

# Munvård hos äldre och långtidssjuka

## – en litteraturöversikt

Inger Wårdh och Ulf Berggren

Kvaliteten på munvård hos äldre och långtidssjuka är beroende av ett samspel mellan flera olika faktorer. Patienterna uppvisar inte sällan stora tandvårdsbehov och otillfredsställande munhygien. Många gånger påpekar äldre patienter inte heller själva sina behov av bättre munhälsa dels för att behovet inte är medvetet, dels för att det lågprioriteras. Ansvaret att sörja för dessa patientgruppers munhälsa faller ofta på någon utomstående, varför det är angeläget att frågans komplexa delar undersöks och klargörs.

En ökad insikt om problemens generella karaktär torde på sikt kunna bidra till ökad kunskap, ändrade attityder och förbättrade modeller för omhändertagande. I ännu högre grad än hos unga och friska individer måste munhälans tillstånd hos äldre och långtidssjuka sättas in i sitt sammanhang, både i relation till allmänt hälsotillstånd och till social situation, för att riktiga prioriteringar ska möjliggöras.

Swedish adult population has, by and through the national dental insurance, attained good dental and oral health [1]. One can, however, state that this is not the rule for many elderly and long-term ill [2], something also reported from other countries [3, 4]. For individuals who end up in different forms of care and care, previous oral care routines are often broken, which often affects oral health negatively. Existing at the same time are deficiencies in the care routines in these cases, which can lead to a growing oral problem situation that is often overlooked, which leads to a need for large-scale treatment.

Med kännedom om att ett ökande antal äldre individer behåller sina egna tänder i allt högre åldrar kan problemet beräknas öka redan i en nära framtid [2, 5]. Den pågående åtstramningen av offentliga utgifter leder till svårigheter att göra riktiga prioriteringar, och detta ser ut att ytterligare bidra till en accentuering av problemet [6].

Sett mot denna bakgrund bör värdet av munhälsan hos äldre och långtidssjuka uppmärksammas. I följande litteraturöversikt belyses faktorer som kan påverka munvård och munhälsa med särskild inriktning på äldre och långtidssjuka. De faktorer som tas upp speglas utifrån individens, tandvårdens och vårdpersonalens perspektiv.

### Individen

#### Socioekonomiska faktorer

Dental status has shown to be strongly linked to socio-economic conditions, income and education; with higher education and income follows better dental status [7]. Elderly, long-term ill and a large part of immigrants have often shown a tendency to seek regular dental care [8–10]. Women are more likely than men to seek dental care [11], a difference that also can be seen in older

### Författare

Inger Wårdh, sjukhustandläkare vid Sjukhustandvården Adelsö, Folk tandvården Västerås och forskarstuderande vid avdelningen för endodonti och oral diagnostik, Odontologiska fakulteten, Göteborgs universitet. Ulf Berggren, adjungerad professor i odontologisk beteendevetenskap vid avdelningen för endodonti och oral diagnostik, Odontologiska fakulteten, Göteborgs universitet.



FOTO: NINA ERICSON BILDHUSET

I ännu högre grad än hos unga och friska individer måste munhålets tillstånd hos äldre och långtidssjuka sättas in i sitt sammanhang, både i relation till allmänt hälsotillstånd och till social situation, för att riktiga prioriteringar ska möjliggöras. Personerna på bilden har inget med artikeln att göra.

stadsbefolkning jämförd med glesbygdsbefolkning [12].

I den äldre befolkningen har tandvård befunnits vara lågt prioriterad jämfört med andra behov. Förväntningar på tandvården baseras ofta på erfarenheter från yngre år och egenvård är ett mindre känt begrepp [13, 14]. Eventuell tandvårdsrådslå anses avta med åren och bedöms inte spela någon stor roll för äldre patienters tandvårdsbeslut [15]. Äldre grundar dock sina erfarenheter på en annan typ av tandvård än den som erbjuds idag. Tidigare negativa tandvårdsfarenheter kan därför behöva ersättas med mer positiva upplevelser av en modernare tandvård [16].

Trots ett hårdnande samhällsekonomiskt klimat synes det upplevda tandvårdsbehovet och värdet av oral hälsa vara de faktorer som mest styr graden av tandvårdsutnyttjande [17]. Omvårdnadsberoende äldre är dock en eftersatt grupp med ökad risk för tandsjukdomar och med brister i den orala hygien [18]. Ett större intresse för och efterfrågan på munvård och profylaktisk be-

handling kan emellertid förväntas bland äldre patienter; undersökningar visar att äldre börjar se gott tandstatus som hög livskvalitet [19].

