

ABSTRACT

Mind the gap – förlora inte din äldre patient!

Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter, även om kontakten med hälso- och sjukvården kvarhålls. Troligen sker detta i samband med en tilltagande multisjuklighet då man blir alltmer beroende av hjälp i det dagliga livet. Det kan ha gått 4-5 år sedan den äldre besökte en tandklinik och den orala situationen är 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. Munhälsa och allmän hälsa, är nära relaterade till varandra hos den äldre individen och arbetet med att förebygga den tappade tandvårdskontakten involverar flera yrkeskategorier inom såväl tandvård som sjukvård och omsorg. En dålig munhälsa kan få många konsekvenser för den äldres liv och hälsa. 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 bevarade tänder.

Mind the gap – utmaningen att inte förlora kontakten med den äldre hemmaboende tandvårdspatienten. Ett svenskt perspektiv

Pia Skott, tandläkare, ph.d., Folk tandvården Stockholm AB och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

Inger Wärdh, associate professor in Gerodontology, ph.d., Institutionen för odontologi och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

Accepteret til publikation den 18. august 2016

Det hävdas ofta att den största andelen patienter både inom sjukvården och tandvården, utgörs av äldre patienter. Barn- och ungdomar omhändertaras vanligen av offentlig 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 (Fig. 1). 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, framförallt besök som avser undersökande åtgärder och mest uttalat bland kvinnorna (Fig. 2). Troligen sker detta i samband med en tilltagande multisjuklighet då man blir alltmer beroende av hjälp i det dagliga

livet och främst besöker tandvården vid akuta problem. Enligt uppgifter från Västra Götaland saknade 42 % regelbunden tandvårdskontakt vid den första kontakten med kommunen för bistånd och vid flytt till äldreboende saknade 58 % regelbunden tandvårdskontakt (1).

EMNEORD

Dental care for elderly; oral health; frail elderly; economy; Sweden



Korrespondance:
Pia Skott, email: pia.skott@ki.se

Tandvårdsektor

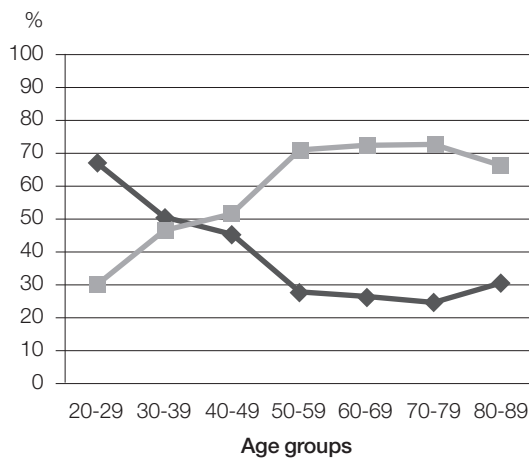


Fig. 1. Andel patienter som besöker privat tandvård (grå fyrkanter) respektive landstingsdriven Folk tandvård (svarta rutor). Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

Fig. 1. Frequency of patients visits to private dental care (grey squares) and public dental care (black squares). Source: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

Tandvårdbesök

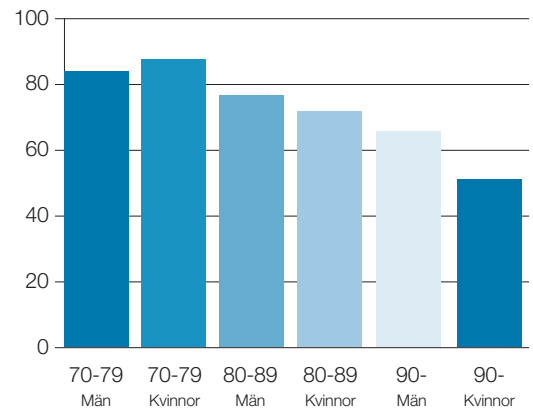


Fig. 2. Antal personer per 100 personer som besökt tandvården den senaste tvåårsperioden (2014 och 2015) i respektive ålderskategori. Data uppdelat på kvinnor och män. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Fig. 2. Number of individuals per 100 that have visited dental care during the latest two year period (2014 and 2015) in each age category. Data sorted by men and women. Source: Socialstyrelsens statistikdatabas.

