



LiÖ-2014-1127

# Munhälsa för sköra äldre

Behovsanalys

2014



**Munhälsa för sköra äldre - Behovsanalys inklusive resultat från Brukardialogberedning 2**

Oktober 2014

Redaktör och kontaktperson för rapporten: Elisabeth Wärnberg Gerdin  
Tandvårdsstrateg, Tandvårdsgruppen, Landstingets ledningsstab  
Landstinget i Östergötland

# Innehållsförteckning

---

<i>Förord</i> .....	5
<i>Sammanfattning och slutsatser</i> .....	6
Starka sidor .....	7
Utvecklingsområden .....	8
Organisation, kunskap och information .....	9
<i>Bakgrund, syfte och genomförande</i> .....	10
Brukardialogberedningens arbete.....	10
Disposition .....	12
Ordlista .....	13
<i>Behovsgruppen sköra äldre</i> .....	14
Sköra äldre .....	14
Befolkningen blir äldre.....	15
Hjälp och stöd för det dagliga livet.....	16
Östergötland .....	17
<i>Munhälsa hos sköra äldre</i> .....	18
De vanligaste munsjukdomarna och hur de kan förebyggas .....	18
Förutsättningar för munhälsa.....	19
Vad en god munhälsa betyder.....	20
Ömsesidiga samband mellan munsjukdomar, livskvalitet och allmänna sjukdomar .....	20
Risk för en försämrad munhälsa hos sköra äldre .....	21
Odontologiska behov .....	22
Behov av stöd och kunskap .....	24
Östergötland .....	25
<i>Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar</i> .....	27
Offentlig och privat tandvård .....	27
Mobil tandvård.....	28
Tandvårdsteamet – Tandläkare, tandhygienist och tandsköterska .....	28
Tandvårdens ekonomiska förutsättningar .....	28
Organisation runt tandvård för äldre .....	31
Östergötland .....	32

<i>Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister</i> .....	35
Nationella riktlinjer .....	35
Ramdokument för äldretandvård Folktandvården Sverige .....	36
Nationella kvalitetsregister.....	36
Östergötland .....	39
<i>Samverkan och tillgänglighet</i> .....	41
Samverkan .....	41
Tillgänglighet.....	42
Östergötland .....	42
<i>Erfarenheter från intervjuer</i> .....	44
Munhälsa och tandvård allmänt - betydelsen av munhälsa.....	44
Tandvårdsbehov.....	45
Tandvårdskontakter .....	45
Om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvården.....	47
Ekonomi.....	48
Munnen är så privat .....	49
Hemtjänstens roll .....	50
Reflektioner från Brukardialogberedning 2.....	51
<i>Referenser</i> .....	53
Litteratur .....	53
Referenspersoner .....	55
<i>Bilaga Samtalsguide</i> .....	56

# Förord

---

## Tack!

Brukardialogberedning 2 har haft uppdraget att inhämta kunskap om sköra äldres behov och erfarenheter inom området munhälsa.

En förutsättning för arbetet har varit dialogerna med alla er som frikostigt delat med er av erfarenheter och tankar. Brukardialogberedningen har träffat både äldre personer och personer som finns runt omkring de sköra och omsorgsberoende äldre, som vård- och omsorgspersonal inom hälso- och sjukvård, hemtjänst och särskilda boenden. Ett varmt tack till alla er som bidragit med erfarenheter och reflektioner. Ett stort tack även till er representanter för tandvården, hälso- och sjukvården och Läns-SLAKO samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna som har bidragit med värdefull kunskap. Ni har alla varit med och skapat insikt i ett angeläget område som behöver uppmärksammas. Eller, som en av våra intervjupersoner uttryckte det: *Munhälsa är en glömd hälsa.*

Brukardialogberedning 2

Eva Hermansson (vl), ordförande

Eva-Lotta Nilsson (s), vice ordförande till och med 2013-12-31

Efat Saiady (s), vice ordförande från och med 2014-04-23

Eva Karlsson (mp)

Miriam Lagervik (kd)

Madelaine Pavlidis (fp)

Åke Svensson (m)

Adam Westerholm (s), från och med 2014-04-23

Elisabeth Wörnberg Gerdin, tjänstemannastöd

# Sammanfattning och slutsatser

---

Frågan om munhälsa för äldre står högt på många agendor såväl nationellt som lokalt. Socialdepartementet arrangerade i början av hösten 2014 en hearing där landets experter inom tandvård för äldre diskuterade frågan. Hearingen mynnade ut i en nationell arbetsgrupp. Även inom Myndigheten för vårdanalys liksom i landsting och regioner runt om i landet arbetar man med utmaningen att möta behovet av förebyggande och behandlande tandvård för äldre i framtiden. Flera utredningar har genomförts, vilka har varit till stor hjälp för kunskapsinhämtningen i denna behovsanalys.

Behovsanalysens fokus är *munhälsa för sköra äldre*. Med sköra äldre avses i tandvårdssammanhang och i denna behovsanalys de individer som, ur beroendesynvinkel, befinner sig emellan de *oberoende, friska äldre* och de *äldre med stora omsorgsbehov*. Detta är en åldersgruppsindelning som grundar sig på behovet av omsorg och inte på vare sig åldern i sig eller det odontologiska behovet även om man självfallet kan se ett mönster där såväl behovet av omsorg som det odontologiska behovet i normalfallen ökar med ökande ålder.

Den sköra perioden kännetecknas av att individen successivt blir allt mer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro. Många av de sköra äldre har stöd av hemtjänst eller anhöriga. Krafterna avtar och hälsan försämras. Det är dessutom vanligt att sköra äldre behandlas med många olika läkemedel, av vilka ett stort antal har muntorrhet som biverkan. Förmåga och ork att sköta sin munhygien avtar. Erfarenheten visar också att sköra äldre lätt förlorar sin regelbundna kontakt med tandvården. Den friska äldres goda munhälsa riskerar därför att snabbt försämras under den sköra perioden vilket leder till stora tandvårdsbehov hos den omsorgsberoende äldre. Mot denna bakgrund tar behovsanalysen och brukardialogen runt munhälsa för sköra äldre sin utgångspunkt i behovet av sjukdomsförebyggande insatser för gruppen sköra äldre.

Många av de personer som hör till behovsgruppen var barn under en tid när tandvård var en bristvara och kunskaperna om munsjukdomars utveckling och de förebyggande insatsernas betydelse ännu inte fanns. De har dessutom under sin livstid upplevt ett antal olika tandvårdsreformer. Sammantaget kan konstateras att tandvårdens utveckling har medfört att dagens äldre har betydligt fler egna tänder kvar, vilket avsevärt förbättrat tuggförmågan och munhälsan jämfört med tidigare generationer. Samtidigt innebär detta att förekomsten av fyllningar, protetiska konstruktioner och implantat ökat, vilket ökar riskerna för tekniska komplikationer och munsjukdomar som karies och tandlossningar. Det innebär också större svårigheter att sköta munhygien. Gruppen sköra äldre har således ett ökat behov av både egenvård och tandvård.

En betydande del av vuxentandvårdens finansiering utgörs av patienternas egenavgifter. För äldre individer med stora tandvårdsbehov kan stora kostnader leda till att man avstår från tandvård. Detta är också beslutsfattarna medvetna om och har försökt att kompensera för genom olika offentligt finansierade tandvårdsstöd. Personer med stora och bestående omsorgsbehov, liksom personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar, eller med behov av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, erbjuds en betydande ekonomisk kompensation. Bland annat omfattas

avgifterna för tandvård av reglerna för den övriga, offentligt finansierade, hälso- och sjukvården. Avgiften för ett tandvårdsbesök således är densamma som för ett besök inom den övriga hälso- och sjukvården.

Men många av individerna i gruppen sköra äldre uppfyller inte kriterierna för att omfattas av dessa landstingsfinansierade tandvårdsstöd. I tandvårdssammanhang räknas de således vanligtvis till den övriga vuxenbefolkningen och betalar tandvården enligt tandvårdstaxa och omfattas av reglerna för det statliga tandvårdsstödet. Detta innebär att subventionerna för behandling träder i kraft när patientavgiften överstiger 3000 kronor. De ekonomiska hindren kan därför kännas höga och öka risken för att den regelbundna kontakten med tandvården upphör.

När den egna förmågan till att utföra egenvård och upprätthålla tandvårdskontakter avtar behöver vård- och omsorgssystemet träda in för att identifiera och tillgodose behovet av stöd och hjälp för egenvård och tandvård. Eftersom det är vanligare att sjuka äldre har en mer regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheter än med tandvården skulle dessa verksamheter kunna ha en nyckelroll i att förebygga munsjukdomar, identifiera munhälsoproblematik och förmedla kontakter med tandvården. Ett verktyg som kan bidra i detta är det nationella kvalitetsregistret Senior alert. I Senior alert görs en bedömning av risken för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa. Undernäring är kopplad till individens förmåga att tillgodogöra sig näring. Problem i munhålan, till exempel med tuggfunktion eller sväljförmåga, påverkar energiintaget vilket kan orsaka undernäring. Detta skulle i sin tur kunna leda till ökad risk för fall och individer som har ramlat, så att de på grund av skada blir sängliggande, lider större risk att drabbas av trycksår. Dock är munhälsomodulen frivillig i dagsläget.

I behovsanalysen har tillgänglig kunskap och en nulägesbeskrivning från Östergötland vägts samman med erfarenheter från Brukardialogberedningens intervjuer. Några olika starka sidor och utvecklingsområden inom landstingets verksamheter har identifierats som viktiga för att skapa förutsättningar för en god munhälsa hos sköra äldre. Dessa beskrivs nedan.

Dessutom har hemtjänst identifierats som en viktig arena för att möta munhälsobehov hos gruppen sköra äldre. *Nyckeln är hemtjänsten*, som en av våra intervjupersoner uttryckte det. Samverkan med denna arena är därför viktig att beakta i den fortsatta processen, vilket också framgår av Brukardialogberedningens reflektioner.

## Starka sidor

### **Senior alert i regelboken för vårdval primärvård 2014**

Regelboken för vårdval primärvård 2014 innehåller **skall**-kravet att primärvårdsleverantören skall registrera i Senior alert. Under förutsättning att även, den idag valbara, munhälsomodulen i Senior alert används ger detta förutsättningar för att munhälsan successivt kan integreras i hälso- och sjukvården.

### **Breddutbildning i munhälsovård**

Landstinget ger utbildning i munhälsovård, som riktar sig mot hälso- och sjukvårdspersonal och som syftar till att ge kunskaper i att förebygga ohälsa i munnen. Detta ger förutsättningar för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska få kunskap och förståelse för sin roll i att säkerställa en god munhälsa hos patienterna. I

utbildningen ingår också riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide), som används i munhälsomodulen i Senior alert, vilket ytterligare ökar möjligheterna för att integrera munhälsan i hälso- och sjukvårdens processer.

### **Informationsmaterial om tandvårdsstöden**

Tandvårdssystemet är komplext och svåröverskådligt, vilket kan leda till att personer som är berättigade till tandvårdsstöd inte får det. För att öka kunskapen om de olika tandvårdsstöden och underlätta kommunikationen mellan hälso- och sjukvård och tandvård har Landstinget i Östergötland, genom tandvårdsgruppen, tagit fram en ”Lathund för vårdpersonal”. Med utgångspunkt i denna och på initiativ av Brukardialogberedningen har en informationsbroschyr för allmänheten tagits fram under 2014. Här beskrivs tandvårdsstöden samlat. Broschyren kompletterar övrigt informationsmaterial och ger förutsättningar för informations- och kunskapsspridning.

### **Samverkansgruppen mellan folktandvård och privattandvård**

Samverkansgruppen mellan folktandvård och privattandvård, med landstingets tandvårdsgrupp som sammankallande, ger förutsättningar för gemensamma lösningar för landstingets övergripande planering av tandvård.

## **Utvecklingsområden**

### **Det saknas ett systematiskt arbete med att identifiera bristfällig munhälsa hos sköra äldre patienter i hälso- och sjukvården**

De starka sambanden mellan en dålig munhälsa och bland annat nutrition, fallrisk, trycksår, hjärt- och kärlsjukdomar, sämre sårhäkning och vårdrelaterade lunginflammationer betyder att munhälsan behöver beaktas även i hälso- och sjukvårdens vårdprocesser. Former för att systematiskt integrera munhälsan i hälso- och sjukvården behöver därför utvecklas. Ett verktyg för detta kan vara riskbedömningar i kvalitetsregisteret Senior alert som även innehåller en munhälsomodul. Munhälsomodulen är dock frivillig i nuläget.

### **Det saknas ett system för uppföljning av äldre personer som riskerar att falla ur tandvårdens kallelsesystem vid upprepade återbud eller uteblivanden**

Erfarenheten visar att sköra äldre lätt förlorar sin regelbundna kontakt med tandvården. Ett vanligt mönster är att den äldre personen lämnar återbud eller uteblir upprepade gånger för att sedan önska eller uppmanas höra av sig själv för en ny tid. Orsakerna kan vara flera, som sjukdom och trötthet, ekonomi eller bristande tillgänglighet. När detta inträffar ökar risken för att patienten faller ur systemet för kallelser. System för att motverka denna risk saknas.



## Organisation, kunskap och information

### **Det saknas systematiska strukturer för samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvård och tandvård kring identifierade tandvårdsbehov hos sköra äldre.**

När tandvårdsbehov upptäcks i hälso- och sjukvården idag kan hälso- och sjukvården enbart påtala behoven och rekommendera patienten att ta kontakt med en tandläkare. Om patienten inte har någon ordinarie tandläkare finns det inte någon systematisk struktur för hänvisning till tandvården. För vissa inreligande patienter kontaktas Orofacial medicin/Sjukhustandvården, men detta sker på enskilda initiativ, inte i systematisk form.

### **Det saknas en struktur för systematisk utveckling, samlande och spridning av kunskap om tandvård för äldre**

Utbildningsmoment runt munhälsa är få i grundutbildningen för såväl hälso- och sjukvårds- som omsorgspersonal. Kunskap om munhälsa och munvård inom hälso- och sjukvården och kommunal verksamhet blir därmed begränsad. Även i tandläkarnas grundutbildning saknas i hög grad utbildning i äldretandvård. Fortbildning och kompetensutveckling i tandvård för äldre är därför viktiga moment i såväl hälso- och sjukvård, kommunal verksamhet och tandvård.

Runt om i landet arbetar man med frågan om hur behovet av förebyggande och behandlande tandvård för äldre ska mötas i framtiden. I flera län har centra för äldretandvård bildats med syftet att sprida och utveckla kunskap om äldres munhälsa. För närvarande finns centra i Västra Götalandsregionen samt i Stockholms län, Uppsala län, Örebro län och Västernorrlands län. I uppdragen för dessa ingår att sprida kunskap och information till grupper som äldre personer, anhöriga, tandvården, hälso- och sjukvården och kommuner. Motsvarande systematisk struktur saknas idag i tandvården i Östergötland. Här kan dock noteras att Orofacial medicin/Sjukhustandvården har påbörjat en process om att utveckla ett lokalt kompetensnav för äldretandvård.

### **Kunskapen om tandvårdens ekonomiska stödsystem behöver förbättras i hälso- och sjukvårdens och kommunernas verksamheter**

Regelverken runt tandvårdsstöden är komplexa och svåröverskådliga. Både hälso- och sjukvården och kommunerna är delaktiga i och ansvariga för både att tandvårdsstöden når de personer som har rätt till stöd och för att skriva intyg om detta. Erfarenheten visar dock att kunskapen om tandvårdsstöden är bristfällig i dessa verksamheter varför informations- och kunskapsspridningen behöver utvecklas.

### **Kunskapen om tandvårdens ekonomiska stödsystem behöver förbättras hos allmänheten**

Kostnaderna för tandvård tycks påverka sköra äldre personers benägenhet att söka tandvård och upprätthålla tandvårdskontakter. Samtidigt är kunskapen och medvetenheten om de ekonomiska stödsystem som finns i tandvården begränsad hos allmänheten. Parallellt med insatser riktade mot hälso- och sjukvården och kommunerna behöver därför informationsinsatser till allmänheten utvecklas.

# Bakgrund, syfte och genomförande

---

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska utifrån ett medborgarperspektiv verka för en god hälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att vården ges utifrån befolkningens behov. Behovsanalysen är en strategiskt viktig utgångspunkt för en styrning utifrån behov. HSN väljer årligen ut ett antal sjukdomsgrupper och/eller behovsgrupper som bedöms angelägna att analysera. Behovsanalyserna syftar till att identifiera befolknings- och patientbehov som underlag för HSN:s vidare ställningstagande i uppdrag till vårdleverantörerna.

HSN har beslutat att under 2014 genomföra en behovsanalys inom området *munhälsa för sköra äldre*. Motiveringen anges i verksamhetsplanen:

*En framförhållning behöver skapas inför kommande ökande behov av tandvård för äldre. En bredare och djupare kunskap behövs om behoven, dels hos de allra äldsta med stora omvårdnadsbehov, som omfattas av uppsökande verksamhet men framförallt om behoven hos de sköra äldre som befinner sig i gruppen mellan de oberoende, friska äldre och de äldsta med stora omvårdnadsbehov.*

*Beredningen för behovsstyrning* har ansvar för den politiska samordningen av behovsanalysen.

Samtliga behovsanalyser följer en gemensam disposition för att säkerställa en bred och tydlig beskrivning av behovs-/sjukdomsgruppens behov. För att definiera behovet har en sammanvägning av aktuell forskning och litteratur, professionens bedömning och brukarperspektivet gjorts. Behovsanalysen baseras således på aktuella rapporter och på befintlig statistik inom området, på information från verksamhetsföreträdare och på målgruppens erfarenheter, som tillförs genom brukardialogberedningens redovisning av intervjuerfarenheter och reflektioner.

