

Här inleds den tredje och sista delen i den nordiska artikelserien med temat gerodonti, som startade i Tandläkartidningen nummer 1/2017.



Översikt. Del av den nordiska artikelserien Gerodonti.  
Godkänd för publicering den 18 augusti 2016.

# Mind the gap – förlora inte din äldre patient!

**Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter vid tilltagande sjuklighet och omsorgsberoende. Arbetet med att förebygga den tappade tandvårdskontakten involverar flera yrkeskategorier inom såväl tandvård som sjukvård och omsorg. Artikeln ger en inblick i olika omständigheter, både individuella och allmänna, som kan vara orsak till de äldres förlorade tandvårdskontakter och tar upp förslag till åtgärder. Författarna har ett svenskt perspektiv, men stora delar av innehållet kan generellt tillämpas på en åldrande befolkning med många kvarvarande tänder.**

Det hävdas ofta att den största andelen patienter, både inom sjukvården och tandvården, utgörs av äldre patienter. Barn och ungdomar omhändertas vanligen av offentligt tandvård medan vuxentandvården till största delen drivs av privata aktörer. I högre ålder (över 75 år) ses åter en tendens till återgång mot mer offentligt driven vård (figur I). Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter, även om kontakten med hälso- och sjukvården kvarhålls. Statistiken över tandvårdsbesök i olika åldrar visar att besöksfrekvensen avtar bland de allra äldsta, framför allt besök som avser undersökande åtgärder och mest uttalat bland kvinnorna (figur II). Troligen sker detta i samband med en tilltagande multisjuklighet då man blir alltmer



## Författare

**Pia Skott** (bild), tdl, ph d, Folk tandvården Stockholms län AB och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige.  
**Inger Wårdh**, ötdl, docent i gerodonti, ph d, Inst för odontologi och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige.  
E-post: inger.wardh@ki.se

beroende av hjälp i det dagliga livet och främst besöker tandvården vid akuta problem. Enligt uppgifter från Västra Götaland saknade 42 procent regelbunden tandvårdskontakt vid den första kontakten med kommunen för bistånd, och vid flytt till äldreboende saknade 58 procent regelbunden tandvårdskontakt [1].

I data från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting syns att många fler individer på vård- och omsorgsboende än i eget boende erbjuds kostnadsfri munhalsbedömning (figur III). Detta trots att allt fler bor i eget boende med omfattande stöd från hemtjänst och hemsjukvård. En djupare analys krävs för att undersöka omfattningen av antalet i eget boende som är berättigade till detta tandvårdsstöd. Siffrorna kan dock spegla antalet förlorade tandvårdskontakter hos sköra äldre som bor kvar hemma. Resultatet av det befarade mörkertalet återspeglas i det som många inom tandvården upplever när en nyinflyttad patient från ett äldreboende kommer till tandvården för undersökning. Den orala situationen är då många gånger så dålig att det inte finns möjlighet till en regelrätt restaurering på en så pass skör individ som det nu handlar om. Man frågar sig hur detta kunde hända och varför ingen stoppade det i tid. Orsaken är oftast en förlorad tandvårdskontakt.



Foto: Colourbox

**”Alla som är involverade i de äldres livssituation måste uppmärksamma denna risk och verka för att bevara de äldres tandvårds-kontakter. 'Mind the gap!'”**

**ORSAKER TILL FÖRLORADE TANDVÅRDSKONTAKTER**

Nedan beskrivs några orsaker till att många äldre personer förlorar eller inte etablerar sina tandvårds-kontakter. Flera orsaker kan samverka och ytterligare öka risken för att förlora tandvårds-kontakten och kunskap omkring dessa möjliggör ett anpassat omhändertagande inom tandvården för att minska risken.

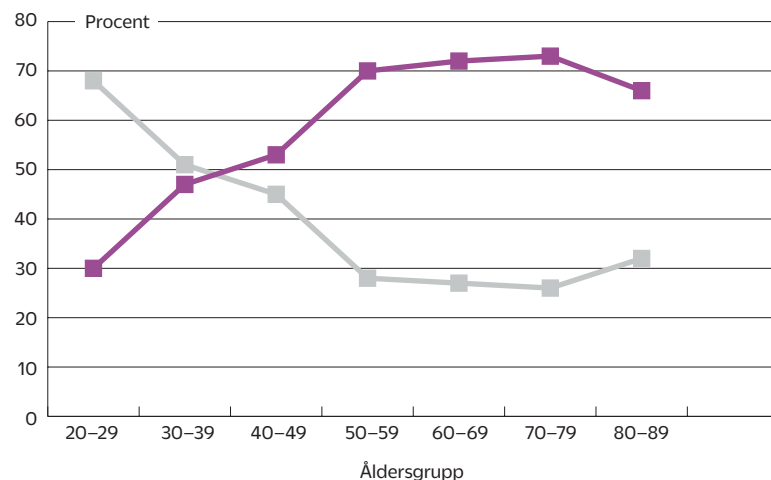
**Skört åldrande**

Det sköra åldrandet beskriver biologiskt åldrande som är nära sin funktionella sviktgräns. Under utvecklingen av skört åldrande ökar beroendet av andra för att upprätthålla livsfunktionerna. Ofta är detta ett resultat av flera samtidiga hälsoproblem, omfattande läkemedelsanvändning och flera olika vårdgivare som saknar kanaler för kommunikation.

