

Nödvändig munvård för sjukhemsboende med grava demenstillstånd

Gunilla Nordenram

■ ■ ■ Gravt dementa patienter måste få bästa möjliga stöd av tandvården, dvs professionell rengöring och förebyggande insatser med individanpassade intervall. Detta innebär inte att tandvårdens aktörer ska ta över vårdpersonalens uppgifter. I stället ska förståelsen för vad sjukdomen innebär förbättras och adekvat stöd i förhållande till den kliniska verkligheten ges i varje aktuellt fall inom ramen för nödvändig tandvård.

Nyckelord: demens, profylax, sjukhemsboende, tandvårdsförsäkring

Författare

Gunilla Nordenram, med dr, universitetslektor, Odontologiska institutionen, Karolinska institutet, Huddinge.

Den 1 januari 1999 trädde tandvårdsförordningen SFS 1998:1338 i kraft, vilket innebar ett utökat stöd bland annat till äldre och funktionshindrade med omfattande bistånd från den kommunala äldreomsorgen [1]. Dessa patienter har rätt till sk nödvändig tandvård till samma avgift som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården och med samma högkostnads-skydd. Om innehållet i nödvändig tandvård säger tandvårdsförordningen följande: "Vid bedömning av vad som i det enskilda fallet skall anses som nödvändig tandvård skall patientens tillstånd sättas i relation till hans eller hennes allmäntillstånd. Målet med tandvården skall vara att den skall medverka till en påtaglig förbättring av förmågan att tillgodogöra sig föda. Om allmäntillståndet inte medger någon mera omfattande behandling skall denna i stället inriktas på att motverka smärta och obehag och hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen". Omfattningen av nödvändig tandvård över en viss nivå, som bestäms av varje enskilt landsting, skall förhandsprövas vilket ofta innebär att en årlig tandvårdskostnad över en angiven summa skall godkännas av huvudmannen.

Det har nu gått drygt ett år efter att den nya tandvårdsförsäkringen infördes och det börjar nu kunna skönjas hur försäkringen tillämpas. Ett prövningsavslag avseende en väl betandad sjukhemsboende med grav demens kan exempelvis åtföljas av följande motivering: "Enligt överens-kommelse på Landstingsförbundet ersätts 4 professionella profylaxbehandlingar per år. Tandvårdspersonalen skall inte överta kommunens uppgifter vad gäller den dagliga munhygien. Om den dagliga munhygien ej sköts finns det inget belägg i litteraturen om att en profylaxbehandling varje månad skulle vara mera effektiv än fyra gånger per år." Det kan finnas anledning att fundera närmare över vad detta yttrande/ställningstagande kan innebära för såväl vårdtagare som vårdgivare.

Bakgrund

Den kommunala äldrevårdspersonalen ska ansvara för de sjukhemsboendes dagliga munhygien. Av flera skäl kan uppgiften inte genomföras på alla sjukhemsboende [2]. En stor andel av de boende på sjukhem är gravt dementa och medverkar inte vid den dagliga munhygien på grund av kognitiv svikt och de funktionsinskränkningar som tillståndet ger. Vissa av dessa demenssjuka uppvisar ett så uttalat aktivt motstånd att vårdpersonalen måste bruka våld, dvs hålla fast patienten och låsa händerna, för att kunna utföra elementär munrengöring. Att utföra acceptabel munhygien un-

der dessa omständigheter blir inte bara en fråga om kunskap och tid. Det blir också ett etiskt dilemma [2].

Munvård kan under sådana omständigheter upplevas som en kränkning av den icke autonoma människans integritet – vård ska vara god och inte skada patienten. Skadar jag patienten när jag genomför munvårdande insatser trots motstånd? Leder å andra sidan utebliven daglig (tillräckligt effektiv) munvård till utveckling av oral sjukdom? Att i det korta perspektivet låta patienten slippa en vårdåtgärd kan på detta sätt vara "kontraproduktiv" för god vård på lång sikt.

