

Att förbättra munhälsan hos personer med funktionsnedsättning – barn, vuxna och äldre

Konsensusarbete för effektivare
munhälsofrämjande arbete
för personer med funktionsnedsättning



Ett samarbetsprojekt
mellan föreningarna NFH och HSO
(Nordisk Förening för Funktionshinder och
Oral Hälsa och Handikappförbunden)

ISBN nr: 978-91-976819-7-1

Redaktörer: Pia Gabre och Inger Wårdh

Layout: Lena Gustafsson

Förlag: Mun-H-Center förlag, www.mun-h-center.se

NFH: www.nfh-sverige.se

Tryck: Nässjötryckeriet, 2011

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	6
Varför ville vi skapa konsensus i ämnet?	6
Hälsa och munhälsa	6
Begreppet funktionsnedsättning	8
Samhällets stöd	9
Förebyggande hälsoarbete	10
Syfte	15
Hur gick vi till väga?	15
Deltagare i konsensusarbetet	16
Referenser	18
 Folkhälsoarbete och samverkan	
Folkhälsoarbete för oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning	21
Folkhälsoarbete	21
Folkhälsoarbetets Målområde 6. Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård	22
Samverkan	24
Modell för folkhälsoarbete och samverkan för oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning	25
Modell för folkhälsoarbete i samverkan	26
Sammanfattning	35
Konsekvenser	35
Referenser	36
 Plackkontroll	38
Vikten och konsekvensen av plackkontroll	38
Parodontal sjukdom	38
Inflammation	39
Klorhexidin	40
Riskklassificering beroende på ålder och sjukdomstyp samt gruppens rekommendationer	42

Att tänka på i tandvårdssituationen avseende patienter med funktionsnedsättning eller äldre	46
Övergripande rekommendationer till vårdpersonal avseende personer som ej på grund av funktionsnedsättning kan sköta sin egen munhygien	46
Oralt plack och livskvalitet	46
Behovet av mekanisk rengöring	47
Konklusion	47
Referenser	47

Att förebygga karies hos människor med funktionsnedsättning med hjälp av fluor	49
Varför belyser vi området?	49
Socialstyrelsens Nationella riktlinjer	50
Konsensusarbetet	52
Anpassad användning av fluorprodukter	57
Hjälpmiddel för att göra egenvård möjlig	61
Utveckling av nya produkter	61
Sammanfattning	63
Konsekvenser	63
Referenser	64
Fluorinnehåll i några munvårdsprodukter	66

Mat, nutrition och oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning	67
Inledning	67
Sjukdomsrelaterad undernäring	68
Nutrition – osteoporos/frakturer – sarkopeni/ork (Sjukdom)	73
Nutritionsvårdsprocessen – Utredning och behandling	74
Samarbete runt nutrition och oral hälsa	80
Socialstyrelsens Nationella riktlinjer	82
Konsekvenser	82
Referenser	83

Muntorrhet vid funktionsnedsättning	85
Varför belyser vi området?	85

Diagnostik	86
Socialstyrelsens Nationella riktlinjer	86
Konsensusarbetet	87
Referenser	92
Hjälpmedel och kognitiva stöd	94
Bakgrund	94
Hjälpmedelsutprovning- praktisk vägledning för munvård	96
Sammanfattning	104
Referens	105
Externt munhälsoarbete för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar	106
Varför belyser vi området?	106
Barn och ungdomar med funktionsnedsättning	106
Konsensusarbetets rekommendationer för barn och ungdomar med funktionsnedsättning	107
Vuxna och äldre med funktionsnedsättning	108
Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård	108
Definitioner	109
Erfarenheter av tandvårdsstödet	111
Hemtandvård som mobil tandvård	114
Hemtandvård eller kliniktandvård	116
Förbättringsområden	117
Konsensusarbetets rekommendationer och vision för vuxna och äldre med funktionsnedsättning	120
Referenser	121
Bilaga 1. Munbedömningsinstrument ROAG	124
Bilaga 2. Munbedömningsinstrument	125

Inledning

Författare: Pia Gabre och Inger Wårdh

Varför ville vi skapa konsensus i ämnet?

