

Riktlinje för bedömning av munhälsa efter stroke samt för regionernas tandvårdsstöd

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

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke

Datum	Version/beskrivning av förändring
2023-01-17	Version 1

Riktlinje för bedömning av munhälsa efter stroke samt för regionernas tandvårdsstöd

Rekommendationer

- Strukturerad munhälsobedömning, till exempel med ROAG-J, bör genomföras inom 24 timmar efter ankomst till sjukhuset, vid upprepade tillfällen vid ohälsa eller risk för ohälsa samt där riskfaktorer uppstår i senare skede.
- Bedömning av förmåga till egenvård avseende munhälsa bör ske under sjukhusvistelsen.
- Innan utskrivning bör bedömning göras om patientens omsorgsbehov eller funktionsnedsättning uppfyller förutsättningarna för regionernas tandvårdsstöd.
- I patientkontraktet dokumenteras när och hur fortsatt uppföljning av munhälsan ska äga rum samt vem som ansvarar för uppföljningen.
- Ny bedömning av munhälsan bör ske utifrån patientens behov men senast sex månader efter utskrivning.
- Om omsorgsbehovet är av den omfattningen att förutsättningarna för N-tandvård uppfylls skrivs intyg.
- Om funktionsnedsättning som påverkar munhälsa kvarstår sex månader efter stroke skrivs intyg om F-tandvård.

Lars Rosengren, ordförande i NAG Stroke

2022-03-04 Göteborg

Revidering efter remissgranskning: Annika Berglund, ordförande i NAG Stroke

2023-01-17 Stockholm

Innehållsförteckning

Syfte	5
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram	5
Bakgrund	5
Utredning/diagnostisering	6
Bedömning av munhälsa.....	6
Egenvård	8
Åtgärder och insatser	8
Basal munvård.....	8
Förstärkt munvård	9
Rehabilitering	10
Dokumentation	10
Information och utbildning	10
Tandvårdsstöd.....	11
Vårdsnivå	12
Uppföljning	13
Kvalitetsuppföljning	13
Innehållsansvarig	14
Referenser	14

Syfte

Munhälsan behöver uppmärksammas i samband med akut insjuknande i stroke, rehabilitering och uppföljning. Riktlinjen syftar till att:

- skapa kunskap omkring bedömning av munhälsa och risker för ohälsa i samband med stroke
- ge förslag på förebyggande och behandlande åtgärder
- förenkla processen med ställningstagande och intygsskrivning för att en person som genomgått stroke och som uppfyller kraven för regionernas tandvårdsstöd ska få tillgång till tandvård inom ramen för hälso- och sjukvårdens öppenvårdsavgift.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Riktlinjen har tagits fram genom en sammanvägning av tandvårdslagen (1), tandvårdsförordningen (2), nationella riktlinjer för vård vid stroke och TIA (3), personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA (4, 5), överenskommelser för samverkan mellan hälso- och sjukvård, vård- och omsorg samt tandvård avseende vård för personer som genomgått stroke.

Särskild vikt har lagts vid sammanställning av de tandvårdsstöd som är aktuella för patienter som genomgått stroke. Regionernas tandvårdsstöd kan skilja sig något avseende kriterium för berättigande av tandvårdsstöd samt handläggning vid intygsskrivning. För information kontakta respektive regions tandvårdsenhet.

Kvalitetsbedömning enligt AGREE II och evidensgranskning enligt GRADE har inte använts.

Riktlinjen är framtagen av Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke och remissförfarandet har genomförts enligt kunskapsstyrningens ordning.

Bakgrund

Funktions- och aktivitetsnedsättning efter stroke medför ofta sämre förutsättningar att bibehålla en god munhälsa (6-8). Tugg- och sväljsvårigheter, med föda som kvarstår i kindens slemhinneveck efter måltid, är en riskfaktor för försämrad munhälsa. Salivläckage som orsakas av sväljsvårigheter och oförmåga att sluta läpparna, liksom muntorrhet som en följd av munandning är andra riskfaktorer för ohälsa i munnen. Matvanor och tobaksbruk är ytterligare faktorer som kan påverka munhälsa.

Bristande munhälsa leder till risk för komplikationer såsom infektioner i mun och aspirationspneumonier som en följd av bakteriell överväxt i munhålan och salivläckage (9-12).