### Åldersrelaterade faktorer

Fiske och Lewis [20] har visat att oral hälsa och nutrition påverkar de äldres livskvalitet på flera sätt. Medicinskt status, fysiska handikapp, mental sjukdom, attityder hos tandvårdspersonal och tandklinikens utformning kan utgöra hinder för äldre individer i tandvårdssituationen [21]. Även ett normalt åldrande innebär förändringar. När vi blir äldre kan vi varken se, höra, känna, smaka eller lukta som förr. Förändringarna kommer gradvis och varierar mellan olika individer. Då antalet äldre patienter kommer att öka på våra tandkliniker och mottagningar är det av vikt att vi är förtrogna med dessa förändringar för att kunna förstå och rätt behandla denna patientkategori.

Förändringar som i praktiskt avseende påverkar individens möjlighet att upprätthålla god munvård är t ex att äldre individer vanligen behö-

ver god belysning för att kunna se bra. Dålig badrumsbelysning kan begränsa möjligheterna att uppnå tillfredsställande munhygien. Nedsatt hörsel kan tolkas som förvirring och orsaka kommunikationssvårigheter i tandvårdssituationen. Försämrad smak och lukt samt minskad aptit kan medföra sämre kostvanor, och ofta resultera i frekventa sockerhaltiga mellanmål [8, 22–24]. I högre åldrar ökar dessutom tuggproblemen på grund av sämre tandstatus, varför kostaspekterna är viktiga i den äldre patientens tand- och munvård [7].

Organiska hjärnskador ökar hos äldre individer, vilket kan manifesteras sig i psykiska problem. Depressioner och paranoida reaktioner kan ses liksom ökad uppmärksamhet vad gäller den egna kroppens funktioner. Stroke med olika former av resttillstånd kan också ge ett annorlunda beteende [22, 23]. Huruvida äldre personer också är mindre känsliga för beröring och smärta har diskuterats, men frågan anses inte klarlagd [23]. Det borde dock vara självklart att den senildemente har rätt till samma smärtlindring som andra patienter.

Vid framskriden sjuk- och ålderdom, speciellt demens, finns inte alltid förmågan att fatta välgrundade beslut. En ställföreträdande person måste hjälpa till, antingen anhörig eller vårdgivare. Vanligen antas rollen som ansvarig av någon nära anhörig [25]. Anhöriga, som har en lång föregående relation till patienten, kan ofta berätta vilka önskningsåtaganden själv skulle uttrycka [26]. För att uppnå så riktiga vårdbeslut som möjligt är det därför lämpligt att ge information till både patient och närstående/vårdgivare.

Var femte person över 65 år har inskränkningar i de dagliga aktiviteterna [27]. Lågt ADL-status, enligt Katz' skala för värdering av en individs förmåga att sköta sitt dagliga liv, korrelerar till sämre möjligheter att söka tandvård [13]. Man har också visat att det finns samband mellan funktionella brister i tandhälsan och andra organsystems funktion [28]. Kroppens reservkapacitet försämras på äldre dagar och detta påverkar flera funktionella system i kroppen, bl a lungkapaciteten, de kardiovaskulära funktionerna och digestionsorganens aktivitet. Uttryckt i kroppsstyrka har man visat att människor vid 80 års ålder har hälften av styrkekapaciteten vid 25 års ålder [27]. Kvinnor drabbas i högre grad än män av ledinflammationer och benskörhet, och urkalkning har ansetts gälla även alveolarutskottens benmassa [22, 23]. Många patienter i ett normalt tandläkarklientel berörs av dessa förändringar. Hos omvårdnadsberoende individer är problemen ännu större, och många gånger är munnen den kroppsdelen som först försummas [24].

Muntorrhet är ytterligare en faktor som kan

aggravera ett försämrat munhälsotillstånd hos äldre och långtidssjuka [29]. Muntorrhet anses inte direkt åldersrelaterad, utan ses snarare som ett uttryck för minskad reservkapacitet vid sjukdom. Det föreligger således samband mellan nedsatt hälsa och muntorrhet i flera avseenden, liksom mellan xerostomi och pågående medicinering, särskilt vid samtidigt intag av flera preparat [30]. Området är väl belyst i flera studier [31–33], och här ska bara nämnas att ökad muntorrhet inte bara kan leda till ökade karies- och slemhinneproblem utan också påtagligt reducera livskvaliteten genom att det uppstår svårigheter att svälja, tala och bära avtagbara proteser. Muntorrhet ökar på många sätt vikten av att god munvård upprätthålls, och är en av de faktorer som starkast understryker tandvårdens roll i god medicinsk och social omvårdnad.

