



”Skör och äldre – vad händer med tänder?”

Tandvårdskontakter och munhälsa
hos äldre med stort omvårdnadsbehov

Lena Tronje Hansson

Lars Gahnberg

Catharina Hägglin

Leena Odebo

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid FoU i Väst/GR

En FoU-rapport vid FoU i Väst/GR ska:

- vara relevant för praktiskt verksamma och politiker inom välfärdsområdet,
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda,
- vara utvecklingsorienterad,
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området,
- innehålla en beskrivning av metod och tillvägagångssätt samt en genomarbetad analys,
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling,
- före publicering granskas av forskare och anställda inom Göteborgsregionens kommunalförbund och Västra Götalandsregionen.

© FoU i Väst/GR

Första upplagan december 2013

Layout: Infogruppen GR

Omslagsbild: Folktandvården Västra Götaland

Tryckeri: Sandstens, Göteborg

ISBN: 978-91-89558-81-6

FoU i Väst

Göteborgsregionens kommunalförbund

Box 5073, 402 22 Göteborg

e-post: fou@grkom.se

”Skör och äldre – vad händer med tänder?”

Tandvårdskontakter och munhälsa
hos äldre med stort omvårdnadsbehov

Lena Tronje Hansson

Lars Gahnberg

Catharina Hägglin

Leena Odebo

Innehållsförteckning

FÖRORD.....	6
ORDLISTA	8
BAKGRUND	11
Dagens äldrevård och omsorg	12
Demografi och munstatus	13
Tandvårdskontakter i de äldre åldersgrupperna	14
Orsaker till och konsekvenser av försämrad munhälsa hos sköra och beroende äldre.....	15
Munvård inom vård och omsorg	17
Tand- och munhälsans betydelse	20
Tandvården under studiedeltagarnas livstid.....	24
Ekonomiska villkor för tandvård	24
STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	27
METOD.....	29
Studiepopulation	29
Datainsamling	30
RESULTAT.....	33
Deltagarna i studien – bakgrund	33
Munhälsan hos deltagarna	34
Munvård och tandvårdskontakter.....	39
Tandvårdskontakt och tandstatus	43
Ekonomiskt stöd för tandvård.....	43
DISKUSSION.....	45
Diskussion – resultat	45
Diskussion – metod.....	53
Studiens slutsatser	56
REFERENSER	57
BILAGOR	
Bilaga 1. Forskningspersonsinformation.....	63
Bilaga 2. Intervjuformulär	66
Bilaga 3. Undersökningsprotokoll	69
Bilaga 4. Eichnerindex och tabell 7	71

Förord

*Människan kan bara ha ett visst antal tänder,
hårstrån och idéer. Den tid kommer obevekligen
när hon mister sina tänder, sitt hår och sina idéer.*

François de Voltaire 1694–1778

Voltaires syn på åldrandet har levt kvar under århundraden och delas kanske än idag av många. Det finns dock anledning att modifiera denna syn väsentligt. Dagens äldre har oftast gott om både tänder och idéer. Man kan naturligtvis inte undvika det naturliga åldrandet men det går att stärka det friska och skjuta upp funktionsnedsättningar. Med förebyggande insatser kan äldre personers livskvalitet och hälsa förbättras. En god munhälsa är en viktig faktor som har stor betydelse för den allmänna hälsan och utgör därför ett angeläget mål ur ett folkhälsoperspektiv. En frisk, och välfungerande mun är till exempel en förutsättning för att tillgodogöra sig och njuta av måltider. Tyvärr drabbas många äldre av en successivt försämrad munhälsa med exempelvis infektioner, värk och tandförluster. Kunskapen om äldres tandvård och munhälsa är trots detta mycket begränsad och det finns ett stort behov av systematiska studier och av kunskapsspridning.

FoU i Väst/GR och Centrum för äldretandvård, Folk tandvården Västra Götalandsregionen samt Institutionen för odontologi vid Göteborgs universitet, samarbetar för att förbättra förutsättningarna för en god munhälsa hos de äldre i Västra Götaland. Denna rapport är ett resultat av detta samarbete.

Syftet med rapporten är att redovisa och diskutera resultat från studien ”Skör och äldre – vad händer med tänder?”. I rapporten beskrivs munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden och deras tidigare tandvårdskontakter med syftet att kartlägga vad som hänt under den ”sköra perioden”. Dessutom redovisas en aktuell sammanställning av faktorer som kan påverka äldres tandvårdsvanor och munhälsa.

Två av de viktigaste resultaten från studien är att många äldre under tiden före flytten till boendet förlorat sin tandvårdskontakt och att ett tydligt samband finns mellan avsaknad av tandvårdskontakt och dålig munhälsa. Som en konsekvens av detta borde tandvården utveckla effektiva rutiner för

att hjälpa de äldre att behålla sin tandvårdskontakt. Munhälsa och munvård borde också på ett självklart sätt ingå i biståndsbedömningen. Mot bakgrund av dessa resultat ser vi det som angeläget att äldres mun- och tandvård på ett helt annat sätt än idag finns på agendan, både i kommuner och i tandvården.

Vår förhoppning är därför att rapporten skall bli till hjälp för personal inom tandvård och vård och omsorg för att utveckla samarbetet och skapa rutiner som säkrar tandvårdskontakt och ger möjlighet att sätta in relevanta förebyggande åtgärder. Därmed skulle många äldre kunna behålla en god munhälsa.

Författarna vill rikta ett tack till alla dem som gjort studien möjlig. Speciellt vill vi tacka de äldre som deltagit i studien, personal på de särskilda boendena, biståndshandläggare som bidragit med information om omsorgsinsatser, tandläkare som så vänligt ställt tandvårdsinformation till förfogande, Lena Kronvall, utvecklingsledare på Tandvårdsenheten, Västra Götalandsregionen för hjälp med information om intyg om nödvändig tandvård, Tuija Palm, utredare inom SDF Centrum, Göteborgs Stad för värdefull vägledning med att utläsa viktig information från omvårdnadsjournaler och Annelie Franzén, tandhygienist, Folktandvården i Lysekil för hjälp med kliniska undersökningar och intervjuer.

Göteborg 2013-11-25

Lars Gahnberg
Institutionen
för odontologi
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Catharina Hägglin
Centrum för
äldretandvård
Folktandvården
Västra Götalands-
regionen

Leena Odebo
FoU i Väst/GR

Ordlista

Aspiration: När partiklar eller vätska, vanligen fast eller flytande föda, hamnar i luftstrupen istället för i matstrupen.

Eichnerindex: Med Eichnerindex studeras förekomst av tandkontakter mellan käkarna när man biter ihop. Indexet har visat sig vara signifikant associerat med tuggförmågan.

F-tandvård: Tandvårdsstöd infört 1 januari 2013 för personer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför svårigheter att sköta sin tandvård och/eller svårigheter att få tandvård och som innebär risk för försämrad tandhälsa. Skall uppmuntra till förebyggande behandlingar. Avgift som inom den öppna hälso- och sjukvården.

Halitosis: Dålig andedräkt.

Implantat: Artificiell(a) tand/tänder som fästes i under- eller överkäke genom kirurgisk fastsättning av titanskruvar i käkbenet.

Karies: Tandröta, ”hål i tänderna”. Skador som orsakas av syraattacker på tändernas hårdvävnad (emalj och dentin).

Nödvändig tandvård: Tandvårdsstöd för personer med ett bestående och omfattande behov av personlig vård och omsorg. Berättigade personer får *intyg om nödvändig tandvård*. Avgift som inom den öppna hälso- och sjukvården. En gång per år erbjuds den intygsberättigade även en *munhalsobedömning* inom den s.k. *uppsökande verksamheten*.

Ordinärt boende: Boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande.

Parodontit: Tandlossningssjukdom. Orsakas av att bakterier på tänderna i anslutning till tandkörttskanten ger upphov till tandköttsinflammation. Detta kan leda till nedbrytning av tandens fäste i käkbenet.

Protetik: Den specialitet inom tandvården som omfattar behandling med fastsittande proteser (kronor och broar) och avtagbara proteser.

ROAG: För att bedöma munhälsa i kvalitetsregistret Senior alert används ett valbart instrument, det s.k. Revised Oral Assessment Guide (ROAG) som är ett standardiserat formulär med symptombeskrivningar och åtgärder.

Senior alert: Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården och omsorgen om äldre personer genom att mäta och förebygga undernäring, fall och trycksår. Till Senior alert kan kopplas en munhålsmodul, ROAG.

Stroke: Samlingsnamn för hjärninfarkt (blodpropp i hjärnan) och hjärnblödning.

Särskilt boende: Det gemensamma namnet för flera boendeformer som anpassats för exempelvis äldre med stort behov av omsorg. Dessa boendeformer ser olika ut i olika kommuner. För att en person ska beviljas särskilt boende krävs att en skälig levnadsnivå inte kan uppnås i hemmet genom insatser av hemtjänst och/eller hemsjukvård.

”Sköra perioden”: Den period i livet då man successivt blir alltmer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro.

Tandköttsficka: Den ficka som bildas genom att tandköttet ligger an som en muff runt tanden.

Tandvårdsenheten i Västra Götaland: Tandvårdsenheten är en sammanhållande enhet för övergripande tandvårdsfrågor inom Västra Götaland och ansvarar för strategi och långsiktiga frågor. De administrerar även Särskilt Tandvårdsstöd för personer i de grupper som får tandvård till samma kostnad som övrig hälso- och sjukvård.

Tandvårdsförsäkring/tandvårdsstöd: Statligt stöd för den enskilde för tandvårdskostnader. Administreras via Försäkringskassan. Stödet består av tre delar. Dels ett tandvårdsbidrag som i första hand är tänkt att användas för undersökningar och förebyggande vård, dels ett högkostnadsskydd. Det tredje stödet är ett bidrag om 600 kr/halvår vid vissa sjukdomar som innebär risk för tandskador.

Trygghetslarm: Individuellt biståndsbeslutad larmanordning som används för att kalla på hjälp i en nödsituation.

ULF: Undersökningarna av levnadsförhållanden, ULF. Genomförs sedan 1975 av Statistiska centralbyrån på uppdrag av Sveriges Riksdag.

Uppsökande verksamhet innebär bland annat att tandvårdspersonal kommer hem till den äldre i hemmet eller äldreboendet och gör en munhälsobedömning. Man gör en bedömning av om den äldre behöver få tandvård och hur den dagliga munvården fungerar. Se även *Nödvändig tandvård*.

I studien har jag träffat de äldre under den första tiden, ibland redan under de första dagarna, då de flyttat in på äldreboende. För vissa har flytten till äldreboendet varit oväntad och chockartad. För alla har det varit en stor förändring i deras liv. Att få träffa dessa äldre under denna känsliga tid har inneburit många starka möten. Jag har ofta efteråt tänkt på dessa ord som skrivits av en äldre man.

Lena Tronje Hansson

En humla går på vägen
Hon har ingen flygkraft kvar
hon har gjort sista turen av vingar buren
nu går hon sista biten trött och sliten



Dikt: P-Å Sundvall

Bild: Maria Hansson

Bakgrund

Vinsterna är många med att så länge som möjligt behålla en god munhälsa. För den äldre kan en dålig munhälsa innebära försämrad livskvalitet och dessutom avsevärda kostnader. För samhällsekonomi är det negativt eftersom de goda resultaten av skattefinansierat tandvårdsstöd och tandvårdsreformer riskerar att gå förlorade. Dessutom är tandvård till sjuka äldre ofta påfrestande för den äldre, resurskrävande, förenat med stora kostnader och kräver ofta speciell kompetens hos behandlande personal.

Tandvårdens systematiska arbete med prevention och sjukdomsbehandling har lyckats så väl att nästan alla friska äldre i Sverige idag har egna tänder och en god munhälsa (1). När man blir sjuk ökar dock risken för ohälsa i munnen av många anledningar. Det kan till exempel bero på försämrade kostvanor.

Odontologisk äldreforskning har hittills fokuserat på oberoende och beroende äldre. Sköra äldre är svårare att nå och är därför bristfälligt studerade. Idag finns endast ett fåtal studier publicerade vad gäller sköra äldre och tandvård (2-4).

Idag bor allt fler kvar hemma med stöd av kommunal omsorg och hem-sjukvård. Hur detta påverkar munhälsan finns lite kunskap om men en nyligen presenterad studie visar att många äldre förlorar sin tidigare regelbundna tandvårdskontakt (5). Konsekvensen av en förlorad tandvårdskontakt är inte systematiskt studerad.

I föreliggande studie "Sköra och äldre – vad händer med tänder?" är det övergripande syftet att beskriva munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden samt att kartlägga om och i vilken utsträckning denna grupp har haft kontakt med tandvården under åren före flytten. Denna kunskap skulle kunna hjälpa personal inom tandvården och vård- och omsorgspersonal till förbättrade rutiner med målet – frisk i munnen under hela livet.

Dagens äldrevard och omsorg

Andelen äldre som har behov av hjälp och stöd ökar markant från 80 års ålder. År 2012 hade 23 procent i denna grupp hemtjänst och 14 procent bodde i särskilt boende (6). Dessutom vårdades ett okänt antal äldre i hemmet av nära anhöriga.

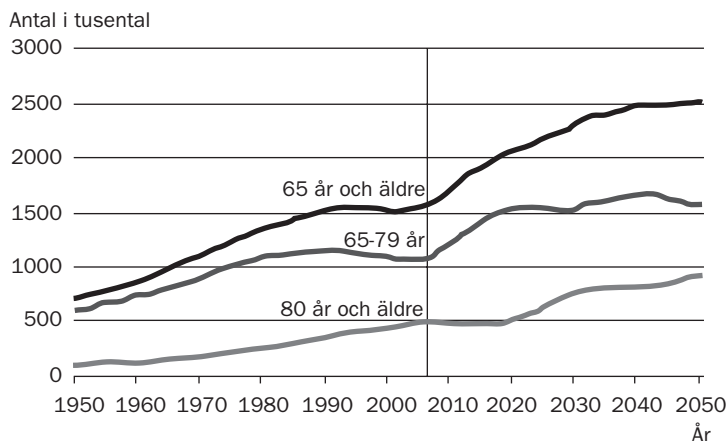
Idag bor äldre omsorgsberoende allt längre tid i det egna hemmet. Att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt med stöd från hemsjukvård och hemtjänst förväntas bli ännu vanligare i framtiden. Platserna på äldreboenden har minskat med 25 procent mellan 2001 och 2012 (7). Antalet sjukhusplatser har också minskat och störst är minskningen inom geriatriken. Detta innebär att äldre vårdas mycket kortare tider på sjukhus än vad de gjorde tidigare (8). När både äldreboende- och sjukhusplatser minskar innebär det ett ökat behov av hemtjänst. Minskningen vad gäller äldreboenden har delvis kompensats av utökad hemtjänst, men inte sett i antalet hjälptimmar (7). Den ökade omsorgen i hemmet och att vi blir allt äldre gör att samhället ställs inför nya utmaningar.

Den äldre människan kan vara:

- *oberoende*, det vill säga helt självständig och inte beroende av andras stöd och hjälp för att klara sin dagliga tillvaro
- *skör*, en period då man successivt blir allt mer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro
- *beroende*, det vill säga delvis eller helt beroende av andra.

Med ökad ålder är risken större att bli ”skör”. Äldre sköra individer har ofta flera sjukdomsdiagnoser. Övergången från att vara oberoende till skör och sedan beroende kan ta många år. Kunskapen om den sköra äldre är mycket begränsad och ur munhälsosynpunkt finns få studier publicerade om denna grupp (2-4).

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (9). Att uppfylla detta mål för den åldrande människan är idag tandvårdens största utmaning. Speciellt gäller det, även när hälsan sviktar, att kunna bibehålla den goda munhälsa som de flesta friska äldre har. Detta är inte enbart en utmaning för tandvården utan även för hälso- och sjukvård samt omsorg.



Figur 1: Antalet äldre i åldersgrupperna 65 år och äldre samt uppdelat på åldersgrupperna 65-79 år och 80 år och äldre, 1950-2006 och prognos 2007-2050. Diagram från Statistiska centralbyrån (11).