Funktions- och aktivitetsnedsättning, levnadsvanor, medicinering och/eller sjukdomsbehandling kan medföra ett ökat behov av munvård, tandvård eller förebyggande behandling. Det är också vanligt att förstärkt munvård krävs i samband med den dagliga munvårdsrutinen (6, 8, 13, 14).

Utredning/diagnostisering

Vid utredning av munhälsa och risk för försämrad munhälsa efter stroke bedöms flera faktorer:

- riskfaktorer
- munhälsa
- sväljning
- funktions- och aktivitetsförmåga
- behov av hjälp i daglig munvårdsrutin (egenvårdsförmåga)
- kost, måltidsvanor och tobaksbruk
- behov av uppföljning.

Bedömning ligger till grund för fortsatta åtgärder och behandling.

Strokespecifika riskfaktorer för försämrad munhälsa:

- oförmåga till fullgod tandborstning och rengöring med tandtråd/mellanrumstandborste
- svårt att samordna rörelser för att utföra munhygien
- sväljsvårigheter
- försvagad muskulatur i kind och tunga till exempel salivläckage
- nedsatt förmåga att känna födan i munnen
- försvagad tungmuskulatur
- svårigheter att viljemässigt styra rörelser i munnen
- nedsatt känsel i ansikte och/eller mun
- nedsatt rörelseförmåga, styrka och känsel i armar och händer
- nedsatt balans och koordination av rörelser
- nedsatt uppmärksamhet och insikt till egen förmåga (oförmåga) och kroppsuppfattning
- nedsatt kognition som minne, koncentration, planering, och strategier för utförandeberoende i ADL till exempel förmåga att förflytta sig till badrum.

Bedömning av munhälsa

Vårdförlopp för stroke och TIA rekommenderar en systematisk bedömning av munhälsan inklusive risker. Bedömningen genomförs med hjälp av munspegel, spatel och adekvat ljuskälla och dokumenteras i journal. Identifierade riskfaktorer kopplas till åtgärder för att minska risk för ohälsa och komplikationer. Personer som insjuknat i stroke kan ha en god munhälsa vid ankomst till sjukhus där riskfaktorer identifieras under vårdtiden. Hos tidigare frisk patient som fått nya besvär såsom

sväljsvårigheter, svårigheter att sköta munhygien eller andra riskfaktorer rekommenderas ny bedömning efter en vecka eller innan utskrivning. För bedömning av munhälsa rekommenderas bedömning med instrumentet ROAG-J. Bedömning bör genomföras i samband med inläggning på sjukhus eller senast inom 24 timmar särskilt för patienter med känd risk för att utveckla ohälsa i mun eller som har problem med att tugga, äta eller svälja.

Strukturerad munhälsobedömning bör genomföras snarast efter ankomst till sjukhuset, samt vid upprepade tillfällen vid

- ohälsa i munnen
- risk för ohälsa i munnen
- där riskfaktorer för ohälsa i munnen uppstår i senare skede.

ROAG-J

ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide – Jönköping, [ROAG-J](#)) används för att identifiera munhälsoproblem eller risk för ohälsa i munnen inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg. ROAG-J gör det möjligt att upptäcka risker och bedömningen bör genomföras på ett systematiskt och fortlöpande sätt. Olika yrkeskategorier kan ansvara för ROAG-J-bedömning. Instrumentet utgör en del av kvalitetsregistret Senior alert och har utarbetats av Folk tandvården Jönköping baserat på den engelska originalversionen (15, 16).

Syftet med ROAG-J är att

- ge ett systematiskt verktyg att bedöma munhälsa
- identifiera bristande munhälsa
- tydliggöra individuellt behov av munvårdsåtgärder
- ge stöd för dokumentation
- fungera som beslutsunderlag för konsult eller remiss till läkare/tandvård
- utvärdera insatta åtgärder.

ROAG-J omfattar nio indikatorer för riskbedömning av munhälsa:

- röst
- läppar
- munslemhinnor
- tunga
- tandkött
- tänder
- protes
- saliv
- sväljning.

Bedömningen av respektive område anges med siffrorna 1–3:

- 1 = frisk eller normaltillstånd
- 2 = måttliga förändringar/avvikelser
- 3 = svårare avvikelser

Om någon punkt bedöms med siffran 2, måttliga förändringar/avvikelser, ska beslut om förebyggande åtgärder fattas och dokumenteras. Utfallet av de insatta åtgärderna ska därefter bedömas efter individuellt angivet intervall.