Begreppet sköra äldre hjälper oss att definiera och hitta de patienter som är i riskzonen för att tappa sin tandvårdskontakt till följd av hög sjukvårds-konsumtion och ökad skröplighet. I en översiktsartikel av Törres et al diskuteras att studier inte har påvisat att dålig munhälsa ökar risken för att utveckla skörhet, men däremot en association mellan skörhet och oral hälsa [2]. Det är vanligt att det sköra åldrandet kännetecknas av förlorad re-

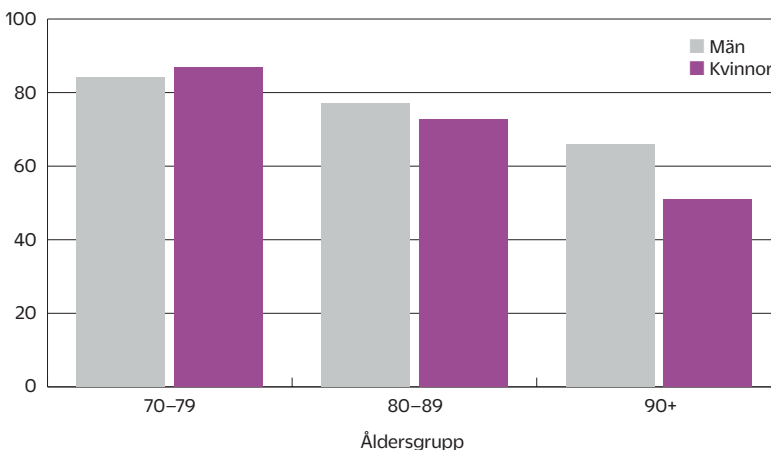
**Figur I.** Andel patienter som besöker privat tandvård (lila fyrkanter) respektive landstingsdriven folk tandvård (grå fyrkanter).

Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen



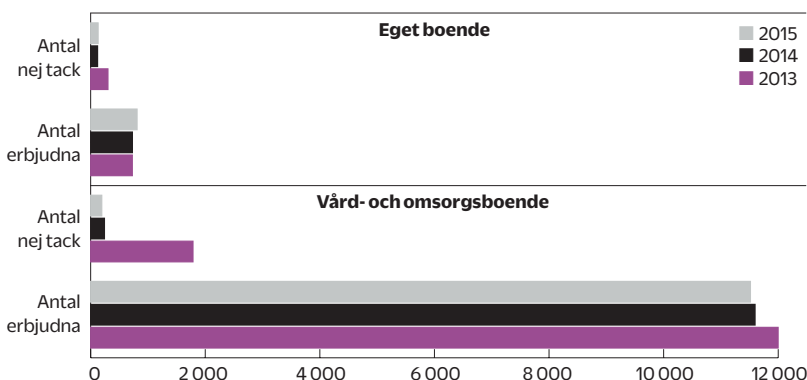
**Figur II.** Personer som besökt tandvården någon gång under 2014 och 2015 i respektive ålderskategori. Antal personer per 100 invånare. Data uppdelat på kvinnor och män.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas



**Figur III.** Skillnaden mellan antalet munhälsobedömningar utförda i vård- och omsorgsboende och eget boende. Personer 81-95 år i Stockholms läns landsting.

Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting



## ”En regelbunden och bibehållen tandvårdskontakt är förknippad med en bevarad oral hälsa.”

gelbunden tandvårdskontakt som i stället övergår till akuta tandvårdsbesök vid behov. Det är också vanligt att den närstående som vårdar en multisjuk livskamrat i hemmet förlorar sin tandvårdskontakt och övergår till akuta tandvårdsbesök vid upplevt behov som en följd av den ansträngda sociala situationen.

### Tillgänglighet

För äldre och sköra individer kan tandvårdsbesöket vara förknippat med utmaningar i form av transport till tandvårdskliniken, anpassning av kliniken till särskilda behov, lättillgänglig toalett, stress och oro inför själva behandlingen och för hur man ska ta sig tillbaka till bostaden. Sammantaget kan det innebära ett alltför stort hinder för att genomföra besöket. Om inget akut tandvårdsbehov föreligger är det då enklare att avboka besöket och avvakta.

Det är till stor del tandvårdens uppgift att skapa tillgänglighet för patienterna. I Sverige arbetar flera landsting med specialutbildade tandvårdsteam som är placerade i allmäntandvården för att tillgodose den regionala spridningen och tillgängligheten. Ett ökande intresse för mobil tandvård som kan utföras i hemmet ses också särskilt i glesbygd och storstadsområden, båda med transportproblem.

Tillgängligheten till tandvård påverkas också av äldre tandläkarkollegers pensionering, det är inte ovanligt att en mångårig tandläkare-patient-

relation avbryts till följd av att tandläkaren går i pension och ofullständig successionsordning orsakar en förlorad tandvårdskontakt.