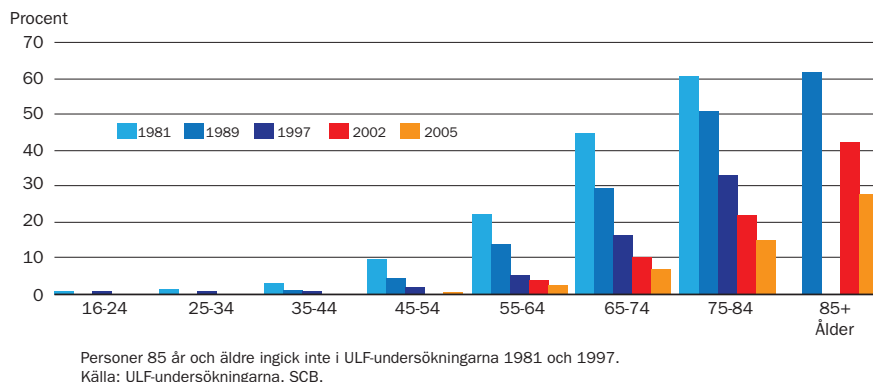
Demografi och munstatus

Andelen personer i Sverige som är över 65 år har ökat från 10 procent år 1950 till 18 procent år 2000. År 2060 beräknas en fjärdedel av befolkningen vara 65 år och äldre (10). För närvarande ökar framför allt andelen 65 till 79-åringar i befolkningen. Från och med cirka 2020 sker en markant ökning av andelen 80 år och äldre (figur 1).

Medellivslängden fortsätter stiga i Sverige och under de senaste 50 åren har den ökat med drygt 8 år för både kvinnor och för män. År 2012 var medellivslängden för kvinnor knappt 84 år och drygt 80 år för män (12). Ökningen i medellivslängd beräknas fortsätta.

Äldre har idag allt fler egna tänder kvar (13). Andelen som helt saknar egna tänder i åldersgruppen 75-84 år har minskat från 60 procent till 22 procent mellan åren 1980 och 2002 (Figur 2) (14). Flera epidemiologiska studier bekräftar trenden att allt fler äldre har sina tänder i behåll och att total tandlöshet blir alltmer sällsynt (15). I de fall man saknar egna tänder ersätts dessa ofta av tandersättningar förankrade med implantat. Bland Folktandvårdens patienter i Västra Götalandsregionen år 2009 hade cirka 6 procent implantat i åldersgruppen 70+. Tre år senare hade andelen ökat till cirka 7,5 procent (16).

1974 infördes en allmän tandvårdsförsäkring (se sid 25). I denna försäkring gav staten omfattande subventionering till alla typer av tandvård som till exempel förebyggande tandvård, fyllningar och protetiska behandlingar



Figur 2. Tandlöshet. Andel (procent) tandlösa i olika åldersgrupper 16 år och äldre, åren 1981, 1989, 1997, 2002 och 2005.

(kronor, broar, proteser). Detta innebär att många människor fick omfattande behandlingar utförda. Tandvårdsförsäkringen medförde att många tänder kunde lagas istället för att dras ut och i de fall tänder saknades ersattes dessa med protetiska konstruktioner. Detta och det faktum att tandvårdsförsäkringen gav extra stöd till förebyggande tandvårdsåtgärder har sannolikt bidragit till att dagens äldre har bättre tandstatus än tidigare generationer (14).

Förekomsten av fyllningar och protetiska konstruktioner har tydligt visat sig öka med stigande ålder (15). Att fler tänder bevarats är naturligtvis positivt men innebär också ökade risker för till exempel tekniska komplikationer, svårigheter att sköta munhygien, karies och parodontit.

SAMMANFATTNING:

- Antalet äldre blir fler och medellivslängden ökar
- Äldre har i högre utsträckning kvar sina tänder
- Tänderna är kraftigt restaurerade¹

Tandvårdskontakter i de äldre åldersgrupperna

När man blir äldre och sjuk är tandvårdskontakten viktig för att kunna förebygga och tidigt behandla tandsjukdomar. Med regelbunden tandvårdskontakt, förebyggande munvård och välfungerande munhygien kan de äldre, trots riskfaktorer, behålla en god munhälsa (17).

1. Att restaurera innebär här att tänder som skadats eller förlorats återställs genom olika tandbehandlingar såsom lagningar, kronor, broar, proteser eller implantat (titanskruvar).

Tyvärr har det visat sig att personer som tidigare haft en regelbunden tandvårdskontakt ofta förlorar den kontakten när de blir äldre. I en undersökning som genomfördes på tre folktandvårdskliniker i Västra Götaland studerades alla journaler mellan år 2004 och 2009 longitudinellt för patienter i åldrarna 65-96 år. Bland de 3 648 tandvårdsjournaler från äldre i ordinärt boende som studerades fanns det en klar relation mellan ålder och förlust av tandvårdskontakter. Med ökande ålder minskade andelen personer med regelbunden tandvårdskontakt signifikant (5).

Orsaker till och konsekvenser av försämrad munhälsa hos sköra och beroende äldre

Risken att få problem med tandhälsan kan öka när man blir äldre. Att upprätthålla en god munhälsa kan försvåras av att den äldre får olika former av psykiska och/eller fysiska hälsoproblem, till exempel demenssjukdom eller multisjuklighet. Sjukligheten kan föra med sig medicinering som ger muntorrhet, ändrade kostvanor med ett frekvent sockerintag och svårigheter att klara munhygien på grund av minskad motorisk förmåga (4, 17). Sammantaget kan detta leda till sämre munhälsa och om munvården inte sköts är risken stor för karies, parodontit och munslemhinneförändringar.

Ur munhälsosynpunkt hamnar den äldre ofta i en ond cirkel; när problemen i munnen manifesterat sig kan de ge upphov till tuggsvårigheter som gör att man väljer kolhydratrik, lättuggad och fiberfattig kost (18). Denna typ av kost är klibbig och blir lätt kvar i munnen (retinerar) och då ökar risken för karies. Tuggsvårigheter gör också att salivsekretionen minskar med muntorrhet som följd och därmed ytterligare förhöjd kariesrisk.

Två exempel på sjukdomar som ofta drabbar äldre och ökar risken för försämrad munhälsa är demenssjukdom och stroke. Demens leder ofta till bristfällig tandborstning redan i ett tidigt stadium i sjukdomsutvecklingen. Man förlorar ofta regelbundna rutiner såsom tandborstning och den motoriska förmågan minskar. Samtidigt kan kosten försämrats om man inte längre klarar av matlagning och småätande blir mer frekvent. Stroke i sin tur kan innebära bristande munhygien på grund av förlamningar som påverkar förmågan att borsta tänderna. Dessutom har många strokepatienter minskad känsel i munnen och försämrad munmotorik. Det gör att mat blir kvar i munnen och att salivsekretionen inte stimuleras.

Andra exempel på sjukdomar som kan leda till ökad risk för försämrad munhälsa är depression, diabetes, hjärt- och lungsjukdom, Parkinsons sjukdom, reumatism och tumörsjukdomar.



Bild 1. Äldre mun utan karies

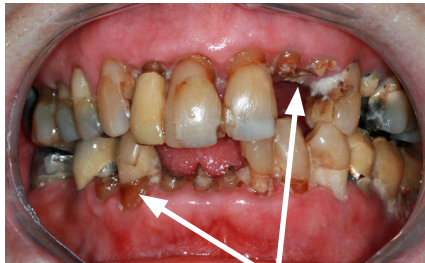


Bild 2. Äldre mun med karies

Karies (hål i tänderna) orsakas av att vissa bakterier på tänderna bildar syra när de får tillgång till sockrar. God salivsekretion, goda kost- och munhygienvanor samt fluor är viktigt för att undvika kariessjukdomen.

Parodontit (tandlossningssjukdom) orsakas av att bakterier på tänderna i anslutning till tandköttskanten ger upphov till tandköttsinflammation. Detta kan leda till nedbrytning av tandens fäste i käkbenet och därför är det viktigt med goda munhygienvanor för att undvika parodontit.

De vanligaste förekommande *munslemhinneförändringarna* hos äldre är svampinfektioner och sår i munvinklarna. Svampinfektioner (candidos) kan ha många olika orsaker. De vanligaste är ett dåligt immunförsvar, särskilt i kombination med bristande salivfunktion, långvarig antibiotikabehandling och inhalationsläkemedel (cortison) mot astma. Även ett nedsatt allmäntillstånd och undernäring kan ge upphov till svampinfektioner. Hos protesbärare med dålig munhygien är det vanligt med svampinfektion under protesen, så kallad protesstomatit (bild 3).

En vanlig orsak till sår i munvinklarna är en hopsjunkna mun på grund av tandförlust, tillsammans med ett nedsatt allmäntillstånd och/eller bristande hygien och muntorrhet. Dessa sår är ofta infekterade av bakterier och svamp (bild 4).

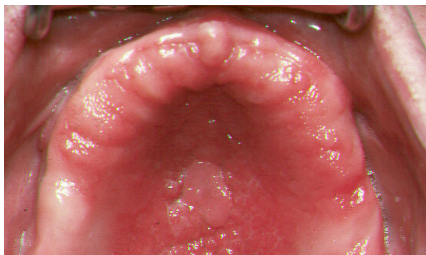


Bild 3. Svampinfektion (protesstomatit) i gommen hos protesbärare



Bild 4. Sår i munvinklarna (munvinkelragader)

SAMMANFATTNING

Vanliga sjukdomar i den äldre munnen:

- Karies
- Parodontit
- Munslemhinneförändringar

Orsaker till sjukliga förändringar i den äldre munnen:

- Försämrat immunförsvar
- Bristande munhygien
- Förändrade kostvanor
- Muntorrhet
- Störningar i munmotorik
- Sviktande kognitiv förmåga

Munvård inom vård och omsorg

Att i vård och omsorg ha ett hälsofrämjande förhållningssätt är angeläget även när det gäller mun- och tandhälsa. Detta kan innebära att man följer de allmänna rekommendationer som säger att daglig munvård ska ske två gånger om dagen och bestå av tandborstning med fluortandkräm, rengöring av fasta och avtagbara protetiska ersättningar och behandling av uttorkade slemhinnor (19). Extra fluorbehandling kan även behövas (19). I bild 5-8 visas exempel på god och dålig munhygien dels i mun med egna tänder och dels i mun med tänder på implantatskruvar.

Bild: M. Wertsén.



Bild 5: God munhygien, egna tänder

Bild: M. Wertsén.



Bild 6: Dålig munhygien, egna tänder

Bild: M. Wertsén.



Bild 7. Bra munhygien, implantatförankrade tänder

Bild: M. Zellmer.



Bild 8. Dålig munhygien, tänder på implantatskruvar

Tabell 1. Vårdpersonalens uppfattning om hur besvärligt det är med olika vårduppgifter. Tabell från Wårdh et al 1997 (20).

	Yrkeskategori			Totalt
	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	
	%	%	%	%
Tandborstning	22,9	44,6	47,3	41,5
Blöjbyte	17,1	14,2	25,3	19,2
Matning	10,0	14,9	13,0	13,2
Hårtvätt	1,4	10,8	2,7	10,7
Annat	23,0	16,0	12,0	15,0

Trots att de äldre själva, liksom anhöriga och omsorgspersonal, anser att munvård är viktigt så brister det ofta i vardagen. Studier visar att omvårdnadspersonal anser att munvård är en svår arbetsuppgift och man upplever att det är lättare att byta blöjor än att utföra munvård (20). Se tabell 1.

Det finns flera orsaker till att man kan uppleva det svårt eller obehagligt att utföra munvård. I en studie angav personalen som orsak att de inte ville inkräkta på den personliga integriteten/autonomin och att det största hindret för att utföra munvård var vårdtagarens ointresse eller motvilja (20).

Vissa demenssjuka äldre kan bli aggressiva och ta till våld när vårdpersonal försöker hjälpa till med tandborstning. Ytterligare en annan orsak kan vara att när äldre har egna naturliga tänder och/eller komplicerade fastsittande tandersättningar blir munvården betydligt svårare jämfört med att sköta avtagbara proteser. Dessutom kan det vara svårt att avgöra om ersättningsarna är avtagbara eller inte (bild 9 och 11).



Bild 9. Mun med avtagbar protetik: helprotes i överkäken och delprotes i underkäken.



Bild 10. Mun med fasta konstruktioner (kron/bro) på egna tänder (ej avtagbar)



Bild 11. Mun med fasta konstruktioner på implantatskruvar (ej avtagbara).

Studier har visat att det finns en tendens bland läkare och distriktssköterskor att inte beakta de äldres munhälsa i samband med undersökning, trots att många sjukdomar manifesterar sig i munhålan och att mediciner och olika behandlingar ger muntorrhet (21, 22). Resultatet av dessa studier tyder på att ansvaret för de äldres munhälsa tenderar att falla mellan stolarna samtidigt som vårdbehovet för denna grupp ökar. Det finns alltså en potential att inom sjukvården identifiera munhälsoproblematik eftersom det är vanligare att sjuka äldre har regelbunden kontakt med primärvården än med tandvården (23). Sjuksköterskor och läkare skulle därmed kunna ha en nyckelroll i att informera patienten om vikten av en god munhälsa och vid behov förmedla kontakt med tandvården.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården och omsorgen om äldre personer genom att mäta och förebygga undernäring, fall och trycksår (24). Grundtanken är att man systematiskt ska förebygga risker för ohälsa. I Senior alert har nyligen riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) för ohälsa i munnen inkluderats som valbart tillägg (25, 26). Med hjälp av ROAG skall munhälsoproblemen kunna identifieras inom vård och omsorg på ett naturligt sätt. ROAG beskriver tillståndet i munnen som friskt till sjukt och leder till att nödvändiga åtgärder sätts in samt att uppföljning sker på ett systematiskt sätt. Att ROAG ingår i Senior alert förbättrar förutsättningarna för att även munhälsa ska uppmärksammas i hela vårdkedjan kring äldre personer.

SAMMANFATTNING

God munvård innebär:

- Tandborstning med fluortandkräm minst två gånger dagligen
- Rengöring mellan tänderna en gång per dag
- Rengöring av proteser minst en gång per dag
- Extra fluorbehandling är ofta nödvändig
- Vid behov – lindra muntorrhet

Tand- och munhälsans betydelse

Socialt liv och livskvalitet

En god munhälsa har betydelse för självkänslan, den sociala tillfredsställelsen och livskvaliteten liksom för den allmänna hälsan (27). I en svensk studie där äldre personer intervjuades framkom att en god munhälsa inte bara kännetecknas av en bra tuggförmåga utan även av sociala och psykologiska aspekter som att lukta gott, att ha acceptabelt utseende och att kunna tala med andra (28).

Måltider är för många äldre en ljuspunkt i den dagliga tillvaron, speciellt gäller detta när man blir skör och beroende och inte längre kan leva ett lika aktivt liv som tidigare. Vårt sociala liv innebär ofta middagar med anhöriga och vänner. En god tuggförmåga och munhälsa är förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig och njuta av maten och den sociala samvaron i samband med måltiden.

Att ha dåligt tandstatus är i den svenska kulturen många gånger skambelagt och en mindre tilltalande estetik kan försvåra kontakten med anhöriga och andra. Bra tandstatus är viktigt även för talförmågan. En persons tal kan påverkas negativt vid förlust av framtänder då talet kan bli läspande och svårförståeligt. Även svår muntorrhet kan försvåra talförmågan.

Halitosis, dålig andedräkt, har ofta sin grund i bristande munvård och munsjukdomar som till exempel karies och tandlossning (29). Förekomsten av halitosis hos sköra och beroende äldre är inte systematiskt studerad men uppges av omvårdnadspersonal vara ett vanligt problem. Denna uppfattning får stöd av preliminära resultat i en studie som visade att mer än 50 procent av äldre på särskilt boende uppvisade halitosis (30). Det kan inte uteslutas att dålig andedräkt kan påverka omvårdnaden av den äldre och kontakten med närstående negativt.

Värdet av en god munhälsa har belysts i en svensk studie (31). Vårdpersonal, sjukhustandläkare och anhöriga till svårt demenssjuka personer fick värdera olika aspekter av munhälsa och hur viktiga dessa var i relationen till den sjuke. Resultaten visar att för anhöriga var sociala aspekter som frisk andedräkt, normal talförmåga och normalt utseende viktigast. För vårdpersonalen var aspekter av god omvårdnad som att kunna tugga och njuta av en måltid viktigast. Alla tre grupperna var överens om att det även var viktigt med smärtfrihet och att aspirationsrisken minimerades.



Bild 12. Närhet som kan försvåras vid halitosis – dålig andedräkt.

Munhälsans betydelse för den allmänna hälsan

Mun- och tandhälsa kan påverka den allmänna hälsan och vice versa. Hjärt- och kärlsjukdomar, lunginflammation, demenssjukdom och näringsbrist är några av de hälsoproblem som är av speciellt intresse i relation till munhälsa.

Munhälsa och hjärt- och kärlsjukdom

Ett klart samband mellan tandlossning (parodontit) och hjärt- och kärlsjukdomar är säkerställt i flera studier men exakt hur detta samband ser ut är ännu oklart (32, 33). Det kan finnas ett direkt orsakssamband men det kan även handla om att vissa personer är mer benägna att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom på grund av levnadsvanor och/eller genetisk disposition. En förklaringsmodell bygger på att bakteriesamlingar i tandköttsfickorna orsakar sårbildning i tandköttet så att bakterier och toxiner kan ta sig ut i blodbanorna. Bakterierna och toxinerna skulle då kunna fastna i blodkärlsväggarna och initiera en inflammationsprocess som kan leda till hjärt- och kärlsjukdom (33).

