

De äldres tandfälla – hotas tandhälsan av äldrevårdens utveckling?

Att bo kvar i hemmet och att ha kvar sina naturliga tänder långt upp i åren, ses båda som tecken på god livskvalitet. Eftersom åldrandet för många innebär ett visst omvårdnadsberoende, kan hemtjänst göra det möjligt att bo kvar hemma. Det finns idag också möjlighet att byta ut avtagbara proteser mot käkbensförankrade implantat. Även andra komplicerade tandersättningar finns att tillgå i långt större utsträckning än förr. Alla dessa konstruktioner kräver noggrann daglig skötsel. Ett liv i det egna hemmet, beroende av hemtjänst, brukar dock innebära minskade tandvårdskontakter och mindre munvård. Tandvården/munvården försämras när den som bäst skulle behövas. Denna inkonsekvens har flera orsaker som tillsammans beskriver bilden av den sköra äldre, omvårdnadsberoende individens tand- och munvårdssituation.

Dagens ökande munvårdsbehov

Förr var åldrande detsamma som tandlöshet. Detta gjorde att munvård på vård- och omsorgsboenden i stort sett bestod i rengöring av avtagbara proteser. **I takt med att antalet naturliga tänder hos de äldre har ökat (1), har också munvårdsarbetet förändrats (2). Nu ska naturliga tänder rengöras men också komplicerade tandersättningar, där det många gånger kan vara svårt att förstå om de är avtagbara eller ej.** Beklagligt nog har inte munvårdsämnet i grundutbildningarna till olika vårddyrken förstärkts, snarare tvärtom. Det gör att dagens vårdpersonal står dåligt rustade att möta det ökande munvårdsbehovet (3, 4).

Förr var det också större tillgång på platser i vård- och omsorgsboenden. Idag är antalet som behöver/önskar platser fler och platserna färre. Intervjuer med vårdpersonal bekräftar detta, likaså att nyanlända boendes tandstatus är mycket värre än vad man förut sett (5). **Det är**

vanligt att dessa äldre inte fått tandvård på många år eftersom de senaste åren präglats av en tilltagande multisjuklighet, där tandvården prioriterats bort – eller man inte vetat hur tandvård skulle kunna fås. Tandläkarmottagningen som man brukat besöka kanske ligger tre trappor upp utan hiss och/eller är alldeles för trång för en rullstol.

Var det bättre förr?

Innan Ädelreformen drevs igenom hade de äldre på landstingens långvårdsinrättningar fri tandvård via sjukhustandkliniker och vårdpersonalen erbjöds återkommande munvårdsutbildning. I backspegeln kan konstateras att tand- och munvårdsarbetet hade god standard, även om det förenklades av att flertalet äldre fortfarande bar avtagbara proteser. Utvecklingen mot fler kvarvarande naturliga tänder hade dock börjat märkas.

När den svenska äldrevården övergick från landsting till kommun, försvann tandvårdsförmånerna och blev den enskildes angelägenhet. Inte helt förvånande, sjönk tandvårdskonsumtionen kraftigt för dessa patientgrupper (6). Många sjukhustandvårdskliniker lades ner och ett tidigare gott arbete raserades snabbt. Detta gällde främst de äldre med egna tänder, där tandvården haft resurser att både sätta in regelbunden profylax och behandling, likaväl som undervisning och stöd till vårdpersonalen. Så småningom insåg staten att detta scenario var olyckligt och det reformerade tandvårdsstödet för omvårdnadsberoende individer lagstiftades (7).

Den nya tandvårdsreformen

Den nya tandvårdsreformen från 1999 innebär bl a att den omvårdnadsberoende äldre har rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet, vanligen utförd av en tandhygienist. Detta benämns ”uppsökande tandvård” eftersom syftet är att leta upp