Om någon punkt bedöms med siffran 3, svårare avvikelser, ska kontakt tas med lämplig profession (logoped, patientens befintliga tandvårdskontakt, specialisttandvården orofacial medicin alternativt tandvårdsaktör med strokekompetens). För ytterligare information om praktiskt tillvägagångssätt, se rubriken *Information och utbildning* nedan.

Egenvård

I samband med bedömning av munhälsa är det viktigt att göra en egenvårdsbedömning av personens förmåga att sköta munvård. En egenvårdsbedömning är när en legitimerad personal bedömer om en person kan utföra en aktivitet, till exempel munvård självständigt eller om det behövs hjälp/assistans av en annan person (17). Behov av hjälpmedel för att underlätta genomförandet av munvård behöver också bedömas. Patient och närstående ska erbjudas att vara delaktiga i planering av munvård. Bedömning av egenvårdsförmåga ingår i samordnad individuell plan, SIP.

Åtgärder och insatser

Munhälsa är en viktig del för nutrition, upplevelse av hälsa, livskvalitet och det sociala livet. Det är viktigt att alla får möjlighet att själva försöka sköta sin dagliga munvårdsrutin. Samtidigt är det många personer med behov av särskilt stöd efter stroke som av integritetsskäl inte vill ha hjälp med munvård. Att framgångsrikt hjälpa någon med munvård bygger på förtroende, där personens egna förutsättningar och önskemål är centrala.

Basal munvård

Grunden för god munhälsa är den basala munvården som gäller för alla (14):

- grundlig och systematisk tandborstning morgon och kväll (rekommendation 2 minuter)
- användning av tandkräm med fluorid
- användning av mellanrumsborste eller tandtråd dagligen.

Förstärkt munvård

Vid risk för ohälsa i munnen, tät måltidsfrekvens, intag av energirika måltider och/eller sockrade drycker ökar risken för snabb kariesutveckling. Följande åtgärder rekommenderas:

- Munnen sköljs med vatten efter varje intag av mat eller dryck. Om personen inte kan skölja bör åtgärden ersättas med att munnen tvättas ur med en fuktig skumgummitork efter varje måltid.
- Daglig munvårdsrutin görs 2–3 gånger per dag och inkluderar extra fluoridtillförsel, i första hand fluoridsköljning, med 0,2 % natriumfluorid. Om sköljning inte är möjligt att genomföra kan fluorlösningsappliceras på tänderna med en skumgummitork.
- Speciell uppmärksamhet bör iakttas om personen intar nattmål. Avsluta med att dricka vatten eller allra helst, genomför en munsköljning med 0,2 % natriumfluorid.

Behandling	Preparat och hjälpmedel
Fukta munnen frekvent under dagen	Använd receptfria fuktgeler, spray eller saliversättningsmedel.
Lokal smärtlindring av läppar och munslemhinna	Använd benzydamin lidocain (till exempel Lidocainsalva) i form av munhålepasta eller munsköljvätska som även kan sprayas på slemhinnan. Genomför munhålebedömning och åtgärda eventuell orsak till smärta.
Lokal smärtlindring vid enstaka intraorala sår	Applicera benzydamin lidocain i form av munhålepasta.
Avlägsnande av krutor på munslemhinna och tunga	Använd Bisolvon-lösning (0,8 mg/mL) alternativt benzydamin lidocain på skumgummitork.
Behandling av tungsveda	Smörj med receptfria fuktgeler, rapsolja.
Rengöring av kvarvarande tänder och munslemhinnor – assistans eller fullständig hjälp	Tandborstning, rengöring mellan tänderna, fluoridtillförsel utöver fluorid tandkräm. Återfukta munslemhinnor med receptfria salivstimulerande medel eller saliversättningsmedel.
Munvård vid inflammerat tandkött (gingivit)	Genomför munvårdsrutin två gånger per dag med tandborstning och rengöring mellan tänderna. Åtgärden kan under en tvåveckorsperiod kompletteras med munsköljning med klorhexidinpreparat alternativt rengöring med klorhexidinpreparat på skumgummitork eller tandkräm som innehåller både fluorid och klorhexidin.
Förstärkt munvård för förebyggande behandling mot karies	Munsköljning med natriumfluoridlösning (0,2 %) två gånger per dag alternativt ersättande av ordinarie tandkräm med högfluorid tandkräm (5000 ppm fluorid). Båda åtgärderna kräver att patienten har förmåga att spotta ut efter tandborstning alternativt munsköljning.