En bibehållen tandvårdskontakt genom skört åldrande kräver också en sammanhållen vårdkedja genom omsorg, hälso- och sjukvård och tandvård. Det är därför av största vikt att vård- och omsorgspersonal lyfter munhälsan och dess betydelse i den dagliga omvårdnaden och i samband med besök inom sjukvården. Speciellt som dessa yrkesgrupper oftare träffar den äldre än tandvården, vid tilltagande sjuklighet och omsorgsberoende.

### Patientekonomi

I Sverige hålls tandvården ekonomiskt separerad från den skattefinansierade hälso- och sjukvården och merparten av tandvårdskostnaderna finansieras av patienten själv. Det statliga tandvårdsstödet omfattar ett högkostnadsskydd som är uppbyggt som ett successivt ökande finansiellt stöd vid höga tandvårdskostnader inom en 12-månadersperiod [3]. Inom ramen för det landstingsfinansierade tandvårdsstödet är ersättningen kopplad till omvårdnadsbehov (Nödvändig tandvård), utvalda diagnoser/behandlingar (Led i sjukdomsbehandling) eller funktionshinder som resultat av grundsjukdom (F-kort).

Dagens pensionärer har varierade ekonomiska förutsättningar, där kvinnor som helt eller delvis avstått från förvärvsarbete, och som har en sparsam folkpension som enda inkomstkälla, har strama ekonomiska ramar. Ibland ses också en ökad sparsamhet och återhållsamhet hos den äldre generationen som visar sig i en ovilja att investera i tandvårdskostnader och nya glasögon trots att det föreligger ett uppenbart behov. Kännedomen om det landstingsfinansierade respektive statliga tandvårdsstödet är ofta låg och en omfattande pedagogisk insats vore värdefull för att säkerställa att alla äldre individer får ta del av det tandvårdsstöd de är berättigade till [4].

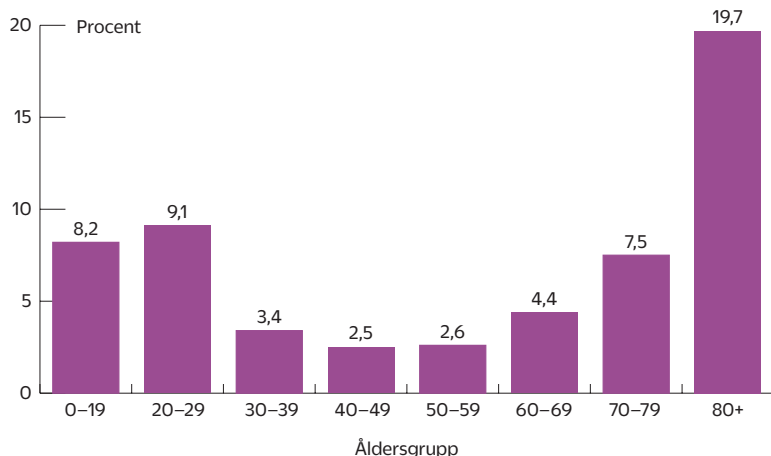
### KONSEKVENSER AV FÖRLORADE TANDVÅRDSKONTAKTER

En regelbunden och bibehållen tandvårdskontakt är förknippad med en bevarad oral hälsa. Siffror från västra Sverige visar att det föreligger förhöjd kariesrisk i yngre åldrar och i den äldsta åldersgruppen (figur IV). En svensk studie bland omvårdnadsberoende äldre visade att förlorad tandvårdskontakt både var en riskfaktor för karies och förknippad med sämre munhygien [5]. Bara att besöka en tandvårdsmottagning ger sekundäreffekter i form av förhöjd motivation att sköta sin munhälsa.

Munhälsa och allmän hälsa, även dödlighet, är nära relaterade hos den äldre individen [6]. Därför kan bevarade tandvårdskontakter också ge indirekta allmänna hälsovinster. Förr var detta inte

**Figur IV.** Andel patienter som bedömts ha hög kariesrisk i olika åldersgrupper. Bedömningen gjord med hjälp av beslutsstödet ”R2” [15] i samband med odontologisk rutinundersökning 2013/14. Data från folktandvården i Västra Götaland.

Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården, Västra Götalandsregionen





så uppenbart, då många äldre hade förlorat sina tänder. Då syftade tandvårdsbesöken mest till att extrahera värkande och lösa tänder eller att göra en ny avtagbar protes, alternativt justera en befintlig sådan. Detta kunde ge förbättrad tuggfunktion och bättre självförtroende, men var oftast enstaka händelser. I dag har vi en helt annan situation med många tänder och restaurationer med ett stort behov av underhåll [7]. Där kan förlorade tandvårds-kontakter leda till en situation med gravt karierade tänder, parodontala infektioner och käkbensengagemang. Beroende på hur bettet ser ut och hur eventuella tandersättningar är konstruerade, kan förlust av en eller två tänder medföra förlust av en hel kvadrant. Detta kan i sin tur leda till kraftigt försämrad tuggfunktion och vilja att umgås med andra människor, eller, uttryckt i andra ord, en lägre livskvalitet [8].