## Brukardialogberedningens arbete

I uppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnden nämns både sköra äldre och beroende äldre. Brukardialogberedning 2 har framförallt fokuserat på målgruppen sköra äldre. Skälet för detta är att det är kring de sköra äldres behov som kunskapen är minst. Oberoende äldre klarar själva sitt dagliga liv utan stöd av andra och detta gäller ofta även insatser runt munhälsa och tandvård. För beroende äldre finns ett speciellt tandvårdsstöd för att förebygga, identifiera och åtgärda stora tandvårdsbehov, "Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet". Sköra äldre individer däremot omfattas inte av några särskilda insatser när det gäller munhälsan, i jämförelse med den övriga vuxna befolkningen. Detta kan vara en av förklaringarna till att tandvårdsbehoven kan hinna bli mycket stora under den sköra perioden.

## Intervjuer

Under våren 2014 har Brukardialogberedning 2 genomfört 18 intervjuer, fördelade över Östergötlands tre länsdelar. Av intervjuerna var 10 individuella medan 8 genomfördes i grupp. Totalt har beredningen intervjuat 52 personer.

Eftersom gruppen sköra äldre inte återfinns i några väldefinierade fora, som exempelvis patientföreningar, och dessutom kännetecknas av att de lätt faller ur tandvårdssystemet, var de svåra att nå för intervjuer. Mot bakgrund av detta gjorde beredningen bedömningen att bilden av gruppen sköra äldres behov, behövde kompletteras av andra än själva målgruppen. Därför har, förutom sköra äldre, både oberoende och beroende äldre intervjuats. Vidare har personal från hemtjänst, särskilt boende och sjukhusavdelningar (ortopedi och geriatrik) intervjuats. Vid varje intervju deltog 1 eller 2 politiska ledamöter och beredningens tjänstmannastöd. Intervjuerna utgick från 4 frågeområden: *Munhälsa och tandvård allmänt, Tandvårdsbehov, Tandvårdskontakter och Om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvård*. Samtalsguiden finns som bilaga.

Intervjupersoner från gruppen oberoende äldre tillfrågades genom att en pensionärsorganisation i Linköping, Norrköping och Motala tillfrågades samt genom personliga kontakter. Sköra äldre intervjupersoner kontaktades genom ResursPoolen i Linköping, genom samordnare vid ett aktivitetscentrum i Norrköping och genom kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska i Motala. Beroende äldre och personal inom särskilda boenden tillfrågades genom verksamhetschef och enhetschefer för särskilda boenden i Norrköping. Hemtjänstpersonalen tillfrågades genom enhetschefen för hemtjänsten i Norrköping. Försök gjordes även att få kontakt med äldre personer med akuta tandvårdsproblem men utan ordinarie tandläkarkontakt genom Folktandvårdens jourverksamhet i Linköping, men ingen av de tillfrågade patienterna var intresserad av att delta. Kontakt togs vidare med en av hemtjänstutförarna i Linköping samt med biståndsbedömare i två av länets kommuner, men på grund av kort varsel och biståndshandläggarnas arbetssituation kunde inte tiderna samordnas.

## Kunskapsinhämtning

Ytterligare erfarenhet och kunskap har sakkunniga och verksamhetsföreträdare bidragit med, både genom att ta emot beredningen på studiebesök och genom att besöka beredningens sammanträden. Studiebesök har genomförts vid Orofacial medicin/Sjukhustandvården i Östergötland och hos en privattandläkare med stor erfarenhet av tandvård till äldre. Vid ett av vårens inledande möten deltog professor Lars Gahnberg, Västra Götalandsregionen (VGR) och gav dels en kunskapsbakgrund till ämnet äldres munhälsa och tandvård, dels en presentation av Centrum för äldretandvård i VGR. Dialog har förts med sakkunniga och verksamhetsföreträdare från Orofacial medicin/Sjukhustandvården, landstingets tandvårdsgrupp, geriatriska kliniken i Norrköping, Läns-Slako, kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor och primärvården. Kunskap har även inhämtats från företrädare för Folktandvården, kommunernas biståndshandläggare och företrädare för nationella centra för äldretandvård. Se lista över referenspersoner.

## Disposition

- Kapitel 1 Behovsgruppen sköra äldre

*Sköra äldre* är ett begrepp som i tandvårdssammanhang har kommit att användas för att definiera en målgrupp för vilken det finns anledning att anta att behoven av förebyggande tandvård är stora, samtidigt som kunskapen om gruppen är begränsad. I detta kapitel beskrivs innebörden av sköra äldre och några olika sätt att definiera gruppen.

- Kapitel 2 Munhälsa för sköra äldre

I Tandvårdslagen (§2 1985:125)<sup>1</sup> formuleras målet för svensk tandvård: En god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Med utgångspunkt i denna målformulering beskrivs munhälsa och munhälsorelaterade behov hos sköra äldre. Kapitlet inleds med en beskrivning av de vanligaste munsjukdomarna och hur de kan förebyggas.

- Kapitel 3 Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar

Det finns likheter men också stora skillnader i tandvårdens organisation, i jämförelse med övrig hälso- och sjukvård. Det finns också betydande skillnader mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård när det gäller hur vården finansieras. Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar har betydelse för munhälsan för sköra äldre och beskrivs i detta kapitel, som inleds med en kort beskrivning av tandvårdens utveckling.

- Kapitel 4 Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister

I detta kapitel beskrivs de nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister som har bäring på området munhälsa för sköra äldre

- Kapitel 5 Samverkan och tillgänglighet

När vård- och omsorgssystemet behöver träda in är det viktigt att det finns en väl fungerande samverkan mellan aktörer runt om individen. Munhälsan hos sköra äldre är ett viktigt exempel på ett område där samverkan är nödvändig för att identifiera och tillgodose såväl vårdbehov som behov av stöd och hjälp för egenvård och tandvård. Samverkan och tillgänglighet beskrivs i detta kapitel med utgångspunkt i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) prioriterade område Bättre liv för sjuka äldre.

- Kapitel 6 Erfarenheter från intervjuer

Resultaten från Brukardialogberedningens intervjuer redovisas här inom de 7 områdena *Munhälsa och tandvård allmänt – betydelsen av munhälsa, Tandvårdsbehov, Tandvårdskontakter* och *Om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvård, Ekonomi, Munnen är så privat och Hemtjänstens roll*. Avslutningsvis redovisas Brukardialogberedningens reflektioner utifrån resultaten från intervjuerna.

---

<sup>1</sup> Tandvårdslagen (1985:125)

## Ordlista

**Tandhälsa – munhälsa – oral hälsa** = De tre begreppen används ibland synonymt för att beteckna hälsotillståndet i munnen. Tandhälsa används dock oftast i syfte att beskriva sjukdomar i tänder och tändernas fäste. Munhälsa och oral hälsa är bredare begrepp som många gånger även innefattar en bedömning av munförhållandenas inverkan på välbefinnande och livskvalitet.

**Salivsekretion** = produktion av saliv. Salivsekretionen sker såväl i vila (0,3 ml/min) som efter stimulering av exempelvis en måltid..

**Protetik** = Ersättning av förlorad mjuk- och hårdvävnad i munhålan, det vill säga tänder, käkben och tandkött. Kan till exempel vara kronor, implantat eller proteser.

**Krona** = 1) Den del av tanden som normalt syns i munnen. Består av emalj, dentin och pulpa. 2) Konstgjord krona, till exempel av guld eller porslin, som används som ersättning för en skadad tand.

**Bro = Brygga** = en ersättning för en eller flera saknade tänder. Bron kan vara av guld, porslin, titan, eller plast och fästs på närliggande tänder eller implantat.

**Implantat** = skruvar av titan som opereras in i käkbenet och som nya konstgjorda tänder eller broar fästs vid.

**Karies** (hål i tänderna) = Sjukdom som orsakar hål i tänderna.

**Gingivit**= tandköttinflammation.

**Parodontit** (tandlossningssjukdom) = Infektion i tandens stödjevävnad som orsakar tandlossning.

**Munslemhinna** = Slemhinna som täcker hela munhålan, tandköttet, gommen och munbotten.

**Nutrition** = Näringstillförsel.

**Helprotes** = Så kallade ”löständer” som används om alla tänder saknas. En helprotes är avtagbar.

**Delprotes** = Avtagbar protes som ersätter flera tänder men som fästs mot egna kvarvarande tänder.

# Behovsgruppen sköra äldre

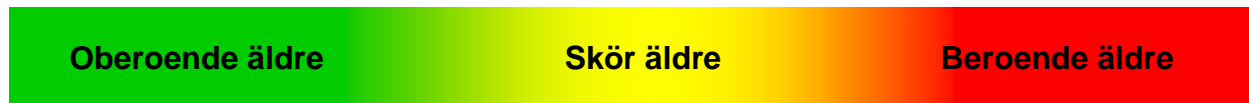
---

*Sköra äldre* är ett begrepp som i tandvårdssammanhang har kommit att användas för att definiera en målgrupp för vilken det finns anledning att anta att behoven av förebyggande tandvård är stora, samtidigt som kunskapen om gruppen är begränsad. I detta kapitel beskrivs innebörden av sköra äldre och några olika sätt att definiera gruppen.

## Sköra äldre

Med sköra äldre avses i denna behovsanalys de individer som, ur beroendesynvinkel, *befinner sig emellan de oberoende, friska äldre och de äldre med stora omvårdnadsbehov*. Detta är en åldersgruppsindelning som grundar sig på behovet av omsorg och inte på vare sig åldern i sig eller det odontologiska behovet. Men självfallet följer den ett visst mönster där såväl behovet av omsorg som det odontologiska behovet i normalfallen ökar med ökande ålder.

En illustration av denna beskrivning av åldrandets faser har presenterats av professor Lars Gahnberg<sup>2</sup>.



- Den oberoende äldre människan är helt självständig och inte beroende av andras stöd och hjälp för att klara sin dagliga tillvaro.
- Den sköra äldre befinner sig i en period i livet då man successivt blir allt mer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro.
- Den beroende äldre människan är delvis eller helt beroende av andra.

Den sköra perioden kännetecknas av att individen successivt blir allt mer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro. Många av de sköra äldre har stöd av hemtjänst eller anhöriga. Krafterna avtar och hälsan försämras. Det är dessutom vanligt att den sköra äldre behandlas med många olika läkemedel, av vilka ett stort antal har muntorrhet som biverkan. Förmåga och ork att sköta sin munhygien avtar. Erfarenheten visar också att sköra äldre lätt förlorar sin regelbundna kontakt med tandvården. Den friska äldres goda munhälsa riskerar därför att snabbt försämras under den sköra perioden vilket leder till stora tandvårdsbehov hos den omvårdnadsberoende äldre. Mot denna bakgrund tar behovsanalysen och brukardialogen runt munhälsa för sköra äldre sin utgångspunkt i behovet av sjukdomsförebyggande insatser för gruppen sköra äldre.

---

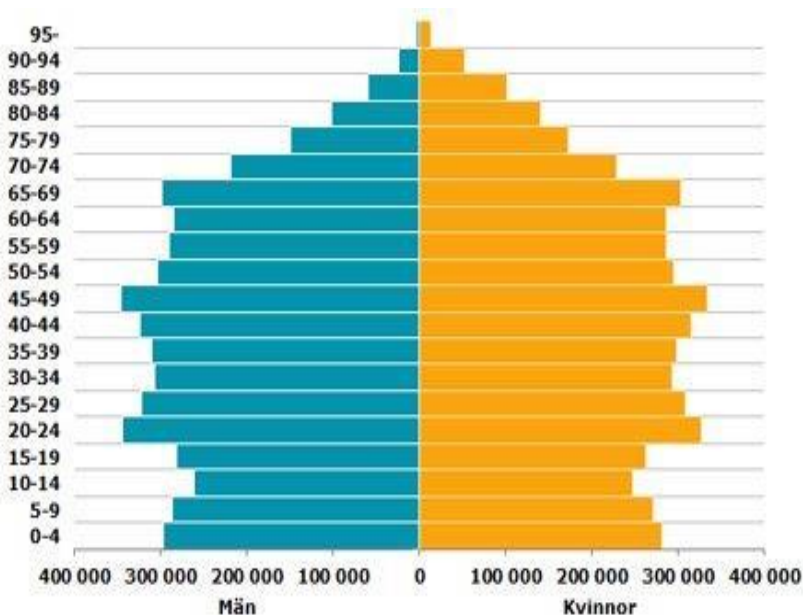
<sup>2</sup> Lars Gahnberg, föreläsning 2014-02-11

## Befolkningen blir äldre

Gruppen sköra äldre kan således beskrivas utifrån åldersstruktur och omsorgsbehov. I en befolkning där såväl antalet som andelen äldre blir större kan andelen sköra äldre förväntas bli större.

I Sverige ökar befolkningens medellivslängd och även andelen äldre blir större (figur 1). Under den senaste hundraårsperioden har medellivslängden ökat kraftigt till att idag vara 83,4 år för kvinnor och 79,5 år för män. Under de kommande 10 åren förväntas folkmängden i Sverige öka för att 2017 vara 10 miljoner och det är i de högre åldrarna som den största ökningen är att vänta. Mellan åren 1950 och 1990 fördubblades antalet personer i åldern 65 år eller äldre, från 721 000 till 1 526 000 personer. Personer födda på 1940-talet uppnår 65 års ålder 2005-2015. Under dessa 10 år kommer antalet i åldrarna 65 år att öka från 1,5 miljoner till 1,9 miljoner (20 procent). Men ökningen upphör inte i och med detta – 2060 räknar man med att det finns nästan 3 miljoner personer över 65 år i Sverige. Dessa utgör då 25 procent av befolkningen. År 2020 kan de som är födda år 1940 fira sin 80-årsdag och då börjar antalet i den äldre åldersgruppen att öka snabbare (figur 2).<sup>3 4</sup>

Åldrar i femårsgrupper, antal



Figur 1. Befolkningspyramid för Sverige den 31 december 2013

Skörheten ökar med ökande ålder, men när den inträder varierar från individ till individ. En åldersgräns som ibland används för att uppskatta när en individ kan betraktas som skör är 82 år.<sup>5</sup>

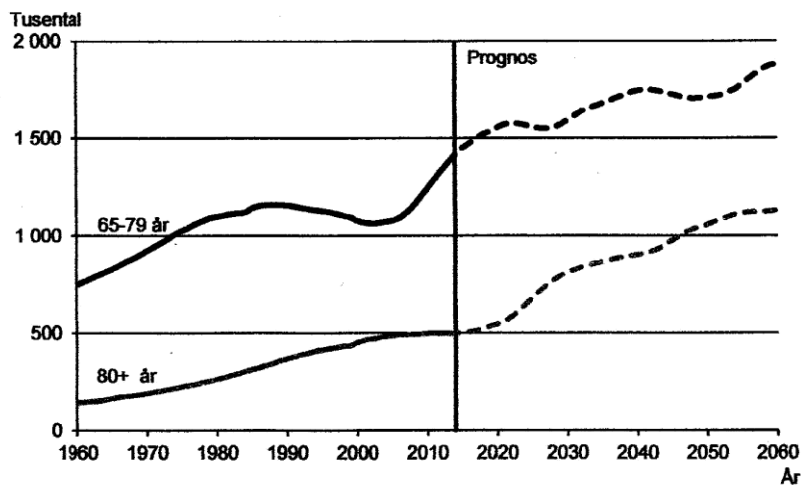
<sup>3</sup> Statistiska centralbyrån, 2014a

<sup>4</sup> Statistiska centralbyrån, 2014b

<sup>5</sup> Anne Ekdahl, föreläsning 2014-05-26

Ett annat sätt att definiera skörhet är utifrån en bedömning av nedsatt ork, allmän trötthet de senaste fem månaderna, dålig balans, behov av hjälp med inköp och besök vid akutmottagning de senaste 12 månaderna. Med dessa kriterier bedömdes, i en studie vid en akutmottagning, 80 procent av personerna över 80 år, som besökte akutmottagningen, höra till sköra äldre.<sup>6</sup>

**Antal 65–79-åringar och 80 år och äldre 1960–2013 samt prognos 2014–2060**



Figur 2. Åldersutveckling 1960-2060

## Hjälp och stöd för det dagliga livet

### Hemtjänst

Ett annat sätt att definiera skörhet kan vara genom behovet av hjälp och stöd för det dagliga livet. Detta behov ökar i åldergrupper över 80 år.<sup>7</sup> I dessa grupper bor allt fler kvar hemma med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård. År 1993 bodde drygt 22 procent av personerna över 80 år inom särskilt boende medan motsvarande siffra 2012 är knappt 16 procent.<sup>8</sup> Antalet sjukhusplatser har också minskat, bland annat inom den geriatriska vården.<sup>9</sup> Detta innebär att äldre vårdas mycket kortare tid på sjukhus än vad de gjorde tidigare.<sup>10</sup>

År 2012 hade 22 procent av alla personer över 80 år hemtjänst. Av dessa har 42 procent längre hemtjänstinsatser, vilket innebär mer än 25 timmar per vecka. Dessutom tillgodoses behovet av hjälp och stöd av nära anhöriga för ett okänt antal äldre. Enligt Folkhälsoinstitutets årliga folkhälsoenkäter hjälper cirka 10-11 procent av den vuxna befolkningen sina sjuka eller gamla närstående på olika sätt. Andra studier anger att denna siffra är närmare 25 procent.<sup>11</sup> I den växande gruppen hemmaboende sköra äldre finns också ett mörkertal av personer med begynnande eller utvecklad demens, vilket ställer ännu större krav på omsorgsinsatser såväl från samhället som

<sup>6</sup> Wilhelmson K och medarbetare, 2012.

<sup>7</sup> Tronje Hansson L och medarbetare, 2013.

<sup>8</sup> Socialstyrelsen 2014.

<sup>9</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2013.

<sup>10</sup> Socialstyrelsen, 2013.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen, 2014.