Munhälsa och lunginflammation

Bakteriell lunginflammation kan orsakas av att sjukdomsframkallande bakterier från munhålan kommer ned i luftvägarna. Detta drabbar framförallt

äldre med dåligt allmäntillstånd och bristfällig munhygien (34). Personer med demenssjukdom, Parkinsons sjukdom eller personer som haft stroke får ofta sväljningssvårigheter och därmed ökar risken för bakteriella lunginflammationer. Lunginflammation orsakad av aspiration är en av de vanligaste orsakerna till sjukdom och dödsfall bland äldre människor som vårdas på sjukhus eller äldreboenden. Daglig god munvård har visat sig minska förekomsten av denna form av lunginflammation (35, 36).

Munhälsa och demensutveckling

Experimentella studier har visat att tandförluster på försöksdjur leder till olika förändringar i nerver och i hjärnan, något som tolkats som att tandförlusten skyndar på demensutvecklingen. I en studie visades att råttor som förlorat tänder och fick tandbroar insatta förbättrade sitt minne och sin inlärning. Man har även funnit att själva tuggandet har samband med minne och inlärningsförmåga hos råttor. Finmalen kost gav sämre inlärning än fast kost (37).

På senare år har även ett flertal populationsstudier publicerats som visat ett samband mellan bristande mun- och tandhälsa och bristande kognitiva funktioner och utvecklandet av demenssjukdom hos människa (38, 39). En bakomliggande orsak kan vara att få eller inga tänder ger en bristande tuggfunktion som bland annat leder till ett minskat blodflöde till hjärnan. Fler studier behövs dock för att ta reda på orsakssambanden.

Samband mellan näringsbrist och dåligt tandstatus

Ett dåligt tandstatus medför ofta tuggsvårigheter vilket innebär att man gärna väljer lättuggad, fiberfattig och ur näringssynpunkt ogynnsam kost (18). Personer med dålig munhälsa har därför en ökad risk för malnutrition, näringsbrist. Den äldre är känslig för näringsbrist som bland annat kan leda till ett försämrat immunförsvar (40). Behandling av näringsbrist innebär att man rekommenderas frekvent intag av näringsrik kost/dryck som innehåller socker. Tyvärr kan detta leda till en ond cirkel eftersom ett frekvent intag av socker ökar risken för karies. För att undvika att den äldre hamnar i denna onda cirkel är det angeläget med ett nära samarbete med tandvården vid behandling av näringsbrist.

Samband mellan muntorrhet, läkemedel och dåligt tandstatus

Muntorrhet kan leda till att det blir svårt att svälja, äta och prata. Att ha för lite saliv i munnen ökar väsentligt risken för att få hål i tänderna och om man har en protes i munnen kan muntorrheten orsaka att proteser sitter sämre.

Risken för muntorrhet ökar med stigande ålder eftersom salivkörtlarna kan fungera sämre (41). Den vanligaste orsaken till muntorrhet är annars biverkan av läkemedel (42). Det är den tredje vanligaste läkemedelsbiverkan

(42). Redan vid dagligt intag av minst fyra olika sorters läkemedel ökar risken för muntorrhet (43). Det kan också finnas andra orsaker till muntorrhet såsom reumatiska sjukdomar, strålbehandling, diabetes med mera.

Behandling av läkemedelsinducerad muntorrhet är svår om inte medicineringen kan förändras. De subjektiva besvären kan lindras av salivsättande och salivstimulerande medel. Fluorinne hållande preparat används ofta för att minska risken för karies.

Bild: M. Wertsch.



Bild: M. Wertsch.

Bild 14. Tunga i muntorr mun

Bild 13. Tunga som speglar normal salivsekretion

SAMMANFATTNING:

- Munhälsan kan påverka den allmänna hälsan
- Flera allmänsjukdomar kan påverka munhälsan negativt
- Muntorrhet är en vanlig läkemedelsbiverkan som ofta påverkar munhälsan negativt

Tandvården under studiedeltagarnas livstid

Medelåldern för deltagarna i studien var hög och man kan anta att många av dem hade en bristfällig tand- och munvård under barndomen och stora delar av sitt vuxna liv, eftersom tandvården inte var utbyggd eller subventionerad på den tiden.

Tandvård var en bristvara för majoriteten av Sveriges befolkning långt in på 1900-talet. Dels var det brist på tandläkare, och dels var priserna så höga att få hade ekonomiska möjligheter att få tandvård. Störst tillgång till tandläkare fanns i de större städerna medan landsbygden hade få tillgängliga tandläkare. I Göteborg år 1919 fanns det 166 tandläkare vilket motsvarade en tandläkare per 2 403 invånare. Idag är relationen en tandläkare per ungefär 1 000 invånare.

Inte förrän i början av 1900-talet kunde forskning visa att karies och parodontit orsakas av bakterier och först då började tandborstning tillämpas i Sverige. Folkskollärare började undervisa sina elever i tandborstteknik under 1920-talet men det dröjde innan det blev allmänt att man använde sig av tandborste.

Ekonomiska villkor för tandvård

Jämfört med hälso- och sjukvård är patientens kostnader för tandvård reglerade av betydligt mer komplicerade regelverk/system.

Tandvård finansierad via landstingen

Sedan 1920 har det funnits ett politiskt intresse för att ge barn och ungdomar kostnadsfri tandvård. På grund av tandläkarbristen dröjde dock uppbyggnaden av skoltandvården till 1930- och 1940-talen. Först 1974 fick landstingen ett lagstadgat ansvar att erbjuda fri barn- och ungdomstandvård upp till 19 års ålder. Landstingen ansvarar dessutom för att landstingsinvånarna har en säker tillgång till specialisttandvård.

År 2000 ålades landstingen skyldighet att bekosta ”uppsökande verksamhet”, ”munhälsobedömning” och så kallad ”nödvändig tandvård” för personer med omfattande omvårdnadsbehov. Personer som omfattas av detta tandvårdsstöd betalar enligt hälso- och sjukvårdssystemet istället för genom tandvårdsförsäkringen, vilket innebär betydligt lägre avgifter. 2011 hade drygt 170 000 personer berättigats till ”intyg om nödvändig tandvård” och uppsökande verksamhet (44). Utöver detta fick landstingen ansvar för att ge ekonomiskt stöd när tandvården är ett led i viss sjukdomsbehandling. Från den 1 januari 2013 utökades tandvårdsstödet med ytterligare en del, så kallad F-tandvård. Stödet gäller för personer med vissa definierade långva-

riga sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför svårighet att klara munhygien eller där tandbehandling är svår att utföra (45). Bastandvård sker enligt samma avgift som inom den öppna hälso- och sjukvården. F-tandvård omfattar till skillnad från ”nödvändig tandvård” inte fastsittande protetik.

Nödvändig tandvård Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till nödvändig tandvård. Här ingår också att man en gång per år kostnadsfritt har möjlighet att få så kallad uppsökande verksamhet med munhälsobedömning.

Uppsökande verksamhet/munhälsobedömning innebär att tandvårdspersonal kommer hem till den äldre i hemmet eller äldreboendet och gör en munhälsobedömning. Man gör en bedömning av om den äldre behöver få tandvård och hur den dagliga munvården fungerar. Omvårdnadspersonalen skall få instruktioner om hur den dagliga munvården skall utföras. Dessutom skall omvårdnadspersonalen en gång per år få munvårdsutbildning.

F-tandvård Ett tandvårdsstöd för personer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför svårigheter att sköta sin tandvård och/eller svårighet att få tandvård och som innebär risk för försämrad tandhälsa. Skall uppmuntra till förebyggande behandlingar. Avgift som inom den öppna hälso- och sjukvården. Omfattar inte fastsittande protetik.

Tandvårdsstöd finansierat via Försäkringskassan

En allmän tandvårdsförsäkring infördes i Sverige 1974 i syfte att tandvården skulle bli tillgänglig för alla på lika villkor. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och alla tandvårdsåtgärder subventionerades. Vissa åtgärder såsom förebyggande tandvård och omfattande protetisk behandling (kron- och broterapi) inklusive materialkostnader subventionerades extra kraftigt. I samband med 1974 års reform blev regelbundna tandhälsokontroller bland vuxna mer allmänt förekommande. Tandvårdsförsäkringen möjliggjorde för många med ett uppdämt vårdbehov att få detta åtgärdat till en låg kostnad.

Tandvårdsreformen 1974 kom gradvis att urholkas på grund av det statsfinansiella läget och patienterna fick därmed betala en allt större del av tandvårdskostnaderna (46). Speciellt utsatta blev då socioekonomiskt svaga grupper, till exempel pensionärer med låg pension.

Under 2000-talet har stödet för tandvård reformerats på olika vis. Bland annat har det inneburit en ökad satsning på tandvård till äldre och år 2002

infördes ”65+ reformen”. Reformen gjorde att personer äldre än 65 år kunde få omfattande protetisk tandbehandling till en låg kostnad. Dock gavs inte ersättning för övrig behandling såsom lagningar, rotbehandlingar, förebyggande tandvård med mera.

”65+ reformen” blev kortvarig och 2008 förändrades tandvårdsstödet återigen. Då infördes ett skydd mot höga kostnader som gäller alla åldrar och all tandvård. Idag betalar patienten hela tandvårdskostnaden upp till cirka 3 000 kr och därefter finns ett stegvis ökande statligt ekonomiskt stöd. I samband med denna reform infördes ett ”allmänt tandvårdsbidrag” (150 kr per år) för att stimulera till regelbundna tandhälsokontroller. Yngre vuxna och personer äldre än 75 år får idag dubbelt så högt allmänt tandvårdsbidrag (300 kr per år) som övriga vuxna. Den 1 januari 2013 infördes dessutom ett nytt tandvårdsstöd för personer med vissa definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa (47, 48). Detta särskilda tandvårdsbidrag, STB, innebär ett bidrag på högst 600 kr per halvår. Bidraget administreras av Försäkringskassan och gäller för betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder.

SAMMANFATTNING:

- Under den äldre generationens livstid har tandvården genomgått stora förändringar både vad gäller ekonomisk villkor, tillgänglighet samt ny kunskap och nya metoder för behandling och prevention.
- Parallellt med detta har normerna i samhället vad gäller munhälsa förändrats. Ett bra tandstatus ses idag som viktig, oberoende av social ställning.

Studiens syfte och frågeställningar

Många äldre som är sjuka har problem med sin munhälsa. Det övergripande syftet med den här studien är att beskriva munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden samt att kartlägga om och i vilken utsträckning denna grupp har haft kontakt med tandvården tidigare, det vill säga under den ”sköra” perioden. Denna kunskap skulle kunna hjälpa personal inom tandvården och vård- och omsorgspersonal till förbättrade rutiner. Därmed skulle många äldre kunna behålla en god munhälsa.

Frågeställningar:

1. Hur är munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden?
2. I vilken utsträckning har nyinflyttade på äldreboenden förlorat kontakten med tandvården?
3. Finns det ett samband mellan avsaknad av tandvårdskontakt och en sämre munhälsa?

Metod

Studiepopulation

Projektet var både en uppsökande studie och en journalstudie. Alla nyinflyttande äldre vid tio utvalda särskilda boenden i Göteborgsregionen och Fyrbodals tillfrågades konsekutivt om deltagande i studien. Boendena valdes för att få så stor representativitet som möjligt och hänsyn togs till såväl socioekonomiska som sociodemografiska faktorer. I tabell 2 redovisas fördelningen av studiedeltagare utifrån boendenas geografiska placering.

Inklusionskriterier:

- nyinflyttad (inom 3 månader) på särskilt boende
- ≥ 70 år
- boende i Sverige de senaste 5 åren
- talar svenska

Patienter med kronisk psykosjukdom exkluderades eftersom denna sjukdom under livet ofta innebär en periodvis mycket oregelbunden tandvård och dålig tandhälsa.

Studien pågick under perioden april 2010 till augusti 2011 och antalet som uppfyllde inklusionskriterierna bland de nyinflyttade var 94. Bortfallet bestod av sju personer. Tre av dessa var för sjuka för att fylla i samtyckesformuläret, två avled innan något mer än undersökning hunnit genomföras och två valde att inte delta i studien. Totalt kom studien att omfatta 87 personer varav 27 var män och 60 kvinnor.

Tabell 2: Antal och procentuell fördelning av studiedeltagare på olika särskilda boenden.

Boende	Antal	Procent
Göteborg centrum ¹	33	37,9
Göteborg övrigt ²	30	34,5
Landsort ³	24	27,6

1. Ett stiftelseboende i centrala Göteborg

2. Fem kommunala boenden i Göteborgs övriga stadsdelar

3. Fyra kommunala boenden i mindre samhällen eller landsort i Västra Götalands län.

Studien genomfördes av en tandläkare och en tandhygienist som båda undersökte och intervjuade deltagarna på det särskilda boendet. Undersökarna var kalibrerade avseende intervjuteknik och klinisk undersökningsmetodik så att dessa genomfördes så likartat som möjligt för att öka säkerheten i mätningarna. Tandläkaren skötte all övrig datainsamling. Den kliniska undersökningen och intervjun genomfördes alltså av tandvårdspersonal med lång erfarenhet av äldre tandvård, vilket borgar för en god datakvalitet.

Projektet är etikprövat och godkänt av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

Datainsamling

I studien gjordes flera olika typer av datainsamling. All typ av data har dock inte varit möjliga att tillgå för samtliga deltagare. För fullständig information, se flödesschema (figur 3) på sid 32. Skriftlig information tillsammans med samtyckesformulär lämnades till de äldre som uppfyllde inklusionskriterierna (bilaga 1).

Intervju

Datainsamling genomfördes på boendena genom semistrukturerad intervju utifrån frågeformulär (bilaga 2). Intervjun gjordes med vårdtagaren och kompletterande frågor ställdes vid behov till närstående. Orsaken till att vårdtagaren inte besvarade alla frågorna själv var till exempel minnesstörning. I ungefär hälften av fallen kontaktades anhöriga för kompletterande frågor framförallt angående namn på tidigare tandläkarkontakter. I fem fall kunde inte intervju genomföras överhuvudtaget på grund av kommunikationssvårigheter och nedsatt allmäntillstånd och dessutom saknades anhöriga.

I intervjun ingick frågor om bakgrundsfaktorerna kön, ålder, utbildning, yrke, civilstånd, socialt nätverk, tidigare omvårdnad och tandvårdskontakter. Vidare ställdes frågor om allmän hälsa, självupplevd munhälsa och tuggförmåga med mera (bilaga 2).

Frågeformuläret hade tidigare testats på 20 personer på tre äldreboenden. Vissa mindre korrigeringar genomfördes därefter i formuläret.

Klinisk undersökning

Klinisk undersökning kunde genomföras på 86 av de 87 deltagarna. En begränsad undersökning av tandstatus och bettförhållanden utfördes och registrerades i ett protokoll (bilaga 3). Vid den kliniska undersökningen studerades antal egna naturliga tänder, förekomst av protetiska konstruktioner (broar, proteser), antal kariesade tänder, förekomst av rotrester, protesfunktion, förekomst av estetiskt störande framtandsförluster, behov av akut tandvård med mera. Bettfunktion bedömdes enligt Eichnerindex (49, 50)(bilaga 4). Med Eichnerindex studeras förekomst av tandkontakter mellan käkarna när man biter ihop. Eichnerindex är ett index som är signifikant associerat med tuggförmågan (51).

Muntorrhet bedöms med ett så kallat spegeltest (52). Testet genomförs genom att en munspiegel dras längs kindens insida och bedömning görs enligt tre kriterier:

1. Ingen friktion mellan munspiegel och slemhinna.
2. Lätt friktion, men ingen tendens att munspegeln fastnar mot slemhinnan.
3. Tydlig friktion, munspegeln fastnar eller tenderar att fastna mot slemhinnan (52, 53).

Tidigare tandvård

Journalkopior rekvirerades från studiedeltagarnas tandläkare. Informationsinsamlingen från journalerna begränsades till högst tio år bakåt i tiden.

Från journalerna registrerades:

1. antal akutbesök och hur uppföljning av tandvården vid akutbesök hanterades,
2. om kontakt med tandläkare fanns när den första kontakten togs med kommunen,
3. om kontakt med tandläkare fanns när flytten skedde till det särskilda boendet,
4. andel som fått tandvård inom 65+reformen,
5. omfattning av protetisk rehabilitering under de senaste tio åren,
6. annan genomförd tandvårdsbehandling under tidsperioden.