I dagens vårdverklighet finns ett litet antal gravt dementa patienter som kraftfullt vägrar ge vårdpersonalen "tillträde till munnen" för tandborstning. Det sker mestadels genom att knipa ihop munnen, skrika, slå ifrån sig, nypa, klösa och slå eller bita personalen. Att dagligen sedera sådana patienter inför munvård är av bland annat medicinska skäl ingen acceptabel lösning. Många av dessa patienter får därför i realiteten ingen daglig munhygienisk insats.

Vård av dementa

Att vårda dementa människor innebär att ta vara på det friska, dvs de reflexer och de minnesfragment som finns kvar [3]. Om man haft en regelbunden tandvård i hela sitt vuxna liv är tandvårdssituationen så pass speciell med lukt, smak, ljud och ljus att minnesfragment av tandläkarbesök kan finnas kvar även vid grava demenstillstånd. Dessa patienter betar sig, ofta oväntat, adekvat i tandvårdssituationen [4].

Tandvårdspersonal som arbetar med dementa patienter möter ibland detta som förvånande från ledsagande vårdpersonal eller anhörig. I vardags-situationen kämpar patienten emot varje försök till munhygien men vid tandläkarbesöket, sittande i behandlingsstolen, samarbetar den sjuke utan problem. Alla sensoriska stimuli – ljud, ljus, lukt och smak – som reflexmässigt når hjärnan blir ett stöd för patienten att i någon mening förstå situationen och acceptera den. Möjligen kan patienten också uppleva att tandvårdspersonalen har större vana vid att hantera instrument i munnen och därmed känna trygghet inför det som sker och släppa in just dessa personer i munnen utan att protestera.

Tandvård för äldre i särskilda boendeformer blir allt viktigare i takt med att allt fler äldre har egna tänder [5]. Risken för samband mellan kroniska orala infektioner och aktuellt allmäntillstånd hos just sjukhemsboende har också rapporterats på senare tid [6, 7]. Kambhu et al [8] redovisade 1998 att reparativ tandvård är möjlig att ge-

nomföra på sjukhemsboende. Risken för fortsatt oral sjukdom är emellertid så stor att det krävs tät, regelbunden individanpassad professionell profylax för att bibehålla goda resultat av behandlingen.

Ship et al [9] visade att patienter med Alzheimers sjukdom ofta har problem med sin orala hälsa och att dessa patienter behöver stora tandvårdsinsatser med frekventa förebyggande insatser för att bibehålla den orala funktionen så länge som möjligt. Vigild [10] har studerat sambandet mellan oral munhygien och parodontal sjukdom hos äldre institutionsboende och konkluderade att regelbunden professionell munrengöring är en förutsättning för acceptabel parodontal hälsa hos dessa äldre. Yoneyama et al [11] fann 1997 i en studie av vårdhemsboende att regelbunden professionell oral hygien reducerade förekomsten av plack till 1/9 av ursprungsnivån och gingiviten till en tredjedel.

För de demenssjuka, där vårdpersonalen inte kommer åt att sköta nödvändig daglig munvård, räcker inte fyra profylaxbehandlingar per år. Ett sådant intervall kan vara lämpligt för patienter som på grund av hög ålder, kronisk sjukdom eller handikapp har ökad risk att utveckla oral sjukdom och därför behöver extra förebyggande stödbehandling. Till denna grupp hör också de skräckliga äldre som inte kvalificerar sig för nödvändig tandvård i nuvarande tandvårdsförsäkring.

De svårt demenssjuka, där vårdpersonalen inte kan sköta munhygien, måste få professionell hjälp med munrengöring och andra förebyggande åtgärder oftare än 4 gånger per år. Tidsintervallen måste bedömas individuellt eftersom denna lilla grupps behov växlar, bland annat beroende på kost, salivens funktion och kvalitet, daglig medicinering och antal kvarvarande fungerande tänder. Effekten av insatta åtgärder bör dokumenteras och utvärderas i varje enskilt fall. Detta är extra angeläget eftersom klinisk forskning när det gäller gravt dementa människor bör undvikas av forskningsetiska skäl [12]. Här måste empirisk kunskap och beprövad erfarenhet vara vägledande. I varje region rör det sig om ett fåtal patienter. Men om man på rikspanet systematiskt samlar dokumentation avseende professionell tandrengöring på dessa patienter kan man på sikt få ytterligare vetenskaplig grund för adekvata insatser.