## Tandvården

Äldre personer sägs vara den grupp av tandvårdens patienter som är minst tillfredsställande att behandla [34]. Detta gäller i särskilt hög grad om de äldre är sjuka och omvårdnadsberoende [24]. Liknande attitydproblem har uppmärksamats hos medicinsk personal [35, 36]. Det kan antas att dessa värderingar påverkar patientrelationerna och omvårdnaden i negativ riktning. Risken finns dessutom att vårdtillgången begränsas och vårdkvaliteten sjunker [24], och det har ansetts att tandvård för dementa och fysiskt svaga äldre patienter ibland kan begränsas till akuta ingrepp [8, 37].

Den svenska tandvårdslagen säger att tandvård ska ges på lika villkor till alla [38]. Det krävs engagemang från vårdgivaren om detta lagstadgade åtagande och ansvar ska uppfyllas; äldre och långtidssjuka har flera begränsningar i sina möjligheter att hävda sin lagstadgade rätt. Många äldre är rädda att vara till besvär. De relaterar i tandvårdsfrågor, liksom i så mycket annat, till situationer som kan ligga långt tillbaka i tiden och alla söker därför inte självmant tandvård eller kunskap om munvård. Orsaken kan alltså delvis bero på att man inte är medveten om vilka tand- och munvårdsmöjligheter som står till buds i dag. För att sprida sådan information krävs ett nätverk runt individen av både hälso- och socialvårdare som samarbetar och regelbundet kommunicerar med tandvårdens företrädare och med varandra [16].

I dagens ansträngda arbetsklimat med många ekonomiska hänsynstaganden är det lätt att olika grupper av äldre och långtidssjuka prioriteras lågt. Detta gäller inte minst deras tandvård. Förutom längre behandlingstid krävs ibland handikappanpassade lokaler och mobila enheter för uppsök-

de verksamhet. Närhet till medicinsk service kan också vara en förutsättning för att sköra äldre och långtidssjuka patienter tryggt ska kunna behandlas.

Det föreligger även ett generellt kunskaps- och utbildningsbehov inför kontakten med äldre, handikappade och mentalt sjuka patienter [16, 39]. Även i en situation där en vårdgivare företrädesvis behandlar ett friskt patientklientel åldras de egna patienterna och behandlingspanoramats förskjuts. Tandvård för äldre och långtidssjuka måste därför aktualiseras redan i tandläkarhögskolornas grundutbildningar [40], och vidareutbildning inom ämnet borde dessutom kunna erbjudas de tandvårdsteam som önskar fortbildning. En tandläkare som är väl förtrogen med tandvård för äldre och långtidssjuka kan betyda mycket för sina patienters livssituation [21].

## Vårdpersonalen

### Munvårdens del i omvårdnaden

Omvårdnadsberoende äldre och långtidssjuka måste ofta ha hjälp att upprätthålla god munhygien. Anhöriga kan önska tandvård och ombesörja betalningen för denna, men den dagliga munvården blir företrädesvis vårdpersonalens uppgift. Avdelningen/boendet eller hemsjukvården kan ha goda vårdprogram för munvård och arbetsledande sjuksköterska ha höga munvårdsambitioner; resultatet beror slutligen dock mest på den vårdgivare som ska utföra uppgiften [41, 42].

Vikten av att vid behov få hjälp med sin munvård har påpekats sedan många år av omvårdnadsexperter [43]. Munvård är en integrerad del av omvårdnaden även om patienten inte alltid är angelägen om att få hjälp [44]. Vårdpersonal har därför en viktig uppgift att sörja för den orala hälsan. Ett viktigt inslag i detta hälso- och omvårdnadsarbete är vårdarens medvetenhet om sin egen munhälsa för att öka ansvarstagandet och därmed ge munvården rätt prioritering [45]. I allmänhet har dock inte munvård varit något stort ämne i sjukvårdsutbildningarna. Vårdpersonal förefaller dessutom uppleva munvård som den svåraste delen i omvårdnadsarbetet [46]. Det är därför osäkert vilken prioritet munvård i realiteten ges. Ofta överskuggas munvårdsproblemen av behov som upplevs som mer omedelbara och uppenbara av vårdpersonal, anhöriga och av individen själv [47].

Vårdpersonalens arbetsfördelning och attityder påverkar hur munvården utförs, och ibland har tonvikten lagts på andra arbetsuppgifter än det dagligen återkommande omvårdnadsarbetet [48, 49]. Arbetsplatsens sociala organisation är också

en attitydfaktor; praktiska rollkonflikter kan betraktas som potentiella "underminerare" av tidigare inlärd värderingar [50]. En i munvård väl insatt och motiverad personal kan med tiden matas i sina ansträngningar om inte arbetslaget ger positiva gensvar. Arbete med beteendeförändringar bör därför komplettera kunskapsundervisning i munvård [45].