Journalkopior gick att rekvirera för 55 deltagare. För 31 av dessa sträckte sig journalen mer än fem år bakåt i tiden. Genom anhöriga eller hemtjänstpersonal kunde det med relativt god säkerhet verifieras att tio deltagare inte haft någon tandvårdskontakt på tio år.

Biståndsinformation

Information om det tidigare omvårdnadsbehovet i hemmet insamlades från biståndshandläggare. För 42 av studiedeltagarna (48 procent) erhöles kopia av omvårdnadsjournalen. För 30 deltagare (34 procent) erhöles istället informationen i samband med intervju med biståndshandläggarna eftersom dessa valde att inte lämna ut omvårdnadsjournalen (se Diskussion sid 54).

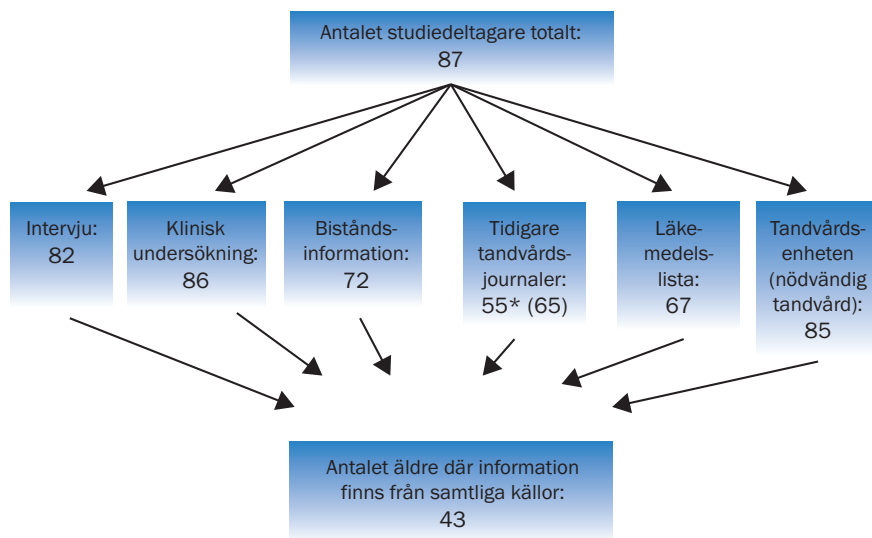
Tandvårdsstöd

För att undersöka om deltagarna haft intyg om ”nödvändig tandvård” innan flytten till boendet kontaktades Tandvårdsenheten i Västra Götalandsregionen. Information saknades för två deltagare som flyttat till Västra Götalandsregionen i samband med flytten till särskilt boende.

Läkemedel

För 67 av deltagarna kunde information inhämtas från Apodos-apoteket om vilka läkemedel de hade innan flytten till äldreboendet.

Figur 3: Flödesschema. Antalet äldre totalt i studien, antal äldre som det varit möjligt att få uppgifter om från respektive källa samt antal äldre där information erhöles från samtliga källor.



*Tandvårdsjournaler har kunnat erhöles för 55 deltagare. Tio deltagare hade inte haft någon tandvårdskontakt på 10 år.

Resultat

Deltagarna i studien – bakgrund

I detta kapitel redovisas de sammantagna resultaten som härrör från den kliniska undersökningen, intervjuerna, tidigare tandvårdsjournaler, biståndsinformationen, läkemedelslistor samt data kring ”intyg om nödvändig tandvård” från Tandvårdsenheten inom Västra Götalandsregionen. Viss kompletterande information har inhämtats från personal på äldreboendena eller från anhöriga. Antalet svar/uppgifter kan variera, se flödesschema (figur 3).

I studien deltog 87 personer och deltagarnas ålder varierade mellan 72 och 102 år med en medelålder på 88 år. Ålder, könsfördelning och civilstånd redovisas i tabell 3. 21 procent (16 st.) uppgav sig sakna någon form av socialt nätverk. För de personer (66 st.) där detaljerad information erhållits från biståndshandläggare hade man i genomsnitt haft hemtjänstinsatser i 4,7 år med en variation mellan ett halvår och 11 år. Kvinnorna hade i genomsnitt haft 5,0 hemtjänstår och männen 4,2 år. Dessutom hade 68 procent (45 st.) varit på korttidsboende en eller flera gånger innan de flyttade till äldreboendet. 74 procent (49 st.) hade haft trygghetslarm.

Tabell 3. Köns- och åldersfördelning samt civilstånd för deltagarna i studien.

	Kön		Medelålder		Civilstånd			
	Antal	%	År	Spridning	Gift	%	Ensam ¹	%
Kvinna	60	69	88,3	73-102	5	9,3	49	90,7
Man	27	31	86,1	72-94	9	34,6	17	65,4
Totalt	87	100	87,6	72-102	14	17,5	66	82,5

¹= ensamstående/änka/änkling. Bott ensam innan flytt till äldreboendet.

Hos 24 procent (21 st.) av studiedeltagarna fanns en verifierad demensdiagnos, vilken också var den vanligaste anledningen till att flytta till särskilt boende. Drygt hälften av deltagarna led av någon form av hjärt- och kärlsjukdom och andra relativt vanliga diagnoser var stroke och depression. Alla studiedeltagare uppgav i intervjun att de haft medicinska problem och många stod på ett flertal mediciner vid inflyttningen till boendet. För 77 procent (67 st.) av studiedeltagarna kunde antalet läkemedel innan inflyttningen konfirmeras genom läkemedelslista. Av dessa använde 9 procent (6 st.) inte några mediciner (enbart kvinnor), medan övriga i genomsnitt hade 9,3 olika läkemedel. Bland läkemedelsanvändarna använde kvinnorna i genomsnitt 9,1 läkemedel (spridning: 1-21) och männen 9,7 (spridning: 2-18). Fyra läkemedel eller fler användes av 81 procent (54 st.) av deltagarna där läkemedelslista fanns att tillgå.

SAMMANFATTNING:

- Studiedeltagarnas medelålder var hög (88 år). Drygt två tredjedelar var kvinnor. Samtliga deltagare uppgav någon form av medicinskt problem och majoriteten hade haft en hög läkemedelsförbrukning. Kommunala stödinsatser i form av hemtjänst, trygghetslarm och korttidsplats kunde konfirmeras för majoriteten av studiedeltagarna. Två av tio deltagare uppgav att de inte hade haft något socialt nätverk under de sista åren innan flytten till äldreboendet.

Munhälsan hos deltagarna

Detta avsnitt handlar om resultaten från den kliniska undersökningen av 86 deltagare avseende tandstatus, bettfunktion, tuggförmåga och muntorrhet. Flera deltagare berättade att de under åren före flytten till det särskilda boendet förlorat många tänder. Detta verifierades också vid undersökningstillfället och i genomgången av tandläkarjournalerna.

Tandstatus

Ett fullt betandat bett består av 28 tänder eller 32 om även visdomständerna inkluderas.

19 procent (16 st.) av deltagarna i studien saknade helt egna, naturliga tänder (tabell 4). Bland de studiedeltagare som hade egna tänder var genomsnittet 17 tänder med en variation från en till 29 tänder (tabell 4).

Tabell 4: Antal egna tänder i medeltal bland studiedeltagare, samt andelen som helt saknade egna tänder, fördelning utifrån kön och ålder.

Kön	Egna naturliga tänder			Tandlöshet båda käkarna*		Totalt
	Antal personer	Medel	Spridning	Antal personer	Procent	Antal personer
man	22	18,2	2-28	5	17,2	27
kvinnor	48	16,3	1-29	11	18,3	59
Ålder						
72-82	13	18,4	3-27	5	26,3	18
83-92	38	16,3	1-29	8	16,6	46
93-102	19	16,9	3-27	3	13,6	22
Totalt	70	16,9	1-29	16	18	86

*kan ha protetiska konstruktioner t.ex. avtagbara proteser, implantat.

Bland de 16 som helt saknade egna tänder var det vanligt med implantat (tabell 5). Tre deltagare saknade proteser i båda eller ena käken. I tabell 5 redovisas i vilken utsträckning protetiska ersättningar, fasta (=implantat) såväl som avtagbara, förekom hos de helt tandlösa studiedeltagarna.

Tabell 5: Förekomst av protetiska ersättningar hos de 16 studiedeltagare som helt saknade egna tänder.

Helt tandlös utan proteser	2
Helprotes i över- och underkäken	6
Helprotes i överkäken, tandlös i underkäken	1
Helprotes i överkäken, implantatbro i underkäken	5
Implantatbroar: över- och underkäken	2
Totalt	16

Nästan 40 procent av studiedeltagarna hade större brokonstruktioner (tabell 6). Om det till detta adderas de åtta personerna med mindre eller temporära broar innebär det att 47 procent hade fasta konstruktioner i munnen, vilka kräver ett speciellt omhändertagande.

Tabell 6. Förekomst av kronor och broar.

Fasta protetiska konstruktioner ¹	Antal	Procent ²
Enbart enstaka kronor	17	20
Mindre broar (färre än 3 stödtänder)	5	6
Större broar (fler än 3 stödtänder)	33	38
Temporära broar	3	3
Totalt	58	67

¹Implantatbroar (8 st.) är inkluderade i "större broar". Om det fanns mer än en protetisk konstruktion räknades endast den största konstruktionen. En och samma person kunde ha både protes och fasta konstruktioner.

²Procentuell andel av de 86 kliniskt undersökta studiedeltagarna

Bettfunktion och tuggförmåga

I den kliniska undersökningen ingick en bedömning av bettfunktionen enligt Eichnerindex (bilaga 4). Bettfunktionen är nära kopplad till tuggförmågan eftersom förlust av tänder som inte ersätts på ett bra sätt kan leda till dålig tuggförmåga och försämrad förmåga att bita av viss föda. Tandförluster kan även ge upphov till smärta från käkled och muskulatur i huvud och hals. Dessutom innebär tandförluster ofta en försämrad estetik, speciellt om det gäller framtänder.

I tabell 7 (bilaga 4) redovisas bettstatus för studiedeltagarna utifrån Eichnerindex innefattande både fasta och avtagbara konstruktioner.

Av de 14 studiedeltagare som hade ett fullständigt bett utan tandluckor på egna tänder och/eller med protetiska konstruktioner (implantat, broar, hel- eller delproteser) (Eichner A1, tabell 7, bilaga 4) hade elva personer en optimal tuggförmåga medan tre hade dålig tuggförmåga på grund av bristfälliga hel- eller delproteser (tabell 8).

Tabell 8. Antal studiedeltagare med fullständigt bett utan tandluckor på egna tänder och/eller med protetiska konstruktioner (implantat, broar, hel- eller delproteser) (Eichner A1).

Fullständigt bett utan tandluckor							
Med enbart fasta tänder		Med välfungerande hel/delproteser		Med bristfälliga hel/delproteser		Totalt	
Antal	Procent	Antal	Procent ¹	Antal	Procent ¹	n	Procent ¹
6/86	7	5/86	5,8	3/86	3,5	14/86	16,3

¹Procentuell andel av de 86 kliniskt undersökta studiedeltagarna

Var fjärde studiedeltagare (21 st.) hade inga kontakter i sidopartierna vare sig med fasta tänder eller proteständer och detta innebär avsaknad av tuggförmåga. Av dessa hade dock 62 procent (13 st.) kontakter i framtandsområdet som ger avbitningsförmåga. Sammantaget saknade nästan 10 procent helt tugg- och avbitningsförmåga (Eichner B4-C4, tabell 7, bilaga 4).

Dessutom saknade 17 procent (20 st.) enstaka tänder eller hade större tandluckor i framtandsområdet. Förutom att vara ett estetiskt problem kan detta även leda till besvär vid måltider eftersom man kan ha svårt att bita av viss föda. 13 procent (15 st.) hade förlorat så många framtänder att det borde innebära problem med avbitning.

29 procent (25 st.) hade någon form av avtagbar hel- eller delprotes/proteser och av dessa bedömdes cirka var tredje (8 st.) fungera dåligt. Dessa åtta deltagare ville inte åtgärda proteserna. De upplevde visserligen att situationen med proteserna var svår men ansåg att det inte gick att göra något åt situationen.

Citat från en av deltagarna:

Jag borde ha brytt mig mer om tänderna när jag började bli sjuk. Nu är det för sent.

Studiedeltagarna ombads i intervjun att göra en subjektiv bedömning av sin tuggförmåga och 83 procent (68 st.) besvarade frågan. 71 procent av dessa skattade tuggförmågan som mycket god eller god, 22 procent som skaplig medan endast 7 procent upplevde den som dålig eller mycket dålig. I tabell 9 nedan görs en jämförelse mellan den professionella skattningen enligt Eichnerindex (bilaga 4) och den subjektiva skattningen hos studiedeltagaren (se Diskussion sid 47).

Tabell 9. Skattning av tuggförmåga enligt Eichnerindex samt deltagarnas (68 st.) egna subjektiva skattning av tuggförmåga och munhälsa.

	<i>Dålig/mycket dålig¹</i>	<i>God/mycket god²</i>
Skattning enl. Eichner	24%	32%
Subjektiv skattning tuggförmåga	7%	71%
Subjektiv skattning munhälsa	13%	60%

¹dålig/mycket dålig = ingen tuggkontakt i bettets sidopartier; Eichner: B4, C1-4

² god/mycket god = tuggkontakter i samtliga stödområden; Eichner: A1-A2

Tandsjukdomar

Trots att den kliniska undersökningen genomfördes under inte helt optimala förhållanden och utan röntgen hade 24 procent (17 st.) synlig karies av de 70 individer som hade egna tänder. De hade mellan ett till fyra kariesangrepp, varav majoriteten hade ett, 71 procent.

Rotrester uppstår när en tand har varit karierad länge och inte behandlats. Tanden går så småningom av och endast roten blir kvar i käken. Detta kan leda till akuta infektioner som måste behandlas med antibiotika och tandutdragning. Bland de studiedeltagare som var tandförsedda hade 21 procent en eller flera rotrester med en variation mellan ett till fem.

Eftersom röntgenundersökning inte ingick i den kliniska undersökningen och mätning av fördjupade tandköttsfickor bara gick att genomföra i undantagsfall så är det svårt att bedöma förekomsten av parodontit (tandlossning). Ingen tand bedömdes dock vara så gravt skadad av tandlossning att den orsakade besvär eller behövde extraheras (dras ut).

Akuta tandvårdsbehov

Att ha akuta tandvårdsbehov innebär att man har behov av tandvård snarast och inte kan vänta in ordinarie, planerad tandvårdsbehandling. Man kan ha besvär i form av värk eller infektion eller riskera att få besvär om inte pro-

blemen åtgärdas av tandvården snarast. Besvären kan komma från tänder och/eller fasta eller avtagbara konstruktioner.

Den kliniska undersökningen visade att majoriteten, 85 procent (73 st.), av deltagarna inte hade några akuta behov när man flyttade in till äldreboendet.

7 procent (6 st.) hade akuta besvär som upptäckts av personal på äldreboendena kort tid efter inflyttningen och som åtgärdats av tandvården innan studiens genomförande.

Det framkom även vid undersökningarna att 8 procent (7 st.) hade akut behov av tandvård som inte uppmärksammats av personalen på boendena. En av dessa hade besvär med lös bro och två kunde inte använda sin protes eftersom den orsakade skav eller för att stödtanden gått sönder (frakturerat). De fem övriga upplevde inga besvär men hade behov av snabbt omhändertagande för att förhindra stora problem längre fram.

Deltagarnas bedömning av munhälsan och dess betydelse

I intervjun skattade 60 procent av de 80 som besvarade frågan sin munhälsa som mycket god eller god, 27 procent skattade den som skaplig och 13 procent som dålig eller mycket dålig.

När deltagarna tillfrågades om vilken betydelse tandhälsan har svarade 9 procent att tandhälsan var oviktig. Men för 91 procent var tandhälsan viktig eller mycket viktig. Det som lyftes fram som viktiga aspekter var tuggförmågan, estetiken, att slippa värk och besvär samt att känna sig frisk, hel och ren i munnen.

Flera av deltagarna blev irriterade på frågan om tandhälsan var viktig för dem. De påpekade att det var en mycket dum fråga. De svarade att självklart var det mycket viktigt att ha en god tandhälsa.

Muntorrhet – resultat från kliniskt test och deltagarnas egen bedömning

Risken för muntorrhet ökar med stigande ålder. Muntorrhet kan leda till att det blir svårt att svälja, äta och prata. Lite saliv i munnen ökar väsentligt risken för att få karies och om man har en protes i munnen kan muntorrheten orsaka att protesen sitter sämre.