Tabell 1. Tabell över preparat för munvård.

Rehabilitering

För att utföra munvård, med eller utan assistans, kan personen vara i behov av träning av olika moment som är relaterade till utförandet:

- styrka, koordination och motorik i armar och händer för att samordna rörelser för att utföra munvård
- träning av ansikts- och tungmuskulatur
- sittbalans
- förmåga att förflytta sig till badrum
- bedömning och utprovning av hjälpmedel till exempel förstorat grepp till tandborste, anpassning av badrum, sittställning, bildstöd och kognitiva påminnelsehjälpmedel
- uppmärksamhet och insikt till egen förmåga (oförmåga) och kroppsuppfattning
- kognition som minne, koncentration, planering, och strategier för utförande.

Dokumentation

Bedömning av munhälsa, riskfaktorer, åtgärder, egenvårdsförmåga, behov av stöd och planerad uppföljning dokumenteras. Remiss till specialisttandvård samt meddelande till patientens ordinarie tandvårdskontakt skrivs vid behov.

I patientkontraktet dokumenteras vem som ansvarar för uppföljningen av munhälsan, när den ska ske och var. Överrapportering av såväl bedömning, adekvata åtgärder och uppföljning görs till nästa vårdgivare. Behov av assisterad munvård dokumenteras i vårdplanering enligt SIP.

Information och utbildning

Information och råd både muntligt och skriftligt till patient och närstående:

- basal munvård
- förstärkt munvård
- risker och faktorer som påverkar munhälsa till exempel sväljsvårigheter, kost och tobaksbruk
- egenvård, eget ansvar och stöd
- vikten av regelbunden tandvårdskontakt
- att meddela tandvården om ändrade förutsättningar efter stroke
- möjlighet till tandvårdsstöd med kontroll av munhälsa och utbildning.

En folder med information om munhälsa vid stroke finns hos Strokeförbundet: [Folder Munhälsa](#)

Utbildning till vård- och omsorgspersonal:

- [Munhälsa, Vårdhandboken](#)
- Webb-SKU innehåller en undervisningsfilm: Munhälsa som tar upp de viktigaste aspekterna. Utbildning via webbaserad strokekompetensutbildning, Webb-SKU [Film Munhälsa](#)
- [Webbutbildning och vägledning för munhälsa, Kunskapsguiden Socialstyrelsen](#)
- För ytterligare information om praktiskt tillvägagångssätt, se instruktionsfilmer [Munhälsa](#), [Munhälsa - Senior alert](#)

Tandvårdsstöd

Handläggning och tillämpning skiljer sig åt mellan regionerna. Nedan redogörs för allmänna riktlinjer gällande tandvårdsstöd. Se också information hos Försäkringskassan [Tandvårdsstöd](#).

En person som genomgått en stroke kan ha rätt till två olika delar av regionernas tandvårdsstöd, det ena är kopplat till omsorgsbehovet och det andra till eventuell funktionsnedsättning. De aktuella tandvårdsstöden är:

- nödvändig tandvård (N-tandvård)
- tandvård vid funktionsnedsättning (F-tandvård).

N-tandvård är kopplat till patientens omvårdnadsbehov i det dagliga livet. Det är i första hand biståndsbedömare, LSS-handläggare eller enhetschef inom kommunernas äldre- och handikappomsorg som gör bedömningen om omvårdnadsbehovet är tillräckligt omfattande för att patienten ska uppnå kriterierna för N-tandvård. Intyg om N-tandvård kan även initieras av fast vårdkontakt, patientansvarig sjuksköterska, distriktssköterska, verksamhetschef vid SÄBO eller läkare [Läkarintyg N-tandvård](#). Intyget kan tidsbegränsas om det föreligger osäkerhet om patientens rehabiliteringspotential. I samband med uppföljning kan därefter intyget förlängas eller avslutas. N-tandvården ger patienten erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet av tandhygienist en gång per år samt utbildning av omvårdnadspersonal samt närstående avseende det individuella behovet av hjälp med daglig munvårdsrutin. N-tandvården omfattar de tandvårdsåtgärder som krävs för att upprätthålla god munhälsa avseende infektionsfrihet, smärtfrihet och tuggfunktion.