Oral ohälsa kan också vara att inte känna sig fräsch i munnen eller ha dålig andedräkt [9]. Det senare kan i sin tur medföra förlorade sociala kontakter och att vårdpersonal tvekar att hjälpa till med munvård [10], med andra ord ännu sämre munhygien. Utebliven eller försämrad munhygien leder också till större risk för sår och slemhinneinfektioner och en försämrad smakupplevelse [11]. Det orala förfallet fortskrider men risken för allmänpåverkan ökar också, då dentalt plack ofta hårbärgerar luftvägspatogener som kan orsaka lunginflammation eller aspirationspneumoni [12]. Denna sjukdom uppstår oftast som en följd av dålig munhygien, accentuerad av muntorrhet, och dysfagi. Förutom ett stort personligt lidande, innebär aspirationspneumoni en stor belastning på den geriatriska vården och därmed också stora kostnader.

Risken för muntorrhet är en stor anledning att bevara sina tandvårds-kontakter. Muntorrhet kan komma hastigt när en särskild medicin sätts in, men oftast kommer det smygande i samband med att medicineringen successivt ökar, vilket ofta är fallet med blodtrycksmedicin. Speciellt kvinnor har visat sig rapportera en kraftigt ökande muntorrhet efter 50-årsåldern [13].

Många av dem som blir hastigt tandlösa sent i livet, har begränsade möjligheter till oral rehabilitering. En avtagbar protes är svår att vänja sig vid och om det inte finns förutsättningar till en fast konstruktion, kanske tandlöshet måste accepteras [14]. Detta får konsekvenser för den allmänna hälsan. Kostvalet begränsas, så småningom även nutritionstillståndet och därmed immunförsvaret och kroppens förmåga att reparera skador. I värsta fall omöjliggörs ett boende i det ursprungliga hemmet och en flytt till äldreboende krävs. På äldreboendet upptäcks i dag många raserade bett. Det kan ha gått 4-5 år sedan den äldre besökte en tandklinik. Man kanske inte har upplevt något behov, man vänjer sig vid situationen, det är krångligt att komma i

väg och tandklinik slutar påminna och kalla när den äldre ständigt tackar nej till föreslagna tider. Ibland har tandläkaren åldrats tillsammans med sina patienter, och när det är dags för pension blir det inte av för de äldsta patienterna att kontakta en ny tandläkare eller tandhygienist. Livet får andra prioriteringar.

#### VAD KAN VI GÖRA?

Arbetet med att förebygga den tappade tandvårds-kontakten under det sköra åldrandet involverar flera yrkeskategorier inom såväl tandvård som sjukvård och omsorg. Eftersom det biologiska åldrandet inte följer det kronologiska, är riskbedömning med avseende på den äldre individens munhälsa central. Riskbedömningen behöver omfatta tidigare utförd tandvård, komplicerande medicinska faktorer, kända riskfaktorer (såsom muntorrhet) samt en analys av den äldres förmåga att själv ombesörja den dagliga munvården. Det förebyggande arbetet behöver involvera populationsinriktade åtgärder med hänsyn tagen till den specifika risken.

Munhälsan bör lyftas i samband med övrig hälsoinformation via kanaler som media, pensionsföreningar, närståendeföreningar, omvårdnadspersonal, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), gode män och andra med stöd- och hjälpfunktion för den sköra äldre personen. Då får det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet förutsättningar att nå ut på flera plan:

- **Individuellt**, genom fluortillägg, munhygienstöd och kostinformation.
- **Ekonomiskt**, genom att säkerställa tandvårdsstödet.
- **Strukturellt**, genom att säkerställa en sammanhållen munvårdskedja mellan individ, omsorg och tandvård.

#### Tandvårdsstödet

Myndigheten för vårdanalys i Sverige utförde 2014-2015 ett omfattande analysarbete kring utfallet för de olika delarna av tandvårdsstödet [4]. I rapporten visar myndigheten att tandvårdsstödet inte når ut till de äldre i tillräckligt stor utsträckning. Stödet når ut sämre till de äldre som bor kvar hemma jämfört med de som bor i vård- och omsorgsboende (figur III). Analysen visar vidare på stora variationer på genomslaget av tandvårdsstödet i olika landsting, vilket ökar risken för en ojämlig tandvård. Ett omfattande utbildningsbehov föreligger för att säkerställa tandvårdsstödetets olika delar, främst när det gäller de kommunalt anställda biståndshandläggarna och läkare inom primärvården och geriatriska avdelningar.