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för tandvård lägger en vetenskaplig grund för att patienten ska kunna erbjudas en kunskapsbaserad och säker tandvård som dessutom är likvärdig oavsett var man får sin tandvård. Socialstyrelsen har dock begränsat sina rekommendationer till vuxna utan funktionsnedsättning. Människor med funktionsnedsättning har större risk för att drabbas av munsjukdomar och det finns därför ett behov av att utvärdera vilken tandvård som är effektiv även för människor med funktionsnedsättning. Metoder för att förebygga munsjukdomar ställer krav på kognitiv, intellektuell och fysisk förmåga. Därför uppstår den ogynnsamma situationen att de människor som har det största behovet av förebyggande insatser har den sämsta förmågan att ta till sig råd, att förändra beteendet och att utföra adekvat munhygien.

Alla människor har rätt att ses som unika individer inom tandvården med möjlighet att formulera sina egna mål och själva ta beslut om förändringar. Tandvårdspersonalens uppgift är att stödja beslutet på alla tänkbara sätt och att anpassa råd och metoder till den enskildes förmåga. Vårdspersonalens måste visa följsamhet till patienternas förutsättningar och prioriteringar. Ytterst är det en fråga om medbestämmande, delaktighet och jämställdhet.

Hälsa och munhälsa

Redan 1948, formulerade WHO en framsynt definition av hälsa: “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara avsaknaden av sjukdom” (1). Definitionen visar på att hälsan är en syntes av två perspektiv – den medicinska professionens bedömning och den självupplevda hälsan. En bra munhälsa gör det möjligt för människor att äta och njuta av mat, att kommunicera och ha relationer och är betydelsefull för en god livskvalitet och för självkänslan (2). Hälsofrämjande arbete definieras enligt WHO (3) som den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och hälso-främjande pro-

gram ska därför kännetecknas av empowerment (egenkraft), delaktighet, helhetssyn och jämlikhet (4-5).

Munhälsan i Sverige har avsevärt förbättrats under de senaste decennierna. Förekomsten av karies och tandlossning har minskat i alla åldersgrupper och andelen tandlösa i befolkningen har kontinuerligt minskat (6). Munhälsan hos äldre uppvisar stora skillnader mellan olika studier beroende på vilken region som studeras och framförallt vilket omvårdnadsberoende de äldre har. Personer med funktionsnedsättning har fått en bättre munhälsa, men fortfarande finns betydande skillnader mellan personer med full funktion och de med funktionsnedsättningar. T.ex. visar Jönköpingstudierna 5 % tandlösa 80-åringar (6) medan en tredjedel av omvårdnadsberoende äldre i länen Gävleborg, Uppsala och Västmanland helt saknade egna tänder (7). Personer med kognitiva brister såsom intellektuella funktionsnedsättningar eller demens har ökad förekomst av karies (8-9) och personer som bor på äldreboenden eller har stora omvårdnadsinsatser har sämre munhälsa än aktiva äldre (10). En ökad förekomst av munproblem kan orsaka smärta, infektioner och nutritionssvårigheter (11-12). Tabell 1 visar några exempel på nordiska studier som beskriver munhälsan hos äldre och personer med funktionsnedsättning. Åldern som anges är med undantag för de tre första studierna medelålder eller åldersspann för den studerade gruppen.

Studie	Grupp	DFT	Antal tänder
Hugoson et al 2005 ⁶	Äldre, 80 år	15,3	18,2
EpiWux 2008 ¹³	Äldre, 85 år	13,9	18,2
Alstad et al 2008 ¹⁴	Äldre, 71 år	56,4 (DFS)	20
Holmén et al 2011 ⁷	Omvårdnadsberoende äldre, 84 år	12,1	10,8
Gabre et al 2001 ⁸	Vuxna med utvecklingsstörning, 39 år	17,3 (DFS)	24,9
Ulseth et al 1991 ¹⁵	Vuxna med Downs syndrom, 42 år	9,5	18,2
Engvall et al 1991 ¹⁶	Myotonisk muskeldystrofi, 45 år	22,5	20,7
Buhlin et al 2005 ¹⁷	Hjärtsjd, kvinnor, 43-79 år	18,9	
Lagervall et al 2003 ¹⁸	Diabetes, 53,1 år		23,8
Persson et al 2009 ¹⁹	Psykisk sjd, öppenvård 43 år	10,6	25,7
Rosén et al 2010 ²⁰	Barn med hjärtsjukdom, 6,5 år	5,2 (dfms)	
Engvall et al 2009 ²¹	Myotonisk muskeldystrofi, 6-22 år	3,3	
Stensson et al 2010 ²²	Barn med astma, 12-16 år	4,9	