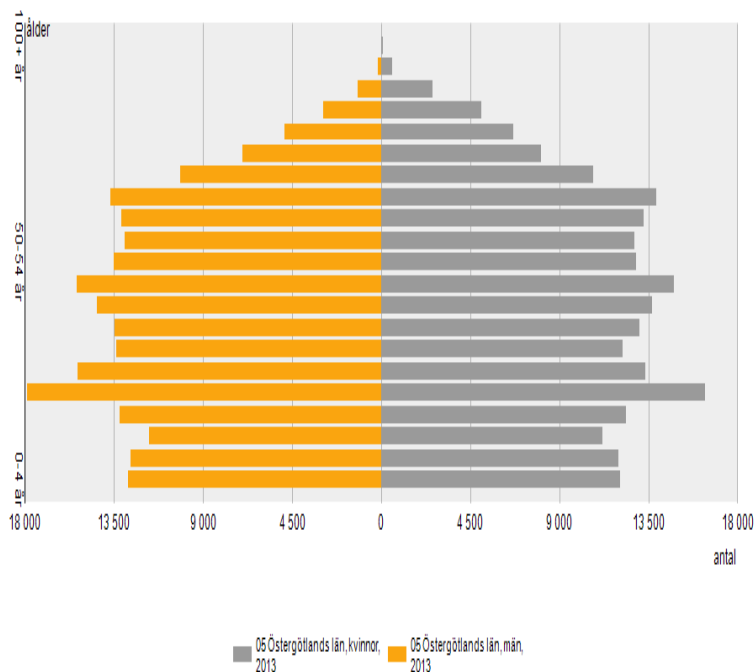


från anhöriga. Sammantaget visar dessa siffror att grupper sköra äldre som kan ha behov stöd med egenvård och upprätthållande av tandvårdskontakter ökar.<sup>12</sup>

## Östergötland

I Östergötland bor cirka 440 500 personer (september 2014). Medellivslängden i Östergötland är 83 år för kvinnor och 79,5 år för män. Andelen över 65 år är 20 procent (ca 87 000 personer) och andelen över 80 år är 5 procent (ca 23 700 personer). Åldersfördelningen varierar mellan länets kommuner, störst andel över 65 år finns i Vadstena kommun (30 procent) och lägst i Linköpings kommun (17 procent).<sup>13</sup> Ålderspyramiden för Östergötland finns i figur 3. Enligt SCB förväntas cirka 24 procent av Östergötlands befolkning vara över 65 år 2030.<sup>14</sup>

Folkmängden den 1 november efter region, ålder, kön och år



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

**Figur 3. Ålderspyramid för Östergötland**

## Hemtjänst

År 2012 hade 10 procent i gruppen 65 år och äldre och 26 procent i gruppen 80 år och äldre hemtjänst. Störst andel hemtjänstmottagare fanns i Finspångs kommun och lägst andel fanns i Söderköpings kommun (30 respektive 13 procent).<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Anne Ekdahl, föreläsning 2014-05-26.

<sup>13</sup> Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen 2014

<sup>14</sup> Statistiska centralbyrån, Befolkningsutvecklingen.

<sup>15</sup> Socialstyrelsen 2013a

# Munhälsa hos sköra äldre

---

Frågan om munhälsa för äldre står högt på många agendor såväl nationellt som lokalt. Socialdepartementet arrangerade i början av hösten 2014 en hearing där landets experter inom tandvård för äldre diskuterade frågan. Hearingen utmynnade i en nationell arbetsgrupp. Även inom Myndigheten för vårdanalys och i landsting och regioner runt om i landet arbetar man med frågan om hur behovet av förebyggande och behandlande tandvård för äldre ska mötas i framtiden. Flera utredningar har genomförts, vilka har varit till stor hjälp för kunskapsinhämtningen i denna behovsanalys.

Utgångspunkten för all tandvård är Tandvårdslagen (§2 1985:125)<sup>16</sup>, i vilken det övergripande målet för svensk tandvård formuleras: En god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Med utgångspunkt i denna målformulering beskrivs förutsättningarna för munhälsa och munhälsorelaterade behov hos sköra äldre. Kapitlet inleds med en beskrivning av de vanligaste munsjukdomarna och hur de kan förebyggas. Under Odontologiska behov beskrivs även översiktligt tandvårdens utveckling i Sverige. Många av de personer som hör till målgruppen sköra äldre var nämligen barn under en tid när tandvård i hög grad var en bristvara och kunskaperna om munsjukdomars utveckling och de förebyggande insatsernas betydelse ännu inte fanns. De har dessutom under sin livstid upplevt ett antal olika tandvårdsreformer.

## De vanligaste munsjukdomarna och hur de kan förebyggas

De vanligaste munsjukdomarna är karies (hål i tänderna), gingivit (tandköttsinflammation) och parodontit (tandlossning). Alla sjukdomarna är i hög grad möjliga att förebygga genom en daglig munvård.

**Karies** uppstår av bakterier som finns i munnen. När vi äter något kolhydratrikt bildar bakterierna en syra som fräter på tänderna så att kalcium löses ut från tandytan, det blir ett hål i tanden. Om munnen får ”vila” efter att vi har ätit försvinner syran och det påbörjas en återmineralisering av tandytan så att hålet ”läker”. Tänderna klarar normalt mellan fem och sex syraattacker om dagen, men om tänderna utsätts oftare och under längre tid blir det så småningom hål som inte läker ut.

Äldre personer med nedsatt muskelkraft i kinder och läppar, muntorrhet och nedsatt känsla i munnen har maten kvar längre i munnen, vilket förlänger tiden med syraattacker. För personer som dricker näringsdryck eller äter ofta kan den sammanlagda tiden med syrabildning bli kraftigt förlängd, vilket medför större risk att drabbas av karies. För personer med muntorrhet blir risken ännu större eftersom saliven är ett viktigt skydd mot syraattackerna. Med salivens hjälp späds syran ut och sköljs så småningom bort.

Risken för karies kan minskas genom:

- Daglig god munhygien: tandborstning med fluortandkräm och rengöring mellan tänderna.

---

<sup>16</sup> Tandvårdslagen (1985:125)

- Bra kost: mindre kolhydrater kost och begränsat småätande.
- Extra fluorid vid förhöjd kariesrisk (fluorsköljning, fluortabletter, fluoruggummi eller tandkräm med extra hög fluorhalt).
- Salivstimulerande medel vid muntorrhet.

**Inflammation i tandkötet** orsakas av bakteriebeläggningar som finns på tanden och i tandköttsfickan. Utan behandling kan detta leda till att de rottrådar som håller fast tanden i käkbenet och benvävnaden som håller fast tanden i käkbenet bryts ned och tanden blir rörlig, **parodontit** uppstår. När bakteriebeläggningarna får ligga kvar förkalkas de. Det bildas då tandsten, som bara tandvårdspersonal kan ta bort. Tandsten bildas även om ingen föda intas via munnen varför daglig munvård är nödvändig.

Risken för gingivit och parodontit kan minskas genom:

- Daglig god munhygien genom tandborstning och rengöring mellan tänderna.
- Avlägsnande av tandsten.
- Behandling med bakteriedödande medel vid förhöjd risk.

## Förutsättningar för munhälsa

För att skapa en god munhälsa är den dagliga egenvården helt avgörande. Regelbundna tandvårdsbesök kompletterar egenvårdsinsatserna genom att förebyggande vård och genom att sjukdomar i munnen kan upptäckas och behandlas på ett tidigt stadium.

Med ålder, sjukdom och medicinering ökar risken för att utveckla sjukdomar i munnen. Detta ställer ännu högre krav på de egna förebyggande insatserna. Samtidigt kan allmäntillståndet och rörligheten försämrats, vilket många gånger leder till att förmågan och orken att vidmakthålla en god egenvård avtar. De regelbundna tandvårdsbesöken riskerar att upphöra av samma orsaker, trots att tandvården i regel har ett väl utvecklat kallelsesystem för regelbundna revisionsbesök. Erfarenheten visar att den sköra äldre patienten ofta tappar kontakten med tandvården genom att lämna upprepade återbud och till sist önskar eller uppmanas att ”ringa själv”. I och med detta upphör ofta tandvården att kalla patienten på nytt. Den nedsatta rörligheten kan också leda till att de äldre har svårt att ta sig till tandvårdsmottagningen eller att de inte längre kan besöka sin ordinarie mottagning på grund av bristande fysisk anpassning som att hiss saknas.

Sammantaget innebär detta att sjukdomar i munnen kan utvecklas mycket snabbt och på kort tid förstöra en tidigare god munhälsa. Den åldrande individens ökande behov av samhällets omsorg och omvårdnad innefattar således i hög grad även behov av hjälp och stöd med den dagliga egenvården och med att upprätthålla en regelbunden kontakt med tandvården.

Den andra delen i Tandvårdslagens målformulering, att åstadkomma en tandvård på lika villkor, är en stor utmaning. Enligt Tandvårdslagen (8§ 1998:125) ska ”Landstinget planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.” I kommentarer till lagen framkommer att lagstiftaren med ”lika” menar att ingen

skall vara utestängd från vård på grund av etniska, språkmässiga, ekonomiska eller andra faktorer.<sup>17</sup>

Landstingen kan planera den geografiska tillgängligheten. I övrigt har landstingen mycket begränsade möjligheter att styra vuxentandvårdens innehåll och utformning. En förklaring till detta är utformningen av vuxentandvårdens finansiering där en betydande del utgörs av patienternas egenavgifter. Detta gör utmaningen att erbjuda en tandvård på lika villkor ännu större. Inte minst kan de ekonomiska aspekterna betyda mycket för äldre individer med stora tandvårdsbehov.<sup>18</sup> Detta är också beslutsfattarna medvetna om och har försökt att kompensera för genom olika offentligt finansierade tandvårdsstöd. Personer med stora och bestående omsorgs- och omvårdnadsbehov, liksom personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar, eller med behov av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, erbjuds en betydande ekonomisk kompensation. Att vara berättigad tandvårdsstöd innebär för dessa grupper bland annat att avgifterna för tandvård omfattas av reglerna för den övriga, offentligt finansierade, hälso- och sjukvården och att avgiften för ett tandvårdsbesök således är densamma som för ett besök inom den övriga hälso- och sjukvården.

Men många av individerna i gruppen sköra äldre uppfyller inte kriterierna för att omfattas av dessa landstingsfinansierade tandvårdsstöd. I tandvårdssammanhang räknas de således vanligtvis till den övriga vuxenbefolkningen och betalar tandvården enligt tandvårdstaxa och omfattas av reglerna för det statliga tandvårdsstödet. Detta innebär att subventionerna för behandling träder i kraft när patientavgiften överstiger 3000 kronor.<sup>19</sup> Ekonomiska hinder kan därmed öka risken för att den regelbundna kontakten med tandvården upphör.

## Vad en god munhälsa betyder

En god munhälsa skapar förutsättningar för en god livskvalitet och en bra allmän hälsa. En frisk mun ger möjligheter att tugga, tala och svälja och är viktig för utseendet. Välbefinnande och socialt liv påverkas av munhälsan. Att kunna tala med andra, njuta av en måltid tillsammans, att le och skratta och att kunna vara nära andra utan att vara orolig för att det luktar illa från munnen är viktiga aspekter av självkänsla och ett gott liv.<sup>20</sup> Att kunna tugga och svälja är också viktigt för ett gott näringstillstånd, vilket i sin tur är viktigt för upplevelsen av hälsa och välbefinnande och för att återhämta sig från sjukdomar.

## Ömsesidiga samband mellan munsjukdomar, livskvalitet och allmänna sjukdomar

Munsjukdomar har ömsesidiga samband med nedsatt livskvalitet och allmänna sjukdomar. Munsjukdomar kan orsaka infektioner, smärta, svårigheter att tugga, svälja och tala, tandförluster, dålig andedräkt och påverkan på utseende, vilka samtliga är faktorer som har betydelse för individens livskvalitet. Att ha dåligt tandstatus är också ofta skuldbelagt. Tandförluster och svår muntorrhet påverkar förmågan att tala och särskilt vid förlust av framtänder kan talet bli läspande.

---

<sup>17</sup> Sundberg H, 1986.

<sup>18</sup> Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2014.

<sup>19</sup> De olika tandvårdsstöden beskrivs i kapitlet Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar.

<sup>20</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013.

Dålig andedräkt, som ofta beror på bristande munhygien och munsjukdomar, är ett socialt problem, som sannolikt kan påverka omvårdnad och kontakter med andra personer negativt.<sup>21</sup> Munhälsan är således en central del av den allmänna hälsan, och samspelar med det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet.<sup>22</sup>

Det finns ett starkt samband mellan vissa sjukdomar, läkemedel, muntorrhet och dåligt munstatus. Muntorrhet ökar påtagligt risken för att karies ska utvecklas, genom att det naturliga skyddet som saliven utgör, försvinner med muntorrhet och försämrade salivkvalitet. För de individer som har protes kan för lite saliv i munnen också innebära att protesen sitter sämre. Risken för muntorrhet kan öka med stigande ålder på grund av sämre fungerande salivkörtlar. Den vanligaste orsaken till muntorrhet är dock biverkan av läkemedel. För flera hundra läkemedel rapporteras muntorrhet som biverkan<sup>23</sup> och redan vid ett dagligt intag av minst fyra olika sorters läkemedel ökar risken. Vissa sjukdomar liksom andra sjukdomsbehandlingar än läkemedel, kan också ge upphov till muntorrhet. Här kan bland andra nämnas Sjögrens syndrom, reumatiska sjukdomar, diabetes och strålbehandling.

Några allmänna sjukdomstillstånd och sjukdomar har särskilt tydliga samband med munhälsa. Här kan nämnas näringsbrist, lunginflammation, hjärt- och kärlsjukdomar och demenssjukdom. Näringsbrist och ett nedsatt allmäntillstånd kan uppstå när individen, på grund av tuggsvårigheter, väljer lättuggad, fiberfattig och ur näringssynvinkel ogynnsam kost. Bakteriespridning från munhåla och svalg har visat sig vara den troliga smittvägen när det gäller vårdrelaterad lunginflammation, som är en av de vanligaste dödsorsakerna hos försvagade personer. Studier har visat att en god munhygien kan minska risken för att insjukna eller dö i lunginflammation. Risken för bakteriella lunginflammationer ökar även hos personer med sväljsvårigheter, som personer med demenssjukdom, Parkinsons sjukdom eller personer som har haft stroke. Dessa sjukdomar påverkar dessutom individens förmåga till egenvård. Det har även visat sig finnas en koppling mellan tandlossningssjukdom och hjärt- och kärlsjukdomar.<sup>24</sup> Tandlossning är vanligare bland patienter med hjärtsjukdom och vissa resultat pekar mot att tandlossningssjukdomen försämrar förmågan till sårhäkning.<sup>25</sup>

## Risk för en försämrade munhälsa hos sköra äldre

Risken för att utveckla sjukdomar i munnen ökar med stigande ålder. Att bli äldre innebär att tänder och mun har utsatts för risker under längre tid. Livsstilsfaktorer som kost, tobak och alkohol har betydelse för såväl munhälsa som allmän hälsa. Rökning innebär nästan alltid en sämre munhälsa och en större risk att förlora tänderna.

Även tillgången till och typ av tandvård under livet påverkar munhälsan. Många i gruppen sköra äldre var barn under den tid då den organiserade barn- och ungdomstandvården ännu inte hade startat, 1938. I början av 1940-talet var karies en stor folksjukdom och sjukdomsorsakerna var inte klarlagda. Tandvårdsbehoven hos barnen var stora och behandlingsfilosofin grundade sig på att det

---

<sup>21</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013

<sup>22</sup> Hugoson A och medarbetare, 2003.

<sup>23</sup> FASS

<sup>24</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013

<sup>25</sup> Starkhammar C, 2014

var möjligt att borra och laga bort kariessjukdomen. Därför fick individer som idag tillhör eller närmar sig generationen sköra äldre mycket reparativ tandvård och lite förebyggande insatser under sin barndom. Först i omfattande studier mellan åren 1945 och 1955 påvisades hur sambanden mellan socker och karies ser ut.<sup>26</sup> Resultaten från dessa studier ledde bland annat till folktandvårdens arbetssätt lades om från reparation till prevention på 1960-talet.

Dagens äldre har således vuxit upp i en tid när de odontologiska kunskaperna och tandvården var helt annorlunda än idag. Detta påverkar sannolikt både den syn som de sköra äldre har på tandvård och egeninsatser och deras tandstatus. Den äldre generationen har mycket lagningar och kallas ibland i tandvårdssammanhang för ”amalgam”- eller ”heavy metal”-generationen. Samtidigt har de i vuxen ålder varit med om den preventiva tandvårdens framväxt och har upplevt alla tandvårdsreformer i Sverige. Sammantaget har detta gett förbättrade ekonomiska förutsättningar till omfattande protetiska konstruktioner och implantat, vilket inneburit att färre tänder har förlorats. Utvecklingen under de sköra äldres livstid har alltså medfört att alltfler har flera egna tänder kvar men att dessa tänder i hög grad är försedda med mycket lagningar, kronor, broar och implantat vilket ställer stora krav på både egeninsatser och underhåll hos tandvården.

Att bli äldre innebär också en högre risk för allmän sjuklighet, medicinering och muntorrhet. Inte sällan förändrar också den sköra äldre individen sina kostvanor, exempelvis på grund av svårigheter att tugga och svälja och nedsatt förmåga att klara av matlagning. Småätande tillsammans med en kolhydratrik, lättuggad och fiberfattig kost som är klabbig och lätt blir kvar i munnen innebär en ökad kariesrisk. Försämrade munmotorik och kost med mindre tuggmotstånd minskar dessutom salivsekretionen ytterligare. Individen hamnar således lätt i en ond cirkel som i kombination med svårigheter att sköta sin egenvård på grund av avtagande ork och minskad motorisk och kognitiv förmåga ökar riskerna för att utveckla sjukdomar i munnen.<sup>27</sup>

## Odontologiska behov

Till långt in på 1900-talet var tandvården var en bristvara för majoriteten av Sveriges befolkning, mycket beroende på den dåliga tillgången till tandläkare. Den första offentliga kliniken för skolbarn öppnade i Köping 1905. Skoltandvården började sedan sakta växa över landet och 1913 fanns det 35 kliniker, varav en var privatfinansierad och fanns i Åtvidaberg. Dessa kliniker täckte dock enbart ett mindre behov och 1917 hade bara 3 procent av skolbarnen tillgång till tandvård. Under 1920- och 30-talen byggdes skoltandvården upp och samtidigt pågick ett politiskt arbete för att ge barn och ungdomar en avgiftsfri tandvård. Detta politiska arbete resulterade i att Folktandvården startade 1938.<sup>28</sup> Från början hade Folktandvården ansvar för barn mellan 7 och 15 år och först 1974 fick landstingen ett lagstadgat ansvar att erbjuda fri tandvård till barn och ungdomar till och med det år de fyller 19 år.<sup>29</sup> Denna utveckling har sannolikt påverkat munhälsan hos gruppen sköra äldre.