dem som inte har förmåga att själva söka kontakt med tandvården. Vid samma tillfälle ges också individuella råd om munhälsan och ett munvårdskort skrivs så att all vårdpersonal får information om vilka munvårdsrutiner som gäller i det enskilda fallet. Vårdpersonal ska således vara närvarande vid munhälsobedömningen. Vidare erbjuds generell undervisning i munhälsovård som ges i form av föreläsningar till vårdpersonalen. Munhälsobedömningen utgör en screening där behov av ytterligare undersökning och/eller behandling av munhåla och tänder bedöms. Finns ett sådant behov, sänds en remiss till lämplig tandvårdsmottagning som då utför tandvård till samma kostnad som sjukvårdsavgiften. Mer omfattande behandling måste förhandsbedömas till landstinget, vilket utgör en sorts kontroll av att tandvården är nödvändig. **Reformen föreskriver att den subventionerade tandvården ska vara ”nödvändig” och leda till bättre nutritionsmöjligheter och förbättrad livskvalitet.** Den skrivningen ger ett stort tolkningsutrymme, en hel del administrativt arbete och ibland divergerande åsikter om vad som är ”nödvändig”. Det är möjligt att tacka nej till munhälsobedömning men utnyttja den subventionerade, nödvändiga tandvården där valet av behandlare är fritt. Något fler har valt att ta emot nödvändig tandvård än de som tackat ja till munhälsobedömning i det egna boendet, 96 821 jämfört med 95 191 under år 2006 (8).

Ekonomi styr

Landstinget har det övergripande ansvaret för tandvården även om det idag råder fri etableringsrätt för tandläkare och tandhygienister. Baserat på befolkningsunderlaget ger staten landstingen en summa pengar att förvalta till uppsökande och nödvändig tandvård.

Munhälsobedömningen och personalutbildningen styrs av ett upphandlingsförfarande medan den nödvändiga tandvården utförs av fri vårdgivare. Upphandlingen bygger på en kravspecifikation, där både privata och offentliga aktörer är välkomna att lämna anbud på olika geografiska områden. Vem som får anbudet på den uppsökande tandvården styrs främst

av ekonomin d v s den som ligger lägst i pris vinner. **Den ekonomiska pressen har också gjort att boende i stora vård- och omsorgsboenden i högre grad fått ta del av reformen än de i ordinärt boende, utspridda i området.** Där kan den uppsökande verksamheten inte rationaliseras på samma sätt och blir följaktligen mer tidskrävande och därmed dyrare (8).

Från början var det mest offentlig tandvård som lade anbud men successivt har en stark privat etablering skett, framförallt i större städer. Det rör sig då inte om enskilda privata tandkliniker utan om stora tandvårdsbolag, som specialiserat sig på uppsökande verksamhet och i viss mån på nödvändig tandvård via hembesök. En parallell utveckling med upphandling av hemtjänst, har komplicerat systemet så att det idag är svårt att få en överblick av vilka som är berättigade till uppsökande och nödvändig tandvård.

Inte tillgängligt för alla

Tandvårdsreformen från 1999 har haft varierande genomslagskraft i olika regioner i Sverige. Förklaringen till det ligger troligen i att den förutsätter ett gott samarbete mellan landsting och kommun, tand- och äldrevård. I områden där ett sådant samarbete redan tidigare har varit väl utarbetat har det gått fort att få igång arbetet, medan man i andra delar av landet haft stora svårigheter. Reformen har dock medverkat till att många i vård- och omsorgsboenden fått tillgång till tand- och munvård och stora grupper av vårdpersonal fått undervisning i munhälsovård. **Reformens intentioner var att samma förmåner skulle gälla för omvårdnadsberoende i ordinärt boende, s k ”kvarbo” och hemtjänstpersonal men här har genomslagskraften varit svag (8).** Detta är anmärkningsvärt eftersom tendensen inom dagens äldrevård är att i det längsta bo kvar i det ordinära boendet.

Intygets ”nålsöga”

Nyckeln till detta tandvårdsstöd för den omvårdnadsberoende äldre är ett intyg som skrivs av en person som kan bedöma omvårdnadsbehovet. **Det är omvårdnadsbehovet och inte tandvårdsbehovet som avgör om den äldre är berättigad eller inte.** Intygsgivaren är vanligen en sjuksköterska på vård- och omsorgsboenden och för de i ordinärt boende en biståndshandläggare. Här kommer en annan problematik in när det gäller äldrevården. Biståndshandläggaren arbetar med myndighetsutövning enligt Socialtjänstlagen medan både tand- och sjukvården arbetar enligt Hälso- och sjukvårdslagen, där tandvårdslagen är en del. Det profylaktiska tänkandet, som är en så stor del av tandvården, finns inte i myndighetsutövningen, där man prövar rätten att få förmåner och handlar ”här och nu”. Följden blir att den äldre oftast inte informeras om tandvårdsstödet förrän munproblemen är ett faktum, även om rätten att ta del av stödet redan tidigare funnits (9). Nypublicerad forskning visar också att läkare och distriktssköterskor ofta handlar på samma sätt d v s uppmärksammar munproblem först när de blivit så omfattande att det är helt uppenbart att något måste göras (10, 11). I det läget är den äldre individen ofta gravt omvårdnadsberoende och multisjuk. Man får rikta in sig på att behandla omfattande skador (12) så gott det går. Äldre med omfattande omvårdnadsbehov har svårare att orka genomföra omfattande tandvårdsbehandlingar men också att ta till sig munvårdsråd (13). Resultatet blir personligt lidande, ibland hälsofarliga infektioner och irreversibla tandskador.