Munhälsan kan påverkas av allmänsjukdomar och funktionsnedsättning, men även det omvända förhållandet gäller - att sjukdomar i munnen påverkar den allmänna hälsan. Tandbeläggningar kan utgöra en reservoar för bakterier och ge luftvägsinfektioner. Vårdrelaterad lunginflammation (VRL) är en av de viktigaste dödsorsakerna hos försvagade personer och den troliga smittvägen är bakteriespridning från munhåla och svalg (23). En förbättrad munhygien hos äldre kan minska risken för att insjukna eller dö i VRL (24). Tandlossning är en munsjukdom som har samband med flera allmänsjukdomar, bl.a. diabetes, reumatoid artrit och hjärt-kärlsjukdomar (25).

Även den självskattade munhälsan är sämre hos personer med funktionsnedsättning. I den nationella folkhälsoenkäten uppger 39 % av männen och 31 % av kvinnorna med funktionsnedsättning att de har en dålig munhälsa jämfört med 10 respektive 8 % i den övriga befolkningen (26).

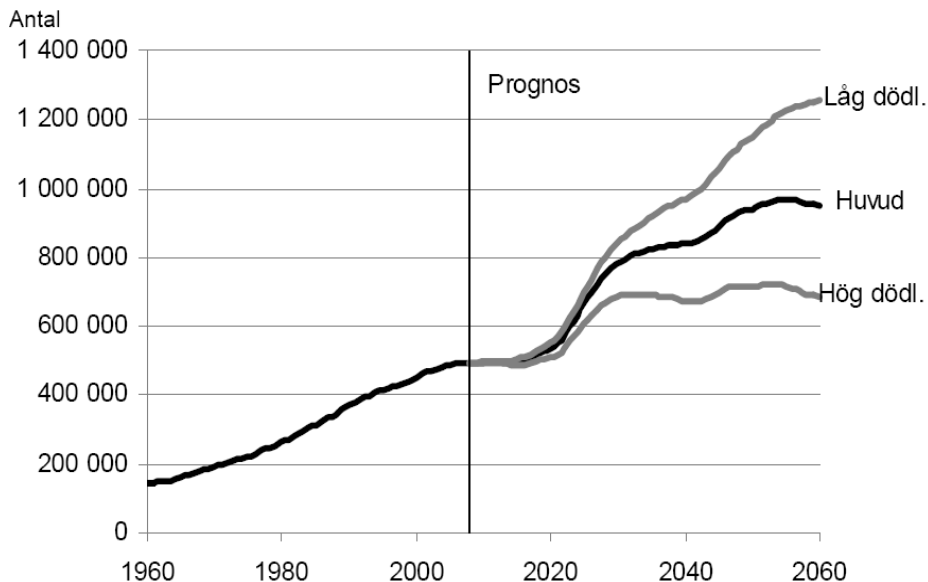
Begreppet funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning menas en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder är de begränsningar som en funktionsnedsättning kan innebära för en person i relation till omgivningen. Funktionshinder är inte något som en person har utan det är miljön som är funktionshinder. Antalet personer i Sverige som har en funktionsnedsättning är svår att beräkna eftersom det finns ett stort antal sjukdomar och tillstånd som leder till en funktionsnedsättning av varierande karaktär och omfattning.

Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät, som bygger på självskattad hälsa, beskriver att omkring 1,5 miljoner människor i Sverige mellan 16 och 84 år har en funktionsnedsättning. Antalet ökar med stigande ålder, men även i åldersgruppen 16-29 år har 10 % en funktionsnedsättning. De allra flesta med funktionsnedsättning, 1,1 miljoner, är äldre än 65 år.

Antalet äldre i Sverige ökar liksom i andra delar av världen. Enligt SCB kommer antalet personer i åldern 65-79 år öka från strax under 1,2 miljoner år 2009 till mellan 1,5 och 1,6 miljoner personer år 2030 (27). Figuren nedan visar förändringen av befolkningen över 80 år under samma

tidsperiod (källa: SCB:s demografiska rapporter). Ökningen går från 500.000 personer år 2009 till ca 800.000 personer över 80 år 2030.