---

<sup>26</sup> Dessa studier genomfördes vid Vipeholms sjukhus för ”obildbara och sinnesslöa”, som försågs med olika typer av kolhydratrika produkter: socker, choklad, kola och extra klabbig specialtillverkad toffé. Genom detta kunde fastställas att det var klabbighet och hur ofta man åt som avgjorde om karies skulle utvecklas eller inte. De odontologiska kunskaperna som blev resultatet av detta sockerförsök står sig än idag liksom kritiken mot bristande etik i projektet.

<sup>27</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013

<sup>28</sup> Lindblom C, 2004

<sup>29</sup> Tandvårdslagen (1985:125).

De odontologiska behoven hos gruppen har också påverkats av hur tandvårdens ekonomiska förutsättningar har utvecklats under deras livstid. Dagens sköra äldre varit med om flera olika tandvårdsreformer med syftet att skapa ekonomiska möjligheter för alla att få en god munhälsa. En allmän så kallad tandvårdsförsäkring infördes 1974 med syftet att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen på lika villkor. Subventionerna i denna försäkring var stora och omfattade alla typer av behandlingar och åtgärder, som förebyggande tandvård, fyllningar och protetiska behandlingar (kronor, broar, proteser). Detta innebar förbättrade möjligheter för många människor att åtgärda stora behandlingsbehov genom lagningar istället för tandutdragningar. Tandvårdsförsäkringen 1974 gav också stora subventioner för förebyggande tandvård. I samband med 1974 års reform blev regelbundna tandhälsokontroller bland vuxna mer allmänt förekommande. Tandvårdsförsäkringen möjliggjorde för många med ett uppdämt behov att få detta åtgärdat till en låg kostnad.

Med denna tandvårdsförsäkring fördubblades dock statens utgifter för tandvård mellan åren 1974 och 1980. För att motverka detta fick patienterna gradvis betala en allt större del av tandvårdskostnaderna. Därför genomfördes också en ny omfattande tandvårdsreform 1999, där tandvårdsstödet skulle ge ekonomiskt stöd för den så kallade bastandvården och ett visst, men mycket begränsat stöd för protetiska åtgärder, som kronor, broar och implantat. Denna förändring ledde dock till höga kostnader för dem med behov av omfattande protetiska åtgärder, inte minst äldre personer. Detta var bakgrunden till att den tandvårdsreform som kallades ”65+reformen” genomfördes 2002. Denna reform innebar att ersättningsnivåerna för bastandvården höjdes och ett högkostnadsskydd för protetiska behandlingar infördes. Reformen innebar således att personer som var 65 år och äldre kunde få omfattande protetisk tandbehandling till en låg kostnad.

”65+ reformen” blev kortvarig och 2008 förändrades tandvårdsstödet återigen. Det reformerade tandvårdsstödet från 2008 är det statliga tandvårdsstödet som gäller fortfarande idag och som beskrivs i kapitlet Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar.

Sammantaget kan konstateras att tandvårdens utveckling har medfört att dagens äldre har betydligt fler egna tänder kvar, vilket avsevärt förbättrat tuggförmågan och munhälsan jämfört med tidigare generationer. Att förlora tänder medför en förlust av livskvalitet. Livet blir begränsat – många patienters tillvaro präglas av sänkt självkänsla, lägre social status och försämrad funktion.<sup>30</sup> En god munhälsa karaktäriseras således av att ha kvar sina egna tänder. För bara några generationer sedan var tandlöshet vanligt och det ansågs närmast normalt att man med stigande ålder skulle förlora sina tänder. Idag är det dock inte ovanligt att ha egna kvarvarande tänder livet ut.<sup>31</sup> Munhälsan mätt som antalet kvarvarande tänder har således förbättrats påtagligt under de senaste decennierna, särskilt i de äldsta åldersgrupperna. I mitten av 1960-talet var 23 procent av befolkningen över 16 år i Sverige helt tandlös.<sup>32</sup> I åldersgruppen 65-74 år har andelen tandlösa minskat från 45 procent till 7 procent under de senaste två decennierna. För åldersgruppen 75-84 år är motsvarande siffror 60 till 14 procent. Den totala tandlösheten har minskat dels på grund av att fler egna tänder behålls, dels på grund av den tekniska utvecklingen där implantat kan ersätta egna förlorade tänder.

---

<sup>30</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010.

<sup>31</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013

<sup>32</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010.

Samtidigt innebär detta att förekomsten av fyllningar, protetiska konstruktioner och implantat ökar med stigande ålder vilket ökar riskerna för tekniska komplikationer och munsjukdomar som karies och tandlossningar och innebär större svårigheter att sköta munhygien. Gruppen sköra äldre har således ett ökat behov av både egenvård och tandvård.

## Behov av stöd och kunskap

Åldrandet innebär ofta ett ökat behov av hjälp och stöd med att genomföra en daglig munvård och att upprätthålla en näringsriktig kost. Likaså innebär många gånger åldrandet ett ökat behov av stöd för att vidmakthålla en regelbunden tandvårdskontakt. Erfarenheterna visar att dessa förändrade behov sker parallellt med att behovet av primärvård, sjukhusvård, hemsjukvård och hemtjänst ökar. Dessa aktörer kan således ha en viktig roll för såväl att förebygga munsjukdom, identifiera tandvårdsbehov och vidmakthålla tandvårdskontakterna.

Studier visar dock att frågan om munhälsa och tandvård sällan lyfts vid besök i hälso- och sjukvården eller vid biståndsbedömningar. En enkätundersökning som Sveriges Tandläkarförbund gjorde 2013 visar att i 5 procent av de kommuner som svarade på enkäten, tar biståndshandläggare alltid tar upp munhälsa och tandvård vid bedömning av biståndsbehovet hos gruppen sköra eller sjuka hemmaboende äldre. Att man tar upp det sällan eller aldrig svarar 32 procent. Detta trots att biståndsbedömarna anger i samma enkät att hemmaboende äldre många gånger har tandvårdsproblem eller svårt att själva sköta sin munhygien. De skäl som anges för att inte ta upp tandvårdsfrågor är i huvudsak att munhälsa och tandvård ses som en del av den personliga omvårdnaden och ingår i utförarnas genomförandeplaner. Biståndshandläggarna fattar enbart rambeslut om omvårdnad och har inga rutiner för att ta upp frågor om munhälsa och tandvård.<sup>33</sup>

Det ökande behovet av stöd ökar också behovet av kunskap hos vård- och omsorgspersonal. De individer som inte själva kan ta hand om sin egenvård blir beroende av personalens kunskaper, ambitioner och prioriteringar. Utbildningen till dessa grupper behöver därför vara av hög kvalitet. I uppdraget avseende den uppsökande verksamheten inom tandvårdsstödet ingår därför att utbildning ska ges till omsorgspersonal 1 gång per år.<sup>34</sup> Detta är viktigt eftersom grundutbildningarna för hälso- och sjukvården endast i begränsad omfattning omfattar moment om munhälsa och tandvård. Att utföra tandvårdsbehandling på sjuka äldre är ofta påfrestande för den äldre och kräver speciell kompetens hos behandlande personal. Mot bakgrund av detta är det också anmärkningsvärt att det endast en av landets 4 tandläkarutbildningar har äldretandvård som ett eget ämne. Sammantaget ställer detta krav på fortbildning och kompetensutveckling inom vård, omsorg och tandvård.

Slutligen kan också konstateras att kunskapen om vilka olika tandvårdsstöd som finns är låg såväl inom hälso- och sjukvården som bland allmänheten. Det finns således även behov av ökad information om tandvårdsstöden och dess tillämpning.

---

<sup>33</sup> Sveriges Tandläkarförbund 2013.

<sup>34</sup> Se kapitlet Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar.



## Östergötland

### Odontologiska behov

I Östergötlands län har, i samarbete med Örebro län, en enkätstudie om munhälsa sänts ut till samtliga personer födda 1932 och 1942 vart femte år sedan 1992.<sup>35</sup> Resultatet från 2012, när de tillfrågade var 80 respektive 70 år visar att 60 procent av 80-åringarna hade alla eller nästan alla tänder kvar. Motsvarande siffra för 70-åringarna var 72 procent. Helt tandlösa uppgav sig drygt 6 procent av 80-åringarna vara, medan 3 procent av 70-åringarna helt saknade egna tänder. Bland både 70- och 80-åringar är 86 procent i allmänhet nöjda med sina tänder. Om avsaknad av regelbunden tandvård används som en riskindikator för sämre munhälsa visar samma studie att personer som är födda utanför Sverige, som har en utbildningsnivå lägre än högskola, som har civilstånd som ensamstående och som har brist på sociala kontakter hör till riskgrupperna.<sup>36</sup>

### Behov av stöd och kunskap

När det gäller frågan om att ta upp munhälsa och tandvård i samband med biståndsbedömningen svarade 11 handläggare i Östergötland på Svenska Tandläkarförbundets enkät 2013. Av dessa svarade 2 att de alltid tar upp munhälsa och tandvård vid bedömning av äldres biståndsbehov. 4 svarade att de tar upp frågan ibland, 3 sällan och 2 att de aldrig tar upp det. En biståndshandläggare som intervjuades i samband med behovsanalysen svarade

*Det är klart att daglig munvård ingår i personlig hygien. Det tar vi för givet att man som hemtjänstpersonal förstår.*

Munhälsa och tandvård är alltså inget det intervjuade skriver om i bedömningen utan det är den personliga kontaktpersonen till vårdtagaren som skriver en detaljerad plan för vad vårdtagaren behöver hjälp med av hemtjänstpersonalen.

I Östergötland är den uppsökande verksamheten, där munvårdsutbildningen ingår, upphandlad enligt Lagen om offentligt upphandling. För 2013 hade utförarna ett **skallkrav** att 70 procent av anställd omvårdnadspersonal under ett kalenderår skulle få munvårdsutbildning. Totalt sett över länet har 76,4% erhållit utbildning. Det skiljer sig dock åt mellan länets olika kommuner, liksom mellan de två tandvårdsutförare som 2013 hade uppdraget. I 8 av kommunerna uppnås inte målet 70 %. En av utförarna uppnådde 84 procent medan den andra nådde 60 procent av vårdpersonalen.

Landstinget i Östergötland erbjuder vidare utbildning i munhälsa och riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) till all personal inom hälso- och sjukvården.<sup>37</sup> Motsvarande utbildning har också genomförts i kommunerna inom ramen för projektet ”Bättre liv för sköra äldre”.<sup>38</sup> När det gäller kompetensutveckling inom äldretandvård för Folktandvården i Östergötland planeras detta ingå som en del av ett kommande uppdrag till kliniken för Orofacial medicin/Sjukhustandvården, som innebär att utveckla ett kompetensnav för äldretandvård.

---

<sup>35</sup> Det är dock viktigt att ha i åtanke att de personer som svarar på enkäter sannolikt i stor utsträckning hör till gruppen oberoende äldre.

<sup>36</sup> Ekbäck G, Ordell S, 2013.

<sup>37</sup> För beskrivning av ROAG, se kapitlet Nationella riktlinjer, vårdprogram och Nationella kvalitetsregister

<sup>38</sup> Se kapitlet Nationella riktlinjer, vårdprogram och Nationella kvalitetsregister samt Samverkan och tillgänglighet

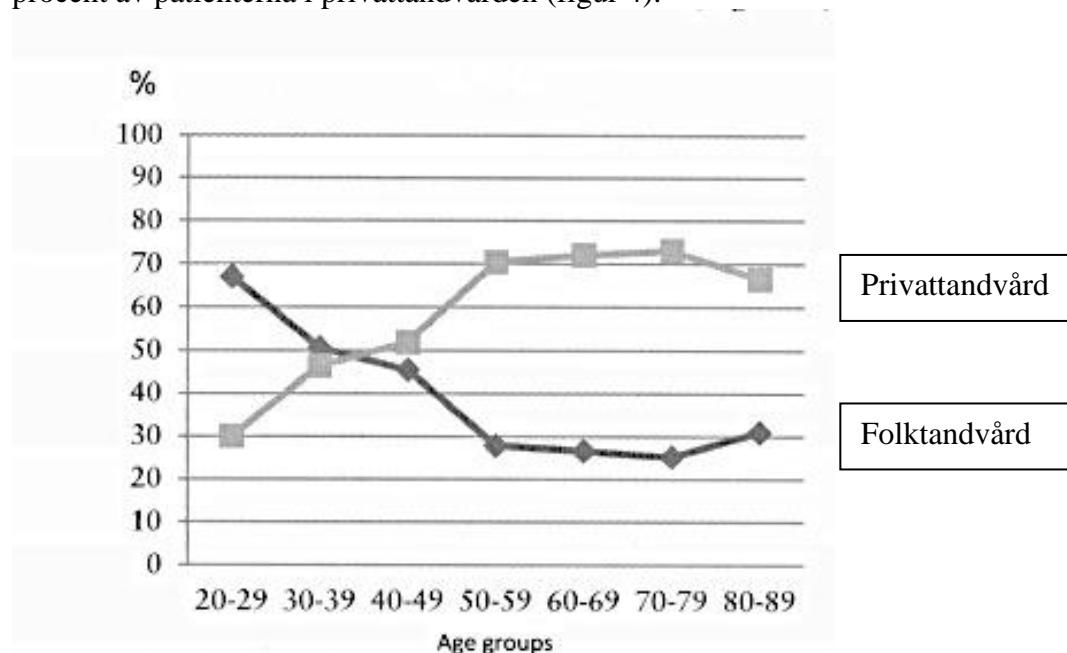
För att möta informationsbehovet avseende tandvårdsstöden, vilka stöd som finns, vem som är berättigad och hur intyg skrivs, finns många olika broschyrer att tillgå i Östergötland ,som beskriver detta. Tandvårdsgruppen har också tagit fram en ”Lathund för vårdpersonal” för att underlätta kommunikationen med hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i denna och på initiativ av Brukardialogberedningen har en informationsbroschyr för allmänheten tagits fram under 2014. Här beskrivs tandvårdsstöden samlat. Broschyren kompletterar övrigt informationsmaterial och ger förutsättningar för informations- och kunskapsspridning.

# Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar

Det finns likheter men också stora skillnader i tandvårdens organisation, i jämförelse med övrig hälso- och sjukvård. Det finns också betydande skillnader mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård när det gäller hur vården finansieras. Tandvårdens organisation och ekonomiska förutsättningar har betydelse för munhälsan för sköra äldre och beskrivs i följande kapitel.

## Offentlig och privat tandvård

Allmän- och specialisttandvård är indelad i en offentlig och en privat vårdverksamhet. Den offentliga vården utförs i huvudsak i landstingen (Folktandvården), medan den privata tandvården till största delen består av små tandvårdspraktiker, oftast ägda av tandläkarna själva. Utöver dessa mindre enheter finns också Praktikertjänst som är ett producentkooperativ och några olika privata tandvårdskedjor. Under senare år har det också tillkommit privata vårdföretag. Det finns även privata tandhygienistmottagningar. Omkring hälften av Sveriges tandläkare och tandhygienister arbetar i privat respektive i offentlig regi, men det är stora regionala skillnader i fördelningen mellan offentlig och privat vård. Generellt sett utförs något mer än hälften av tandvården för den vuxna befolkningen i privat regi.<sup>39</sup> I åldrarna över 50 år går enligt en studie från 2012 runt 70 procent av patienterna i privattandvården (figur 4).<sup>40</sup>



Figur 4 Ålderfördelning patienter Privattandvård respektive Folktandvård

<sup>39</sup> Socialstyrelsen, 2011.

<sup>40</sup> Lundegren, N. 2012.

## Mobil tandvård

Det har även utvecklats mobil tandvård, som komplement till tandvård vid en stationär tandvårdsmottagning. Syftet är att kunna erbjuda munhälsovård och tandvård då patientens fysiska eller kognitiva funktionsnedsättning gör det mycket svårt eller omöjligt för patienten att ta sig till en tandvårdsmottagning. För sköra och sjuka patienter är detta en möjlighet att få tandvård i hemmet och därmed slippa uppleva tröttsamma resor, väntetider och oro. Mobil tandvård medför att särskilt förebyggande insatser kan bli tillgängliga för fler äldre.

Som vid all typ av vård, krävs att den mobila tandvården ska uppfylla kraven på patientsäkerhet, kvalitet, smittskydd och vårdhygien. Vilken typ av vård som kan erbjudas i patientens bostad beror på den mobila utrustningens möjligheter. Vården som ges ska vara av samma tekniska kvalitet som om den utförts på en mottagning, vilket även gäller kraven på smittskydd och vårdhygien.

## Tandvårdsteamet – Tandläkare, tandhygienist och tandsköterska

Tandvård bedrivs i regel i team. I tandvårdsteamet ingår tandläkare, tandhygienist och tandsköterska med olika kompetens och arbetsuppgifter. Tandläkare och tandhygienist är legitimerade yrken och båda arbetar med patientbehandling inom ramen för sina respektive kompetenser. Tandhygienistutbildningen startade som en försöksverksamhet i Sverige i slutet av 1960-talet och 1991 blev tandhygienist ett legitimerat yrke. Tandsköterskan har ofta en stödjande och assisterande funktion på kliniken. Vissa tandsköterskor kan också arbeta med framför allt kariesförebyggande åtgärder. Enligt Socialstyrelsens nationella planeringsstöd fanns det i november 2011, 7 604 tandläkare som arbetade med tandvård, varav 849 speciallisttandläkare, i Sverige. Detta ger 80 tandläkare per 100 000 invånare. Motsvarande siffor för tandhygienister var 3 829 respektive 40.<sup>41</sup>

## Tandvårdens ekonomiska förutsättningar

Den största delen av tandvårdens kostnader finansieras av patientavgifter, medan en del finansieras av staten genom ett statligt tandvårdsstöd och en del finansieras av landstingen. År 2007 var den totala samhällskostnaden för hälso- och sjukvården i Sverige, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, nästan 278 miljarder kronor. Tandvårdens totala kostnader beräknades till cirka 22 miljarder kronor, alltså 7,2 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Patientavgifterna regleras enligt, jämfört med hälso- och sjukvård, komplicerade regelverk.