I data från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting ses att många fler individer på vård- och omsorgsboende än i eget boende erbjuds kostnadsfri munhälsobedömning (Fig.3). 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 denna 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.

Orsaker till förlorade tandvårdskontakter

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

Munhälsobedömningar

Personer 81-95 år i Stockholms läns landsting

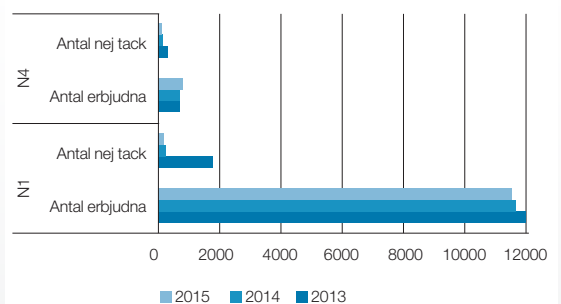


Fig. 3. Skillnaden mellan antalet munhälsobedömningar utförda i vård- och omsorgsboende (N1) och eget boende (N4). Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting.

Fig. 3. The difference between number of oral health care assessments, performed in special facilities (N1) and own homes (N4). Source: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting.

Skört åldrande

Det sköra åldrandet beskriver biologiskt åldrande som är nära sin funktionella sviktgräns. Under utvecklingen av skört åldrandet 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 sjukvårdskonsumtion och ökad skröplighet. I en reviewartikel 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 regelbunden tandvårdskontakt som istället 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 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, lätt tillgänglig toalett, stress och oro inför själva behandlingen och hur man ska ta sig tillbaka till bostaden. Sammantaget kan det innebära ett allt för 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 se tillgodose den regionala spridningen och tillgängligheten. Ett ökande intresse för mobil tandvård som kan utföras i hemmet ses också särskilt i glesbygd och stadsområden, båda med transportproblem.

Tillgängligheten till tandvård påverkas också av äldre tandläkarkollegors pensionering, det är inte ovanligt att en mångårig tandläkar-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-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. Detta 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-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-månaders period (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 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 det 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 (Fig. 4). 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 till varandra hos den äldre individen (6). Därför kan bevarade tandvårdskontakter också ge indirekta allmänna hälsovinster. Förr var detta inte 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. Idag har vi en helt annan situation med många tänder och restaurationer med ett stort behov av underhåll (7). Där kan förlorade tandvårdskontakter 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 också 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



KLINISK RELEVANS

Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter vid tilltagande sjuklighet och omsorgsberoende. Artikeln ger aspekter på ett växande problem hos en

patientkategori som utgör en allt större del av befolkningen och den odontologiska patientstocken men som även berör sjukvård och omsorg.

men risken för allmänpåverkan ökar också, då dentalt plaque ofta härbärgerar 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 tandvårdskontakter. Muntorrhet kan komma hastigt när en särskild medicin sätts in men oftast kommer det smygande i samband med att medicineringsen 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 till 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 olika skador. I värsta fall omöjliggörs ett boende i det ursprungliga hemmet och en flytt till äldreboende väntar. På äldreboendet upptäcks idag många raserade bett. Det kan ha gått 4-5 år se-

dan den äldre besökte en tandklinik. Man kanske inte upplevt något behov, man vänjer sig vid situationen, det är krångligt att komma iväg och tandkliniken 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 tandvårdskontakten 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 taget till den specifika risken.

Munhälsan bör lyftas i samband med övrig hälsoinformation via kanaler som media, pensionärsföreningar, 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 under 2014-2015 ett omfattande analysarbete omkring 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 (Fig.3).