Samhällets stöd

Enligt Socialtjänstlagen (28) har alla lagstadgad rätt till den omsorg och vård som behövs för att leva ett normalt liv. Stödet ser olika ut beroende på vilka behov man har och det kan vara allt från hjälp med praktiska saker såsom städning till omsorg dygnet runt. Sedan den så kallade Ädel-reformen i början av 1990-talet har kommunerna det samlade ansvaret för nästan all omsorg och vård av äldre, med undantag för akutsjukvård och läkarkontakter. I första hand ges hjälpen så att man kan bo kvar i sitt eget hem. Socialtjänstens tjänstemän bedömer om man har rätt till stödinsatser och de ska se till hela personens livssituation och behov av service, vård och omsorg. När den äldre behöver ska man även få hjälp med munvård.

Rättigheter för personer med funktionsnedsättning yngre än 65 år regleras genom Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS, 29). Lagen gäller för personer med utvecklingsstörning eller med autism, personer med begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder och personer med stor fysisk och psykisk funktionsnedsättning. Om man hör till personkretsen har man rätt till stöd av olika slag, ex. personlig assistans, rådgivning och ledsagarservice.

Personal inom tandvården, liksom de inom hälso- och sjukvården, styrs av hälso- och sjukvårdslag och tandvårdslagen som är en del av hälso- och sjukvårdslagen (4). Eftersom tandvårdspersonalen och den personal som ansvarar för den dagliga omvårdnaden styrs av olika lagar och dessutom har olika huvudmän finns risk för samarbetsproblem när den dagliga munvården ska utföras. Tandvården har en lång tradition av förebyggande, profylaktiskt arbete och vill komma in så tidigt som möjligt för att hindra begynnande sjukdomsprocesser medan Socialtjänsten är en myndighet som handlar på brukarens uppdrag och därför oftast agerar först när ett behov/en skada redan uppkommit. Munvård är en omvårdnadsaktivitet som ingår i den allmänna omvårdnaden och riskerar därför också att bli lågt prioriterad när andra, mer uppenbara omvårdnadsbehov ska tas om hand. Tand- och munstatus registreras oftast inte separat när ett biståndsbehov ska bedömas eller vid ankomstsamtal vid flytt till ett särskilt boende.

Förebyggande hälsoarbete

Munsjukdomarna är ofta livsstilsrelaterade och kan därför påverkas genom hälsofrämjande insatser. Det är svårt att påverka människor till hälsosamma val och få långsiktiga förändringar. Traditionellt har de hälsofrämjande insatserna ofta styrts av den medicinska expertisen som talat om för befolkningen vad som bör göras för att uppnå resultat (30), men på senare år har metoder utvecklats som bygger på att människor ges kunskap och insikt så att de kan fatta självständiga beslut om ett förändrat levnadssätt. Patienten ses som expert på sitt eget liv och hälsoupplysaren skall endast vägleda patienten att själv se vilken information han/hon vill ha samt om och hur beteende ska förändras (31).

Hälsosamma val och livsstilsförändringar är svåra att genomföra för alla människor. Individens kognitiva förmåga är starkt involverad i denna förändringsprocess. Kognitionen samlar in alla intryck, bearbetar dem och formar vårt agerande utifrån insamlad information. Kognitiva färdigheter involverar minne, motivation, problemlösning och förmåga att upprätthålla dagliga rutiner. Detta innebär att livsstilsförändringar blir särskilt svåra att genomföra då de kognitiva funktionerna sviktar eftersom de patientcentrerade arbetssätten bygger på att individen har möjlighet att ta till sig ny kunskap, se orsakssammanhang, förstå vad det egna beteendet får för konsekvenser, kunna införa uthålliga hälsosamma rutiner osv. Människor med funktionsnedsättning har störst förekomst av munsjukdomar och därför bli det särskilt ogynnsamt att dessa har svårast att genomföra förebyggande insatser. Särskilda stöd blir då nödvändiga för att kompensera för de begränsningar som funktionsnedsättningen innebär.