Om deltagarna led av muntorrhet eller inte, bedömdes dels utifrån ett kliniskt test, det så kallade spegeltestet, och dels utifrån deltagarnas egen upplevelse. Resultatet (tabell 10) visade att betydligt fler av deltagarna upplevde muntorrhet än vad det kliniska testet visade. För de deltagare där det fanns data både om självupplevd muntorrhet och från kliniskt test (53 st.), uppgav alla att de upplevde lätt eller svår muntorrhet när det kliniska testet visade på muntorrhet. Av dem som enligt det kliniska testet inte var muntorra, uppgav hälften självupplevd muntorrhet.

Tabell 10. Skattning av muntorrhet utifrån kliniskt test och deltagarnas egen bedömning

Muntorrhet	Självupplevd		Kliniskt test	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingen	18	28	41	68
Lätt	24	38	15	25
Svår	22	34	4	7
Totalt	64	100	60	100

Av de 46 deltagare som uppgav sig lida av muntorrhet använde 90 procent (41 st.) fyra läkemedel eller fler. Bland dem som inte uppgav muntorrhet (18 st.) var det 67 procent som använde fyra läkemedel eller fler. Spegeltestet visade dock inget samband mellan muntorrhet och antal läkemedel.

SAMMANFATTNING

- En av sju studiedeltagare hade akut behov av tandvård.
- Karies var vanligt förekommande men det var sällsynt med allvarliga problem med tandlossning.
- Extensiva protetiska konstruktioner var vanligt.
- Öväntat många saknade ett stort antal tänder och hade tandluckor och saknade därmed förutsättningar för god tuggförmåga.
- Muntorrhet var vanligt förekommande.

Munvård och tandvårdskontakter

En god munhygien och regelbunden kontakt med tandvården är betydelsefullt för god munhälsa. Eftersom risken för munsjukdomar ökar med stigande ålder till exempel på grund av muntorrhet, är god munhygien och regelbunden tandvårdskontakt än mer angelägen för äldre.

Vem har skött den dagliga munvården?

Munhygien syftar till att avlägsna bakteriebeläggningar (plack) på tänderna och att tillföra fluor via tandkräm. Dessutom minskar risken för dålig andedräkt. För att bibehålla en god munhygien krävs en bra finmotorik och en god kognition.

Av de 72 studiedeltagarna som besvarade frågan om de haft behov av hjälp med munvård de senaste fem åren innan flytten till äldreboendet angav en övervägande andel, 96 procent, att de inte haft behov av hjälp med tandborstning utan hade skött det själva. En person uppgav sig ha fått hjälp med att påminnas om tandborstning och så kallad handräckning av hemtjänstpersonalen men skött själva tandborstningen på egen hand. Två uppgav att de hade behov av hjälp, men bara fått detta sporadiskt.

I omvårdnadsjournaler från biståndshandläggare framgår att 2,5 procent av de äldre beviljats hjälp med den personliga hygien och/eller handräckning. I personlig hygien ingår att man får hjälp med tandborstning. Handräckning innebär bland annat att man skall bli påmind och eventuellt få hjälp med att ta fram tandborsten och applicera tandkräm, men sköta borstningen själv. Från omvårdnadsjournalerna har det inte gått att utläsa om deltagarna fått hjälp specifikt med tandborstning förutom för en av deltagarna.

Den samlade bedömningen av den kliniska undersökningen var att deltagarnas nuvarande munhygien var bra. I studien ingick inte att ta reda på om deltagarna i nuvarande boendeform (det särskilda boendet) fick hjälp med munvården eller om de skötte den själva.

Besök hos tandvården – hur ofta?

Bibehållen tandvårdskontakt är en viktig förutsättning för att behålla en god munhälsa.

Tabell 11. Senaste tandvårdskontakten (inklusive akutbesök) självrapporterad respektive uppgift från tandvårdsjournal?

Senaste besöket	Egenrapport		Journaluppgift	
	Antal	Procent	Antal	Procent
< 1år	15	18	10	18
1-2 år	23	28	22	40
3-5 år	23	28	8	15
6-10 år	10	12	10	18
> 10 år	5*	6	5	9
Minns inte	6	7	–	–
Totalt	82	99	55	100

*Utöver dessa fem var det tio personer där tandvårdsjournal saknades men där anhöriga eller hemtjänstpersonal verifierade att dessa deltagare inte haft en tandvårdskontakt på tio år.

För 51 deltagare kunde egenrapport och journaluppgifter korreleras. Överensstämmelsen mellan journal och egenrapport var mycket hög ($\rho=0,98$, $p<0,000$); 83 procent av dem som uppgav att de besökt tandvården de senaste två åren hade även gjort det enligt journal och detsamma gällde för 76 procent av dem som rapporterade att de inte besökt tandvården på två år.

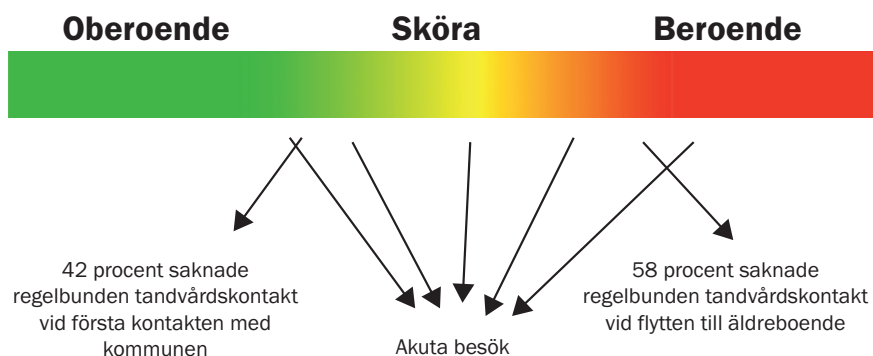
Tabell 12. Självrapporterade tandvårdskontakter de senaste fem åren, samt tidigare.

Besöksfrekvens	Senaste fem åren		Tidigare	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Minst 1 gång/år	31	38	48	61
Minst en gång på 2 år	9	11	11	14
Sporadiska	17	21	13	16
Enbart akut	10	12	7	9
Avstått helt	14	17	–	–
Totalt	81	99	79	100

Ungefär hälften av deltagarna angav att de haft regelbunden tandvård under de senaste fem åren (tabell 12). En majoritet, 75 procent, angav att de haft regelbunden tandvård tidigare i livet (tabell 12).

För 52 deltagare kunde information hämtas från tandvårdsjournaler både vid första kontakten med biståndshandläggare och fram till flytten till särskilt boende. Från tandvårds- och biståndsjournalerna kunde man utläsa att när studiedeltagaren för första gången hade kontakt med biståndshandläggare så hade 58 procent (30 st.) regelbunden tandvård (figur 4). Vid inflyttning till särskilt boende hade 27 procent (8 st.) av dessa förlorat sin tidigare regelbundna tandvårdskontakt.

Figur 4. Beskrivning av hur studiedeltagarnas kontakt med tandvården har varit under den sköra perioden.



Omhändertagande vid akuta tandvårdsbesök – journaluppgifter

Uppgift om akuta besök i tandvården ger information om i vilken utsträckning man haft problem från munnen. Det är sannolikt att brister i tandvårdskontakten sammanfaller med ökat behov av akut vård.

För 55 av de 87 deltagarna har tandvårdsjournaler kunnat studeras. Det visade sig att 73 procent (40 st.) hade besökt tandvården akut en eller flera gånger. Vanligaste åtgärden i samband med akutbesök var extraktion av tand (26 procent), följt av fyllningsterapi (21 procent).

För 51 studiedeltagare kunde även omhändertagandet i samband med akut tandvård studeras vilket gav följande bild.

Tabell 13. Omhändertagande vid akuttandvård

Har sökt men inte fått fullständig behandling ¹	20%
Har sökt och fått fullständig behandling ¹	51%
Har inte sökt akut tandvård	29%

¹Fullständig behandling innebär förutom akutbehandling även undersökning och behandling av annat som behöver åtgärdas.

Akutbesöken ledde till fortsatt omhändertagande med kallelse till tandvård för 48 procent medan det för 52 procent inte ledde till kallelse för undersökning i framtiden.

Avstått från tandvård någon gång under de senaste fem åren

I intervjuerna uppgav 50 deltagare (63 procent) att de någon gång under de senaste fem åren avstått från tandvård trots att de kallats och/eller trots behov. De vanligaste orsakerna till varför man avstått var att sjukdom/handikapp förhindrat tandläkarbesök (29 procent), att man inte ansåg sig ha ett tandvårdsbehov (29 procent) och att ”det inte blev av” (11 procent).

Några andra, mindre vanliga skäl till att avstå var att man inte hade någon tandläkare, att man inte orkat, att transport/medföljande saknats, att det ”blivit mindre viktigt att sköta tänderna när man ändå snart ska dö”, att man visserligen haft råd med tandvård men avstått eftersom man inte tyckte det var värt pengarna eller att tänderna och mycket annat i livet blev ointressant när nära anhörig avlidit.

Vem har varit tandvårdsgivare?

Majoriteten av de som besvarades frågan om vilken vårdgivare de haft under de senaste fem åren hade haft privat vårdgivare (tabell 14).

Tabell 14. Vårdgivare under de senaste fem åren.

Vårdgivare	Antal	Procent
Privattandläkare	44	60
Folktandvården	21	28
Både och	9	12
Totalt	74	100

Vem har skött tandläkarkontakten?

I intervjun uppgav 50 studiedeltagare att de hade fungerande kontakt med tandvården. Av dessa hade 6 procent skött kontakten själva, 30 procent fått hjälp av närstående och 6 procent av hemtjänsten (tabell 15).

Tabell 15. Vem har skött tandläkarkontakten de senaste 5 åren, t.ex. bokning av tider och transporter?

Vem har skött kontakten?	Studiedeltagare	
	Antal	Procent
Fungerande kontakt har saknats	30	37,5
Har skött kontakten själv	31	39
Dotter/son	8	10
Maka/make	5	6
Annan närstående	2	2,5
Hemtjänsten	3	4
Hemtjänst och närstående	1	1
Totalt	80	100

Tandvårdskontakt och tandstatus

De studiedeltagare som uppgav att de fått regelbunden tandvård de senaste fem åren, hade statistiskt signifikant fler tänder än de som uppgav oregelbunden tandvård. Deltagare utan egna tänder exkluderades i analysen eftersom avsaknad av tänder ofta innebär att man har färre tandvårdskontakter beroende på minskat behov.

Tabell 16. Antal tänder i relation till regelbunden och oregelbunden tandvård bland deltagare med egna tänder

Tandvårdskontakt	Antal tänder	
	Medelvärde	Spridning
Regelbunden (34 st.)	16,7	2-28
Oregelbunden (26 st.)	9,1	1-29

¹Student-t test: $t=3.0$, $p=0.004$

Ekonomiskt stöd för tandvård

Vid omfattande omvårdnadsbehov är man berättigad till så kallat "intyg om nödvändig tandvård" vilket ger rätt till ekonomiskt stöd från landstinget för tandvård, (se sid 24-25). Att bo på särskilt boende berättigar per automatik till sådant intyg. Även de med stort omvårdnadsbehov i ordinärt boende är berättigade till "intyg om nödvändig tandvård".

Information från Tandvårdsenheten i Västra Götalandsregionen har kunnat erhållas för 85 av deltagarna rörande förekomst av detta intyg före flytten till äldreboende (tabell 17).

Tabell 17. Förekomst av "intyg om nödvändig tandvård" före flytt till särskilt boende.

	Antal	Procent
Ej haft intyg	77	91
Har intyg	8	9
Totalt	85	100

13 procent (7 st.) av studiedeltagarna, för vilka tandvårdsjournalen kunde studeras, hade mellan år 2002 och 2007 fått ersättning för tandvård enligt "65+ reformen" (se sid. 26).

Sammanfattning av resultaten

Under övergången från skör till beroende, det vill säga tiden före flytten till boendet, hade:

- många förlorat sin tandvårdskontakt
- nästan tre fjärdedelar fått akutbehandling i tandvården
- få fått hjälp med sin munvård
- få haft ”intyg om nödvändig tandvård”

Den kliniska undersökningen av studiens deltagare och intervjuerna visade att:

- det finns ett tydligt samband mellan avsaknad av tandvårdskontakt och dålig munhälsa
- munhälsan är bristfällig
- många saknar ett stort antal tänder och har dålig tuggförmåga
- karies är vanligt förekommande
- akut behov av tandvård är vanligt
- muntorrhet är vanligt
- de äldre själva upplever sin munhälsa som god

Resultaten diskuteras i nästkommande avsnitt.

Diskussion

Denna studie visar att en stor andel av de äldre som flyttar in på särskilt boende upplever sin munhälsa som god eller mycket god. Den kliniska bedömningen är dock att många av de äldre saknade ett stort antal tänder. Var fjärde saknade helt tandkontakter i sidopartierna och hade därmed bristfällig tuggförmåga. Nästan var femte saknade tänder i framtandsområdet vilket betyder bristande estetik och avbitningsförmåga. Det var ovanligt med omfattande karies och tandlossningsproblematik. Nästan en femtedel hade dock behov av akut tandvård när de flyttade in på särskilt boende och drygt 20 procent hade synlig karies. Studien visar tydligt på en diskrepans mellan subjektivt vårdbehov och professionellt bedömt behov.

En majoritet av de äldre hade under många år haft en bristande kontinuitet i sin kontakt med tandvården. Redan vid första kontakten med biståndshandläggare saknade många regelbunden tandvårdskontakt och ännu fler hade förlorat sin tandvårdskontakt vid inflyttning till det särskilda boendet.

Studien visar på ett tydligt samband mellan avsaknad av regelbunden tandvårdskontakt och få kvarvarande tänder.

Nedan följer först en diskussion om studiens resultat ur olika perspektiv och avslutningsvis diskuteras för- och nackdelar med de metoder som valdes i studien.

Diskussion – resultat

Deltagarna i studien

Medelåldern på deltagarna i studien var hög, 88 år. Detta var förväntat och överensstämmer med det faktum att många bor kvar i eget boende upp i hög ålder innan omvårdnadsbehovet blir så stort att man flyttar till särskilda boenden.

Läkemedelskonsumtionen var hög och visar på ett komplext sjukdoms-panorama bland studiedeltagarna. Knappt en tiondel använde inga läkemedel alls, medan övriga i genomsnitt hade drygt nio olika läkemedel. I en svensk studie från 2012 där äldre personer i ordinärt boende med måttligt eller stort omvårdnadsbehov undersöktes var medelkonsumtionen sju läkemedel, det vill säga något lägre (27). Skälet till denna diskrepans kan betyda att deltagarna i föreliggande studie hade en mer komplicerad sjukdomsbild. En annan troligare förklaring kan vara den rapporterat högre läkemedelsförskrivningen bland äldre i Västra Götalands län jämfört med den genomsnittliga förskrivningen i Gävleborgs, Västmanlands och Uppsala län där den refererade studien genomfördes (54). Den höga läkemedelskonsumtionen är en viktig observation eftersom vi vet att den vanligaste orsaken till muntorrhet är biverkan av läkemedel. Det är den i FASS tredje vanligaste angivna läkemedelsbiverkningen (42). I en studie av Nederfors och medarbetare (55), påvisades ett signifikant samband mellan antalet läkemedel och rapporterad muntorrhet. I en annan studie rapporterades att redan vid dagligt intag av minst fyra olika sorters läkemedel ökar risken för muntorrhet (43). I vår studie använde drygt 80 procent fyra läkemedel eller fler.

Munhälsan hos deltagarna

Många äldre har rapporterats ha förhöjd risk för karies (56). Detta stämmer väl överens med våra resultat där karies var vanligt förekommande. En bidragande förklaring till detta kan vara att studiedeltagarna behandlats med många läkemedel innan de flyttade till det särskilda boendet. Muntorrhet är en viktig riskfaktor för karies och är en vanlig läkemedelsbiverkan (42).

I studien observerades inga grava tandlossningsproblem. Avsaknaden av grav parodontit kan sannolikt delvis förklaras av att skadade tänder har extraherats. Detta konfirmerades delvis av journaldata som visade att extraktion var den vanligast förekommande akutbehandlingen.

Omfattande protetiska konstruktioner var vanliga bland studiedeltagarna. Resultatet var förväntat och är sannolikt en effekt av de subventioner av protetisk behandling som det statliga tandvårdsstödet innefattat under en stor del av de senaste 40 åren. Från tandvårdsjournalerna framgick dock att det var sällsynt med protetisk rehabilitering för att ersätta de omfattande extraktionerna som gjorts under de senaste tio åren. Endast två deltagare hade fått broterapi och ytterligare en hade gjort en avtagbar delprotes under de senaste tio åren. Om det är tandläkarna som avstått från att föreslå protetiska ersättningar eller om det är patienterna som har avböjt behandling framgår inte av journalanteckningarna.