Kariesrisk

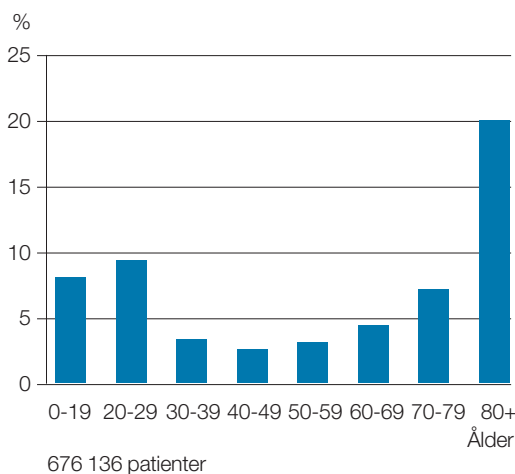


Fig. 4. Andel patienter som bedömts ha hög kariesrisk i olika åldersgrupper. Bedömningen gjord med hjälp av beslutsstödet "R2" (15) i samband med odontologisk rutinundersökning 2013/14. Data från Folk tandvården i Västra Götaland. Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

Fig. 4. Frequency of high caries risk in patients of different age groups. The assessment is made with help of the decision tool "R2" (15) in connection with common oral examination 2013/14. Data from Public dental care in Västra Götaland. Source: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

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 tandvårdsstödet 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 genomföra. 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 idag sju aktiva centra (Göteborg, Stockholm, Uppsala, Örebro, Härnösand, Karlstad, 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 kunskapsspridning 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 idag 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 omsorgsper-