Professionell tandrengöring

Att i avvaktan på dokumenterad kunskap hänvisa gravt dementa människor till professionell hjälp fyra gånger per år är cyniskt eftersom vi vet att detta inte är tillräckligt. Däremot kan man för enskilda patienter i denna grupp visa att professionell insats varannan vecka eller en gång varje må-

nad förhindrar att nya kariesangrepp utvecklas och att tandkötet blöder vid borstning. En bonus-effekt kan erhållas genom att patienten ibland blir mer tillgänglig för vårdpersonalens munhygienförsök, sannolikt beroende på att tandborstning inte gör ont när gingival inflammation är under kontroll. Det handlar alltså inte om att ta över vårdpersonalens uppgifter utan att samarbeta så att varje patient får god vård.

Demenssjuka löper minst lika stor risk att drabbas av orala sjukdomar som andra i samma ålder, men på grund av demenshandikapp behöver de utökat stöd även vid tandvård. Vid tandvärk är dessa gravt dementa ytterligare handikappade eftersom de inte kan tolka smärtan adekvat och inte heller förmedla den till sin omgivning. Oro, aggressivitet eller matvägran kan vara symtom på tandvärk hos dessa människor.

English summary

Dental prophylaxis for patients with severe dementia

Gunilla Nordenram

Tandläkartidningen 2000; 92 (8): 34–7

Patients with severe dementia must have good oral disease preventive regimens. The preventive procedures must be individualised and given at convenient intervals. Effective strategies for preventing oral disease in patients with severe dementia presuppose collaboration between the dental personnel and the nursing staff. Documentation of various preventive procedures given to patients with severe dementia who forcefully reject oral hygiene, is needed in order to evaluate the prognosis under a variety of dental and medical conditions.

Key words: dementia, dental insurance, dental prophylaxis, nursing

Referenser

1. Den nya tandvårdsförordningen. SFS 1998:1338.
2. 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 (1): 28–32.
3. Almberg B, Jansson W. Fånga stunden. Stockholm: Liber utbildning, 1994.
4. Nordenram G, Ryd-Kjellén E, Ericsson K, Winblad B. Unexpected dental behavior in five Alzheimer patients. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 381–8.
5. Gift HC, Cherry-Peppers G, Oldakowski RJ. Oral health care in US nursing homes. *Spec Care Dent* 1998; 18 (6): 226–33.
6. Limeback H. Implications of oral infections on systemic diseases in the institutionalized elderly with a special

- focus on pneumonia. *Ann Periodontol* 1998; 3 (1): 262–75.
7. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol* 1999; 70 (7): 793–802.
 8. Kambhu PP, Warren JJ, Hand JS, Levy SM, Cowen HJ. Dental treatment outcome among dentate nursing facility residents: an initial study. *Spec Care Dent* 1998; 18: 128–32.
 9. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42 (1): 57–63.
 10. Vigild M. Oral hygiene and periodontal conditions among 201 dentate institutionalized elderly. *Gerodontology* 1988; 4: 140–5.
 11. Yoneyama T, Aiba T, Ota M, Hirota K, Miyake Y, Hashimoto K et al. Treatment of gingivitis in elderly in a nursing home. *Jpn J Geriatr* 1997; 34 (2): 120–4.
 12. Norberg A, Sandman PO, Winblad B. Etiska överväganden vid forskning på dementa patienter. *Läkartidningen* 1985; 82: 4528–30.

Adress: Gunilla Nordenram, Odontologiska institutionen, Karolinska Institutet, Box 4064, 141 04 Huddinge. gunilla.nordenram@ofa.ki.se