De ekonomiska tandvårdsstöden kan illustreras som i figur 5.<sup>42</sup> Bilden visar de 8 olika system som reglerar patientavgifterna i svensk tandvård:

- Barn- och ungdomstandvård
- Allmänt tandvårdsbidrag
- Högkostnadsskydd
- Särskilt tandvårdsbidrag

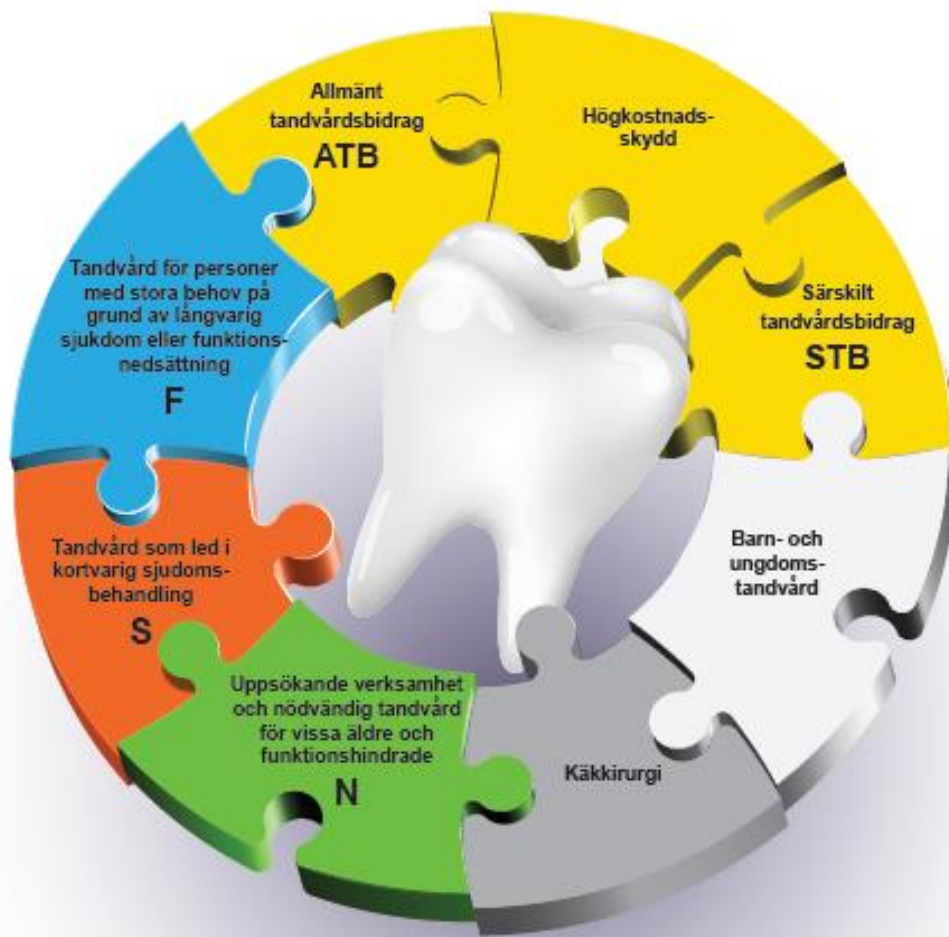
---

<sup>41</sup> Socialstyrelsen, 2014a.

<sup>42</sup> Figuren är hämtad från en broschyr ”Lathund för vårdpersonal” framtagen av Tandvårdsgruppen, Landstinget i Östergötland.

- Käkkirurgiska åtgärder
- Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård
- Tandvård som led i en kortvarig sjukdomsbehandling
- Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Barn och ungdomstandvården är helt avgiftsfri och administreras av landsting och regioner. Från och med det år man fyller 20 år omfattas man av det statliga tandvårdsstödet. Detta tandvårdsstöd administreras av Försäkringskassan och visas i figur 5 med de gula pusselbitarna. Vissa käkkirurgiska ingrepp, som kräver sjukhusresurser omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, medan andra käkkirurgiska ingrepp har patientavgifter enligt tandvårdstaxan och omfattas av det statliga tandvårdsstödet regler. Resterande 3 system omfattas helt av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem och administreras av landstingen.



Figur 5 Bild över de olika delarna i svenskt tandvårdsstöd

### Statligt tandvårdsstöd

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet, som infördes med tandvårdsreformen 2008, består av 3 delar: Ett allmänt tandvårdsbidrag, ett högekostnadsskydd och ett särskilt tandvårdsbidrag. Alla vuxna har rätt till det allmänna tandvårdsbidraget som varierar mellan 150 och 300 kronor per år, beroende på personens ålder. Högekostnadsskyddets huvudsyfte är att ge stöd till dem som har de

mest omfattande behandlingsbehoven och därmed de högsta kostnaderna. Högkostnadsskyddet gäller alla åldrar från och med det år patienten fyller 20 år och all tandvård.

Det råder fri prissättning inom tandvården. Högkostnadsskyddets storlek beräknas därför utifrån en referensprislista över samtliga tandvårdsåtgärder, som tas fram av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). För kostnader upp till 3 000 kronor lämnas ingen statlig ersättning. När summan av referenspriserna uppgår till mellan 3 000 och 15 000 kronor lämnas ersättning med 50 procent för tandvårdsåtgärder. Om summan överstiger 15 000 kronor ersätter staten den överskjutande delen med 85 procent. Majoriteten av alla vuxna i Sverige (cirka 75 procent) betalar dock mindre än 3 000 kronor årligen för tandvård och tar därmed inte del av högkostnadsskyddet.

Det ”Särskilda tandvårdsstödet” (STB) riktar sig till personer med vissa definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och innebär ett bidrag på högst 600 kronor per halvår. Bidraget administreras av Försäkringskassan och gäller för betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder, undersökning och abonnemangstandvård/frisktandvård.

## Landstingens tandvårdsstöd

Landtingen administrerar de tre tandvårdsstöden:

- Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård
- Tandvård som led i en kortvarig sjukdomsbehandling
- Tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar

Inom ramen för Tandvård som led i en kortvarig sjukdomsbehandling administrerar landstingen och regionerna dessutom tandvårdsbehandling av extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar.

Gemensamt för de landstingsfinansierade tandvårdsstöden är att patientavgiften är densamma som inom den öppna hälso- och sjukvården och avgifterna omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Tandvårdsutföraren fakturerar landstinget mellanavgiften mellan patientavgiften och kostnaden enligt taxa.

**Nödvändig tandvård.** Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till nödvändig tandvård. För att ta del av stödet har åldern ingen betydelse utan det är ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser som avgör detta. Den ”Nödvändiga tandvården” omfattar vård som innebär att personen ska kunna tugga, tala, svälja, vara smärtfri och ha en tillfredsställande estetik.

**Uppsökande verksamhet** innebär att den som är berättigad tandvårdsstödet erbjuds att få en årlig avgiftsfri munhälsobedömning av tandvårdspersonal, vid ett hembesök. En bedömning görs av om den äldre behöver tandvård och hur den dagliga munvården fungerar. Omvårdnadspersonalen eller annan person som hjälper den äldre med munvård ska få instruktioner om hur den dagliga munvården ska utföras. Inom ramen för den uppsökande verksamheten ska dessutom en årlig efterutbildning om munhälsa erbjudas personalen.

Rätten till nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet intygas av särskilt utbildad personal inom landsting eller kommun, som läkare vid exempelvis geriatrik och psykiatri, distriktssjuksköterskor, sjuksköterskor vid särskilda boenden och biståndshandläggare.

Antalet registrerade intyg till personer som var aktuella för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård uppgick år 2011 till cirka 171 800. Under året tackade drygt 93 000 personer ja och fick del av den uppsökande verksamheten. Omkring 29 procent av dem som erbjöds tjänsten tackade nej. Drygt 123 000 personer fick nödvändig tandvård.<sup>43</sup>

**Tandvård som led i en kortvarig sjukdomsbehandling** innebär att patienter som behöver tandvård som en del i utredning eller behandling av vissa sjukdomar har rätt att få denna tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Omkring 35 000 personer fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under 2011.

**Tandvård vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar** är ett tandvårdsstöd för personer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför svårigheter att sköta sin tandvård och/eller svårighet att få tandvård. För en bedömning av rätt till detta tandvårdsstöd krävs ett läkarintyg.

Landstingens kostnader för de landstingsfinansierade stöden 2011 uppgick sammantaget till drygt 905 miljoner kronor vilket innebär en ökning motsvarande 5 procent jämfört med 2010. Det förekommer mycket låga priser och en stor spännvidd i priserna för den upphandlade uppsökande verksamheten.<sup>44</sup>

## Organisation runt tandvård för äldre

Inom svensk tandvård finns, vid sidan av allmäntandvård, 8 specialistområden. Specialisttandvården har ett stödjande arbetssätt. Det innebär i första hand att specialisttandläkaren inom landstingen, utöver behandling av remisspatienter, genom utbildning och konsultationer ska ge stöd till allmäntandläkarna både i folktandvården och i privattandvården. Detta arbetssätt får stor betydelse för vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Specialisttandvården har dessutom stor betydelse för forskning och utveckling.<sup>45</sup> För äldretandvård finns ingen specialistutbildning. I landstingen är istället sjukhustandläkare, som är en vidareutbildning, den yrkesgrupp som fungerar som detta kompetens- och utbildningsstöd och i vissa län utgör just sjukhustandvården ett slags nav i allmäntandvårdens arbete med äldretandvård.

### RamWux Senior

I vissa landsting arbetar man med äldretandvård med hjälp av vårdprogram. I Landstinget i Dalarna arbetar Folktandvården utifrån en förvaltningsövergripande plan som syftar till att skapa en samsyn inom Folktandvården Dalarna, vad gäller mål, organisation, riktlinjer, rekommendationer och aktiviteter för patientgruppen över 65 år. Med utgångspunkt i denna plan ska varje klinik föra in

---

<sup>43</sup> Sveriges kommuner och landsting. Landstingens tandvårdsstöd.

<sup>44</sup> Sveriges kommuner och landsting. Landstingens tandvårdsstöd.

<sup>45</sup> Socialstyrelsen, 2006.

mål, organisation och aktiviteter till sin egen verksamhetsplan avseende den äldre patientgruppen.<sup>46</sup>

## **Kunskapscentra för äldres munhälsa**

I ytterligare andra län och regioner har Folktandvården valt att skapa särskilda kunskaps- eller kompetenscentra för äldretandvård. Västra Götaland var först i Sverige med att skapa Centrum för Äldretandvård. Under 2013-2014 har sedan Stockholm, Uppsala, Örebro och Västernorrland följt efter och startat sina centrum.

- Stockholms län - Akademiskt Centrum för Äldretandvård
- Uppsala län - Kunskapscentrum för äldretandvård
- Västernorrlands län - Kunskapscentrum för äldretandvård
- Västra Götalandsregionen - Centrum för äldretandvård
- Örebro län - KunskapsCentrum för Äldres munhälsa<sup>47</sup>

Det gemensamma syftet för dessa centra för äldretandvård är att bygga upp kunskap och kompetens runt den äldre människans munvård och tandhälsa och att sprida denna kunskap till vård och omsorgspersonal och andra aktörer som arbetar runt den äldre människan.

## **Folktandvårdens nationella nätverk för äldretandvård**

Folktandvården har initierat bildandet av ett nationellt nätverk med fokus på den äldre befolkningens munhälsoproblematik och tandvårdssituation. Detta nätverk består av representanter från samtliga Folktandvårdsorganisationer.

Uppdraget för Folktandvårdens nationella nätverk för äldretandvård är att:

- ta vara på befintlig kunskap inom ämnesområdet
- verka för kunskapsspridning och utveckling av ny kunskap inom området
- uppmärksamma och sprida goda exempel
- utgöra ett expertstöd för Sveriges Folktandvårdsförening
- uppmärksamma problem och hot mot en positiv utveckling av äldres munhälsa samt
- bevaka och beskriva utvecklingen av äldres munhälsa med hjälp av t.ex. nationella kvalitetsregister, munhälsostudier mm.

Sveriges Folktandvårdsförening utser en sammankallande för nätverket. Samtliga Folktandvårdsorganisationer erbjuder representation med en medarbetare. Nätverket sammankallas minst en gång per år.<sup>48</sup>

## **Östergötland**

### **Offentlig och privat tandvård**

Fördelningen av patienter mellan Folktandvård och privattandvård inom Östergötland överensstämmer med genomsnittet av Sverige i övrigt. Av befolkningen mellan 20 och 29 år har 50 procent Folktandvården som vårdgivare och för befolkningen över 30 år är motsvarande siffra 32

---

<sup>46</sup> RAMWux Senior, 2013.

<sup>47</sup> Folktandvården Sverige. Kunskapscentra.

<sup>48</sup> Folktandvården Sverige. Nätverk.



procent. Inom Folktandvården i Östergötland finns 31 kliniker för allmäntandvård, 3 kliniker för sjukhustandvård och 5 kliniker för specialisttandvård. Inom länet finns 91 privata tandläkarmottagningar, varav 1 specialistklinik, och 6 privata tandhygienistmottagningar. Antalet patienter i Folktandvården redovisas i tabell 1. Motsvarande uppgifter finns inte i samlad form för privattandvården.

**Tabell 1 Antal patienter i Folktandvården i Östergötland**

Länsdel/ålder år	60-69	70-79	80-89	90-99	100+	Summa
Centrala länsdelen	5213	3527	1888	376	6	<b>11 010</b>
Östra länsdelen	5614	3564	1637	323	2	<b>11 140</b>
Västra länsdelen	3631	2 491	1 241	206	2	<b>7571</b>
Orofacial medicin/sjukhustandvård Linköping	74	54	24	14	0	<b>220</b>
Orofacial medicin/sjukhustandvård Norrköping	84	39	21	2	0	<b>146</b>
Orofacial medicin/sjukhustandvård Motala	57	26	13	2	0	<b>98</b>
<b>Summa</b>	<b>14 673</b>	<b>9701</b>	<b>4824</b>	<b>923</b>	<b>10</b>	<b>30131</b>

År 2012 var antalet tandläkare i Östergötland 310, varav 191 var i anställda i Folktandvården och resterande 119 arbetade i privattandvården. Motsvarande siffror för tandhygienister var 90 respektive 70. Per 100 000 invånare fanns det, i november 2011, 70 tandläkare respektive 37 tandhygienister, vilket var något lägre än riket.

Orofacial medicin/Sjukhustandvård i Östergötland är fördelad på 3 kliniker: Linköping, Norrköping och Motala. På dessa 3 kliniker finns det sammanlagt 5,25 tandläkare, 2 tandhygienisttjänster och 10,25 tandsköterskor.<sup>49</sup> I Linköping finns dessutom en sjukhustandläkare inom käkkirurgiska kliniken på Universitetssjukhuset.

I Östergötland sker en samverkan mellan folktandvård och privattandvård runt övergripande frågor i samverkansgruppen för tandvård. Ledningsstabens tandvårdsgrupp är sammankallande. Här hanteras i första hand frågor där landstinget har planerings- och finansieringsansvar även för privattandvårdens patienter, som barn och ungdomar och patienter som är berättigade den landstingsfinansierade tandvården, liksom utbuds- och tillgänglighetsfrågor. Samverkansgruppen fungerar även som ett gemensamt informationsforum för folktandvård och privattandvård.

## Ekonomiska förutsättningar

I Östergötland omfattades, år 2013, 9 580 personer av nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet. Av dessa var det 5 331 som hade tackat ja till erbjudandet om munhälsobedömning. Andelen personer som nås inom särskilda boenden är större än andelen som bor i ordinärt boende. Även när det gäller utbildning av vård- och omsorgspersonal är det större andel personal som deltar inom särskilt boende än inom hemtjänst. Ofta talar man om detta tandvårdsstöd som det

<sup>49</sup> Bo Pettersson, studiebesök

”gröna kortet” eftersom de som är beviljade stödet får ett grönt plastkort som ska visas upp i samband med tandvårdsbesök.

Stöd till tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (det blå kortet) beviljades under 2013 till 187 personer. I september 2014 hade antalet ökat till 520 personer. Detta är dock betydligt färre än förväntat, vilket kan tyda på att ett antal patienter som är berättigade tandvårdsstöd inte har fått det. Detta tandvårdsstöd infördes dock så sent som 1 januari 2013, vilket också kan betyda att det ännu inte är tillräckligt känt i hälso- och sjukvården och bland läkarna, som är ansvariga för att utfärda intyg om berättigande.

## **Folktandvårdens organisation runt tandvård till äldre**

Orofacial medicin/Sjukhustandvården har på uppdrag av Folktandvårdens ledning påbörjat en tankeprocess runt en organisation för äldretandvård för att utveckla och driva insatser mot den patientgruppen. Processen är på idéstadiet än så länge men några områden kan redan nu skönjas som genomförbara. Planerna är att:

1. Delta i det nationella nätverk för sköra äldre som påbörjats under året på uppdrag av folktandvårdsföreningen. Till detta deltagande är Folktandvårdens ramdokument kopplat.
2. Utveckla av ett lokalt kompetensnav. Uppgiften för detta ska vara att samla kompetens, utgöra resurs för uppsökande verksamhet och att identifiera delar i verksamheten som kan bli föremål för utveckling och, i en förlängning, vårdprogram.
3. Utredda möjligheterna att utnyttja SKaPa<sup>50</sup> som underlag för åtgärder.

---

<sup>50</sup> Se kapitlet Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister

# Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister

---

I detta kapitel beskrivs de nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister som har bäring på området munhälsa för sköra äldre.

