for at maten kan males ned til svelgbar konsistens. Det betinger et funksjonelt tannsett eller velfungerende tannproteser.

Konklusjon

Senskader etter slag kan påvirke tygge- og svelgefunksjonen, føre til munntørrehet og tap av tenner. Kombinasjonen hjerneslag og oral helse ser ut til å redusere både den generelle og den orale livskvaliteten, noe som samsvarer med funn fra tilsvarende studier.

Redusert protesefunksjon og/eller tyggefunksjon oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger, fører til redusert matinntak og kan gi ytterligere komplikasjoner av helsetilstanden. Tannhelsefaglig kompetanse bør involveres tidlig i rehabiliteringen. Mer tverrfaglig forskning og oppmerksomhet på systematisk oppfølging av denne pasientgruppen er hensiktsmessig.

Referanser

1. LHL Hjerneslag. Hjerneslag [internett]. Jessheim; 10.01.2014 [oppdatert 12.10.2015; sitert 20.09.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/hjerneslag/>
2. Myhrer T, Haugen KH, Willumsen T, Bergland A. Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. Sykepleien Forskning. 2014;9(2):114–122. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0085](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0085)

3. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (nedlastet 21.09.2017).
4. NOU 2005: 11. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2005.
5. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (nedlastet 20.09.2017).
6. Anker C. Gratis tannbehandling. Oslo: Helsenett; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenett.no/207-sykdommer/tannhelse/tannhelse/1616-gratis-tannbehandling.html> (nedlastet 20.09.2017).
7. Yousefi S. Mange lavtlønte dropper å gå til tannlegen. Oslo: Aftenposten; 17.07.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/zqVWw/Mange-lavtlonte-dropper-a-ga-til-tannlegen> (nedlastet 18.09.2017).
8. Lunde ES, Otnes B, Ramm J. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – kartleggingsrapport fra SSB. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017. Rapport 2017/16. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/312917?_ts=15de5f0f480 (nedlastet 20.09.2017).
9. Kwok C, McIntyre A, Janzen S, Mays R, Teasell R. Oral care post stroke: a scoping review. Journal of Oral Rehabilitation. 2014;42(1):65–74.

10. Dalen M. Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
11. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
12. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
13. Schimmel M, Leemann B, Chistou P, Kiliaridis S, Schnider A, Herrmann F, et al. Oral health-related quality of life in hospitalised stroke patients. *Gerodontology*. 2011;28(1):3–11.
14. Jang E, Kim E, Lee K, Lee H, Choi Y, Hwang T, et al. Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;61(2015):523–8.
15. Da Silva F, Da Silva D, Mesquita-Ferrari R, Fernandes K, Bussadori S. Correlation between upper limb function and oral health impact in stroke survivors. *Journal of Physical Therapy Science*. 2015;27(7):2065–8.
16. Wertsén M, Zellmer M, Arnesson L. Förbättra munvårdsråden till strokepatienter. *Tandläkartidningen*. 2011;103(15):74–9.
17. Åsberg KH, Wertsén M, Wårdh I. Dålig munhälsa efter stroke ett växande problem. *Läkartidningen*. 2011;108(39):1910–2.
18. Horne M, McCracken G, Walls A, Tyrrell P, Smith CJ. Organisation, practice and experiences of mouth hygiene in stroke unit care: a mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;24(5–6):728–38.