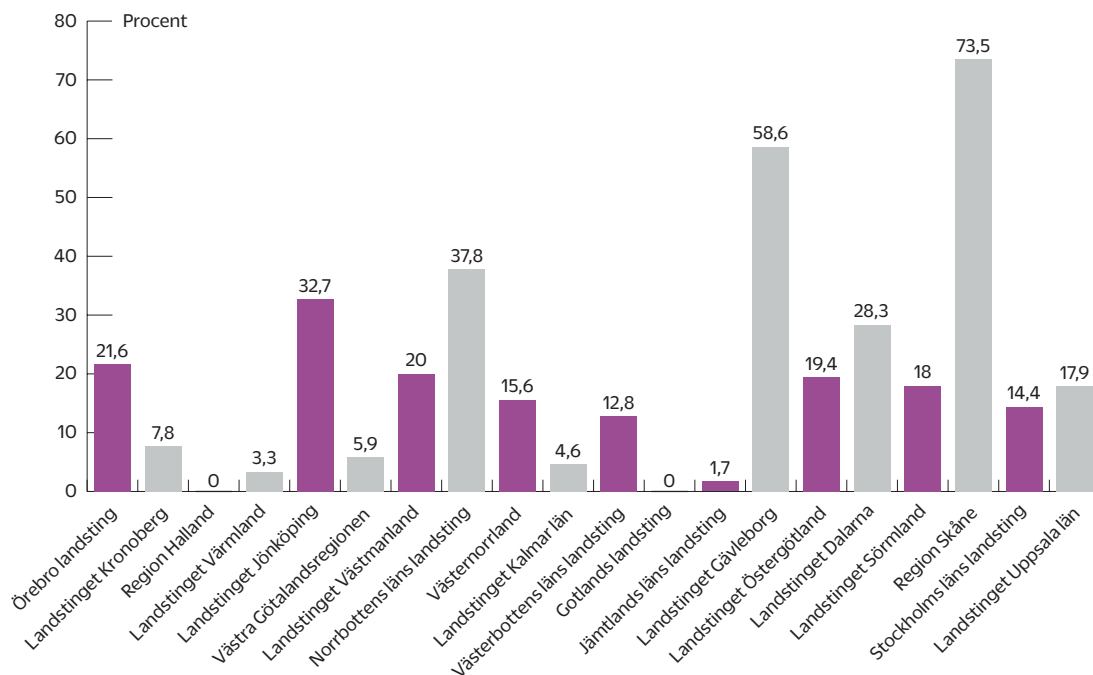
#### Tillgänglighet

För den äldre sköra patienten är det viktigt att skapa en tandvård som är tillgänglig och rimlig att ge-

**”Stödet når ut sämre till de äldre som bor kvar hemma jämfört med de som bor i vård- och omsorgsboende.”**

Figur V. Genomförda ROAG-bedömningar i vårdverksamhet i landsting/regioner 2014. Andel i procent.

Källa: www.senioralert.se [18]



nomföra. Den utförda tandvården ska också vara advekat, patientsäker och genomförbar för tandvårdspersonalen ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Flera landsting i Sverige har tagit initiativ till bildandet av äldretandvårdscentra med uppdrag att samverka med vården, informera länsinvånarna om äldres munhälsa och även säkerställa god tandvård. Det finns i dag sju aktiva centra (Göteborg, Stockholm, Uppsala, Örebro, Härnösand, Karlstad och Norrköping). Ett centrum, Akademiskt Centrum för Äldretandvård (ACT), har även en akademisk anknytning för att säkerställa det vetenskapliga arbetet omkring de omfattande kunskapsluckorna inom äldretandvård. Dessa har poängterats vid en genomlysning av Socialstyrelsen. Flera centra arbetar med särskilt utbildade resursteam eller äldretandvårdsteam som ansvarar för det kliniska omhändertagandet av äldre patienter i länet. Teamen säkerställer spridningen av kunskap omkring äldres munhälsa och lämpliga behandlingsmetoder. Ett virtuellt nätverk för kunskaps-spridning och terapiplanering har också skapats genom användandet av verktyget Gerioweb [16].

I samband med minskad rörlighet och ökad kognitiv svikt kan ett ordinärt tandvårdsbesök bli svårt att genomföra. I Sverige finns i dag ett stort antal tandvårdsaktörer som erbjuder mobil tandvård för att möjliggöra tandvård i hemmet för den sköra äldre patienten. Den mobila tandvården skapar möjlighet för dem som annars inte skulle kunna

få en bedömning, ett profylaktiskt omhändertagande och viss bastandvård utförd. Tillgången till mobil tandvård ökar möjligheterna för isolerade sköra äldre som har svårt att lämna sitt hem för att upprätthålla god munhälsa och därigenom få en högre livskvalitet [17].

#### Attityder och kunskap hos vård- och tandvårdspersonal

Munvården är en ofta förbisedd omsorgsinsats, vilket kan dölja oral ohälsa. I ett samverkansarbete med vård- och omsorgspersonal från hemtjänst och geriatriska slutenvårdskliniker konstaterades flera orsaker till att munhälsan så ofta glömdes bort eller negligerades. Den största faktorn var att munnen inte ansågs höra till vård- och omsorgsinsatser utan till tandvårdsprofessionen. Därutöver angavs orsaker som brist på rutiner och struktur för munvårdsåtgärder, tidsbrist, kunskapsbrister och att man inte visste vem man skulle vända sig till med eventuella tandvårdsfrågor. Det svenska kvalitetsregistret Senior Alert innehåller en modul för munhälsa (Revised Oral Assessment Guide – ROAG). Införandet av kvalitetssäkringsinstrumentet har genomförts med olika intensitet i landet, men utgör en arena för samverkan omkring munhälsa för tandvården och sjukvården. Sedan starten har ROAG införts i 264 kommuner och 18 landsting/regioner (figur V).