## Nationella riktlinjer

Det finns nationella riktlinjer för vuxentandvård. Dessa exkluderar dock behandling av patienter med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Det är därför särskilt viktigt för målgruppen sköra äldre att riktlinjerna kombineras med individuella ställningstaganden utifrån patientens totala sjukdomsbild och vårdbehov.<sup>51</sup>

Munhälsa och tandvård berörs även i andra nationella riktlinjer från Socialstyrelsen: i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och palliativ vård, liksom i den preliminära versionen av Nationella riktlinjer för diabetesvård.

I Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom skriver Socialstyrelsen:

Dålig tandstatus hos personer med demenssjukdom kan medföra undernäring, smärtupplevelser, lunginflammation och frätsår i munnen. Muntorrhet som medför svårighet att äta och svälja liksom dålig tuggförmåga på grund av få tuggkontakter är riskfaktorer för undernäring. Upplevelser av smärta från munhålan är särskilt problematiskt när det gäller personer med demenssjukdom då de kan ha svårt att lokalisera smärtan och också svårt att kommunicera sin smärtupplevelse. Ibland kan ett icke adekvat beteende som till exempel aggressivitet eller vägran att ta emot mat vara uttryck för smärtor i munnen. Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förebygga, upptäcka och behandla munohälsa. När det gäller att förebygga och behandla ohälsa i munnen anses de metoder som är effektiva för friska, vuxna personer vara effektiva även för äldre personer, med eller utan demenssjukdom. Att ge munvård till en person med demenssjukdom kan dock vara förknippat med etiska svårigheter. Vid munvård får vårdaren tillträde till en mycket privat del av kroppen som i sig förutsätter att den som ska ta emot hjälpen förstår varför handlingen genomförs och ger tyst eller uttalat samtycke till detta. Om man inte förstår varför vårdaren vill hjälpa till med munvården leder situationen lätt till ett reflexmässigt avvärijande beteende från den demenssjuke personen.

Socialstyrelsen rekommenderar: *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan (prioritet 1).*<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Socialstyrelsen, 2011.

<sup>52</sup> Socialstyrelsen, 2010.

Även i den preliminära versionen av Nationella riktlinjer för diabetesvård beaktas munhälsan. Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör hänvisa personer med diabetes och ökad risk för försämrad munhälsa eller pågående tandlossningssjukdom till tandvården för ställningstagande till förebyggande åtgärder eller behandling av karies och parodontit. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en effekt på HbA1c<sup>53</sup> samt är kostnadsbesparande i ett samhällsekoniskt perspektiv. För gruppen mest sjuka äldre kan det vara särskilt viktigt att uppmärksamma försämrad munhälsa.

Socialstyrelsen rekommenderar att *Hälso- och sjukvården* bör hänvisa personer med diabetes med ökad risk för försämrad munhälsa eller pågående tandlossningssjukdom till tandvården för ställningstagande till förebyggande åtgärder eller behandling mot karies och parodontit (*prioritet 3*).<sup>54</sup>

## Ramdokument för äldretandvård Folktandvården Sverige

För att uppmärksamma och skapa en samsyn inom Folktandvården Sverige vad gäller tandvård för äldre har Sveriges Folktandvårdsförening tagit fram ett ramdokument för äldretandvård<sup>55</sup>. Dokumenten är avsett att vara en strategiplan och ge en vägledning för hur tandvården på bästa sätt ska behandla äldre patienter, så att munhälsan även bland de äldre fortsätter att utvecklas i positiv riktning. Ramdokumentet baseras på RamWux Senior 2013, som har utarbetats av Folktandvården Dalarna.

I ramdokumentet beskrivs olika förutsättningar för äldretandvård, som frågor om etiska principer och prioriteringar, vårdambitionsnivåer, kvalitetsregistret Senior alert och hemtandvård. Vidare redogörs för odontologisk och medicinsk riskbedömning samt sjukdomar och läkemedel. I dokumentet ges också förslag på hur vårdprogram för munsjukdomar hos den äldre patienten kan utformas.

## Nationella kvalitetsregister

Det finns tre nationella kvalitetsregister som berör munhälsan: Senior alert, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och Nordiskt Kvalitetsregister för Dentala Implantat (NQRDI). Dessutom finns Socialstyrelsens Tandhälsoregister, som inte är ett kvalitetsregister men som ger möjlighet till uppföljning av tandvårdens åtgärder och munhälsans utveckling.

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården och omsorgen av äldre personer genom att riskbedöma och förebygga undernäring, fall, trycksår och munsjukdomar. Dessa områden har visat sig vara viktiga för alla vårdtagare inom såväl slutenvård, primärvård som den kommunala omsorgen. Senior alert används som hjälpmedel för att få till ett systematiskt

---

<sup>53</sup> HbA1c är ett mått på medelblodssockret de senaste 6-8 veckorna.

<sup>54</sup> Socialstyrelsen 2014b.

<sup>55</sup> Sveriges Folktandvårdsförening 2014.

arbetssätt och för att följa vårdens resultat.<sup>56</sup> I Senior alert registreras såväl riskbedömningen, planerade åtgärder och utfall av åtgärderna. Genom dessa systematiska bedömningar, strukturerade åtgärder och uppföljning av förebyggande insatsers resultat skapas förutsättningar för att utveckla nya arbetssätt, vilket ökar möjligheten till en förbättrad kvalitet inom vården.

Samtliga personer, 65 år eller äldre, som kommer i kontakt med relevanta vårdenheter omfattas av Senior alert. Bedömning av risken för ohälsa i munnen finns med som en valbar och frivillig modul. Riskbedömningen görs med hjälp av evidensbaserade instrument och alla individer med bedömd risk inom något av områdena erbjuds förebyggande åtgärder. Efter att riskbedömning är genomförd och eventuella förebyggande åtgärder har beslutats, tillsammans med patienten, sker registrering i Senior alert. Den gemensamma nationella databasen gör det sedan möjligt för vården att följa upp, utvärdera och jämföra resultaten av insatserna. Senior alert startade som nationellt kvalitetsregister 2008 och är utvecklat av Landstinget i Jönköpings län med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Antalet anslutna landsting och kommuner är 20 respektive 290 och antal registrerade unika individer är 370 000.<sup>57</sup>

Modulen Munhälsa finns som tillval i Senior alert mot bakgrund av att munhälsa har en naturlig koppling till de övriga områdena fall, undernäring och trycksår. Undernäring är bland annat kopplat till individens förmåga att tillgodogöra sig näring. Problem i munhålan, till exempel med tuggfunktion eller sväljförmåga, påverkar energiintaget vilket kan orsaka undernäring. Detta skulle i sin tur kunna leda till ökad risk för fall och individer som har ramlat, så att de på grund av skada blir sängliggande, lider större risk att drabbas av trycksår. Som bedömningsinstrument används Revised Oral Assessment Guide (ROAG) som är ett standardiserat formulär med symptombeskrivningar och åtgärder.

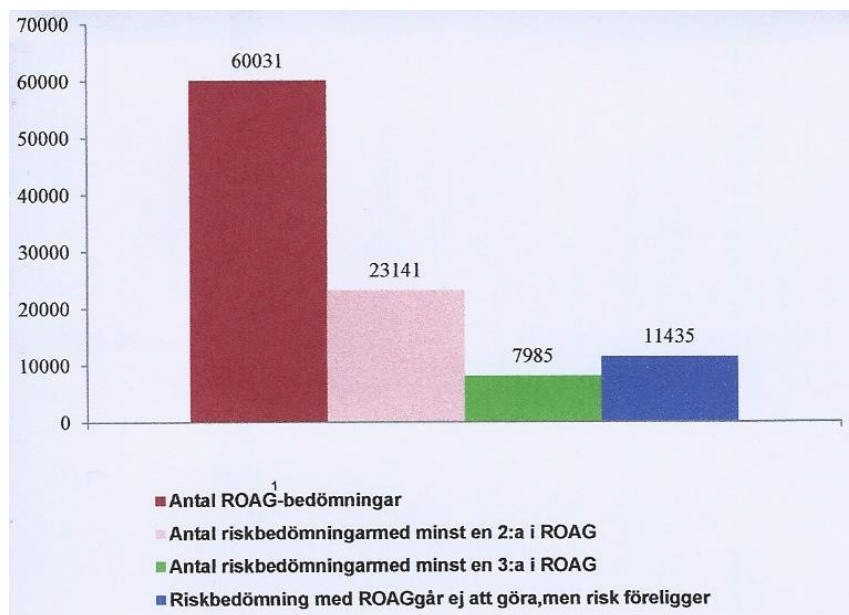
I SKL:s överenskommelser med staten i ”Bättre liv för sköra äldre” ingår prestationsersättningar för registrering med Senior alert. Från början gällde detta enbart områdena trycksår, fall och undernäring, men mot bakgrund av den starka kopplingen mellan dessa områden och munhälsorisk har även riskbedömning av munhälsan blivit föremål för prestationsersättningen. Under 2013 och 2014 fördelades vardera 20 miljoner kronor till de kommuner och landsting där riskbedömning av munhälsa enligt ROAG med registrering i Senior alert utförs. I SKL:s resultatrapport 2013, benämns registreringen med munhälsomodulen som ”årets raket”. Sammantaget har 65 600 riskbedömningar med hjälp av ROAG utförts i 209 kommuner och 19 landsting (figur 6).<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Senior Alert

<sup>57</sup> Senior Alert

<sup>58</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2013a.



1. Revised Oral Assessment Guide, ROAG, riskbedömningsinstrument för munhälsa. 1 betyder frisk eller normalt tillstånd, 2 måttliga förändringar/avvikelser, 3 svårare förändringar/avvikelser.

**Figur 6 Riskbedömningar med ROAG**

### **Skillnaderna mellan munhälsobedömning i den uppsökande verksamheten och riskbedömning i Senior alert**

Det uppstår ibland en förklarlig förvirring om skillnaderna mellan munhälsobedömningen inom ramen för uppsökande verksamhet i tandvårdsstödet ”Nödvändig tandvård” och riskbedömningen avseende munhälsa i Senior alert. Detta är två olika system som har olika syften och som används parallellt.

Munhälsobedömningen inom ramen för den uppsökande verksamheten utförs av tandläkare eller tandhygienist. Syftet med munhälsobedömningen är att fastställa det individuella behovet av förebyggande insatser eller tandvård och utifrån detta ge individanpassade råd till både individen själv och till de personer som hjälper till eller ansvarar för den dagliga munvården. Munhälsobedömningen är den uppsökande verksamhetens verktyg för att uppfylla sitt uppdrag som konsultativ verksamhet. Den utförs en gång per år av tandvårdspersonal och enbart på de personer som omfattas av reglerna för stödet ”Nödvändig tandvård” och som tackat ja till en munhälsobedömning.

Målgruppen för riskbedömningen i Senior alert med hjälp av ROAG är alla individer som kommer i kontakt med relevant vårdenhet och som är 65 år och äldre. Här är det primära syftet att kvalitetssäkra och utveckla vården, men en riskbedömning med Senior alert innebär samtidigt att risker i munhålan kan upptäckas även på individer som inte har rätt till tandvårdsstödet uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård eller som har valt att tacka nej till munhälsobedömningen inom ramen för detta. Riskbedömningen utförs och registreras av hälso- och sjukvårdspersonal. Med utgångspunkt i riskbedömningen vidtas eventuellt åtgärder enligt ett beslutsunderlag. Beroende på risk ska åtgärderna utföras av personal på enheten eller ska tandläkare kontaktas.

## **SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit)**

SKaPa startades 1 juli 2008, då den senaste tandvårdsreformen trädde i kraft. År 2012 fanns det i SKaPa:s databas uppgifter om cirka 1,8 miljoner unika vuxna patienter och nästan 300 000 barn och ungdomar. När årsredovisning 2012 presenterades fanns 12 folktandvårdsorganisationer och 1 privat mottagning anslutna till registret.<sup>59</sup>

## **NQRDI (Nationellt Kvalitetsregister för Dentala Implantat)**

NQRDI är under uppbyggnad. Syftet med registret är att kartlägga omfattningen av implantatbehandling, samt att registrera patienttillfredsställelse, tuggfunktion, implantatförluster och övriga komplikationer.<sup>60</sup>

## **Socialstyrelsens tandhälsoregister**

Syftet med Socialstyrelsens tandhälsoregister är att kunna följa tandvårdens och tandhälsans utveckling i Sverige. Uppgifterna ska kunna användas till statistik, utveckling av kvalitetsindikatorer samt uppföljningar och utvärderingar. Tandhälsoregistret är, liksom övriga hälsodataregister, baserat på personnummer vilket ger möjligheter att samköra uppgifterna i registret med övriga hälsodataregister.<sup>61</sup>

## **Östergötland**

### **Nationella riktlinjer**

I Folktandvården i Östergötland ligger ansvaret för att bedriva tandvård i enlighet med rekommendationerna i de Nationella riktlinjerna för vuxentandvård hos dels klinikchefer och dels varje enskild medarbetare. När det gäller privattandvården ligger också ansvaret på varje enskild behandlare.

### **Nationella kvalitetsregister**

Det projekt som syftar till att implementera Senior alert och som har finansierats av SKL, har för Östergötlands del drivits av Läns-SLAKO.<sup>62</sup> Vid årsskiftet upphör projektet. Under 2014, fram till oktober, hade 5633 riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts. Gällande munhälsan och ROAG är det gjort 962 bedömningar, fördelade på 12 sjukvårdsavdelningar. I 396 av riskbedömningarna har minst en åtgärd planerats.

Genom detta projekt har utbildningar i riskbedömningsinstrumentet ROAG genomförts i såväl länets kommuner som inom landstinget. Inom landstinget pågår utbildning som vänder sig till all hälso- och sjukvårdspersonal. Utbildningen syftar till att hälso- och sjukvårdspersonal ska få kunskaper både i att förebygga ohälsa i munnen och i riskbedömningsinstrumentet ROAG för att bättre kunna hjälpa patienter i sluten- och öppenvård. I utbildningen framhålls att det är viktigt att ha förståelse och kunskap om sin egen roll i att säkerställa god munhälsa hos patienterna. ROAG finns också upptaget som riskbedömningsinstrument för munhälsa i vissa klinikers vård-PM.

Vidare kan noteras att Senior alert är ett skall-krav i Regelboken för vårdval primärvård 2014 och att vårdcentralerna riskbedömer med hjälp av registret vid hälsosamtalen för personer som är 75 år.

---

<sup>59</sup> SKaPa, 2012.

<sup>60</sup> Eynet Sweden 2009.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen, tandhälsoregistret.

<sup>62</sup> Detta projekt beskrivs ytterligare under Samverkan och tillgänglighet

När det gäller övriga nationella kvalitetsregister är Folktandvården i Östergötland ansluten till SKaPa och har deltagit i mindre projekt för kvalitetssäkring av data i registret. Att tillämpa Folktandvårdsföreningens ramdokument ingår i planeringen av det tidigare beskrivna kompetensnavet för äldretandvård.



# Samverkan och tillgänglighet

---

När vård- och omsorgssystemet behöver träda in är det viktigt att det finns en väl fungerande samverkan mellan aktörer runt om individen. Munhälsan hos sköra äldre är ett exempel på ett område där samverkan är nödvändig för att identifiera och tillgodose såväl vårdbehov som behov av stöd och hjälp för egenvård. Tillgänglighet till tandvård och stöd för tandvård är viktiga länkar i en vårdkedja. I detta kapitel beskrivs samverkan med utgångspunkt i SKL:s prioriterade område Bättre liv för sjuka äldre. Att tandvården är lätt tillgänglig är, enligt Tandvårdslagen (1985:125), ett kriterium på en god tandvård.

## Samverkan

När hälsan försämras, orken tryter och de fysiska och kognitiva förmågorna avtar hos den åldrande individen riskerar, som redan påtalats flera gånger i denna behovsanalys, egenvården att bli sämre och de regelbundna tandvårdskontakterna att upphöra. Detta ökar risken för en försämrad munhälsa. Samtidigt, i denna åldrandeprocess, träder omgivande stödsystem in. En äldre person med skör hälsa kan, enligt Eva Nilsson Bågenholm, regeringens äldresamordnare, ha tiotals olika vård- och omsorgskontakter – hemtjänst, hemsjukvård, primärvård, sjukhus, rehabiliteringspersonal och så vidare. När det saknas samverkan mellan kontakterna, blir detta naturligtvis ett problem, vilket också Eva Nilsson Bågenholm konstaterar: ”Bristen på samordning är välkänd för alla som har arbetat inom sjukvård och omsorg. Det är fortfarande ett stort problem att ingen håller ihop hela vård- och omsorgskedjan för den här gruppen”<sup>63</sup> Men man kan också konstatera att det med alla dessa kontakter egentligen skulle kunna finnas goda möjligheter att identifiera behov av munhälsoinsatser.

Eftersom det är vanligare att sjuka äldre har en mer regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheter än med tandvården skulle dessa verksamheter kunna ha en nyckelroll i att förebygga munsjukdomar, identifiera munhälsoproblematik och förmedla kontakter med tandvården. Studier tyder dock på att hälso- och sjukvården inte tar denna roll utan att ansvaret för de äldres munhälsa tenderar att falla mellan stolarna.<sup>64</sup>

SKL har sedan 2010 ”Bättre liv för sjuka äldre” som ett prioriterat område. Inom ramen för detta har SKL och regeringen ingått årliga överenskommelser. Syftet är att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre. Prestationsbaserade statsbidrag har inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014.

<sup>64</sup> Enligt Tronje Hansson L, 2013

<sup>65</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2014.

Munhälsa ingår i denna satsning inom det prioriterade området preventivt arbetssätt<sup>66</sup> och i överenskommelsen Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013, ingick för första gången prestationsersättning för bedömning av munhälsa. SKL konstaterar att arbetet med att förebygga sjukdomar och skador och se till att hälsan behålls är på väg att bli vardag i äldreomsorgen. Ett verktyg för detta arbete är kvalitetsregistret Senior alert<sup>67</sup>.

Dagligen arbetar olika yrkesgrupper, inom olika medicinska specialiteter och med olika huvudmän, förebyggande inom de fyra områdena. Riskbedömningen av munhälsan kan, med hjälp av instrumentet ROAG<sup>68</sup>, göras av såväl hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal som av tandvårdspersonal. Riskbedömningen med hjälp av Senior alert ger ett verktyg för kommunikation, så att utredning och åtgärder sätts in som sedan också kan följas upp. En ökad användning av Senior alert och ROAG ger alltså förutsättningar för en bättre samverkan runt munhälsa för sköra äldre.