Det var många som saknade ett stort antal tänder och hade tandluckor.

Speciellt anmärkningsvärt var att en fjärdedel saknade tandkontakter i bettets sidopartier och inte hade någon protetisk ersättning för de saknade tänderna. Därmed kan man förutsätta att de hade en mycket bristfällig tuggförmåga. Dessa observationer är i linje med resultaten i en nyligen publicerad studie av äldre personer i ordinärt boende med måttligt eller stort omvårdnadsbehov (3). I den studien saknade 50 procent tandkontakter i bettets sidopartier varav cirka hälften var ersatta med protetiska konstruktioner eller implantat. Flera studier har visat att tuggförmåga är starkt associerat till antalet tänder och hur tänderna är fördelade i munnen (57).

Konsekvensen av att ha en dålig tuggförmåga kan vara att de äldre har svårt att tillgodogöra sig och njuta av måltider på ett optimalt sätt. Dålig tuggförmåga kan innebära att man undviker svårtuggad föda, eftersom det tar längre tid att avsluta en måltid, vilket kan få sociala konsekvenser. Det är väldokumenterat att nedsatt tuggförmåga innebär att man kompenserar genom att tugga längre, svälja större bitar eller välja mer lättuggad föda (57).

Avsaknad av tandkontakter i bettets sidopartier och därmed sämre tuggförmåga avspeglades inte i de äldres subjektiva skattning av tuggförmågan. Endast ett fåtal angav den som dålig. Även andra studier har visat att äldre uppger sig ha förvånansvärt bra tuggförmåga i förhållande till antalet tänder (58, 59). Det kan bero på att man successivt vant sig vid allt färre tänder och anpassat kosthållningen till detta (60, 61). Den höga subjektiva skattningen av tuggförmågan skulle även kunna vara en följd av en ökad acceptans bland de äldre (man är medveten om sin fysiska kondition, men man låter sig inte påverkas i lika hög grad av den) i enlighet med teorin om gerotranscendens (62). I en rapport från Socialstyrelsen 2010 redovisades resultaten från en enkätundersökning där tuggförmåga var en av frågorna (63). I den enkätundersökningen ställdes frågorna mer specifikt, det vill säga om man kunde tugga en viss typ av kost. I åldersgrupperna från 20 till 49 år var andelen som angav nedsatt eller kraftigt nedsatt tuggförmåga 10-15 procent. Därefter skedde en successiv ökning och i åldersgruppen ≥ 80 år var det 47 procent som angav att de hade nedsatt eller kraftigt nedsatt tuggförmåga när de svarade på frågan om de kunde tugga hårt bröd eller äpplen. Det är siffror som mer speglar hur det såg ut i munnen på våra studiedeltagare.

Muntorrhet var vanligt förekommande och ett viktigt fynd. Jämfört med självrapporterad muntorrhet hos 915 stycken 70- och 80-åringar i Hallands län så var andelen som rapporterade muntorrhet i vår studie ungefär dubbelt så stor (55). Detta var inte överraskande med tanke på att Hallandsstudien var en populationsstudie medan vår studie baserades på ett urval av sjuka och funktionshindrade personer med hög läkemedelskonsumtion.

Förutom självrapporterad muntorrhet mättes även muntorrhet utifrån

ett kliniskt test, det så kallade spegeltestet. Svår muntorrhet noterades på 7 procent av deltagarna vilket är jämförbart med de 9 procent som rapporterades i en studie på 866 personer inom äldreomsorgen i både ordinärt och särskilt boende i Halland (65). I den senare studien registrerades däremot lätt muntorrhet hos en ungefär dubbelt så hög andel (50 procent) av deltagarna jämfört med i vår studie. Förklaringen kan vara skillnader i bedömningen mellan undersökarna i de två studierna. Det är troligen lättare att bedöma att en person lider av svår muntorrhet med spegeltestet (spegeln fastnar) än att bedöma skillnaden mellan ingen och lätt muntorrhet vad gäller friktion mot slemhinnan. Detta styrks av resultatet från en annan studie av äldre omvårdnadsberoende personer i ordinärt boende där cirka 20 procent registrerades som muntorra utifrån spegeltestet (4), vilket bättre överensstämmer med resultatet från vår studie. I denna senare studie valde man endast kategorierna "Torr" lika med att spegeln fastande mot slemhinnan och "Icke torr" lika med att spegeln gled utan att fastna. Sammantaget var muntorrhet vanligt förekommande, både självrapporterad och kliniskt registrerad och förutom att muntorrhet ökar risken för karies och munslemhinneförändringar påverkas även livskvaliteten. Muntorrhet kan försvåra tal och ge upphov till tugg- och sväljsvårigheter. Det förknippas också med dålig andedräkt (30).

Muntorrhet och spegeltestet diskuteras ytterligare i metoddiskussionen.

Munvård och tandvårdskontakter

Majoriteten av studiedeltagarna angav att de själva skött sin munvård fram till flytten till äldreboende och att de inte haft behov av hjälp. Effektiviteten i denna munvård kan ifrågasättas med tanke på de omfattande tandförluster som observerades. Av omvårdnadsjournalerna framgick också att endast enstaka individer fått hjälp med den dagliga munvården. Vår observation ligger i linje med resultaten från en studie publicerad 2012 (4). Den studien visade att majoriteten av äldre i ordinärt boende med stort eller måttligt omvårdnadsbehov inte hade hjälp med munhygien och att de hade svårt att själva sköta sin munhygien på ett tillfredställande sätt. I studien framkom att de äldre som kunde sköta sin munhygien hade mindre karies, plack och tandköttsinflammationer än de andra. Det framhölls att det är viktigt att introducera goda munhygienvanor tidigt i livet.

Man kan spekulera i varför de äldre inte upplever något behov av hjälp med munhygien. Att man inte upplever detta behov kan bero på försämrad perception och nedsatt kognitiv förmåga. Orsaken kan även vara att förmågan att sköta sin munhygien är starkt förknippad med den personliga integriteten och självkänslan. En rapport från Socialstyrelsen där man granskat munvård på olika äldreboenden visar att personalen på boendena tar stor hänsyn till

de boendes integritet. Det är positivt men det innebär också att de äldre inte alltid får den mun- och tandvård de behöver (66). Samma problematik kan också finnas inom omsorgen av äldre i ordinärt boende. Omvårdnadspersonalen bör få stöd från tandvårdspersonalen med att bedöma när det är dags att börja hjälpa till med tandborstning. Tyvärr saknas idag bra metoder för att bedöma individers förmåga till egenvård.

För omvårdnadspersonalen är det många gånger svårt med munvården. I en studie uppger omvårdnadspersonal att orsaken kan vara att de äldre inte samarbetar (känsla av övergrepp), men även på att det är obehagligt (äckligt) med munvård och att de har för lite kunskap i ämnet (20, 64). De äldre har ofta komplicerade tandkonstruktioner där det behövs särskilda instruktioner om de ska skötas på rätt sätt. Dessutom kan individer med exempelvis demens bli oroliga och i värsta fall aggressiva då man försöker hjälpa till. Det finns därför anledning att finna nya sätt för omsorgspersonal och tandvårdspersonal att samverka vid bedömning av behovet av stöd och hjälp med personlig hygien hos äldre personer i ordinärt boende.

Enligt egenrapport har knappt hälften av studiedeltagarna haft regelbunden kontakt med tandvården de senaste två åren. Regelbunden kontakt med tandvården angavs ha varit betydligt vanligare tidigare i livet. Resultatet var förväntat med tanke på att Grönbeck et al (5) i en journalstudie där cirka 4 000 journaler granskades, visade en ökande förlust av regelbunden tandvårdskontakt med stigande ålder bland äldre i ordinärt boende. En annan studie på äldre med omvårdnadsbehov i ordinärt boende visade att endast 59 procent hade egen tandläkare och bland dem hade en del inte besökt sin tandläkare på flera år (4). Anledningen kan vara att när det allmänna hälsotillståndet sviktar och orken tryter prioriterar man läkarbesök och tappar kontakten med tandvården. Två av tio av deltagarna i vår studie angav att de inte hade något socialt nätverk, vilket kan vara ytterligare en förklaring till att tandvårdskontakten varit svår att bibehålla. Detta är i linje med resultaten från en studie av äldre i ordinärt boende med stort eller måttligt omvårdnadsbehov där 20 procent inte hade hjälp av nära anhörig (27).

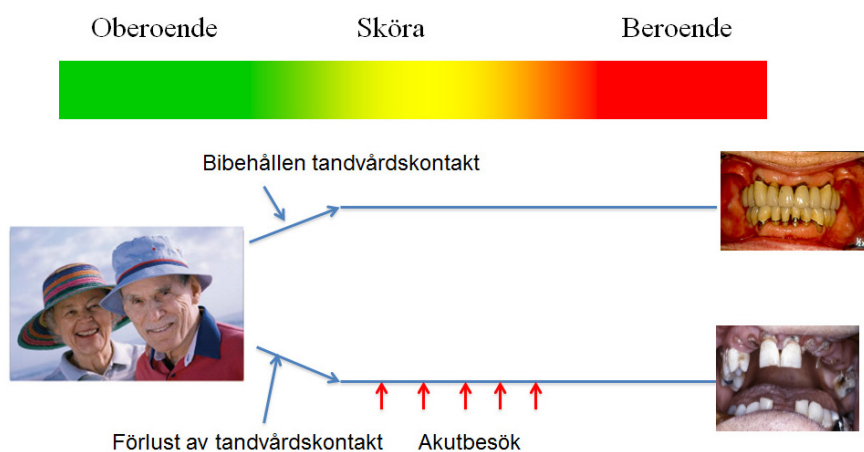
I SCB:s ULF-undersökning angav 70 procent i åldersgruppen 75-84 år att de varit hos tandläkaren under det senaste året (67). Detta skiljer sig avsevärt från våra resultat. En möjlig orsak kan vara att SCB:s statistik huvudsakligen speglar de oberoende äldre. Troligtvis deltar inte sköra och beroende äldre i lika hög grad som oberoende äldre i befolkningsstudier.

En mycket intressant iakttagelse var den detaljerade information som kunde utläsas från bistånds- och tandvårdsjournaler. Våra data tyder på att många (42 procent) redan vid första kontakt med biståndshandläggare förlorat en regelbunden tandvårdskontakt och att ännu fler (65 procent) förlorat

kontakten när de flyttat till särskilt boende. I tandvårdsjournalerna ser man tydligt att det börjar ”strula” med tandvårdskontakten, med flera återbud och uteblivande, redan innan första kontakten med biståndshandläggaren. Vid den första kontakten med biståndshandläggaren skulle det därför vara en fördel om en bedömning görs avseende den äldres behov av hjälp med daglig munvård och tandvårdskontakt.

I en enkätstudie som Sveriges Tandläkarförbund genomförde bland kommunernas biståndshandläggare 2011 visades att det endast var 11 procent som alltid tog upp munhälsa och tandvård när de bedömde äldres behov av bistånd. Vid en uppföljning 2013 hade siffran sjunkit till 5 procent (68).

Figur 5. Betydelsen av bibehållen respektive förlorad tandvårdskontakt.



Vår studie visar på ett angeläget behov av att säkra tandvårdskontakten för äldre innan man blir berättigad till uppsökande verksamhet och ”intyg om nödvändig tandvård”. I första hand är det en angelägenhet för tandvården att kvalitetssäkra sitt system för kallelse av patienter. En intressant iakttagelse var att de som uppgav att de hade en nära relation till tandläkaren tycktes behålla sin regelbundna tandvårdskontakt. Ofta angavs dock i journalerna att den äldre själv får höra av sig vid behov. Tyvärr innebär det att patienten inte längre kallas för framtida kontroller.

Våra resultat tyder på att tandvården tidigt kan uppmärksamma ett omvårdnadsbehov. Det kan gälla försämrad personlig hygien och munhälsa, samt svårighet att sköta bokade tider. Att från tandvårdens håll ta upp en

diskussion med patienten kan vara en balansgång. Risken finns att en god patientkontakt bryts. Å andra sidan kan diskussionen leda till en förbättrad situation för patienten. Tandvården kan inte heller utan patientens samtycke kontakta äldreomsorgen och anhöriga när man har indikation på att den äldre personen har behov av stöd och hjälp. Att inhämta ett samtycke från en patient med demenssjukdom kan dessutom vara svårt, vilket gör frågan problematisk.

Majoriteten av de äldre hade varit på korttidsplats innan de flyttade permanent till särskilt boende. En ökande användningen av ROAG (munhälsobedömningen inom Senior alert) på bland annat korttidsplatser kan förhoppningsvis leda till att fler äldre med behov av munvård blir uppmärksammade (24-26). Inte minst gäller detta de som är berättigade till "intyg om nödvändig tandvård" men som inte fått sådant.

Vad händer med de äldre som förlorar sin tandvårdskontakt? Sannolikt söker man tandvård först när tandproblemen blivit så påtagliga att besvär uppstått och det blir fråga om akuta behandlingar. Detta bekräftas av tandvårdsjournalerna där det framgick att akutbesök var vanligt. Nästan tre av fyra studiedeltagare hade besökt tandvården akut en eller flera gånger. Akutbesöken skulle kunna vara ett tillfälle för tandvården att fånga upp de äldre patienter som inte har någon tandvårdskontakt. Av tandvårdsjournalerna framgick att akutbesök ledde till fortsatt omhändertagande med kallelse till tandvård för knappt hälften av studiedeltagarna. Orsakerna till detta undersöktes inte i studien men kan bero på att den äldre enbart vill ha hjälp med de akuta problemen och inte önskar någon fullständig behandling och kallelse för framtida tandhälsokontroll. En annan orsak kan vara att tandläkaren känner osäkerhet inför att behandla den äldre patienten på grund av en komplicerad sjukdomsbild eller behandlingssvårigheter såsom beteendeproblematik vid till exempel demenssjukdom. Det borde dock vara rutin att tandvården erbjuder hjälp med fortsatt omhändertagande i samband med akutbesök.

En svårt sjuk 100-årig kvinna som deltog i studien berättade bedrövat om det senaste tandläkarbesöket:

Tandläkaren brukar varje år säga när behandlingen är klar att nu ses vi om ett år igen men denna gång sa han inte det. Han vill nog inte sköta om mina gamla dåliga tänder längre.

En annan och troligare förklaring kan vara att tandläkaren försökte vara taktfull utifrån patientens ålder och sjukdomstillstånd, men patienten var van att tandläkaren informerade om att man skulle kalla patienten om ett år igen.

Majoriteten av studiedeltagarna angav att de någon gång under de senaste fem åren avstått från tandvård trots behov eller trots att de blivit kallade.

Orsakerna till varför man avstått angavs vara sjukdom/handikapp, att man inte ansåg sig ha ett tandvårdsbehov eller att "det inte blev av". Deltagarna i vår studie var beroende av stöd och hjälp för att klara den dagliga tillvaron. Man är då ofta medveten om att livet närmar sig sitt slut och upplever kanske inte behovet av tandvård som prioriterat, vilket återspeglas i svaren. Tandvårdssjukdomarna är dessutom av sin natur sådana att akuta besvär uppstår sent i sjukdomsförloppet, vilket gör det svårt att själv bedöma tandvårdsbehovet. Övriga angav ekonomiska skäl till att man avstått från tandvård. Detta är en viktig avvikelser från andra rapporter där ekonomin angivits vara en av de vanligaste orsakerna till att avstå från tandvård (27, 69). De olika resultaten kan bero på skillnad i undersökningsgrupper eftersom många enkät- och populationsundersökningar huvudsakligen når oberoende äldre.

Tandvårdskontakt och tandstatus

De studiedeltagare som uppgav att de fått regelbunden tandvård de senaste fem åren hade statistiskt signifikant fler tänder än de som uppgav oregelbunden tandvård. Detta är i linje med uppfattningen att regelbunden tandvård är av vikt för en god munhälsa. En viss reservation måste dock göras. Vår studie är en tvärsnittsstudie och det skulle kunna vara så att individer med få kvarvarande tänder är mindre motiverade till regelbunden tandvård. Resultaten bör därför konfirmeras i en longitudinell studie.

Ekonomiskt stöd för tandvård

Det var överraskande att en knapp tiondel av deltagarna i studien blivit beviljade munhälsobedömning och "intyg om nödvändig tandvård". Kraven för att få detta beviljat är ett omfattande omvårdnadsbehov. I studien har vi inte tillräcklig information för att kunna bedöma hur stort omvårdnadsbehovet varit innan flytten till särskilt boende. Det är dock troligt att många fler varit berättigade, men inte fått något erbjudande. Att så kan vara fallet har beskrivits i en rapport från Stockholm (70).