I en studie från 2012 visar Wårdh och medarbe-

**”Det är viktigt att tandvårdsprofessionerna är följsamma och kan svara för uppdaterad och tillgänglig kunskap omkring äldres munhälsa.”**



tare att vård- och omsorgspersonal ofta visar förståelse för munhälsans betydelse, men behöver omfattande och systematisk utbildning för att klara uppgiften [19]. I en nyligen publicerad studie från Finland visas att vårdpersonal behöver ytterligare stöd och utbildning för att öka självförtroendet omkring den egna kapaciteten att utföra munvård till omsorgsberoende äldre personer [20]. Arbetet med att öka insikten hos vård- och omsorgspersonal om munhälsans betydelse skapar i sin tur också en efterfrågan på tandvård för sköra äldre och multisyka personer.

Det är ett omfattande arbete som har inletts för att säkerställa tandvårdskontakterna, förbättra munhälsan och därmed livskvaliteten för våra sköra äldre. Flera initiativ rapporteras från olika delar av Norden och munhålsoperspektivet lyfts i flera sammanhang där vård- och omsorgspersonal arbetar med sina vårdprocesser. Det är viktigt att tandvårdsprofessionerna är följsamma och kan svara för uppdaterad och tillgänglig kunskap omkring äldres munhälsa.

#### **Frisk tandvården**

Folk tandvårdsorganisationerna i alla Sveriges landsting/regioner fattade beslut om att införa en ny betalningsmodell år 2009, frisk tandvården [21]. Syftet var att skapa en stabilitet i munhälsoarbetet för att långsiktigt arbeta mot en förbättrad munhälsa för landets vuxna medborgare samtidigt som betalningsmodellen skapar bättre förutsättningar för patienten att överblicka sina tandvårdskostnader. Frisk tandvården bygger på en riskbedömning av individens munhälsa som kopplas till en fastställd premie. Premien betalas varje månad under en avtalsperiod på tre år. Under perioden ingår den tandvård och det profylaktiska omhändertagande som individen har behov av. För att erbjudas att teckna ett frisk tandvårdsavtal måste patienten vara över 19 år och färdigbehandlad med avseende på aktuellt tandvårdsbehov.

Fram tills nu har frisk tandvården främst varit en produkt som attraherat unga vuxna, men allt fler röster höjs för att se över möjligheten att skapa frisk tandvårdspremier som korrelerar till den äldre sköra befolkningen. Fokus skulle då ligga på profylaktiskt omhändertagande för att säkerställa munhälsan även i perioder av sviktande hälsa. Detta kan skapa nya incitament för både tandvård och patient att hålla kontakten och inplanerade stödbehandlingsintervaller.

Inom den privata tandvården erbjuds också ett alternativt betalningssystem med ett tandvårdskonto [22] där patienten själv sparar pengar för framtida tandvårdsbehov. Inom ramen för tandvårdskontot kan man också utnyttja en kredit på 7 000 kr eller låna pengar efter särskilt ansökningsförfarande. Tandvårdskontot kan utnyttjas hos alla 900 tandvårdsaktörer som är anslutna till Praktikertjänst.

#### **Kommunalt anställd tandhygienist**

I ett projekt som drivs i västra Sverige utvärderas funktionen av en kommunalt anställd tandhygienist som arbetar nära övrig verksamhet inom kommunal omsorg. Tandhygienisten genomför även munvårdsutbildningar och kvalitetssäkrar munvården inom den kommunala omsorgen. Projektets målsättning är att skapa ett koncept för samverkan mellan tandvård och kommun. När tandhygienisten får en kommunal placering utgör rollen en fast punkt för munvårdsfrågor, både när det gäller praktiskt omhändertagande och riskbedömningar men även för frågor omkring tandvårdsaktörer och specialutbildade tandvårdsaktörer (Muntlig rapportering juni 2016, L Gahnberg, Centrum för Äldretandvård, Västra Götaland).

#### **Munhälsa i samband med kommunal dagverksamhet**

Ett dilemma med att skapa tillgänglig tandvård är den immobilitet som många äldre upplever i samband med att de utvecklar skört åldrande. När allt fler bor hemma längre in i åldersprocessen får hemtjänsten alltmer avancerade uppgifter. De uppfattar ofta att de varken har tid eller kunskap att assistera vid daglig munvård eller att göra en bedömning enligt ROAG för att fastställa ett munvårdsbehov. I ett magisterarbete som drivs av ACT har därför dagvårdsverksamhet prövats som en arena för assisterad munvård och mobil tandhygienistvård.

De preliminära resultaten av studien visar att dagvårdsverksamheten uppvisar större personalstabilitet och mer tid för att utföra assisterad munvård i samband med lunchmåltiden. Fler individer erbjuds också och accepterar den kostnadsfria munhälsobedömningen inom ramen för det särskilda tandvårdsstödet.