Andel riskbedömning inkl ROAG - landsting/regioner 2014

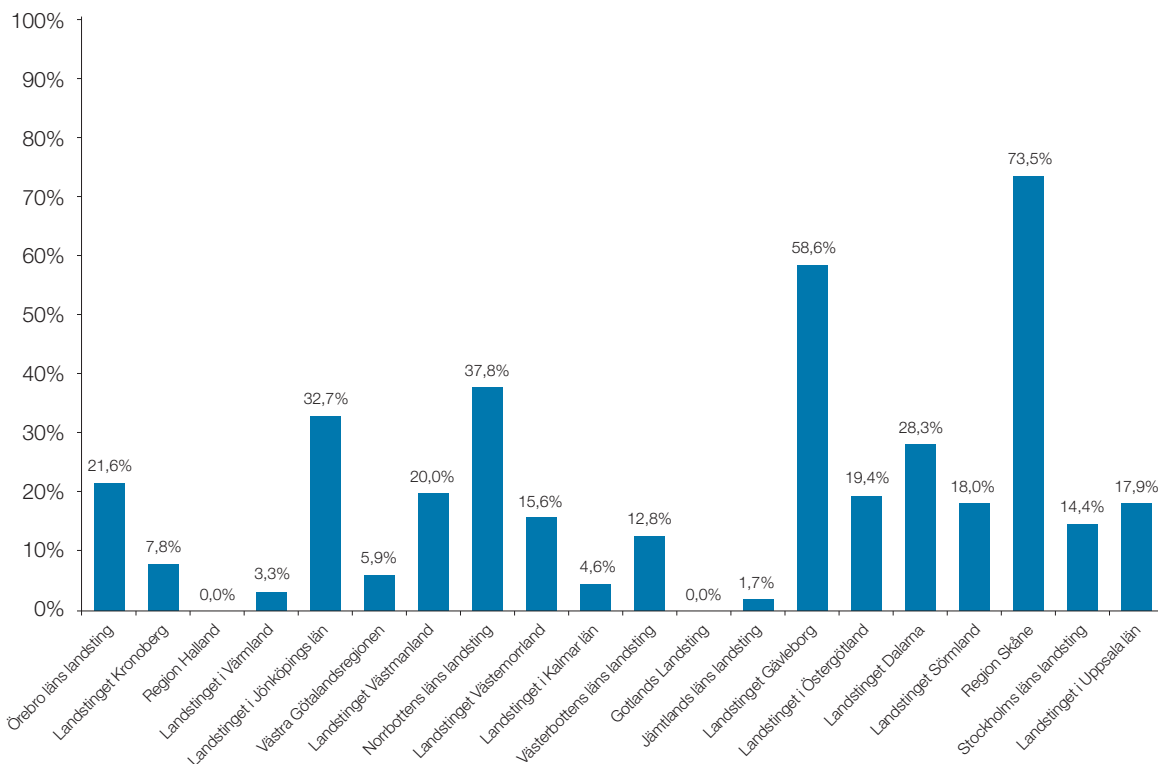


Fig. 5. Genomförda ROAG-bedömningar i landsting/regioner 2014. Källa: www.senioralert.se (18).

Fig. 5. ROAG-assessments performed in different counties/regions 2014. Source: www.senioralert.se (18).

sonal från hemtjänst och geriatriska slutenvårdskliniker konstaterades flera orsaker till att munhälsan så ofta glömdes bort eller negligerades. Den största enskilda 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 kvalitetsåkringsinstrumentet 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 (Fig. 5).

I en studie från 2012 visar Wårdh och medarbetare 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 multijuka 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 munhälsoperspektivet lyfts i flera sammanhang där vård- och omsorg arbetar med sina vårdprocesser. Det är viktigt att tandvårdsprofessionerna är följ-samma och kan svara för uppdaterad och tillgänglig kunskap omkring äldre munhälsa.

Frisktandvården

Folktandvårdsorganisationerna i alla Sveriges landsting/regioner fattade beslut om att införa en ny betalningsmodell år 2009, Frisktandvården (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. Frisktandvården 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 frisktandvårdsavtal måste patienten vara över 19 år och färdigbehandlad med avseende på aktuellt tandvårdsbehov.

Fram tills nu har Frisktandvården främst varit en produkt som attraherat unga vuxna men allt fler röster höjs för att se över möjligheten att skapa Frisktandvårdspremier 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 7000 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 tandvårdsstöd 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 allt mer avancerade uppgifter. De uppfattar ofta att de varken har tid eller kunskap att assistera vid daglig munvård eller 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 "Nödändig tandvård".

Pensionärsföreningar, patientföreningar

Samarbete med pensionärsföreningar och specifika patientföreningar ökar engagemanget för munhälsans betydelse. Kunskapsbristen är stor inom dessa grupper framförallt 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 tandvårdsstöd som kan vara aktuella, behöver vara lättillgänglig och pedagogiskt utformad.



Grundutbildning inom alla professioner

Kunskapsluckorna inom ämnesområdet äldretandvård är omfattande och adresseras särskilt i SBU-genomlysningen av sjuk- och tandvård (23). Bristen på utbildning omkring munhälsans betydelse under grundutbildningen för de medicinska professionerna skapar också en generell kunskapsbrist som ökar gapet mellan tandvård och hälso- sjukvård. Detta beskrivs mer ingående i artikeln om utbildning och organisation.

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, varför uppgifterna inte ska 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 relaterat 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 munhälsobedömning 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 allteftersom 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 för gemensamma terapidiskussioner och samverkan omkring de sköra äldres livssituation, skapas.

Likaväl finns förhoppningen om att attityderna till munvårdsarbetet har förbättrats. Men det finns en fara att andelen äldre blivit så stor samtidigt som personaltillgången inom både tandvård och övrig vård, blivit 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 infödda 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. Alla som är involverade i de äldres livssituation, måste uppmärksamma denna risk. "Mind the gap" !