Skilda världar

Eldsjälar finns naturligtvis både inom sjukvård och socialtjänst, som prioriterar de äldres munhälsa högt. Oftast har man sett en oral katastrof på nära håll, kanske hos en anhörig, som gör att förståelsen för problemen ökat. Många sådana entusiaster rapporterar dock att de

känner sig ensamma i munhälsoarbetet och att **mycket återstår innan en rimlig nivå på munvården för de omvårdnadsberoende äldre uppnås (5).**

Munnens hälsa är av traditionen skild från kroppens hälsa, vilket inte bara gäller de äldre. Utvecklingen har gått framåt på många vis avseende hur vi ser på hälsa och ohälsa och människokroppen ses som en helhet, där även olika levnadsomständigheter och livshändelser påverkar den fysiska hälsan. Detta gäller dock inte munnens vård som ofta får leva sitt eget liv och närmast räknas till samma område som hår- och fotvård. Förklaringen till detta kan bl a sökas i skilda utbildningssystem och ekonomiska förutsättningar. Munnen är också ett intimt område som vi närmast automatiskt värnar om som vår privata sfär. Kanske inte så underligt att munnen kommer långt ner på prioriteringslistan för sjukvården och socialtjänsten (5). Det blir lite onaturligt att en sjuksköterska eller biståndshandläggare indirekt avgör om den omvårdnadsberoende ska ha tillgång till tandvårdssubventioner. Däremot är det naturligt att engagerad tandvårdspersonal påpekar behovet av ett intyg för en patient, där det orala förfallet satt sina spår. Munnens hälsa upplevs nog av de flesta som en sak mellan patienten och tandvården. Det hjälper dock inte hur illa det ser ut i munnen, om inte omvårdnadsbehovet är klarlagt. Det blir inget intyg.

Det viktigaste för munhälsan

Ett intyg som berättigar till kostnadsfri munhälsobedömning och subventionerad nödvändig tandvård är dock inte hela lösningen för de äldres munhälsa. **Den viktigaste för munhälsans bevarande är vår dagliga munvård, vilket gör att den omvårdnadsberoende löper stor risk att få dålig munhälsa (14).** När det dagliga livets aktiviteter blir alltmer betungande, tvingas individen att prioritera. Det mest akuta tas omhand medan det andra får vänta tills det blir mer påträngande. Tandproblem uppstår sällan över en natt, de utvecklas över tid, även om

slutfasen i brettets förstörelse kan gå fort. Det är därför inte så konstigt att den äldre med tilltagande sjuklighet väljer att avboka sina tandvårdsbesök och ber att få höra av sig när det behövs. Om det då inte finns någon påpasslig anhörig eller nitisk tandsköterska på mottagningen som ser till att besöken blir av, kan munproblemen frodas i lugn och ro. **De äldre som idag får plats på ett vård- och omsorgsboende har oftast varken varit hos tandläkaren eller fått hjälp med sin dagliga munvård på många år.** Kanske har en anhörig varit behjälplig men man kan inte kräva att en anhörig som ofta själv är skröplig, ska inse hur det står till med munhälsan. Det kan också vara känsligt att diskutera munvård och behov av hjälp från tandvården.

Ett lågprioriterat område

När vårdpersonal regelbundet hjälper till med munvård, brukar de också inse behovet av regelbundna munnkontroller. Här föreligger dock ett stort problem. **Munvård är en lågt prioriterad omvårdnadssyssla** (5). Tandvårdsreformen har funnits i nio år och inkluderar undervisning i munhälsa för vårdpersonalen men fortfarande föreligger stora brister (8). Som förut påpekades innebär dagens munvårdsarbete helt andra moment än för tjugo år sedan, när det mest bestod i att rengöra avtagbara proteser. Det mest nytillkomna är käkbensförankrade implantat som kräver noggrann skötsel (15) för att inte utgöra ett större hot mot hälsan än vad de erbjuder i förbättrad livskvalitet. Implantat kräver ett ”batteri” av olika munvårdshjälpmiddel men fortfarande hittar man sällan något annat än mer eller mindre användbara tandborstar på ett vård- och omsorgsboende. Vad som hittas i ett ordinärt boende är det knappast någon som vet. Där förekommer munvårdshjälp i ännu mindre omfattning. Vårdpersonalen inom hemtjänst har oftast lägre grad av vårdutbildning än sina kollegor på vård- och omsorgsboenden och fokuserar då mer på mat-städning-tvätt än omvårdnad på den korta tid de har till förfogande för varje vårdtagare. Tyvärr finns ingen annan som gör detta

heller. En distriktssköterska kommer ibland för att utföra rent medicinska insatser men inget annat. **Munnen lämnas oftast i fred.**