Stöd i vardagen

Individer med funktionshinder är ofta beroende av särskilt stöd för att klara vardagslivet. Genom att anpassa miljö och pedagogiska metoder kan man underlätta vardagslivet för personer med funktionsnedsättning (32). En sådan anpassning ger ökat självbestämmande och oberoende även för människor med funktionshinder (33). Pedagogisk anpassning och kognitiv design gör det möjligt för individer med funktionshinder att göra hälsosamma val trots brist på kunskap och prevention av munsjukdomar kan uppnås genom att modifiera metoder och produkter till kognitiva, intellektuella och fysiska funktionshinder (34). Hjälpmedelsinstitutet har dock rapporterat att varken barn eller vuxna får tillgång till de pedagogiska stöd och kognitiva hjälpmedel som de har behov av. Främst beror detta på bristande kompetens hos den vårdpersonal som har till uppgift att stödja de funktionshindrade personerna (35). Många människor med funktionshinder är dessutom beroende av stödpersoner, vårdpersonal, personliga assistenter eller anhöriga, för att leva ett bra dagligt liv. Stödpersonernas kunskap om munhälsa och möjligheter att förebygga munsjukdomar blir då avgörande för att åstadkomma förbättringar (36).

Samhällets stöd för en bättre munhälsa

En lag om reformerat tandvårdsstöd trädde i kraft i januari 1999 (37). I en särskild tandvårdsförordning (38) reglerades landstingens ansvar för att äldre och funktionshindrade med omfattande omvårdnadsbehov erbjuds avgiftsfri munhälsobedömning i hemmet och nödvändig tandvård för samma avgifter som inom hälso- och sjukvården. Tjänstemän inom kommunen identifierar vilka som är berättigade till tandvårdsstödet och utfärdar intyg om detta till enskilda personer. Tandvårdsstödet består av:

- kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet
- individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården
- nödvändig tandvård för sjukvårdsavgift
- utbildning i munhälsovård för kommunens vårdpersonal

Rätt att få del av tandvårdsstödet har personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (29), samt de som har ett omfattande och varaktigt behov av vård och omsorgsinsatser. Tandvårdsstödet syftar till att genom munvårdsråd förebygga munsjukdomar, men även behandla uppkomna skador genom att erbjuda nödvändig tandvård till samma avgifter som inom hälso- och sjukvården. Detta är i linje med tandvårdslagen (4) och prioriteringsutredningen (39) där vikten av förebyggande arbete betonas och att de personer som har störst behov skall erbjudas vård i första hand. Andra grupper med funktionsnedsättning, t.ex. personer med Sjögrens syndrom eller efter strålbehandling, har möjlighet att få tandvård som led i sjukdomsbehandling utförd till samma avgifter som inom sjukvården. SKL rapporterar att år 2009 fick 96.000 av de 168.000 som är berättigade en munhälsobedömning genom uppsökande verksamhet. Lite fler, drygt 110.000 fick nödvändig tandvård och dessutom fick 32.000 personer tandvård som led i sjukdomsbehandling. Totalt kostade landstingets tandvårdsstöd 709 miljoner 2009 (40).

En stor andel av personerna med funktionsnedsättning får dock inget stöd utöver det statliga tandvårdsstödet som gäller för alla människor i Sverige trots att deras funktionsnedsättning medför ökade risker för att drabbas av munsjukdomar. Det är även svårare att rehabilitera bettet efter tandförluster hos många personer med funktionsnedsättning.

Det kan t.ex. vara svårare att använda avtagbara proteser och alternativet blir då att acceptera tandlöshet eller välja kostsamma behandlingar såsom implantat. Det statliga tandvårdsstödet innebär att man betalar hela kostnaden själv upp till 3000 kr under en 12-månaders period. När man nått denna gräns betalar man som patient hälften av kostnaderna upp till 15.000 kr och därefter 15% av kostnaderna. Alla får ett årligt tandvårdsbidrag på 150 kr som kan användas för all ersättningsberättigad tandvård. Är man 20-29 år eller äldre än 75 år får man 300 kr per år.