ABSTRACT (ENGLISH)

Mind the gap – the challenge not to lose patient contact for elderly in community dwelling houses. A Swedish perspective

Many elderly people lose their dental contacts even if contacts regarding health care are still present. Probably this process is connected to a proceeding health deterioration and increasing functional limitation. It could be 4-5 years since an elderly patient visited a dental clinic and the oral situation is sometimes so bad that there are no possibilities for a proper rehabilitation, especially in such a frail patient. You may ask yourself how this could hap-

pen and why nobody stopped it in time. Oral and general health are closely related to each other for an elderly person, so to keep contacts active, both health and dental care need to be involved. A bad oral health can have consequences for the elderly person's total life and health situation. This paper gives 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 have a Swedish perspective but great parts of the content can generally be applied to any ageing population with many preserved natural teeth.

Litteratur

- Hansson TL, Gahnberg L, Hägglin C et al. Skör och äldre – vad händer med tänder? FoU i Väst/Gr 2013:4.
- Törres LH, Tellez M, Hilgert JB et al. Frailty, frailty components, and oral health: A Systematic Review. *J Amer Geriatrics Soc* 2015;63:255562.
- TLVFS: Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd; TLV;2015:1.
- VÅRDANALYS. Tandlösa tandvårdsstöd – en analys av hur tandvårdsstödet fungerar för den äldre befolkningen. Rapport 2015:3.
- 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. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2012;40:221-9.
- 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.
- Norderyd O, Koch G, 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.
- Strömberg E, Holmén A, Hagman-Gustafsson ML et al. Oral health related quality of life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. *Acta Odontol Scand* 2013;71:771-7.
- Ekbäck G, Aström 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.
- Dyck D, Bertone M, Knutson K et al. Improving oral care practice in long-term care. *Can Nurse* 2012;108:20-4.
- Solemdal K, Sandvik L, Willumsen 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.
- 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.
- 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.
- Brondani M. The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. *Commun Dent Health* 2010;27:139-44.
- Andrés Andås C. A new payment model in Swedish dental care. Doctoral thesis. Institute of Odontology, University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy 2015.
- Malmstedt M. Gerioweb ger råd om äldretandvård. *Tandläkartidningen*, 2012. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: URL: <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/artikelserier/gerioweb-ger-rad-om-aldretandvard/>
- Sjogren P, Forsell M, Johansson O. Mobile Dental Care. *Br Dent J* 2010;208:549-50.
- SENOIR ALERT. Stockholms län. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: URL: http://plus.rjl.se/info_files/infosida40605/Stockholms_lan.pdf
- 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.
- Pihlajamäki T, Syrjälä AM, Laitala ML et al. Oral health care-related beliefs among Finnish geriatric home care nurses. *Int J Dent Hyg* 2016; DOI:10.1111/idh.12227. [Epub ahead of print]
- FOLKTANDVÅRDEN SVERIGE. Frisktandvård. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: URL: <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/>
- PRAKTIKERTJÄNST. Tandvårdskonto. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: URL: <http://www.praktikertjanst.se/Patienter/Tandvard/Tandvardskonto/>
- STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING. Vetenskapliga kunskapsluckor – otillräckligt utvärderade metoder och insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: URL: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/>
- 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.
- Murphy J, Scully C. Oral health-care implications of mass migration. *Dent Update* 2015;42:965-8, 970-1.



Trigeminalneuralgi

En lidelse der kan snyde såvel patienter som tandlæger!

- Vi er en patientforening for trigeminalramte.
- Vi støtter og hjælper patienter og deres pårørende.
- Vi holder foredrag om sygdommen og behandlingsmulighederne.
- Vi samarbejder med videnskaben.
- Vi er åbne for kontakt fra læger og tandlæger.
- Vi udgiver en folder om sygdommen.
- Vi har en informationsfolder specielt til tandlæger.

- Vi har en hjemmeside med mange oplysninger www.trigeminal.dk

Kontakt os for nærmere information, eller ønske om at få tilsendt foldere om sygdommen på: tn@trigeminal.dk eller tlf. 6172 2111.

Bestyrelsen i Trigeminal Foreningen