

# Bättre munhälsa för äldre och funktionshindrade

**SAMMANFATTAT** Personer med stora omvårdnadsbehov har sämre munhälsa än andra. I stället för att behandla omfattande, redan uppkomna tandskador bör inriktningen vara ett mer förebyggande arbete. Egenvården bör därför förstärkas i ett tidigare skede och metoderna anpassas till den kognitiva förmågan.

Godkänd för publicering 1 oktober 2008

**Pia Gabre**  
med doktor,  
cheftandläkare,  
Folktandvården,  
Uppsala län  
**E-post:** pia.gabre  
@lul.se

Den åldrande delen av befolkningen ökar i Sverige och övriga delar av världen. Många behåller hälsan i hög ålder men det kommer också att finnas många äldre som får ett stort omvårdnadsbehov under sina sista år. År 2007 uppskattades att det fanns 163 000 personer i Sverige med stort behov av daglig omvårdnad (SKL 2008). De senaste årtiondena har äldre människors munhälsa förbättrats. Tandlöshet hos 80-åringar har minskat från 56 procent 1983 till tre procent 2003 (Hugoson et al 2005).

Även personer med intellektuella funktionshinder har en förbättrad munhälsa som visar sig i färre förlorade tänder och minskad kariesförekomst (Gabre et al 2001). Äldre personer med stora omvårdnadsbehov har dock en sämre munhälsa än aktiva äldre och personer med funktionsnedsättning har störst förekomst av munproblem (Petersen och Yamamoto 2005).

Människor vill helst behålla sina tänder och man är villig att satsa på god funktion och estetik även när man blir äldre (Andersson och Nordenram 2004). Så länge man är frisk kan man behålla ett gott tandstatus upp i åldrarna men i kombination med sjukdom blir ofta konsekvensen ökad förekomst av munsjukdomar. I januari 1999 trädde en lag om utökat tandvårdsstöd för personer med stort omvårdnadsstöd i kraft (SoS 1998:554). Bakgrunden var det starka sambandet mellan medicinska problem, ett stort omvårdnadsbehov och munhälsan.

Tandvårdsförordningen (SoS 1998:1338) reglerar landstingens ansvar för att erbjuda individer med särskilt behov uppsökande munhälsobedömning i hemmet och nödvändig tandvård för samma avgifter som inom hälso- och sjukvården. Omvårdnadspersonalen erbjuds utbildning om betydelsen av daglig förebyggande munvård samt individuell handledning hur de ska hantera en person som på grund av sjukdom eller



FOTO: LENA JOHANSSON

**Den åldrande befolkningen ökar i Sverige och många äldre får ett stort omvårdnadsbehov.**

funktionsnedsättning inte kan sköta sin egen munvård. Sveriges kommuner och landsting rapporterar att år 2007 fick 100 000 av de 163 000 personer som var berättigade del av den uppsökande verksamheten (SKL 2008).

Folktandvården i Uppsala län bedriver forskning inom området oral hälsa för äldre och personer med funktionshinder. Forskningen har två inriktningar: 1) Vad avgör om man får uppsökande munhälsobedömning i hemmet samt hur hanterar biståndsbedömare beslutsprocessen när berättigade ska identifieras och munhälsobedömningen verkställas? 2) Utveckling av fluorprodukter för hemmabruk som även kan användas av personer som saknar förmåga att samarbeta och följa instruktioner.

## Munhälsobedömning i hemmet

I samarbete med folktandvården i Gävleborg och Västmanland samt avdelningen för gerodonti vid Karolinska institutet genomfördes en intervjustudie med 21 biståndsbedömare i de tre länen (Hagman et al 2008). Intervjuerna gjordes av tre tandhygienister, en i varje län. Resultaten



analyserades med hjälp av så kallad manifest och latent innehållsanalys. Den manifesta analysen byggdes upp med tre områden; kunskap, attityd och initiativ. Texten kondenserades till kodord som sorterades i kategorier. Den latent analysen hittade ett samband mellan enheter, koder och kategorier (figur 1). Biståndsbedömarna hade ingen enhetlig utbildning men högskoleutbildning i social omsorg eller utbildning i sjukvårdande yrken var vanligast.