Eftersom det finns flera tillstånd som påverkar munhälsan negativt utan att man får del av landstingets tandvårdsstöd har regeringen tillsatt en utredning för att förstärka stödet för tandvård för människor med funktionsnedsättning, ”Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning” (41). Utredningen har nyligen publicerat ett förslag till förbättringar där särskilt fokus ligger på förebyggande åtgärder. Utredningen föreslår en förstärkning både inom landstingets och det statliga tandvårdsstödet. Det statliga stödet ska tillföras ett särskilt tandvårdsstöd på 1200 kr per år med obligatoriskt utnyttjande varje halvår för att stimulera till regelbundna tandvårdskontakter. Femton tillstånd ska få rätt till det särskilda tandvårdsbidraget och man räknar med att 310.000 personer kommer att vara berättigade. Exempel på tillstånd som ska inkluderas är muntorrhet, vissa tarmsjukdomar, ätstörningar och kronisk destruktiv parodontit. Landstingets tandvårdsstöd ska utökas med 11 nya grupper, ex. CP-skador, Parkinson, MS och psykiskt funktionshinder, som får rätt till nödvändig tandvård med samma avgifter som inom hälso- och sjukvården. Landstingets utökade tandvårdsstöd kommer att erbjudas 56.000 personer. Totalt skattas kostnaden för den ökade omfattningen bli 500 miljoner kronor och det kan komma att träda i kraft 1 juli 2012.

Effektivt preventivt arbete

Kunskap om vilka insatser och åtgärder som är effektiva när det gäller att förebygga karies och tandlossning har till viss del varit bristfällig. Statens beredning för medicinsk utveckling, SBU, har i flera utvärderingar studerat det vetenskapliga underlaget för att förebygga dessa munsjukdomar. Rapporten ”Att förebygga karies” (42) visade att den förebyg-

gande effekten av att använda fluortandkräm är stark, men att även andra fluorprodukter såsom sköljning och lack har effekt. För övriga metoder var kunskapsunderlaget för svagt liksom för hur det kariesförebyggande arbetet ska läggas upp för personer med särskilda behov. År 2004 kom SBU-rapporten "Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling" (43). Kunskapsunderlaget för att förebygga tandlossning är ännu svagare än för karies men rapporten beskrev några sätt att minska tandköttinflammation. SBU ställer höga kvalitetskrav på de vetenskapliga studier som beaktas när effekten av behandlingar ska avgöras, men även om kunskapsläget är oklart måste ändå tandvårdens vårdgivare - och beslutsfattare, vårdplanerare och patienter – fatta beslut om vilka behandlingsmetoder som ska väljas i olika situationer. För att hjälpa tandvården att välja och erbjuda den tandvård som är effektiv och gör största möjliga nytta för patienten till en rimlig kostnad har Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för tandvård (44). Patienten ska kunna erbjudas en kunskapsbaserad och säker tandvård som dessutom är likvärdig oavsett vilken vårdgivare man väljer. Nationella riktlinjer finns inom sju områden för tandvård. Riktlinjerna beskriver tandvård för vuxna i allmänhet utan att ta ställning till vilka metoder som är effektiva för personer med funktionsnedsättning.

Ett etiskt perspektiv på förebyggande arbete

Det är viktigt för tandvårdspersonal att man vet vad som är effektivt för att förebygga munsjukdomar när man ska ge råd till alla patienter. När man riktar sig till människor med funktionsnedsättning blir detta ännu viktigare. När man har begränsad förmåga att lära nytt och när nya rutiner tar längre tid att lära, då är det nödvändigt att det som lärs ut är det mest effektiva. Det finns då inte marginaler att slösa kraft på ganska bra metoder, eller i värsta fall ineffektiva metoder. Ibland har patienten en begränsad autonomi och har svårt att förstå varför munvård måste utföras i hemmet eller på kliniken. En viss övertalning kan då behöva användas eller t.o.m. ibland milt tvång för att kunna utföra munvård. Av etiska skäl måste vi då vara säkra på att de insatser vi genomför har bästa möjliga effekt i enlighet med prioriteringsutredningens resonemang (39). Inom landstingens tandvårdsstöd ges mycket utbildning till vårdpersonal och andra stödpersoner. Detta görs både på individuell basis i samband med

munhälsobedömningen, men även vid de årliga utbildningstillfällen som all vårdpersonal har rätt till. Det är viktigt att det som lärs ut är anpassat till människor med funktionsnedsättning - deras sjukdomsrisk, vilka metoder som är effektiva och hur råd och hjälpmedel ska anpassas för att vara möjliga att genomföra.