En förklaring kan vara att anhöriga i stor utsträckning stått för omsorgen och att det omfattande omvårdnadsbehovet därför inte uppmärksammas. Avgörande för att "intyg om nödvändig tandvård" utfärdas är att biståndshandläggarna eller ansvarig sjuksköterska identifierar berättigade personer och förmedlar informationen till tandvården. I en kvalitativ studie från 2008 med syftet att undersöka biståndshandläggares kunskap om och attityder till munhälsovård, samt vilka initiativ de tar för att personer i ordinärt boende ska få tillgång till munhälsovård var resultatet nedslående. Biståndshandlägg-

garna hade begränsad kunskap om lagen om reformerat tandvårdsstöd och ansåg att tandvårdsstödet inte borde vara en uppgift för deras yrkesgrupp (2).

Vad gäller ”intyg om nödvändig tandvård” och munhälsobedömningar är regelverket utformat för att fånga upp personer med omfattande omvårdnadsbehov som riskerar försämrad munhälsa. Intressant är att regeringens äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm har beräknat antalet svårast sjuka äldre i Sverige till cirka 300 000 (71). Detta skall jämföras med en nyligen publicerad rapport från SKL som anger att enbart 172 000 personer hade ”intyg om nödvändig tandvård” 2011 (44). Det bör noteras att bland dessa 172 000 ingår även yngre funktionshindrade personer vilket innebär att det är ännu färre äldre som fått intyget.

Vad händer när man flyttar till det särskilda boendet?

I studien ”Skör och äldre – vad händer med tänder?” har vi inte studerat vad som händer med munhälsan när man flyttar till ett äldreboende. I samband med insamlandet av data observerade vi dock ett par äldreboenden som hade fasta och bra rutiner för tandvård när de äldre flyttar in. Vid inskrivnings-samtalet med den äldre och anhöriga tog man reda på hur det fungerat med tandvård tidigare. Om den äldre inte hade någon tandvårdskontakt ordnade man en munvårdsbedömning snarast och personal informerades om hur de ska hjälpa till med munvården. Flera boenden hade även kontakt med en lokal tandläkare som enligt personalen har ett bra omhändertagande av äldre personer eller så hade man kontakt med det tandvårdsföretag som genomför munhälsobedömning på boendet. Detta är mycket bra rutiner men det bästa vore givetvis att detta skedde redan under de sköra åren då man bor hemma. Det är en utmaning att få till dessa rutiner inom hemtjänst och hemsjukvård.

Diskussion – metod

Vi valde att genom klinisk undersökning och intervju samt information från tandvårdsjournaler, biståndshandläggare och Tandvårdsenheten retrospektivt studera tandvårdskontakter och omvårdnadsbehov hos nyinflyttade på äldreboenden. Syftet var att få information om den period som brukar kallas för skör hos den åldrande individen. Ett annat alternativ hade varit att söka studiedeltagare bland äldre med omvårdnadsbehov innan de flyttat till särskilt boende. Detta tillvägagångssätt försvåras av att gruppen sköra äldre är svår att nå på grund av de sekretessregler som gäller kommunens bistånds- och omvårdnadsverksamhet. Dessutom innebär det praktiska svårigheter att söka upp och genomföra kliniska undersökningar i det ordinära boendet. Ett idealt upplägg av studien hade varit att följa den äldre longitudinellt från oberoende

till skör till beroende. Ett sådant upplägg har inte varit möjligt av tidsmässiga och ekonomiska skäl. Vi anser att det upplägg vi valt med rimlig säkerhet ger bra information om den sköra perioden. Viktigt var att träffa deltagarna så snart som möjligt efter flytten till boendet eftersom ett av syftena med studien var att kartlägga munhälsan hos sköra/beroende äldre i ordinärt boende.

I retrospektiva intervjustudier kan ”minnesbias” vara ett problem. Vi kan inte utesluta att det även är fallet i denna studie, speciellt som många av deltagarna led av demenssjukdom. Vi kunde dock verifiera en god överensstämmelse mellan uppgifter från intervju med uppgifter från tidigare tandvårdsjournaler avseende tid sedan senaste tandvårdsbesök. Det faktum att en egenrapport kunde konfirmeras i journalen ger studien extra styrka.

Av olika anledningar har det inte varit möjligt att erhålla kompletta data för samtliga deltagare. Vad gällde tandvårdsjournaler var det inte ovanligt att deltagarna inte kunde minnas namnet på tandläkaren de hade behandlats av. Ibland kunde dock denna information erhållas från anhöriga eller i enstaka fall från tidigare hemtjänstpersonal. I slutändan kunde tandvårdsjournaler rekvideras från två tredjedelar av deltagarna. Avsaknad av journal kan även spegla att tandvårdskontakt saknas sedan lång tid tillbaka. Information om tidigare bistånd saknas för en knapp femtedel av deltagarna. Orsaken till detta är att biståndshandläggarna valde att inte lämna ut materialet med hänvisning till sekretesslagarna. Detta belyser svårigheten att erhålla kompletta data trots att skriftligt medgivande från studiedeltagarna och godkänd etisk prövning finns. Utifrån ovanstående hade ett större antal deltagare i studien varit önskvärt, men vi har varit tvungna att göra en avvägning mellan antalet deltagare och den information som samlats in. Detta har begränsat möjligheterna att göra statistiska analyser på gruppnivå.

Representativiteten i studien vad gäller nyinflyttade äldre på särskilda boenden i Västra Götaland bedöms som god. Ambitionen har varit att välja boenden utifrån representativitetsprincipen med hänsyn tagen till sociodemografiska faktorer. Könsfördelningen bland deltagarna i studien överensstämmer väl med statistikuppgifter för äldre på särskilt boende i Västra Götalands län (6). Andelen män 75 år och äldre var 29 procent i Västra Götalands län jämfört med 31 procent i vår studie där männen var 72 år och äldre. Även vad gäller ålder var överensstämmelsen god med ett medelvärde på 87 år för personer 70 år eller äldre på särskilt boende i Göteborgsregionen jämfört med 88 år för deltagarna i vår studie (72).

Om deltagarna led av muntorrhet eller inte, bedömdes dels utifrån ett kliniskt test, det så kallade spegeltestet och dels utifrån deltagarnas egen upplevelse. Resultatet visade att betydligt fler av deltagarna upplevde muntorrhet än vad det kliniska testet visade. Att överensstämmelsen är låg mellan

självrappport och ett kliniskt test som spegeltestet har visat sig även i andra studier (59). Skillnaden i resultat mellan självupplevd muntorrhet och kliniskt uppmätt muntorrhet går att förklara genom olikheter avseende vilosaliv och stimulerad saliv. Hos en frisk äldre individ som inte äter mediciner påverkas inte den stimulerade saliven som huvudsakligen kommer från de stora spottkörtlarna. Däremot visar många studier (även om resultaten är något motstridiga) att vilosaliven minskar när man blir äldre (41). Orsaken är troligen de degenerativa åldersförändringar som sker i de små salivkörtlarna. Att vilosaliven påverkas gör att en äldre person kan uppleva sig som mycket torr i munnen när han inte tuggar eller talar, det vill säga när han inte rör de större ansiktsmuskulerna och därmed stimulerar de stora spottkörtlarna. Inte minst kan det upplevas jobbigt på natten när man inte tuggar. Den kliniska testen genomfördes direkt efter intervjun vilket innebär att studiedeltagaren har använt sina ansikts- och tuggmuskler, något som i sin tur stimulerat de stora salivkörtlarna. Detta kan förklara att spegeltestet sällan gav utslag för muntorrhet. När studiedeltagaren däremot i samband med intervjun tillfrågades om muntorrhet så kan de ha svarat ja med muntorrheten under natten i åtanke.

Muntorrhet och spegeltestet diskuteras även i resultatdiskussionen under rubriken "Munhälsan hos deltagarna". Se sid 48.

Studiens slutsatser

För att äldre personer ska kunna behålla en god mun- och tandhälsa presenteras avslutningsvis, utifrån studiens slutsatser, en sammanställning av vad som behöver förändras och förbättras inom tandvården och den kommunala vården och omsorgen.

- Tandvården behöver utveckla effektiva rutiner för att hjälpa de äldre behålla sin tandvårdskontakt.
- Bättre förebyggande metoder behöver utvecklas för dem som inte klarar sin egenvård.
- Utbildning i munvård bör ingå i all grundutbildning för vård- och omsorgspersonal.
- Utbildning i äldretandvård behöver få en tydligare roll i tandvårdens grundutbildningar.
- Varje kommun behöver ha en munvårdsansvarig tandhygienist.
- Alla svårt sjuka äldre ska ges rätt till munhälso-
bedömning och ”intyg om nödvändig tandvård”.
- ROAG bör bli en obligatorisk del i Senior alert och ett naturligt hjälpmedel för omvårdnadspersonalen.
- Munhälsa och munvård bör på ett självklart sätt ingå i biståndsbedömningen.
- Hemtjänsten bör få stöd och hjälp att fånga upp munhälsoproblem och vid behov möjlighet att hjälpa till med munvård.
- Samverkan mellan äldreomsorg och tandvård behöver utvecklas.
- De goda rutiner rörande äldres munvård och tandhälsa som finns på vissa äldreboenden behöver spridas till fler verksamheter.

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU. 2010. *Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt*. Rapportnr: 204. ISBN 978-91-85413-40-9.
2. Hagman-Gustavsson ML, Holmén A, Strömberg E, Gabre P, Wårdh I. *Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of case managers' knowledge, attitudes and initiatives*. Swed Dent J. 2008;32(2):95-104.
3. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. *Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease*. Gerodontology 2012;29(2):503-11.
4. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. *Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living*. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(3):221-9.
5. Grönbeck-Lindén I, Petersson A, Linander PO, Hägglin C, Gahnberg L. *Discontinued dental attendance among elderly*. Insänt för publicering.
6. Socialstyrelsen. *Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012 – Kommunal insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. 2012. ISBN: 978-91-87169-83-0. www.socialstyrelsen.se.
7. Szebehely M, Ulmanen P. *Åtstramningens pris – Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning?* Rapport för Kommunal. Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete. 2012. www.kommunal.se
8. Socialstyrelsen. *Tillståndet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*. Artikelnr. 2013-2-2.

9. Svensk författningssamling 1985:125. Tandvårdslag.
10. Statistisk årsbok för Sverige 2013. ISBN: 978-91-618-1571-5.
www.scb.se.
11. Statistiska Centralbyrån. *Sveriges framtida befolkning 2007–2050*.
Artikelnr. BE 18SM0701. www.scb.se.
12. Statistiska centralbyrån. Befolkningsframskrivningar. Aktuell befolknings-
prognos. www.scb.se
13. Norström B, Edman K. Epi Wux 2008. *Vuxnas mun- och tandhälsa samt
attityder till tandvård*. Landstinget i Dalarna. ISBN 978-91-633-5839-5.
14. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Artikelnr 2009-126-71.
www.socialstyrelsen.se.
15. Ahlqwist M, Bengtsson C, Hakeberg M, Hägglin C. *Dental status in
women in a 24-year longitudinal and cross-sectional study. Results
from a population study of women in Göteborg*. Acta Odontol Scand.
1999;57:162-7.
16. Regional statistik. 2012. Folk tandvården Västra Götalandsregionen.
17. Fure S. *Karies hos äldre*. Tandläkartidningen 2001;93(1):42-50.
18. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AW. *The relationship between
dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body
mass index in older people*. Cad Saude Publica. 2003;19(3):809-16.
19. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vuxentandvård*. 2012. www.
socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/centrala-rekommendationer/karies.
20. Wårdh I, Andersson L, Sörensen S. *Staff attitudes to oral health care. A
comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care
aides*. Gerodontology. 1997;14:28-32.
21. Andersson K, Nordenram G, Wårdh I, Berglund B. *The district nurse's
perceptions of elderly patients' oral health: a qualitative interview study*.
Acta Odontol Scand. 2007;65(3):177-82.
22. Andersson K, Furhoff AK, Nordenram G, Wårdh I. *'Oral health is not
my department'. Perceptions of elderly patients' oral health by general
medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview
study*. Scand J Caring Sci. 2007;21(1):126-33.
23. Jones TV, Siegel MJ, Schneider JR. *Recognition and management of oral
health problems in older adults by physicians: a pilot study*. J Am Board
Fam Pract. 1998;11(6):474-7.
24. Senior alert. *Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg*.
www.lj.se/senioralert.

25. SKL – Sveriges Kommuner och Landsting. *Uppsökande verksamhet och Senior alert. Munhälsa*. 2013. www.skl.se.
26. Munhälsa i Senior alert – ROAG. www.lj.se/education_calendar_detail.jsf?nodeId=39699&childId=43.
27. Strömberg E, Holmén A, Hagman-Gustafsson M-L, Gabre P, Wårdh I. *Oral health-related quality of life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living*. Acta Odontol Scand. 2012;Epub ahead of print.
28. Andersson K, Nordenram G. *Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community-dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study*. Int J Dent Hyg. 2004;2(1):8-18.
29. Söder B, Johansson B, Söder PS. *The relation between foetor ex ore, oral hygiene and periodontal disease*. Swed Dent J. 2000;24(3):73-82.
30. Zellmar M, Gahnberg L, Ramberg P. *Prevalence of halitosis in elderly living in nursing homes*. Insänt för publicering.
31. Nordenram G, Rönnerberg L, Winblad B. *The perceived importance of appearance and oral function, comfort and health for severely demented persons rated by relatives, nursing staff and hospital dentists*. Gerodontology. 1994;11(1):18-24.
32. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. *Periodontal disease and cardiovascular disease*. J Periodontol. 1996;67(10):1123-37.
33. Cesari M, Penninx BW, Krittersky SB, Nicklas BJ, Sutton-Tyrrell K, Tracy RP, Rubin SM, Harris TB, Pahor M. *Inflammatory markers and cardiovascular disease*. Am J Cardiol. 2003;92(5):522-8.
34. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K. *Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly*. Arch Gerontol Geriatr. 2006;43(1):53-64.
35. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. *Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes*. J Am Geriatr Soc. 2002;50(3):430-3.
36. Adachi M, Ishihara K, Abe Okuda. *Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care*. Int J Dent Hyg. 2007;5(2):69-74.
37. Kato T, Usami T, Noda Y, Hasegawa M, Ueda M, Nabeshima T. *The effect of the loss of molar teeth on spatial memory and acetylcholine release from the parietal cortex in aged rats*. Behav. Brain Res. 1997;83:239-42.

38. Paganini-Hill A, White SC, Atchison KA. *Dentition, Dental Health Habits, and Dementia: The Leisure World Cohort Study*. J Am Geriatr Soc. 2012;60:1556-63.
39. Lexomboon D, Trulsson M, Wårdh I, Parker MG. *Chewing Ability and Tooth Loss: Association with Cognitive Impairment in an Elderly Population Study*. J Am Geriatr Soc. 2012;60(10):1951-6.
40. Chandra RK. *The relation between immunology, nutrition and disease in elderly people*. Age Ageing. 1990;19:25-31.
41. Eliasson L, Carlén A. *An update on minor salivary gland secretions*. Eur J Oral Sci. 2010;118(5):435-42.
42. Nordenram G. Muntorrhet – en plåga som inte finns. Läkartidningen. 2005;5(99):388-9.
43. Närhi TO, Meurman JH, Ainamo A, Nevalainen JM, Schmidt-Kaunisaho KG, Siukosaari P, Valvanne J, Erkinjuntti T, Tilvis R, Mäkilä E. *Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76-, 81-, and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland*. J Dent Res. 1992;71(12):1875-80.
44. SKL – Sveriges kommuner och Landsting. *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling*. Uppföljning av 2011 års verksamhet. DNR 12/4247.
45. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning*. SOSFS 2012:17. www.socialstyrelsen.se.
46. Försäkringskassan. *Utveckling av tandvårdsförsäkringen, tandvårdskonsumtion och tandhälsan*. 2006. ISSN 1653-2899. www.forsakringskassan.se.
47. Försäkringskassan. www.tredjesteget.forsakringskassan.se.
48. Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag. SOSFS 2012:16. www.socialstyrelsen.se.
49. Eichner K. *Über eine Gruppeneinteilung des Luckengebisses für die Prothetik*. Dtsch.zahnärztl. Z. 1955;10:1831-4.
50. Österberg T, Landt H. *Index för bettstatus för epidemiologiska studier och kliniskt bruk*. Tandläkartidningen. 1976;68:1216-20.
51. Ikebe K, Matsidan K, Murai S, Maeda Y, Nokubi T. *Validation of the Eichner index in relation to occlusal force and masticatory performance*. J Prosthodont. 2010;23(6):521-4.