Samverkan runt munhälsa kan leda dels till en ökad medvetenhet om munvårdsbehov, som kan stöttas av vård- och omsorgspersonal, dels till att behov av tandvårdsinsatser kan uppmärksammas. Som tandvårdsinsatser räknas både tillgång till tandvård och tillgång till de olika ekonomiska stödformer som finns.

Valet av tandläkare är helt fritt. För den äldre som ”bara” är skör, det vill säga inte omfattas av några ekonomiska stödsystem för tandvård finns det inte några vårdprocesser som överbryggat hälso- och sjukvård och tandvård. Hälso- och sjukvårdens roll blir därför rådgivande, när ett tandvårdsbehov upptäcks. För tandvård vid vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar krävs ett läkarintyg och för det särskilda tandvårdsbidraget behövs i vissa fall ett läkarintyg, vilket innebär att hälso- och sjukvårdens roll också är att identifiera tillstånd som berättigar till ekonomiska tandvårdsstöd.

## Tillgänglighet

Enligt 3 och 8 §§ i Tandvårdslagen (1985:125) ska tandvård vara lätt tillgänglig och planeringen av tandvård ska ske med utgångspunkt i befolkningens behov. Landstingen har ansvar för den geografiska planeringen av tandvård i länet och för att personer med funktionsnedsättning ska kunna ta del av tandvården.

## Östergötland

### Samverkan

När det gäller Senior alert som verktyg för samverkan diskuteras detta under rubriken Kvalitetsregister.

### Tillgänglighet till tandvård

---

<sup>66</sup> De andra fyra prioriterade områdena är god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre, god vård i livets slut och sammanhållen vård och omsorg.

<sup>67</sup> Se kapitlet Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister

<sup>68</sup> Se kapitlet Nationella riktlinjer, vårdprogram och nationella kvalitetsregister

En av nyckelfaktorerna i beskrivningen av tillgänglighet till tandvård är utbudet. I Östergötland är det överenskommelsen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Folk tandvården som styr Folk tandvårdens verksamhet. Folk tandvården har ansvar för att samtliga personer som vistas i länet har tillgång till akut tandvård och att resurserna fördelas så att befolkningen har lika tillgång till tandvård över hela länet. För tillgänglighet och tandvård på lika villkor för befolkningen erhåller Folk tandvården en särskild ersättning. Var tredje år genomför Landstingets tandvårdsgrupp en studie av länets tandvårdsutbud. Av 2012 års kartläggning framgår:

- Utbudet av tandläkare i förhållande till befolkningen skiljer sig åt mellan de olika kommunerna. Lägst antal invånare per tandläkare har Vadstena (1 467), medan högst andel finns i Ydre (3 641).
- Privattandläkare saknas i Ydre och Ödeshög kommuner.
- Akuta patienter får tid samma dag eller inom en vecka hos Folk tandvården och/eller Privattandvården i alla kommuner. Även de privata tandhygienistföretagen tar emot akuta patienter samma dag eller inom en vecka.
- Nya vuxna patienter kan tas emot i alla kommuner. Inom en vecka kan 29 procent av tandläkarna ta emot nya vuxna patienter, medan 12 procent angav att de inte alls tar emot nya vuxna patienter. Dessa 12 procent var enbart från Privattandvården.

När det gäller tillgänglighet för att personer med funktionsnedsättning ska kunna ta del av tandvården regleras även detta i överenskommelsen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Folk tandvården. Här framgår att Folk tandvården ska se till att lokalerna är tillgängliga enligt Handisams nationella riktlinjer för tillgängliga lokaler.

# Erfarenheter från intervjuer

---

Resultaten från Brukardialogberedningens intervjuer redovisas här dels under samtalsguidens fyra ursprungliga områden *Munhälsa och tandvård allmänt – betydelsen av munhälsa, Tandvårdsbehov, Tandvårdskontakter* och *Om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvård*. Vissa uppfattningar och synpunkter växte, under analysens gång, fram till nya områden: *Ekonomi, Munnen är så privat* och *Hemtjänstens roll*. Citaten från intervjuerna är kursiverade och efter citaten, inom parentes, anges från vilken intervjugrupp citatet kommer.

## Munhälsa och tandvård allmänt - betydelsen av munhälsa

Intervjuerna ger inledningsvis en känsla av att munhälsan inte är något man funderar över i vanliga fall, och att det är först när frågan ställs vid intervjuerna som en del tankar och funderingar kommer upp.

*Jag har inte tänkt på vad en bra munhälsa är. Har alltid haft bra mun och tänder. [skör äldre]*

Men under samtalens gång framkommer att de faktorer som intervjupersonerna förknippar med munhälsa är dels basala funktioner, som att kunna äta ordentligt och att kunna tala, dels faktorer som att inte ha ont, att vara hel och ren i munnen och att ha en god andedräkt. Just en god andedräkt är en aspekt av munhälsa som kommer fram i flertalet intervjuer.

*Munhälsa är att vara hel och ren och ha en god andedräkt. [beroende äldre]*

*Man behöver ha en hygglig mun så att man kan äta ordentligt. [skör äldre]*

*Jag har en tämligen ny lösgom som glappar så jag kan inte äta segt kött. [skör äldre]*

Även de starka sambanden mellan munhälsa och faktorer som att må bra, att ha självförtroende och ett gott socialt liv lyfts fram.

*Munhälsan är något som måste finnas för att man ska må bra. [oberoende äldre]*

*Man känner sig säkrare om man har bra munhälsa. [skör äldre]*

*Man får ett försämrat socialt liv när man är torr i munnen. [beroende äldre]*

*När det kommer in äldre kan man snabbt få en uppfattning om hur de har haft det hemma genom att titta på tänderna. [personal särskilt boende]*

Personalen både på sjukhusavdelningarna och inom den kommunala omsorgen ser dessutom ofta att en dålig munhälsa har betydelse för viljan att äta och att den utgör en risk för näringsintaget.

*Man märker många gånger att patienterna petar i maten för att de har svamp i munnen. [vårdpersonal sjukhus]*

*Hon åt alltid upp maten när det var mjuk mat. [personal särskilt boende]*

*Vid vårdplanering i hemmet kan man ibland märka att de är undernärda för att de har problem i munnen. [hemtjänst]*

*Är det så att man har problem med tänderna så löser det ju inget om man sätter in näringsdryck. [hemtjänst].*

## Tandvårdsbehov

Bland de intervjuade vittnar flera om att behovet av tandvård styrs av åldern. En person från gruppen av hemtjänstpersonal citerade en av sina hemtjänsttagare:

*Jag ska inte gå till tandläkaren för jag ska snart dö. [hemtjänst]*

Och i grupperna av oberoende äldre finns det en hel del funderingar om hur tandvårdsbehoven ska utvecklas i framtiden och de uttrycker en viss rädsla för hur det ska bli.

*Att få löständer är skräcken. Då gömmer man sig. Då vill man nog inte gå utanför dörren. [oberoende äldre]*

*Kanske man ska skriva ner när man är skapligt pigg, önskemål om hur man vill bli hjälpt när man blir sämre. Ett "Vita arkivet" för hur man vill bli omhändertagen. [oberoende äldre]*

*Finns inget skyddsnät när man blir skör. Dåliga tänder märks inte lika lätt. [oberoende äldre]*

Andra personer ger uttryck för att framtiden redan har passerat och tandvårdsbehov i det perspektivet inte är något man funderar över.

*Hade nog aldrig tänkt mig att jag skulle leva så här länge. [skör äldre]*

I samtalen om vad som kan påverka behovet av tandvård i framtiden är tandimplantat en särskild aspekt av tandvård som kommer upp, framför allt i intervjuerna med de oberoende äldre. Här berörs i synnerhet den okunskap som intervjupersonerna upplever att "folk i allmänhet" har om vikten av munhygien och kontroller när tandimplantaten satts in.

*Jag trodde att om man sätter in implantat så är man trygg resten av livet. Men så är det ju inte. Kan till och med få ta bort det man har fått insatt. [oberoende äldre]*

*Folk tror att man inte behöver sköta tänderna lika bra [när man fått implantat]. Min svåger slutade att borsta. [oberoende äldre]*

## Tandvårdskontakter

När samtalen handlar om tandvårdskontakter vittnar flera av de intervjuade äldre personerna om att den regelbundna tandvårdskontakten har upphört när hälsan försvagas och orken minskat.

*Har gått regelbundet. Sade ifrån när de ringde senaste gången, sade att jag skulle ringa själv. Sedan orkade jag inte. Har funderat på varför jag gjorde så. Har kanske tänkt någon gång på varför de inte hörde av sig, men inte något särskilt. [skör äldre]*

Även ändrade fysiska förutsättningar kan påverka möjligheterna att besöka tandvården, vilket också flera personer bekräftar.

*Jag gick regelbundet till tandläkaren innan jag blev rullstolsburen. [beroende äldre]*

*Upptäckte när vi kom dit att tandläkaren inte hade hiss. [personal särskilt boende].*

Egna sjukdomar kan påverka tandvårdskontakterna och livet i övrigt kan ändra sig så att de egna behoven får komma i andra hand.

*Jag har varit sjuk mycket och har inte varit hos tandläkare på många år. [beroende äldre]*

*Jag har en anhörig som är sjuk, därför kan jag inte ta mig till tandläkaren. [oberoende äldre]*

Att gå i pension kan innebära en övergång till en fas i livet där både omgivningens och ens egna krav minskar, vilket i sin tur kan innebära att olika rutiner förändras. I en intervju framkommer att rutinerna runt munhälsan, som att regelbundet besöka tandvården, förändrades i samband med intervjupersonens pensionering. Även tandläkarens pensionering kan påverka tandvårdskontakterna.

*När jag blev pensionär kunde jag slappna av. Då blev det inte lika viktigt längre. [beroende äldre]*

*Tandläkaren gick i pension, gick kort tid hos en annan, nu har jag ingen. [beroende äldre]*

Andra har inte har några tydliga förklaringar.

*Nu har jag uppehåll och ska ringa när jag vill komma. [skör äldre]*

Ytterligare en förklaring till att den regelbundna tandvårdskontakten kan riskera att upphöra är att man ha svårt att se betydelsen av den när man inte upplever några problem med munnen.

*Gå till tandläkaren 1 gång om året, inga hål, 750 kronor tack! [oberoende äldre]*

*Många söker inte tandvård förrän något händer. [hemtjänst]*

I flera av intervjuerna med de oberoende äldre framkommer dock att man önskar att tandvården kan bidra till att upprätthålla tandvårdskontakten genom att fortsätta kalla till undersökning trots att man sagt att man ska höra av sig själv.

*Bra att få kallelse så att man går till tandläkare. [oberoende äldre]*

*Regelbundna kallelser. Att man aldrig släpper patienterna. [oberoende äldre]*

*Fortsätt kalla även om man har sagt ifrån. [oberoende äldre]*

## Om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvården

Även hälso- och sjukvården kan medverka till att tandvårdskontakterna upprätthålls.

*Har läkaren sagt att man ska gå till tandläkaren då går man till tandläkaren. [oberoende äldre]*

Hälso- och sjukvården, såväl primärvården som sjukhusvården träffar dessutom ofta de patienter i det skede då de börjar avstå från tandvården på grund av ökad ohälsa och därmed ökade kontakter med hälso- och sjukvård. Bland intervjupersonerna fanns inget motstånd mot att frågor om munhälsan kommer upp vid sjukvårdsbesöket. Snarare ser man det som dels ett bra tillfälle att uppmärksamma munhälsan, dels som ett steg på vägen mot att slå samman tandvårdssystemet och hälso- och sjukvårdssystemet.

*Jag tror det skulle vara en stor hjälp om läkare säger till. "Jag tror att du har ett problem, jag föreslår att du går till tandläkaren." [oberoende äldre]*

*Idag tar ju läkare upp om jag röker eller dricker. Vore bra om han också tog upp min mun. Den tillhör ju min kropp. [oberoende äldre]*

*Vid en vanlig hälsokontroll går man ju inte igenom tänderna. Tycker att det borde ingå i hälsokontroller. Borde vara lika viktigt som att kolla öron och syn. [oberoende äldre]*

*Om läkarna ställer frågan, kan det kanske vara en början på att få ihop munnen i hälso- och sjukvårdssystemet. [oberoende äldre]*

Någon av de intervjuade hade fått en fråga om sin munhälsa vid ett besök på vårdcentralen, men i övrigt var svaren samstämmiga.

*Nej, ingen har frågat om mina tänder. [beroende äldre]*

Sjukvårdspersonalen inom den geriatriska avdelningen konstaterar att den geriatriska patienten har så mycket sjukdomar så att munhälsan inte blir det man fokuserar på. Samtidigt ser man inläggningen på sjukhuset som en möjlighet att hjälpa patienterna att få tandvård.

*Det är svårt att gå till tandläkaren när man blir gammal och skör. Därför är det så bra om de får gå till tandläkaren när de ändå är här. Vi tar kontakt med sjukhustandvården och en hel del har fått intyg om nödvändig tandvård. [personal geriatrisk avdelning]*

Ett verktyg som hälso- och sjukvården kan använda för att integrera frågan om munhälsa i den övriga sjukvården är munhälsomodulen i kvalitetsregistret Senior alert. Detta kommer upp i intervjun med personalen på en sjukvårdsavdelning, men tycks inte vara någon högprioriterad uppgift.

*Senior alert prioriteras inte, sker inte på alla. Tyckte det stod på tavlan att det var 10%. [personal sjukhusavdelning]*

Både personal inom sjukhusvård och inom hemtjänst påtalar dessutom problem med bristande kunskap om munhälsa och tandvård. Man upplever att vare sig undersköterske- eller sjuksköterskeutbildningen innehåller tillräckligt mycket om munhälsa.

## Ekonomi

På frågan om vad ekonomin betyder för tandvårdskontakterna svarar de allra flesta att tandvården är dyr. Man jämför med hälso- och sjukvården och tycker det är konstigt att tandvården och hälso- och sjukvården är två separata ekonomiska system. Vid flera av intervjuerna framkommer också uppfattningen att kostnaderna påverkar benägenheten att besöka tandvården.

*Pensionärer har det inte så katigt. [sjukhuspersonal]*

*Varför kan inte tandvården ligga inom hälso- och sjukvården? [skör äldre]*

*På vårdcentralen, om man går till höger betalar man 150 kr hos doktorn, rakt fram till Apoteket, till vänster ligger tandläkaren – då är man illa ute. [oberoende äldre]*

*Många gånger är det en kostnadsfråga. Det som jag reagerar mest på är fattigpensionärerna. [skör äldre]*

*Om man är ensam med liten pension, kan det vara precis på marginalen att man klara sig. [oberoende äldre]*

*Om man ser någon med dåliga tänder är man snabb att tänka att det när någon med sämre ekonomi. [oberoende äldre]*

Samtidigt säger några att det är så viktigt med regelbunden tandvård att det måste få kosta. Andra framför synpunkten att det nog egentligen inte handlar om kostnaden i sig utan att det är en prioriteringsfråga, att man prioriterar annat än tandvård.

*För mig är det självklart att gå regelbundet. Även om det kostar, det är det värt. Genom att regelbundet kolla munhälsan så kostar det mindre. [oberoende äldre]*

*Tänder är inte prio 1, man lägger hellre pengarna på något annat. [sjukhuspersonal]*

*Svårare att lägga pengar på tänderna än på bilen. [oberoende äldre]*

Tandvården ekonomiska stöd lyfts som betydelsefulla för att fortsätta upprätthålla kontakten med tandvården.

*Det gröna kortet är underbart. [skör äldre]*

Hemtjänstpersonalen framför uppfattningen att många av deras hemtjänsttagare skulle ha stor nytta av att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De framför synpunkten att den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården inte skulle vara så styrd av omsorgsbehov utan skulle kunna börja när personen beviljas hemtjänst. Det är oftast då skörheten börjar och då skulle man ha möjlighet att fånga upp behoven av stöd och hjälp med tandvård tidigare. En annan uppfattning som kommer fram är att tandvårdsstödet skulle börja gälla vid en viss ålder.



*Alla [som får hemtjänst] borde åtminstone få en chans till bedömning av sitt tandvårdsbehov. [hemtjänst]*

*Det gröna kortet skulle vara åldersberoende. [hemtjänst]*

I så gott som samtliga intervjuer framkommer att kunskapen om tandvårdens ekonomiska stödsystem är bristfällig. Okunskapen gäller både vilka olika tandvårdsstöd som finns, vem som kan få stöd och vem som kan utfärda dem.

*Jag vet inte vilka tandvårdsstöd som finns. [oberoende äldre].*

*Man kan väl inte få tandvårdsstöd när man bor hemma? [personal särskilt boende]*

För att råda bot på okunskap om tandvårdsstöden framkom, i flera av intervjuerna både bland äldre personer och vård- och omsorgspersonal, önskemål om att en broschyr skulle tas fram, där det olika tandvårdsstöd som finns presenteras.<sup>69</sup>

*En broschyr vore jättebra. Man skulle kunna visa den för patienter, det är många som inte har råd. [sjukhuspersonal]*

Även om samtalen om uppdelningen mellan tandvård och hälso- och sjukvård mest kom att handla om ekonomiska frågor lyfts också fram att man har svårt att förstå att denna uppdelning finns, trots att det finns vetenskapliga bevis för starka samband mellan dålig munhälsa och övriga sjukdomar.

*Tänderna är ju en del av min kropp. Tänderna har så stor betydelse för hela kroppen. [oberoende äldre]*

## Munnen är så privat

*Gärna duschen men ta inte ut proteserna. [hemtjänst]*

Så sammanfattar en person som arbetar inom hemtjänst hur hon uppfattar sina hemtjänstmottagares känslor inför att behöva ta emot hjälp och stöd med personlig omvårdnad. Den intervjuade vård- och omsorgspersonalen, såväl inom både hemtjänst som hälso- och sjukvård, upplever att det är ett större motstånd mot att ta emot hjälp med munvård än att ta emot hjälp med annan omvårdnad. Att ta hand om andras munhälsa upplevs som ett av de svåraste momenten att utföra i omvårdnaden. Samtidigt som man ser sin egen viktiga roll i just detta.