Munnens hälsa hotas

Vi för en kamp mot tiden när det gäller de äldres munhälsa. Snabbt ökar antalet hemmaboende äldre med egna, naturliga tänder. De förväntas bo kvar där tills den sista livsperioden inträder och en plats på ett vård- och omsorgsboende är enda alternativet. Om inte förr, så kommer man då i kontakt med tandvårdsstödet. Inte sällan har dock både den allmänna och orala hälsan då nått det stadiet, när endast palliativ vård är relevant.

Detta scenario är högst olyckligt. Både samhällsekonomiska och individuella ekonomiska satsningar på tänderna raderas snabbt och följden blir snarare att en dålig tandhälsa hotar det allmänna hälsotillståndet för en skör individ (16). Vissa äldre skulle troligen i detta läge må bättre av en avtagbar protes och en tandlös munhåla. Munvården skulle också bli enklare för vårdpersonalen. Så har det dock aldrig varit tänkt. Det säger redan rubriken i utredningen ”Tänder hela livet” (7). **Den nya tandvårdsreformen har dock snabbt hunnit bli omodern i det avseendet att den främst sörjer för de omvårdnadsberoende på vård- och omsorgsboenden, medan sådana inrättningar minskar i antal.** Den nya tandvårdsförsäkring som nu förbereds, förefaller inte innehålla några planerade förändringar avseende dessa patientgrupper.

Tänkbar lösning

Det är hög tid att munnen uppmärksammas, så att tänderna får vara kvar livet ut, utan att utgöra en hälsorisk. **Förhoppningsvis skulle system med kommunalt anställda tandhygienister inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden samt**

äldrevårdscentraler med tand- och munvårdskonsulter, vara utvecklingsbara lösningar på problemet. Detta skulle kompletteras med obligatorisk utbildning i munhälsa på alla medicinska, vård- och omsorgsutbildningar. Risken är annars att äldrevårdens utveckling skapar en tandfälla för de äldre, istället för att ge möjlighet att bo kvar i eget hem med bibehållen god munhälsa.

Referenser

1. Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin SÅ, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2005;29:139-55
2. Nordenram G. Changes in oral status and dental treatment in long term hospital inmates in Stockholm from 1988 to 1990. *Swed Dent J*. 1993;17(1-2):43-8.
3. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients at medical wards. *J Adv Nurs* 1996;24:552-60.
4. 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
5. Wårdh I, Hallberg L R-M, 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.

6. Nordenram G, Sundberg H. Inventering av sjukhemstandvård inom Stockholms län. Tandläkartidningen 1995;87:480-5.
7. Svensk Författningssamling. Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvården. SFS 1998:1338. Socialdepartementet, Stockholm.
8. SKL. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2006 års verksamhet. Sveriges kommuner och landsting, rapport mars 2007, Dnr 07/1164
9. Landstinget Västmanland. Vem får munhälsobedömning i hemmet? En intervjustudie av biståndshandläggare i Gävleborgs, Uppsala och Västmanlands län. Folktandvårdens rapportserie 2007:1
10. 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 Mar;21(1):126-33.
11. 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 Jun;65(3):177-82.
12. Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. Gerodontology 2004;21:93-9.

13. Nordenram G, Ljunggren G. Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Dis.* 2002;8:296-302.

14. Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Hallberg RI, Renvert S. Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scand J Caring Sci* 2002;16:311-18.

15. Roos – Jansåker, A –M, Lindahl, C., Renvert, H. & Renvert, S. Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part II: presence of peri-implant lesions. *Journal of Clinical Periodontology* 2006; 33: 290-5.

16. Hämäläinen P, Meurman JH, Kauppinen M, Keskinen M. Oral infections as predictors of mortality. *Gerodontology* 2005;22:151-7.

Leg tdl, universitetslektor Inger Wårdh

Institutionen för odontologi, Karolinska institutet

Box 4064

141 04 Huddinge

inger.wardh@ki.se