Syfte

Syftet med detta konsensusarbete var att med utgångspunkt från de nationella riktlinjer inom tandvård som Socialstyrelsen tagit fram modifiera dessa så att de mest effektiva metoderna för att förebygga karies och tandlossning för människor med funktionsnedsättning kan identifieras. Målet var att skapa en vägledning för tandvårdspersonal, patienter och vårdpersonal om hur man kan anpassa metoder, hjälpmedel och pedagogik i det preventiva arbetet för människor med funktionsnedsättning. Målet med anpassningen är att minska sjukdomsförekomsten och att skapa självbestämmande och oberoende för människor med funktionsnedsättning.

Hur gick vi till väga?

I januari 2011 samlades 25 deltagare till en konsensuskonferens i Stockholm som pågick i två dagar. De inbjudna deltagarna utgjorde ett urval av personer med expertkunskaper inom området. Experterna hämtades från Socialstyrelsens riktlinjearbete, från högskolornas forsknings- och vetenskapligt aktiva medarbetare och från tandvårdspersonal med kunskap och erfarenhet av att arbeta med patienter med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens projektledare för de Nationella riktlinjerna deltog i vissa delar av konferensen.

Konsensusarbetet utgick från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för att förebygga av karies och tandlossning. Riktlinjearbetet i Socialstyrelsen har lagt en vetenskaplig bas genom att gå igenom de studier som är gjorda inom ämnesområdet och sammanfattat resultatet av dem. I konsensuskonferensen hade deltagarna uppgiften att modifiera och anpassa riktlinjernas resultat så att samsyn kan skapas kring det förebyggande munhälsoarbetet för människor med funktionsnedsättning. Rekommendationer som ges ska stödja sig på bästa tillgängliga kunskap, dvs. på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Deltagarna arbetade i grupper med avgränsade ansvarsområden. Eftersom vissa områden av betydelse för det förebyggande arbetet för människor med funktionshinder inte inkluderades i Socialstyrelsens riktlinjer kompletterades riktlinjernas rekommendationer med arbetsområdena saliv och hjälpmedel. Dessutom arbetade en grupp med att samla rekommendationer aktuella för den uppsökande verksamheten inom tandvården. Slutligen fick en grupp uppdraget att identifiera områden för hälsofrämjande arbete riktad till människor med funktionsnedsättning. Nedan listas de sju ämnesområden som konsensusarbetet fokuserade på:

1. Folkhälsoarbete och samverkan
2. Plackkontroll
3. Fluor
4. Kost
5. Muntorrhet
6. Hjälpmedel och kognitiva stöd
7. Externt munhälsoarbete för alla åldrar

Deltagarna fick uppdraget hösten 2009, och under hösten 2010 startade förberedelsearbetet. Direkt efter konsensuskonferensen i januari 2011 arrangerades en öppen seminariedag med 120 deltagare där konferensens preliminära resultat presenterades. Under våren 2011 har expertgrupperna haft upprepade kontakter där den skriftliga dokumentationen som presenteras i denna bok tagits fram.

Deltagare i konsensusarbetet

Bitte Alborg	tandläkare, Helsingborg
Torgny Alstad	tandläkare, odont.dr., Sahlgrenska Akademien, Göteborg
Pia Andersson	tandhygienist, odont.dr., Högskolan Kristianstad
Sara Anner	sjuksköterska, verksamhetschef, Stockholm
Monica Barr Agholme	specialisttandläkare i pedodonti, odont.dr., Karolinska Institutet, Stockholm
Maud Bergdahl	tandläkare, professor, Universitetet i Tromsø, Norge
Kåre Buhlin	tandläkare, med.dr., Karolinska Institutet, Stockholm
Inger von Bultzingslöwen	tandläkare, odont.dr., Sahlgrenska Akademien, Göteborg och Folktandvården Värmlands län
Gerd Faxén-Irving	dietist, med.dr., Stockholm
Göran Friman	tandläkare, doktorand, Filipstad