*Det svåraste man kan göra är tänderna. I övrigt kan du göra nästan vad som helst, men kom inte in i munnen. [hemtjänst]*

*Om patienterna inte vill brukar jag nog släppa det. Om patienterna säger klart och tydligt ifrån kan man väl inte tvinga dem. [vårdpersonal sjukhusavdelning]*

Samtidigt ser man hur viktig roll personalen har i munvården.

---

<sup>69</sup> Efter att detta önskemål framfördes initierade Brukardialogberedning 2 att en broschyr för allmänheten skulle tas fram, vilket Tandvårdsgruppen också gjort under 2014.

*När man inte kan styra själv längre så är det ju a och o att det ligger på oss personal. Det blir svårare med de sjuka äldre, då blir vi som får ta överhanden. Ligger inte överst på listan. Men visst tänker vi på det, det gör vi. [vårdpersonal sjukhusavdelning]*

*Tänderna blir lite som en bisak, man glömmer det ju inte, men man prioriterar det inte heller. [vårdpersonal sjukhusavdelning]*

*Vi är bättre på att uppmärksamma munvård hos våra palliativa patienter. [vårdpersonal sjukhusavdelning]*

Många upplever det också som svårt rent praktiskt att sköta munhygien på andra.

*Det bästa är om de har tandprotes, bara att plocka ut. Vi brukar ju borsta dem och lägga dem i en kopp. [vårdpersonal sjukhusavdelning]*

Munnen och behovet av munvård uppfattas som ett mycket privat område. Att då behöva övertala för att ta hand om munhygien hos andra upplever vård- och omsorgspersonalen ibland som starkt integritetskränkande.

*Tänderna är så privata. [oberoende äldre]*

*När de boende kommer frågar men inte förrän efter ett tag om de behöver ha hjälp med munhälsan. Är nog känsligt. [personal särskilt boende]*

*Enligt henne kan hon allt själv. Vi hjälper henne på toaletten, men får inte fixa tänderna. Största problemet är att vi inte får ta bort proteser nattetid, hon vill inte att man ska se henne utan tänder. [personal särskilt boende]*

Den starka integritet som gäller runt munnen gör det också mycket svårare att tala om munnen och munhälsan än om andra sjukdomar och behov.

*Sjukdomar lever man med på ett annat sätt och talar om. Det är en helt annan sak med tänder. Det är mycket känsligare. [personal särskilt boende]*

*Det var först hos tandläkaren som vi upptäckte att hon hade proteser. [personal särskilt boende]*

*Anhöriga vet sällan hur det är. [personal särskilt boende]*

## Hemtjänstens roll

*Nyckeln är hemtjänsten. [oberoende äldre]*

Flera av de intervjuade personerna i grupperna med äldre lyfte fram hemtjänsten som en viktig aktör för att sköra äldre ska kunna ha en god egenvård och behålla sina tandvårdskontakter. I huvudsak var detta dock oberoende äldre som inte hade egen erfarenhet av hemtjänst. Hemtjänsten själva ger uttryck för att munhälsan är ett svårt och känsligt område.

*Det här kan vara första gången någon behöver hjälp. Man måste ta det försiktigt. Då är det svårt att prata om tänder det första man gör. [hemtjänst]*

Hemtjänsten lyfter också hur viktigt det är att munvård finns preciserad som en personlig omvårdnadsåtgärd i genomförandeplanen är för att de ska kunna hjälpa sina hemtjänsttagare med munvården. De önskar också att frågan kunde tas upp redan i biståndsbedömningen.

*Tandläkarna tror att hemtjänstpersonalen hjälper väldigt många med munvård – men det gör man inte. Om det inte står i genomförandeplanen att man ska hjälpa till så gör man inte det. Det skulle stå i biståndsbedömningen att man ska hjälpa till med tänderna. [hemtjänst]*

Dessutom gör den begränsade tid som hemtjänstpersonalen har hos respektive hemtjänsttagare det svårt att anpassa tiden efter de äldres önskemål och behov.

*Vi har inte tid att stanna kvar tills de har ätit färdigt. Många brukare vill borsta sina tänder när de har ätit färdigt, men vi måste göra färdigt och gå innan de är klara. [hemtjänst]*

Någon av hemtjänstpersonalen konstaterar:

*Vi skulle ju kunna bli bättre. Om jag har 150 brukare så ställer jag kanske frågan om tandvård och tandläkare till 25. Det finns inte i vårt tänk. [hemtjänst]*

Hemtjänstpersonalen efterlyste också ökad kunskap om tandvård i allmänhet och tandvårdssystemen i synnerhet. De framförde att om det fanns en resurs, ett *tandvårdsombud*, som skulle kunna vara en samlad kunskapsresurs inom hemtjänstorganisationen och en brygga mellan hemtjänstpersonal och tandvård skulle många tandvårdsfrågor kunna lösas lättare.

*Skulle vara jätteviktigt att ha kunskap om vilka som är intygsutfärdare. [hemtjänst]*

## Reflektioner från Brukardialogberedning 2

Brukardialogberedningen vill särskilt lyfta några iakttagelser och erfarenheter från de genomförda intervjuerna

- Munnen är privat och svår att tala om, men behöver ses som en del av kroppen. Förhållningssättet till munhälsa och munvård behöver avdramatiseras.
- Intervjuerna kom nästan alltid att handla om tänder och tandläkare och betydligt mer sällan om munhälsa och tandhygienister. Det förebyggande perspektivet, som vikten av god egenvård, kunskap om muntorrhet och fluor och kunskap om konsekvenserna av att inte använda munhygienhjälpmedel förutom tandborste kom enbart upp som svar på direkta frågor i intervjuerna.
- Tandvårdsstöden är ett komplext och svåröverskådligt system. Befolkningen samt personal inom hälso- och sjukvård och omsorg har bristande kunskaper om de tandvårdsstöd som finns. Alla behöver få mer information. Kunskapen om vem som kan och ska skriva intyg för de olika tandvårdsstöden är också bristfällig, liksom kunskapen om rätten till nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet i ordinärt boende samt möjligheten att få mobil tandvård. Informationen om de stöd som finns har inte nått ut i tillräcklig omfattning.

- Munhälsoinsatser är inte tydliggjorda och integrerade i hemtjänstens processer och kunskaperna upplevs som otillräckliga. Behovet av munhälsoinsatser framgår inte av biståndsbedömningen utan ingår i begreppet personlig omvårdnad. Den specifika frågan saknas, vilket innebär en otydlighet i efterkommande led. Munhälsa och munvård upplevs inte av hemtjänstpersonal som en del av deras uppdrag om det inte skrivs tydligt i en genomförandeplan. Hemtjänstens arbetsplanering är inte anpassad till hemtjänsttagarnas behov av munvård.
- Tandvården prioriteras lägre än andra medicinska kontakter av sköra äldre. Sköra äldre har så många andra kontakter med exempelvis hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering så att det inte blir första prioritet att gå till tandläkaren. Därför är det olyckligt att inte hälso- och sjukvården ställer frågan om munhälsa. Munhälsa skulle behöva ingå i individuella vårdplaner. Sköra äldre patienter behöver fångas upp på primärvården och sjukhuset, men när sköra äldre med tandvårdsbehov fångas upp saknas det naturliga övergången från sjukvård till tandvård.
- I så gott som alla intervjuer kom frågan om ekonomi upp. Man anser att tandvården är dyr och jämför med hälso- och sjukvården. Kostnaderna påverkar benägenheten att besöka tandvården. Eftersom det finns starka samband mellan dålig munhälsa och övriga sjukdomar upplevs det konstigt att tandvården är skild från hälso- och sjukvård. Skulle det kanske bli en kostnadsbesparing att integrera tandvård i hälso- och sjukvård? Kostnaderna ökar i hälso- och sjukvård när munhälsan blir sämre.
- Vård- och omsorgspersonal hänvisar i stor utsträckning till respekt för den personliga integriteten som förklaring till att munvård inte genomförs. Vad skulle hända om man inte genomförde övrig personlig hygien om den äldre sade ifrån? Finns det en risk att man respekterar så att man stjälpes?
- Det skulle vara intressant med en hälsoekonomisk analys av kostnaderna för att låta tandvården gå in i hälso- och sjukvårdssystemet.
- Vid viktnedgång eller dålig aptit måste omgivningen reflektera över varför personen inte äter. Det kan vara så att det beror på problem i munnen.
- En god munhälsa grundläggs tidigt. Det innebär att behovsgruppen sköra äldre är i ett sämre läge eftersom de inte fick förutsättningar för en god munhälsa från början.

Avslutningsvis vill Brukardialogberedningen lyfta ett citat från en av de oberoende äldre.

*Nyckeln när man blir skör är att det finns någon som ser*

# Referenser

---

## Litteratur

Ekbäck G, Ordell S. Munhälsa och tandvård. TE-studierna – befolkningsenkäter i Örebro och Östergötlands län. Linköping och Örebro, 2013.

Eyenet Sweden 2009. <http://www.eyenetsweden.se/page/59/sdir.aspx> Hämtad 2014-10-20.

Folktandvården Sverige. Kunskapscentra för äldres munhälsa i Sverige.  
<http://www.folktandvarden.se/aldretandvard/kunskapscentra-for-aldres-munhalsa-i-sverige/>  
Hämtad 2014-10-20.

Folktandvården Sverige Folktandvårdens nationella nätverk för äldretandvård.  
<http://www.folktandvarden.se/aldretandvard/natverk-for-aldres-munhalsa/> Hämtad 2014-10-20.

Hugoson, Koch G, Johansson S. Oral hälsa. Konsensuskonferens. Mullsjö, 2013.

Lindblom C. I väntan på tandvård - hur tandröten blev politik. Avhandling. Linköpings universitet, 2004.

Lundegren, N. 2012. Oral health and self-perceived oral treatment need of adults in Sweden. Avhandling. Malmö, 2012.

RAMWux Senior 2013 – Äldretandvård i Dalarna.

Senior alert. <http://plus.lj.se/index.jsf?nodeId=37392&nodeType=13> Hämtad 2014-10-20

SKaPa. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2012.

Socialstyrelsen. Tandläkarnas specialistutbildning. En översyn. Stockholm, 2006.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukvård. Stockholm, 2010.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Stockholm, 2011.

Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm 2013a.

Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm 2013.

Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2014. Stockholm 2014a

Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm 2014.

Socialstyrelsen. Tandhälsoregistret.

<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret> Hämtad 2014-10-20.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Preliminär version. Stockholm 2014b.

Starkhammar C. Periodontitis and coronary artery disease: Studies on the association between periodontitis and coronary artery disease. Avhandling. Linköpings universitet, 2012.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. Tandförluster. Stockholm, 2010.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. Medicinsk vetenskap och praxis. Information från SBU nr 2/2014

Statistiska centralbyrån. Statistisk årsbok 2014. Stockholm 2014a.

Statistiska centralbyrån. Statistiska meddelanden BE 18 SM 1401. Sveriges framtida befolkning 2014–2060. Stockholm 2014b.

Statistiska centralbyrån. Statistikdatabasen.

[http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101A/Folkman\\_dNov/table/tableViewLayout1/?rxid=9e7bce01-435a-477e-9a52-7401d98d0124](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/Folkman_dNov/table/tableViewLayout1/?rxid=9e7bce01-435a-477e-9a52-7401d98d0124) Hämtad 2014-10-20.

Statistiska centralbyrån. Befolkningsutvecklingen.

[http://www.scb.se/statistik/AM/AA9999/2003M00/AM78ST0302\\_05.pdf](http://www.scb.se/statistik/AM/AA9999/2003M00/AM78ST0302_05.pdf) Hämtad 2014-10-20.

Sundberg H. Tandvårdslagen: kommentarer till de nya lagarna och förordningarna på tandvårdens samt hälso- och sjukvårdens område. Liber Förlag, 1986.

Sveriges Folktandvårdsförening. Ramdokument Äldretandvård. 2014

Sveriges kommuner och landsting. Uppsökande verksamhet och Senior alert. Stockholm, 2013a

Sveriges kommuner och landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013 Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm, 2013.

Sveriges kommuner och landsting.

<http://www.skl.se/socialomsorgstod/aldre/battrelivforsjukaaldre.1689.html>

Hämtad 2014-10-20.

Sveriges kommuner och landsting. Landstingens tandvårdsstöd.

<http://www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tandvard/landstingenstandvardsstod.925.html> Hämtad 2014-10-20.

Sveriges Tandläkarförbund. Enkät biståndsbedömning 2013.  
[http://www.tandlakarforbundet.se/globalassets/avara-fragor/pdf/munhalsa/aldre/resultatrapport\\_aldres\\_munhalsa\\_2013.pdf](http://www.tandlakarforbundet.se/globalassets/avara-fragor/pdf/munhalsa/aldre/resultatrapport_aldres_munhalsa_2013.pdf) Hämtad 2014-10-20.

Tandvårdslagen (1985:125). <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19850125.htm>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet.  
[/Upload/Tandvard/Rapport\\_Nulagesbeskrivning\\_tandvardsstod\\_20140304.pdf](/Upload/Tandvard/Rapport_Nulagesbeskrivning_tandvardsstod_20140304.pdf) Hämtad 2014-10-20.

Tronje Hansson L, Gahnberg L, Hägglin C, Odebo L. Skör och äldre – vad händer med tänder? Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov. Rapport 4:2013. FoU i väst, Göteborg, 2013.

Wilhelmson K, Eklund K, Gustafsson H, Larsson Anne-Charlotte, Landahl S, Dahlin Ivanoff S. Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. Läkartidningen 2012;16:826-27.

## Referenspersoner

Tina Allerth, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Norrköpings kommun

Kerstin Aronsson, privat tandläkare, Norrköping

Anna Carin Dahlgren, tandvårdsdirektör, Landstinget i Östergötland

Pernilla Dahlgren, tandhygienist, Orofacial medicin/Sjukhustandvården, utbildare i ROAG

Anne Ekdahl, universitetsöverläkare i geriatrik, Landstinget i Östergötland

Lars Gahnberg, professor, Sahlgrenska akademien och Folktandvården Västra Götaland

Maud Jonsson, distriktssköterska, Johannelunds vårdcentral

Maria Johansson, tandvårdsstrateg, Tandvårdsgruppen, Landstinget i Östergötland

Helena Karlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska Mjölby kommun

Anders Levén, bedömningstamläkare, Tandvårdsgruppen, Landstinget i Östergötland

Lena Larsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Åtvidabergs kommun

Ulla Lundström, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Söderköpings kommun

Åsa Mood, utvecklingsledare Bättre liv för sjuka äldre

Bo Pettersson, klinikchef Orofacial medicin/Sjukhustandvård, Landstinget i Östergötland

Raimo Pälvärinne, tandvårdsdirektör, Landstinget i Östergötland

Erik Stenqvist, verksamhetschef närsjukvården i Finspång

Mats Svensson, klinikchef Folktandvården Åby och Skärblacka, Landstinget i Östergötland

Kristina Willner, vårdcentralchef Johannelunds vårdcentral

# Bilaga Samtalsguide

---

## Samtalsguide

Samtalet ska handla om de fyra huvudområdena *Munhälsa och tandvård allmänt – kan ni berätta, tandvårdsbehov, tandvårdskontakter* och *om att munhälsa tas upp i kontakter med hälso- och sjukvård*. Frågorna ska ses som stödfrågor för samtalet.

### **Munhälsa/tandvård allmänt – kan ni berätta**

- Hur var tandvården under din/er uppväxt?
- Vad innebär munhälsa? (Tugga, inte ha ont, le, tala, andedräkt)
- Vilken betydelse har munnen och munhälsa för det dagliga livet? Känner du någon som du tror har ett försämrat socialt liv pga munhälsan?
- Känner du dig frisk rent allmänt?
- Vilken betydelse har den allmänna hälsan för det dagliga livet?
- Hur kan du/ni påverka er egen munhälsa? (Tandtråd, tandstickor, mellanrumsborstar, kost, tandvårdsbesök etc)
- Hade du skoltandläkare?
- Vad har du för minne av tandläkaren?
- Hur har du upplevt tandvården?
- Har du varit rädd?
- Är du rädd?
- Har det påverkat dina tandläkarbesök?
- Har du varit hos tandhygienist någon gång?
- Vad åt du som barn?
- Använder du/har du använt tobak – snusning, rökning
- Har du haft besvär med blödande tandkött?
- Är du torr i munnen?

### **Tandvårdsbehov**

- Hur upplever du/ni er egen munhälsa?
- Hur tror du/ni att din/er munhälsa kommer att utvecklas i framtiden?
- Har du behov av tandvård?
- Tror du att du kommer att få behov av tandvård i framtiden?

### **Tandvårdskontakter**

- Hur regelbundna har dina/era tandvårdskontakter varit under de senaste 5 åren?
- Vad kan göra att man tappar kontakten med tandvården?



- Om du/avstått från tandvård under det senaste 5 åren, varför? (Orkar inte, sjuk maka/make, hinner inte, svårt att ta sig dit, är det handikappvänligt hos din tandläkare?, ekonomi)
- Vad skulle underlätta för dig att hålla kontakten med tandvården?
- Vilka förväntningar har du/ni på tandvården?
- Vad betyder ekonomin för tandvårdskontakterna?
- Känner du till vilka tandvårdsstöd det finns?
- Tror du att alla kan ta sig tandläkaren själv?

### **Om att munhälsa tas upp i kontakt med hälso- och sjukvården**

- Har frågor/råd om munhälsan tagits upp vid kontakter med hälso- och sjukvården?
- Har vårdcentralen frågat dig?
- Har du besökt någon seniormottagning? Har de frågat dig om munhälsan?
- I vilka sammanhang?
- Vad skulle hälso- och sjukvården kunna göra för att kontakten med tandvården ska behållas?

### **Avslutningsfrågor**

- Är det något särskilt Du vill "skicka med" oss politiker?
- Är det någonting mer Ni vill ta upp? Något vi missat?