F-tandvård ges till patienter där läkare, utifrån ställd diagnos, bedömer att patienten har en svår till fullständig funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning sex månader efter stroke vilket medför stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling [Läkarintyg F-tandvård](#). F-tandvården omfattar förebyggande tandvård, bastandvård och ersättning av förlorade tänder med avtagbara konstruktioner.

En patient med intyg om N-tandvård eller F-tandvård väljer själv vilken tandläkare hen vill besöka och om tandvårdskontakt saknas kan hänvisning göras av regionens tandvårdsenhet. Tandvårdsaktörer med särskild kompetens inom strokerelaterad problematik finns till exempel vid specialisttandvårdens avdelningar för orofacial medicin eller folktandvården. Den tandvård som utförs inom ramen för N- och F-tandvård belastar patienten med motsvarande besöksavgift inom öppenvården och utgör en del av sjukvårdens högkostnadsskydd.

Vårdnivå

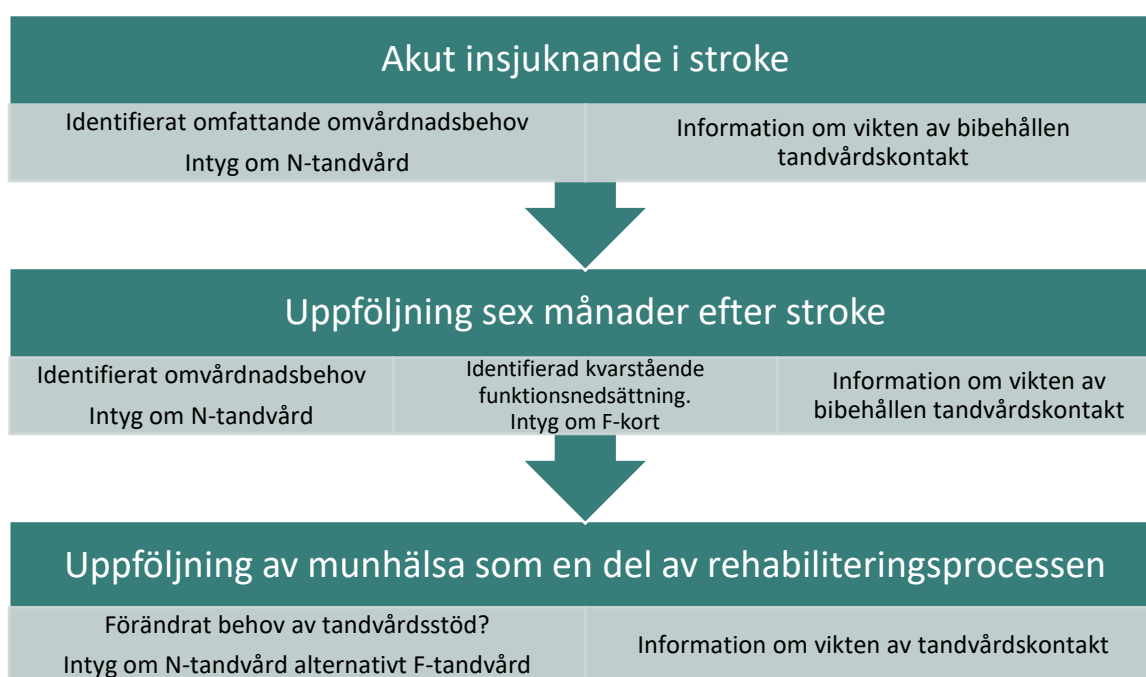
Bedömning av risk för ohälsa i munnen och beslut om åtgärder och uppföljning kan göras av olika yrkeskategorier. Därför är det viktigt att anpassa arbetet med munhälsa och tandvårdsstöd till den enskilda verksamhetens vårdflöde. I figuren presenteras de åtgärder som utförs inom respektive vårdnivå (sjukhusvård och primärvård). Den dagliga munvårdsrutinen är en del av omvårdnaden. Behov av stödinsatser avseende personlig hygien bör därför även omfatta stöd vid assisterad munvård.