### Etik

Svensk lagstiftning värnar om respekt för självbestämmande och integritet [38, 51]. Vården har fem s k spetsvärden: liv, hälsa, trygghet, integritet och rättvisa [52]. När individens egenvård snarare blir vanvård upplevs detta konfliktfyllt av ansvariga vårdgivare. När kan/bör man ta ett större ansvar eller till och med genomföra behandling trots att vårdtagaren inte efterfrågar några åtgärder [53]? I vården av dementa patienter kan vårdpersonalen ibland känna osäkerhet om de hjälper eller skadar patienten. Den konflikten gäller både sjuk- och tandvårdspersonal. Det förefaller dock som ju mer hjälplös en patient är desto mer erfar vårdgivaren ansvar och plikt att vårda [54]. Ett större ansvar för behandlingsbeslut anses falla på vårdgivaren samtidigt som vårdtagarens beroende ökar [55]. I denna situation är det viktigt att förstå att en person som i kraft av sin profession fattar beslut åt en patient inte enbart ser till vårdtagarens behov utan också styrs av sina egna, personliga värderingar [56]. I komplicerade situationer spelar kunskap och erfarenhet in, men också våra etiska värderingar och vårt eget förhållningssätt till livet [57].

Olika omvårdnadsteorier [58] ger den legitimerade sjuksköterskan yrkes stolthet som omvårdnadsexpert, men övriga personalkategorier har inte självklart samma synsätt och etiska grund att falla tillbaka på [59]. Bristande munvård kan därför ibland ha andra orsaker än otillräckliga faktakunskaper och dåligt anpassade arbetsrutiner; våra kunskaper om dessa attitydrelaterade faktorer och deras betydelse är dock mycket ofullständig.

## English summary

### Oral health in elderly and chronically ill: a review of the literature

The quality of oral health care of elderly and disabled individuals depends on a complex of inter-related factors. These patients often show a great need of dental care and an unsatisfactory oral hygiene situation. However, they may not express their need for better oral health. In these patient groups, someone else often has to be responsible for the individual's oral health. Further investiga-

tions to increase our understanding of the complex factors influencing the oral health care of these groups should improve the understanding and attitudes of health care personnel and help to create better models for oral health care.

## Referenser

2. Ainamo A, Österberg T. Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people. *Int Dent J* 1992; 42: 311–22.
6. Nordenram G, Sundberg H. Inventering av sjukhems-tandvård inom Stockholms län. *Tandläkartidningen* 1995; 87: 480–5.
7. Nordström, G. Oral health and dietary habits in an elderly city population. Thesis. Umeå: Umeå universitet, 1995.
11. Palmqvist S. Treatment needed and received in an elderly Swedish county population. *Gerodontology* 1988; 4: 272–6.
15. Locker D, Lidell A. Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 372–5.
16. Fiske J, Gelbier S, Watson RM. Barriers to dental care in an elderly population resident in an inner city area. *J Dent* 1990; 18: 236–42.
18. Jokstad A, Ambjørnsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. *Acta Odontol Scand* 1996; 54: 303–8.
19. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults. Influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 105–10.
20. Fiske J, Lewis D. Food for thought. Guidelines for putting oral health into the context of healthy eating for older people. *Gerodontology* 1995; 12: 3–5.
21. Fiske J. The right to be respected. *Probe* 1991; 33: 57–9.
24. Kiyak HA. Psychosocial factors in dental needs of the elderly. *Spec Care Dent* 1981; 1: 22–30.
28. Österberg T, Mellström D, Sundh V. Dental health and functional ageing. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 313–8.
30. Nederfors T. Xerostomia: prevalence and pharmacotherapy, with special reference to beta-adrenoceptor antagonists. Thesis. Göteborg: Göteborgs universitet, 1996.
34. Fiske J. Dental care for elderly people with a handicap. *Dental Update* 1992; 19: 302–6.
43. Henderson V. Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag, 1969.
45. Weeks JC, Fiske J. Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology* 1994; 11: 13–7.
46. Wårdh I, Andersson L, Sörensen S. Attityder till munvård bland sjukvårdspersonal. *Tandläkartidningen* 1997; 8: 27–31.
52. Koskinen L. Vad är rätt? Handbok i etik. Stockholm: Prisma, 1993.
53. Nordenram G. Etiska problem med demenssjuka patienter i tandvården. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996; 73: 299–301.
56. Nordenram G, Rönnberg 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: 18–24.

Fullständig referenslista kan fås efter hänvändelse till författarna.

Accepterad för publicering 1997-11-24

## Adress

Inger Wårdh, Sjukhustandvården Adelsö, Ing 27, Plan 3, Centrallasarettet, 721 89 Västerås.