Intervjupersonerna beskrev sin oro för sin framtida munvård:

»Jag fasar för min egen del, vem ska sköta mina tänder som jag själv är så noga med i dag!«

Andra attityder som kom fram i intervjuerna var att man upplevde reformen som orättvis, att det inte var rätt individer som fick del av stödet:

»...andra skulle verkligen behöva, som bara har hemtjänst en gång per dag för att man vill klara sig själv men har ingen ekonomi och skulle verkligen behöva gå till tandläkaren. Riktlinjerna är knasiga, man måste väl ha några riktlinjer, men de slår fel.«

Kunskaperna om reformen var ofta bristfälliga. Reglerna ansågs förvirrande och man hade dålig kunskap om vad munhälsobedömningen innebar:

»Jag tror att klienten får information om de olika möjligheterna som finns, jag tror inte att de tittar dem i munnen.«

Även kunskaperna om vilka som har rätt till intyg hade brister och detta är en orsak till att berättigade personer inte blir identifierade:

»Jag har inte tänkt på att vi ska identifiera dem som bor hemma. Jag var mer inriktad på särskilda boenden, detta var nytt för mig.«

Intervjuerna beskriver ofta en passiv inställning; man väntar på att någon annan inom munvården ska slå larm. Munvårdsfrågorna väljs ofta bort i vårdplaneringen eftersom det är meningen att de ska ingå i de dagliga hygienrutinerna:

»Munhälsan kommer aldrig in i vårdplaneringen. Har ingen rutin för att fråga om vårdtagaren vill ha en munhälsobedömning.«

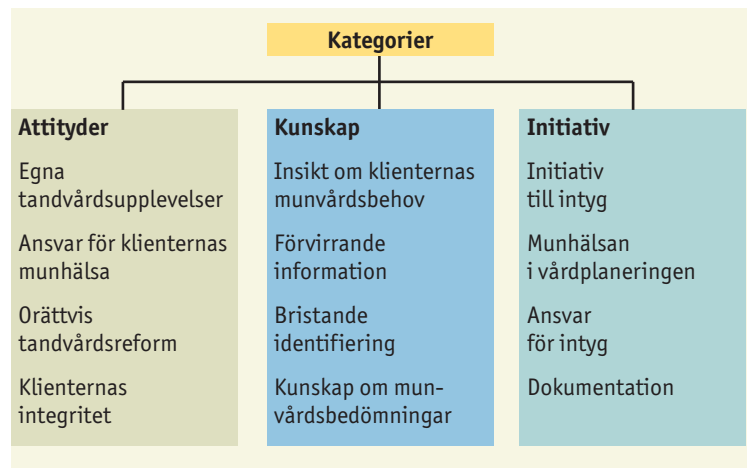
Andra biståndshandläggare var medvetna om sina roller i beslutet att utfärda intyg, men betonar att de inte har ansvar för att munvårdsbedömningen utförs:

»Det är viktigt att tala om att det är jag som tar besluten, men jag ser inte till att de verkställs. Detta är en uppgift för enhetscheferna.«

### Konklusion

Ett övergripande tema är att alla intervju personer i varierande grad beskrev den uppgift de blivit ålagda som otydlig, att de inte fått utbildning och att rutinerna inte är fastställda. Deras erfarenheter kan sammanfattas som att någon annan borde sköta uppdraget att utfärda intyg och att det då skulle utföras på ett bättre sätt:

»Jag undrar varför det bara är vi som ska ta



Figur 1. Kategorier och underkategorier som identifierades i intervjuutsagorna.



Figur 2. Fluorsalva som har applicerats i omslagsvecket.

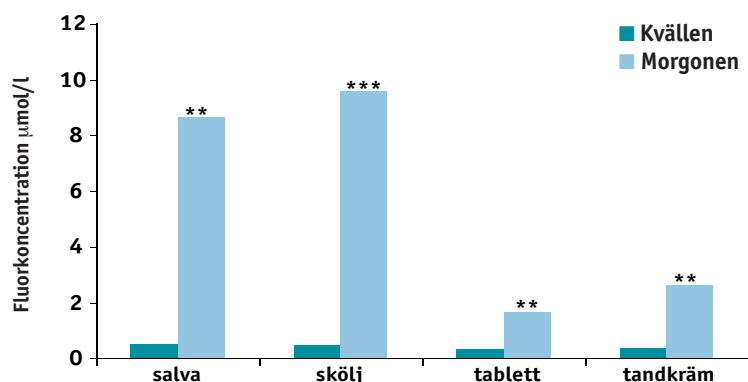
beslut i tandvårdsfrågorna men samtidigt kan jag inte tala om vilka som skulle göra det i stället« och »Biståndshandläggarna är fel instans att sköta detta, vi ser inte klienterna, annan personal vet bättre«.