Figur 1. Uppföljning av munhälsa och åtgärder i olika vårdnivåer.

Uppföljning

Munhälsa och risk för ohälsa i munnen är en del av den strukturerade uppföljning som genomförs i det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för stroke och TIA. Munhälsa finns med som en punkt i Post-stroke-checklistan [PSC](#) som kan användas för en systematisk uppföljning. För en systematisk bedömning rekommenderas genomförandet av ROAG-J som även inkluderar ställningstagande om lämpliga åtgärder samt uppföljning av dessa. Intervallet för uppföljande ROAG-J-bedömningar görs på individuell indikation. Särskild uppmärksamhet bör iakttagas i samband med förändrad tugg- och sväljförmåga, förändrad förmåga till daglig munvårdsrutin eller i samband med annan misstanke om symtom från munnen. En regelbunden tandvårdskontakt är av stor vikt. I nuläget saknas möjlighet till kvalitetsuppföljning av munhälsa.



Figur 2. Handläggning av tandvårdsstöd över tid.

Kvalitetsuppföljning

Akutsjukvården registrerar data till Riksstroke kvalitetsregister för samtliga patienter med stroked diagnos. Från och med år 2023 kommer registrering av munhälsa att ingå. Följande omvårdnadsvariabler kan registreras i Riksstroke akutdel:

- Har riskbedömning gjorts? Skall göras inom 24 timmar efter ankomst till avdelning.
- Föreligger ohälsa i munnen eller risk för ohälsa i munnen enligt genomfört bedömningsinstrument?
- Har förebyggande åtgärder vidtagits?

De förebyggande åtgärderna kan registreras som KVÅ-koder QN011 och QN012 [KVÅ-koder, Socialstyrelsen](#).

KVÅ-kod för ROAG-J-bedömning saknas.

Innehållsansvarig

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke.

Ordförande för arbetsgruppen: Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Annika Berglund, sjuksköterska och ordförande för arbetsgruppen från och med 2023-01-01.

Referenser

1. SFS 1985:125. Tandvårdslag: Socialdepartementet. Sveriges Riksdag; https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125.
2. SFS 1998:1338. Tandvårdsförordning: Socialdepartementet. Sveriges Riksdag; https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardsforordning-19981338_sfs-1998-1338.
3. 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.
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.
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.
6. Lyons M, Smith C, Boaden E, Brady MC, Brocklehurst P, Dickinson H, et al. Oral care after stroke: Where are we now? Eur Stroke J. 2018;3(4):347-54.
7. McMillan AS, Leung KC, Pow EH, Wong MC, Li LS, Allen PF. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. J Oral Rehabil. 2005;32(7):495-503.

8. Shiraishi A, Yoshimura Y, Wakabayashi H, Tsuji Y. Prevalence of stroke-related sarcopenia and its association with poor oral status in post-acute stroke patients: Implications for oral sarcopenia. *Clin Nutr.* 2018;37(1):204-7.
9. Westendorp WF, Nederkoorn PJ, Vermeij JD, Dijkgraaf MG, van de Beek D. Post-stroke infection: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 2011;11:110.
10. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *N Engl J Med.* 2019;380(7):651-63.
11. Wagner C, Marchina S, Deveau JA, Frayne C, Sulmonte K, Kumar S. Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene. *Cerebrovasc Dis.* 2016;41(1-2):35-9.
12. Cieplik F, Wiedenhofer AM, Pietsch V, Hiller KA, Hiergeist A, Wagner A, et al. Oral Health, Oral Microbiota, and Incidence of Stroke-Associated Pneumonia-A Prospective Observational Study. *Front Neurol.* 2020;11:528056.
13. Hanne K, Ingelise T, Linda C, Ulrich PP. Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *J Clin Nurs.* 2012;21(19-20):2851-9.
14. Vårdhandboken. Munhälsa: Sveriges regioner och kommuner; u.å [Available from: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/munhalsa/>].
15. Andersson P, Persson L, Hallberg IR, Renvert S. Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting: a pilot study. *J Clin Nurs.* 1999;8(2):150-8.
16. 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.
17. SFS 2022:1250. Lag om egenvård: Socialdepartementet. Sveriges Riksdag; https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardsforordning-19981338_sfs-1998-1338.