52. Henricsson V. *Evaluation of a new device for measuring oral mucosal surface friction*. Scand J Dent Res. 1990;98:529-36.
53. Nederfors T, Henricsson V, Dahlöf C, Axell T. *Oral mucosal friction and subjective perception of dry mouth in relation to salivary secretion*. Scand J Dent Res. 1993;101(1):44-8.
54. Öppna jämförelser. *Vård och omsorg om äldre 2012*. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. ISBN: 978-91-7164-892-1
55. Nederfors T, Isaksson R, Mörnstad H, Dahlöf C. *Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult Swedish population – relation to age, sex and pharmacotherapy*. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(3):211-6.
56. Hänsel Petersson G, Fure S, Bratthall D. *Evaluation of a computer based caries risk assessment program in an elderly group of individuals*. Acta Odontol Scand. 2003;3(61):164-71.
57. Naka O, Anastassiadou V, Pissiotis A. *Association between functional tooth units and chewing ability in older adults: a systematic review*. Gerodontology. 2012;22. doi: 10.1111/ger.12016. [Epub ahead of print].
58. Elias AC, Sheiham A. *The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in Brazilian adults*. J Oral Rehabil. 1999;26(1):53-71.
59. Andersson K, Gustafsson A, Buhlin K. *Self-perceived oral function in elderly residents in a suburban area of Stockholm, Sweden*. Oral Health Prev Dent. 2004;2(3):195-201.
60. Carlsson GE. *Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation*. Int Dent J. 1984;34(2):93-7.
61. Ekelund R. *Dental state and subjective chewing ability of institutionalized elderly people*. Community Dent Oral Epidemiol. 1989;17(1):24-7.
62. Tornstam L. *Åldrandets socialpsykologi*, 2001, Bokförlaget Prisma. ISBN 91-518-3203-8.
63. Socialstyrelsen. *Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet*. Artikelnr. 2010-6-5. www.socialstyrelsen.se.
64. 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.
65. Isaksson R, Söderfeldt B, Nederfors T. *Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care*. Acta Odontol Scand. 2003;61(1):11-8.

66. Socialstyrelsen 2009. *Tandvård i särskilda boenden för äldre. Granskning av tandvård för personer med rätt till nödvändig tandvård*. Artikelnr: 2009-126-168. www.socialstyrelsen.se.
67. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) 2007. www.scb.se
68. Sveriges Tandläkarförbund. 2013. Rapport. *Äldres munhälsa försummas fortfarande*. <http://tandlakarforbundet.se/Vara-Fragor/Munhalsa1/Aldre/Aldres-munhalsa-forsummas-fortfarande/>
69. Statens folhälsoinstitut. *Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten 2009*; sid 175-6. www.fhi.se.
70. Juslin M, Nordenram G. *Uppsökande tandvård. Många berättigade är okända*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:9, ISSN 1401-51.
71. Leading Health Cares årsskrift 2010/11; 2012, sid17. www.leadinghealthcare.se/Upload/ContentItem/ÅrsskriftLHC-jan12
72. Göteborgs Stad, Stadsledningskontoret, Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsfrågor, Statistik för januari 2012 (opublicerad).

Forskningspersonsinformation om studien

”Skör och äldre - vad händer med tänder?”

En studie om tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov.

Syfte

Många äldre som är sjuka har problem med sin munhälsa. Syftet med studien är försöka hitta riskfaktorer som kan innebära att vissa äldre personer får sämre munhälsa. Denna kunskap skulle kunna hjälpa personal inom tandvården och omsorgen till förbättrade rutiner, och som i sin tur skulle kunna underlätta att sköra äldre får en förbättrad munhälsa.

Förfrågan om deltagande

Alla personer som nyligen flyttat till vissa utvalda äldreboenden kommer att tillfrågas om deltagande i studien.

Hur går studien till?

I studien ingår en enkel ”tandläkarundersökning”. Du kommer även att få svara på ett antal frågor. Frågorna handlar om de senaste 5 årens tandläkarkontakter och hur det fungerat. Det kommer också frågor om hälsotillstånd och mediciner. Både undersökning och intervju sker vid ett enda besök på boendet och beräknas ta 30 minuter. Om du har svårt att svara på frågorna kommer vi att per telefon kontakta eventuell anhörig för att försöka få svar på ett urval av frågorna. Telefonsamtalet tar ca 15 minuter.

Om vi vid tandundersökningen upptäcker något som behövs åtgärdas informerar vi din kontaktperson på boendet om att du behöver tandvård.

I studien ingår, om du godkänner, även att vi samlar in uppgifter från fem år tillbaka från dina tandvårdsjournaler och att vi kontaktar din tidigare stadsdelsförvaltning/kommun för att ta reda på ditt eventuella omvårdnadsbehov under denna tidsperiod, samt om du haft rätt till tandvård enligt sjukvårdstaxan. Vi vill även från din medicinska journal på ditt nuvarande boende få veta vilka sjukdomar och mediciner du haft den senaste tiden.

Hantering av data och sekretess

Insamlad information hanteras enbart av forskaren och kommer inte journalföras i sedvanlig tandläkarjournal eller annan journal. Ingen obehörig kommer kunna ta del av dina uppgifter. Hantering av uppgifterna regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Vid all databearbetning har namn och personnummer ersatts av kod så att ingen enskild deltagare kan urskiljas. Endast ansvariga för studien kommer ha tillgång till data. Personuppgifter och kodnyckel kommer arkiveras i 10 år på FoU Väst/GR.

Hur får jag information om studiens resultat

Du kan kontakta oss per telefon enligt nedan om du önskar ta del av studiens resultat.

Försäkring och ersättning

Patientskadeförsäkringen gäller som vid all annan vård inom Folktandvården Västra Götaland. Det utgår ingen ersättning för deltagande i studien.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och påverkar inte den tandvård du får. Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i studien utan att förklara varför. Du är också välkommen att kontakta oss på adress/telefon nedan, om du har några frågor kring studien.

Lena Tronje Hansson, övertandläkare

Kliniken för Sjukhustandvård/Oral medicin, Institutionen för Odontologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet,
Medicinaregatan 12, 413 90 Göteborg
Tel 031-741 34 00

Catharina Hägglin, odont dr

Avdelningen för Odontologisk Psykologi och Folkhälsa, Institutionen för Odontologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet,
Tel 031-741 34 21

Samtyckesformulär i studien

"Skör och äldre - vad händer med tänder?"

En studie om tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov.

Vänligen lämna in samtyckesformuläret.

Önskas ytterligare information om projektet är du välkommen att ringa projektansvarig: Lena Tronje Hansson

tel: 031-741 34 00,

e-post: lena.tronje_hansson@vgregion.se

Jag har tagit del av informationen om tandvårdsstudien "*Skör och äldre- vad händer med tänder?*" både muntligt och skriftligt och fått tillfälle att ställa frågor.

Jag känner till att deltagandet är helt frivilligt, och att jag när som helst och utan några skäl kan avbryta deltagandet i studien utan att detta kommer att påverka omhändertagandet i tandvården.

Jag godkänner att man kan komma att kontakta eventuell anhörig för komplettering av uppgifter.

Ort och datum:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvarig forskares namn:

FRÅGEFORMULÄR

Datum:

Namn: Personnr:

Äldreboende: Avd:

Vem svarar på enkäten? ☐ Vårdtagaren ☐ Anhörig

1. Kön? ☐ Kvinna ☐ Man

2. Yrke/utbildning?

3. Medicinska diagnoser/hälsoproblem:

4. Mediciner de senast 5 åren:

5. Födelseland? Nordiskt land/ Utomnordiskt land. Vilket?

6. Var har du bott de senaste 5 åren? Stadsdelsnämnd?

Inledande frågor:

7. Har du haft något tandvårdsbehov de senaste 5 åren?

8. Vad betyder din tandhälsa för dig idag? Varför?

9. Har du haft behov av hjälp med tandborstning de senaste 5 åren?

- ☐ Ja, har fått hjälp dagligen. ☐ Ja, haft behov men enbart fått hjälp sporadiskt.
☐ Ej haft behov av hjälp. ☐ Har skött tandborstning själv.

10. Om du fått hjälp med tandborstning, vem har hjälpt dig?

11. Har du använt något förebyggande medel mot tandsjukdomar de senaste 5 åren?

- ☐ Ja ☐ Nej Om Ja, vad?

Har det varit regelbundet?

- ☐ Ja ☐ Nej

12. Var har du sökt tandvård de senaste 5 åren?

- ☐ Privat
- ☐ Folktandvården
- ☐ Olika
- ☐ Enbart uppsökande i hemmet
- ☐ Utomlands
- ☐ Har inte sökt
- ☐ Sedvanliga implantat kontroller

13. Vilken/vilka tandläkare/tandhygienister har eller hade du de senaste 5 åren?

Namn: Adress:

14. Hur regelbundna har dina tandläkar- och tandhygienistbesök varit de senaste 5 åren?

- ☐ Regelbundna (minst en gång per år)
- ☐ Regelbundna (minst en gång vartannat år)
- ☐ Sporadiska
- ☐ Enbart akuta besök
- ☐ Helt avstått

15. Hur regelbundna har dina tandläkar- och tandhygienistbesök varit tidigare i livet?

- ☐ Regelbundna (minst en gång per år)
- ☐ Regelbundna (minst en gång vartannat år)
- ☐ Sporadiska
- ☐ Enbart akuta besök
- ☐ Helt avstått

16. Hur länge sedan var det senaste tandläkar- eller tandhygienistbesöket?

- ☐ < 1 år
- ☐ 1-2 år
- ☐ 2-5 år
- ☐ 5-10 år
- ☐ > 10 år

17. Har du någon gång avstått från tandvård de senaste 5 åren?

- ☐ Ja ☐ Nej

18. Om du avstått från tandvård - varför har du avstått?

- ☐ Ekonomiska skäl
- ☐ Transportproblem
- ☐ Sjukdom
- ☐ Tandvårdsrädsla
- ☐ Handikapp
- ☐ Saknat behov
- ☐ För ett tandläkarbesök har det behövts medföljande person och detta har

saknats

- ☐ Brist på vårdgivare
- ☐ Annat, t ex trötthet. Vad?

19. Vem har skött tandläkarkontakterna de senaste 5 åren – t ex bokning av tider och transporter?

- ☐ Själv
- ☐ Närstående
- ☐ Hemtjänst
- ☐ Har ej fungerat

20. Hur upplever du din munhälsa idag?

- ☐ Mycket god
- ☐ God
- ☐ Skaplig
- ☐ Dålig
- ☐ Mycket dålig

21. Hur upplever du din tuggförmåga idag?

- ☐ Mycket god
- ☐ God
- ☐ Skaplig
- ☐ Dålig
- ☐ Mycket dålig

22. Har du problem med muntorrhet? ☐ Nej ☐ Ja, lätta ☐ Ja, svåra

23. Stödform de senaste 5 åren?

- ☐ Eget boende, utan stöd
- ☐ Hemtjänst
- ☐ Korttidsboende
- ☐ Äldreboende
- ☐ Annat, tex närstående
- ☐ Dagvård

24. Socialt nätverk de senaste 5 åren?

25. Har du haft intyg om nödvändig tandvård innan du flyttade till äldreboendet?

- ☐ Ja ☐ Nej

26. Om intyg funnits: Hur fick du intyg om nödvändig tandvård?

27. Vilka önskemål har du på oss i tandvården för ett bra omhändertagande?

Intervjuare:

Datum:

Patient:

Personnummer:

Antal befintliga "tänder" inklusive kron- och bro+ implantatprotetik(även hängande led):

Antal tänder på rot:

Antal fixturer:

Avtagbar protetik. *Ringa in alternativ.*

- 1 Valfungerande HÖK
- 2 Bristfällig HÖK
- 3 Valfungerande HUK
- 4 Bristfällig HUK
- 5 Valfungerande PPUK
- 6 Bristfällig PPUK
- 7 Har protes som ej används
- 8 Valfungerande PPÖK
- 9 Bristfällig PPÖK

Fast protetik: *Ringa in alternativ*

- 1 Enstaka singel kronor (max 6)
- 2 Mindrebroterapi med max 3 stöd
- 3 Omfattande broterapi ök (mer än 4 stöd)
- 4 Omfattande broterapi uk (mer än 4 stöd)
- 5 Saknar fast protetik

OCKLUSION

Ocklusion **utan** avtagbar protetik: ☐ Rita in ocklusionskontakter

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

Ocklusion **med** avtagbar protetik. ☐ Rita in ocklusionskontakter. Färglägg protetik.
Rött = avtagbar protetik och Blått = fast protetik.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

Antal synliga kariesangrepp (utan rotrester):

Antal rotrester:

Bedömning muntorrhet (spegeltest)

Grad 1: normal friktion

Grad 2: klart ökad friktion

Grad 3: spegeln fastnar nästan

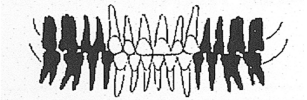
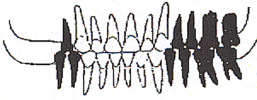
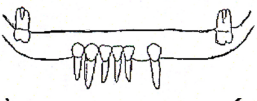
Slemhinnor? - ua

- 1 Candidos
- 2 Ulcer pga protesskav
- 3 Ulcer pga tandskav
- 4 Ulcer okänd genes
- 5 Lichenoida förändringar
- 6 Annat. Vad?

Förekomst av fistel/fistlar

Tabell 7: Eichner index. Bettstatus för studiedeltagarna utifrån indexet innefattande både fasta och avtagbara protetiska konstruktioner d.v.s. A1 kan innebära helprotes.

EICHNER INDEX

		Studiedeltagare	
		Antal	%
	A 1 Antagonister i samtliga 4 stödzoner* Inga tandbegränsande tandluckor finns.	14	16.3
	A 2 Antagonister i samtliga 4 stödzoner* Tandlucka (luckor) förekommer enbart i ena käken.	12	14.0
	A 3 Antagonister i samtliga 4 stödzoner* Tandlucka (luckor) föreligger i båda käkarna.	9	10.5
	B 1 Antagonistkontakt i 3 stödzoner*.	9	10.5
	B 2 Antagonistkontakt i 2 stödzoner*.	14	16.3
	B 3 Antagonistkontakt i 1 stödzon*.	7	8.1
	B 4 Ingen antagonistkontakt i någon stödzon. Tandkontakt endast i framtandsområdet.	13	15.1
	C 1 Tänder i båda käkarna, men antagonistkontakt i stödzoner och tandkontakt i framtandsområdet saknas.	2	2.3
	C 2 Enbart en käke är tandförsedd.	3	3.5
	C 4 Tänder saknas helt.	3	3.5
		Totalt	
		86	100

*Stödzon: Molarerna (bakre kindtänderna) är en stödzon och premolarerna (främre kindtänderna som är placerade mellan molarerna och hörntanden) är en stödzon. Har man tandkontakt med samtliga molarer och premolarer har man 4 stödzoner, dvs 2 på varje sida.

Vinsterna är många med att så länge som möjligt behålla en god munhälsa. För den äldre kan en dålig munhälsa innebära försämrad livskvalitet och dessutom avsevärda kostnader. För samhällsekonomi är försämrad munhälsa bland äldre negativt eftersom de goda resultaten av skattefinansierat tandvårdsstöd och tandvårdsreformer riskerar att gå förlorade.

I rapporten redovisas och diskuteras resultat från studien *Skör och äldre – vad händer med tänder?* Studiens övergripande syftet var att beskriva munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden samt att kartlägga om och i vilken utsträckning denna grupp har haft kontakt med tandvården tidigare. Dessutom redovisas en aktuell sammanställning av faktorer som kan påverka äldres tandvårdsvanor och munhälsa.

Två av de viktigaste resultaten från studien är att många äldre under tiden före flytten till boendet slutat gå till tandläkaren och att ett tydligt samband finns mellan avsaknad av tandvårdskontakt och dålig munhälsa. Mot bakgrund av dessa resultat är det angeläget att äldres mun- och tandvård på ett helt annat sätt än idag finns på agendan, både i kommuner och i tandvården.

Förhoppningen är att rapporten blir till hjälp för personal inom tandvård och vård och omsorg för att utveckla samarbetet och skapa rutiner som säkrar tandvårdskontakt och ger möjlighet att sätta in relevanta förebyggande åtgärder. Därmed skulle många äldre kunna behålla en god munhälsa.

Lena Tronje Hansson är sjukhustandläkare vid Specialkliniken för Sjukhus-tandvård/Oral medicin, Folktandvården i Västra Götaland och var projekt-ansvarig för studien.

Lars Gahnberg är professor vid Institutionen för odontologi, Sahlgrenska akademien och förestår Centrum för äldretandvård och var handledare.

Catharina Hägglin är odontologie doktor och övertandläkare och knuten till Centrum för äldretandvård. Hon var huvudhandledare i studien.

Leena Odebo är samordnare för äldrefrågor vid FoU i Väst/GR och var handledare.



FoU.väst GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 5000

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • www.grkom.se/fouivast