#### **Pensionärsföreningar och patientföreningar**

Samarbete med pensionärsföreningar och specifika patientföreningar ökar engagemanget för munhälsans betydelse. Kunskapsbristen är stor inom dessa grupper, framför allt när det gäller de ekonomiska tandvårdsstöden i Sverige. Betydelsen av en god munhälsa behöver också lyftas för de äldre som helt eller delvis vårdar sin maka/make och därmed har svårigheter att prioritera sin egen hälsa/tandhälsa med en ökad risk för förlorad tandvårdskontakt som resultat. Information om var det finns specialinriktade tandvårdskliniker, och vilka tandvårdsstödet som kan vara aktuella, behöver vara lättillgänglig och pedagogiskt utformad.

#### **Grundutbildning inom alla professioner**

Kunskapsluckorna inom ämnesområdet äldre tandvård är omfattande och adresseras särskilt i SBU-genomlysningen av sjuk- och tandvård [23].

**”Ämnet gerodonti behöver inkluderas i grundutbildningarna för alla tandvårdsyrken ...”**

Bristen på utbildning omkring munhälsans betydelse under grundutbildningen för de medicinska professionerna skapar också en generell kunskapsbrist som ökar gapet mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Detta beskrivs mer ingående i artikeln artikeln "Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering" på sidan 66.

Ämnet gerodonti behöver inkluderas i grundutbildningarna för alla tandvårdsyrken för att möta den ökade komplexiteten i den åldrande befolkningens munhälsofrågor.

#### REFLEKTION

Denna artikel har ett svenskt perspektiv, men det har varit svårt att hitta jämförbara data för hela Sverige. Uppgifterna ska därför inte ses som någon kartläggning, utan mer som exempel på en situation som behöver uppmärksammas. Utmaningen att inte förlora kontakten med sin äldre tandvårdspatient blir alltmer aktuell i många länder, i takt med att allt fler behåller sina tänder långt upp i åldrarna. Studier har visat att tandlöshet är relaterad till att inte regelbundet besöka tandvården [24].

Den förlorade tandvårdskontakten innebär i förlängningen sämre munhälsa och en ökad risk för förlust av tänder. I samband med att munhalsobedömning utförs i hemmet konstateras ofta att flera tänder saknas och en ökad förekomst av karies och parodontit. Om tandvårdskontakten kan bibehållas i den sköra fasen av åldrandet ökar möjligheten till ett långsiktigt perspektiv på munhälsan genom säkerställd tuggfunktion, infektionsfrihet och rimlig estetik, vilket också väsentligen bidrar till livskvaliteten under perioden. Jämförande vetenskapliga studier behövs för att ge möjlighet till djupare analys av konsekvensen av den förlorade tandvårdskontakten.

En väl etablerad vana brukar inte så snabbt gå förlorad. Det gäller också tandvårdsvanor, och allt eftersom regelbunden tandvård blir allt vanligare, kanske de äldre själva mer börjar efterfråga tandvårdsbesök. Då måste politiker och beslutsfattare sörja för att tandvård görs tillgänglig även när de äldre blivit sjuka och omsorgsberoende. Vi antar då också att kunskapen om äldres tand- och munhälsa har ökat både bland tandvårdsprofessionen och andra aktörer runt de äldre. Kunskapsluckorna kan överbryggas, den ömsesidiga respekten och förståelsen för de olika vårdinriktningarna kan upprätthållas och arenor kan skapas för gemensamma terapidiskussioner och samverkan omkring de sköra äldres livssituation.

Likaväl finns förhoppningen om att attityderna till munvårdsarbetet förbättras. Men det finns en fara att andelen äldre blir så stor, samtidigt som personaltillgången inom både tandvård och övrig vård blir så pass begränsad, att resurserna inte räcker till.

Det har också kommit in ett transkulturellt perspektiv i tandvården [25]. Andelen äldre individer med ursprung från länder som inte har tillgång till, eller vana av, regelbunden tandvård ökar. De behöver ännu mer motivation och uppmuntran för att etablera och upprätthålla sina tandvårdskontakter, speciellt som deras orala status oftast är sämre än hos de svenskfödda äldre. Det är viktigt att alla äldre får gå in i den senare delen av livet med ett gott oralt status och att deras tandvårdsbehov i möjligaste mån begränsas, vilket säkerställs genom att upprätthålla regelbundna tandvårdskontakter.

#### KONKLUSION

Den orala framgångssagan med ett allt större antal äldre som bevarar sina tänder långt upp i ålderdomen, alternativt har kostat på sig avancerade fasta tandersättningar, har skapat en ny situation. Att förlora tandvårdskontakten vid ökande sjuklighet och omsorgsberoende kan få ödesdigra konsekvenser, både för den äldres orala och allmänna hälsa.

Orsakerna till de förlorade kontakterna kan vara

- skört åldrande
- bristande tandvårdstillgänglighet
- svag patientekonomi.