### Anpassad fluorprofylax

Äldre och personer med funktionsnedsättning har ökad risk för att få karies (Gabre och Gahnberg 1997; Hänsel Petersson et al 2003). Kognitiva brister leder till att det är svårt att följa instruktioner och använda fluorprodukter.

Tandborstning med fluortandkräm är en enkel metod som de flesta människor är välbekanta med. På grund av den ökande kariesrisken har äldre och personer med funktionshinder dock ofta behov av tilläggsbehandling med fluor utöver det skydd som tandborstning med fluortandkräm ger.

Fluorprodukter som används för tilläggsprofylax kräver ofta stor förståelse för hur de ska användas, man ska till exempel förstå att fluorlösning inte får sväljas, att man aktivt ska spola



**Figur 3. Fluorkoncentrationer i vilosliv på kvällen före applicering av salva respektive efter 6 timmars sömn. \* = signifikanta skillnader mellan koncentrationer på kvällen och efter 6 timmar (Wilcoxon sumrank test).**

runt med lösningen och man ska klara av att ha lösningen i munnen en minut. I samarbete med professor Downen Birkhed på cariologiavdelningen, Sahlgrenska akademien, har vi utvecklat alternativa sätt att administrera fluor som kan användas av personer med kognitiva brister.

#### Fluorsalva

En slemhinneadhererande salva med fluorinnehåll skapar en depå i munhålan. Den kan genom läckage höja fluorkoncentrationerna i saliv och approximala vätskor under en längre tid. Den medicintekniska produkten Orabase (Orabase, Bristol-Myers Squibb, USA) användes som bas i salvan. Till denna tillsatte Apoteket 0,1 % fluor. Orabase har använts som en slemhinneadhererande bas för att kunna applicera läkemedel på slemhinnor sedan slutet av 1950-talet (Kutscher et al 1959). Två studier har genomförts med den slemhinneadhererande fluorsalvan (Gabre et al 2005; Gabre et al 2008). Båda har genomförts som läkemedelsstudier enligt Läkemedelsverkets regelverk.

#### Fluorkoncentration i saliv och approximalrum

I den första studien testade sex personer fluorsalvan eller en placebosalva utan fluor i fyra nätter. Studien genomfördes som en dubbelblind crossover studie. Ett gram salva delades upp i fyra små portioner och placerades i omslagsvecket i nivå med första molaren i samtliga fyra kvadranter. Stimulerad saliv och vilosliv samt vätska från tio approximalrum samlades in före applikationen och efter sex timmars sömn.

Hos försökspersonerna uppmättes en signifikant högre fluorkoncentration både i saliv och samtliga approximalrum efter sex timmars sömn jämfört med koncentrationerna före applikationen.

#### Jämförelse med andra fluorprodukter

I den andra studien jämfördes fluorsalvan med välkända fluorpreparat på marknaden. Fjorton försökspersoner använde fyra fluorprodukter dagtid och under natten:

- En centimeter (ett gram) slemhinneadhererande fluorsalva med 0,1 %-ig fluor ströks på slemhinnan i omslagsvecket regio första molaren i samtliga kvadranter.
- Sköljning med 10 milliliter 0,2 %-ig fluorlösning (Dentan, Meda, Solna) i en minut under aktiv omspolning i munhålan.
- Tandborstning i två minuter med 2 centimeter (0,5 g) tandkräm med 0,5 procent fluor (Duraphat, Colgate-Palmolive, Danmark). Tandkrämen spottades ut efter två minuter och försökspersonerna sköljde snabbt med en liten mängd vatten (5 milliliter i 5 sekunder).
- Passiv sugning på en tablett med 0,75 milligram fluor (Dentan).

Dagtid mättes fluorkoncentrationen i vilosliv och fem approximala mellanrum innan användningen av fluorprodukten samt 10, 30, 60 och 120 minuter efter. Vid nattanvändningen jämfördes fluorkoncentrationerna före med koncentrationerna efter sex timmars sömn.

Då fluorprodukterna testades dagtid gav alla produkterna en klar initial höjning av fluorkoncentrationerna både i vilosliv och approximalt. Dock var det bara salvan och lösningen som gav en signifikant höjning under hela tvåtimmarsperioden. Approximalt gav salvan de högsta fluorkoncentrationerna av alla testade produkter. Även nattanvändningen resulterade i förhöjda fluorkoncentrationer i saliven för alla använda produkter, men skillnaderna var stora mellan produkterna.