Alla som är involverade i de äldres livssituation måste uppmärksamma denna risk och tillsammans verka för att bevara de äldres tandvårdskontakter. "Mind the gap!"

#### ENGLISH SUMMARY

*Mind the gap – the challenge of retaining contact with resident elderly patients in community dwelling houses: A Swedish perspective*

*Pia Skott and Inger Wårdh*

*Tandläkartidningen 2017; 109 (3): 52-9*

Many elderly people lose contact with their dental providers even if these health care contacts are still present. This is probably due to a proceeding health deterioration and increasing functional limitation. In some cases it could be four or five years since an elderly patient visited a dental clinic and consequently the oral situation may be so bad that there are no possibilities for a proper rehabilitation, especially in such a frail patient. The questions arise on how this could happen and why was it not prevented in time? Oral and general health are closely related for an elderly person, thus to keep contacts active, both health and dental care professionals need to be involved. Bad oral health can have consequences for the elderly person's total life and health situation. This paper provides a view of different circumstances, both individual and general that may cause the loss of dental contacts and give possible suggestions to actions. The authors take a Swedish perspective but the majority of the content can be generally applied to any ageing population with many preserved natural teeth. ●

**"Studier har visat att tandlöshet är relaterad till att inte regelbundet besöka tandvården."**



## Referenser

1. Hansson TL, Gahnberg L, Hägglin C et al. Skör och äldre – vad händer med tänder? FoU i Väst/Gr 2013:4.
2. Törres LH, Tellez M, Hilgert JB et al. Frailty, frailty components, and oral health: A systematic review. J Amer Geriatrics Soc 2015; 63: 2555-62.
3. TLVFS: Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd; TLV; 2015: 1.
4. Vårdanalys. Tandlösa tandvårdsstöd – en analys av hur tandvårdsstödet fungerar för den äldre befolkningen. Rapport 2015:3.
5. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A et al. 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: 221–9.
6. Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V et al. Number of teeth – a predictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic localities. Acta Odontol Scand 2007; 65: 335–40.
7. Norderyd O, Koch C, Papias A et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013) II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J 2015; 39: 69–86.
8. Strömberg E, Holmén A, Hagman-Gustafsson ML et al. Oral health related quality of life in home-bound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. Acta Odontol Scand 2013; 71: 771–7.
9. Ekbäck G, Astrøm AN, Klock K et al. Variation in subjective oral health indicators of 65-year-olds in Norway and Sweden. Acta Odontol Scand 2009; 67: 222–32.
10. Dyck D, Bertone M, Knutson K et al. Improving oral care practice in long-term care. Can Nurse 2012; 108: 20–4.
11. Solemdal K, Sandvik L, Wilumsen T et al. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. PLoS One 2012; 7: e36557 doi: 10.1371/journal.pone.0036557.
12. Awano S, Ansai T, Takata Y et al. Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. J Dent Res 2008; 87: 334–9.
13. Johansson AK, Johansson A, Unell L et al. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. Gerodontology 2012; 29: 107–15.
14. Brondani M. The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. Community Dent Health 2010; 27: 139–44.
15. Andrén Andås C. A new payment model in Swedish dental care. Doctoral thesis, Institute of Odontology, University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy 2015.
16. Malmstedt M. Gerioweb ger råd om äldretandvård. Tandläkartidningen, 2012. (Set 2016 august). Tillgänglig fra: URL: <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/artikelserier/gerioweb-ger-rad-om-aldretandvard/>
17. Sjogren P, Forsell M, Johansson O. Mobile dental care. Br Dent J 2010; 208: 549–50.
18. Senoir alert. Stockholms län. (Set 2016 august). Tillgänglig fra: URL: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida40605/Stockholms\\_lan.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida40605/Stockholms_lan.pdf)
19. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. Gerodontology 2012; 29: 787–92.
20. Pihlajamäki T, Syrjälä AM, Laitala ML et al. Oral health care-related beliefs among Finnish geriatric home care nurses. Int J Dent Hyg 2016 Nov; 14(4): 289–94.
21. Folk tandvården Sverige. Frisk tandvård. (Set 2016 august). Tillgänglig fra: URL: <http://www.folktandvarden.se/frisk-tandvard/>
22. Praktikertjänst. Tandvårdskonto. (Set 2016 august). Tillgänglig fra: URL: <http://www.praktikertjanst.se/Patienter/Tandvard/Tandvardskonto/>
23. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Vetenskapliga kunskapsluckor – otillräckligt utvärderade metoder och insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. (Set 2016 august). Tillgänglig fra: URL: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/>
24. Li KY, Wong MC, Lam KF et al. Age, period, and cohort analysis of regular dental care behavior and edentulism: a marginal approach. BMC Oral Health 2011; 11: 9.
25. Murphy J, Scully C. Oral healthcare implications of mass migration. Dent Update 2015; 42: 965–8, 970–1.

## Delta i debatten i Tandläkartidningen!

[hilda.zollitsch@tandlakartidningen.se](mailto:hilda.zollitsch@tandlakartidningen.se)



**Tandläkar**  
tidningen