Salvan och lösningen gav 3–5 gånger högre fluorkoncentration jämfört med tablett och tandkrämen (figur 3). Approximalt ledde salvan och lösningen till klart högre fluorkoncentration jämfört med tandkräm och tablett. Salvan var dock den produkt som gav högst fluorkoncentrationer; 5–10 gånger högre än vad fluorlösningen åstadkom och ännu större skillnader jämfört med tandkrämen och tablett.

#### Framtida forskning

Den slemhinneadhererande fluorsalvan har potential att bli en användbar produkt för att förebygga karies för personer som på grund av funktionsnedsättning inte kan använda de produkter som i dag finns på marknaden. Om vårdpersonal stryker fluorsalva på slemhinnan före sängdags påverkas tänderna av fluor hela natten.

Eftersom salvan verkar ge högre fluorkoncentrationer än andra produkter kan den även vara en hjälp för patienter med extremt hög kariessaktivitet, kanske som ett enklare och billigare alternativ till fluorgel i individuella mjukplastskedar.

Vi planerar att testa andra sätt att skapa fluordepåer i munhålan utan att patienten själv behöver vara aktiv, till exempel inlagring av fluor i munslemhinnan.

Den tandvårdsreform som trädde i kraft 1999 har gett personer med stora omvårdnadsbehov bättre munhälsa men reformen har vissa svagheter. Strategin att satsa på personer med stora omvårdnadsbehov innebär att man i stället för att arbeta förebyggande fått rikta in sig på att behandla redan uppkomna omfattande skador (Peltola et al 2004).

Resultatet är onödigt lidande för individen. Dessutom ökar risken för infektioner som inte enbart hotar den orala hälsan samt irreversibla bettskador. Äldre med omfattande omvårdnadsbehov har också svårare att ta till sig munvårdsråd och att orka genomföra omfattande tand-

vårdsbehandlingar (Nordenram och Ljunggren 2002).

Genom att rikta insatserna mot äldre med små eller måttliga omvårdnadsbehov (det man inom vården kallar sköra äldre) har man större möjlighet att förstärka egenvården medan de kognitiva funktionerna är intakta eller bara lite påverkade.

Folktandvården i Gävleborg, Uppsala och Västmanland kommer tillsammans med avdelningen för gerodonti vid Karolinska institutet att i ett fortsatt forskningsprojekt beskriva munhälsan hos äldre med måttligt och stort omvårdnadsbehov. I steg två ska äldre med måttliga omvårdnadsbehov nås med ett tandvårdsstöd kopplat till det allmänna tandvårdsbidrag som har förstärkts för personer över 75 år i det nya statliga tandvårdsstödet.

#### REFERENSER

- 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.
- Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin SA, 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.
- Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 20-6.
- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 81-92.
- 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: 8-18.
- Socialstyrelsen. Ändring av tandvårdslagen. SFS 1998:554. Stockholm.
- Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförordning. SFS 1998: 1338. Stockholm.
- Hagman-Gustavsson ML, Holmén A, Strömberg E, Gabre P, Wärth I. Who cares for the elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of case managers' knowledge, attitudes and initiatives. *Swed Dent J* 2008; in press.
- Gabre P, Gahnberg L. Interrelation between degree of mental retardation, living arrangements and dental health in adults with mental retardation. *Spec Care Dentistry* 1997; 1: 7-12.
- Hänsel Petersson G, Fure S, Bratthall D. Evaluation of a computer-based caries risk assessment programme on an elderly group of individuals. *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 164-71.
- Kutscher AH, Zegarelli EV, Beube FE, Chilton NW, Berman C, Mercadante JL et al. A new vehicle (orabase) for the application of drugs to the oral mucous membranes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1959; 12: 1080-9.
- Gabre P, Ellefsen B, Birkhed D, Gahnberg L. Oral retention of fluoride from a mucosa adhesive paste (Orabase) supplemented with NaF - a pilot study. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3: 159-63.
- Gabre P, Birkhed D, Gahnberg L. Fluoride retention of a mucosa adhesive paste compared with other home-care fluoride products. *Caries Res* 2008; 42: 240-6.
- Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* 2004; 21: 93-9.
- 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.

## Har du frågor om cancer?

**020-222 111**

Cancerfondens informations- och stödlinje, öppet mån-fre kl. 09.00-16.30.

infostodlinjen@cancerfonden.se



**Cancerfonden**

## Delta i debatten i Tandläkartidningen

Skicka in ditt bidrag till [christina.mork@tandlakarforbundet.se](mailto:christina.mork@tandlakarforbundet.se)

**TANDLÄKAR  
TIDNINGEN**