Pia Gabre	tandläkare, docent, Sahlgrenska Akademin, Göteborg och Folktandvården Uppsala län
Ann-Christin Grevér	specialisttandläkare i pedodonti, Stockholm
Margaret Grindefjord	specialisttandläkare i pedodonti, odont.dr., Eastman Institutet, Stockholm
Gunnel Håkansson	tandläkare, Tandvårdsstrateg, landstingen i Halland och Kronoberg
Maria Juslin	tandhygienist, Karolinska Institutet, Stockholm
Johanna Norderyd	specialisttandläkare i pedodonti, Odontologiska Institutionen, Jönköping
Monica Nordling	tandläkare, utvecklingschef, Folktandvården Jönköpings län
Marika Persson	arbetsterapeut, Göteborg
Terje Persson	tandläkare, Folktandvården Dalarna
Per Ramberg	tandläkare, docent, Sahlgrenska Akademin, Göteborg
Wivi-Anne Sjöberg	tandläkare, Folktandvården Västra Götalandsregionen
Anna Maria Stenlund	tandhygienist, Folktandvården Västerbottens läns län
Katri Ståhlacke	tandhygienist, odont.dr., Folktandvården Örebro län
Inger Wårdh	tandläkare, docent, Karolinska Institutet, Stockholm
Mia Zellmer	tandhygienist, Mun-H-Center, Folktandvården Västra Götalandsregionen



*Experterna samlade på Långholmens konferenscenter, Stockholm.
Ett stort tack till alla som deltagit i konsensusarbetet*

REFERENSER

1. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference in New York 1946. Signed by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2. p.100) and entered into force on 7 April 1948.
2. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18.
3. WHO. Ottawa charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva, 1986.
4. Tandvårdslagen. SFS 1985:125. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer, 1985.
5. Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 711-8.
6. Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin SÅ, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2005;29:139-55.
7. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral health in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*; in press.
8. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 20-26.
9. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ: Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology* 2002;19:80-94.
10. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:81-92.
11. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. *Aging* 2001;13:370-7.
12. Peltola P, Vehkalahti NM. Chewing ability of the long-term hospitalized elderly. *Spec Care Dentist* 2005;25:260-4.
13. EpiWux 2008. Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård. Folk-tandvården, landstinget i Dalarna. ISBN 978-91-633-5839-5.
14. Alstad T, Holmberg I, Österberg T, Birkhed D. Associations between oral sugar clearance, dental caries, and related factors among 71-years-olds. *Acta Odontol Scand* 2008;66:358-67.
15. Ulseth JO, Hestnes A, Stovner LJ, Storhaug K. Dental caries and periodontitis in persons with Down syndrome. *Spec Care Dentist*. 1991;11:71-3.

16. Engvall M, Kiliaridis S, Mejersjö C. Dental needs of patients with myotonic dystrophy. *Swed Dent J* 1991; 15:171-8.
17. Buhlin K, Gustafsson A, Ahnve S, Janszky I, Tabrizi F, Klinge B. Oral health in women with coronary heart disease. *J Periodontol.* 2005;76:544-50.
18. Lagervall M, Jansson L, Bergström J. Systemic disorders in patients with periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2003;30:293-9.
19. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16:263-71.
20. Rosén L, Rydberg A, Sjöström I, Stecksén-Blicks C. Saliva profiles in children using heart failure medication: a pilot study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010;11:187-91.
21. Engvall M, Sjögreen L, Kjellberg H, Robertson A, Sundell S, Kiliaridis S. Oral health status in a group of children and adolescents with myotonic dystrophy type 1 over a 4-year period. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19:412-22.
22. Stensson M, Wendt LK, Koch G, Oldaeus G, Lingström P, Birkhed D. Caries prevalence, caries-related factors and plaque pH in adolescents with long-term asthma. *Caries Res.* 2010;44:540-6.
23. Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationship between periodontal disease and bacterial pneumonia. *J Periodontol* 1996; 67 (10suppl): 1114–22.
24. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:2124-30.
25. Buhlin K, Gustafsson A, Håkansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol.* 2002;29:254-9.
26. Folkhälsoinstitutet. Onödigt ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Statens Folkhälsoinstitut R 2008:13. Edita, Stockholm.
27. SCB. Sveriges framtida befolkning 2009-2060. Demografiska rapporter 2009:1. ISSN 1654-1510.
28. Socialtjänstlagen (SoL). SFS 2001:453. Stockholm 2001.
29. Socialstyrelsen. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. SFS 1993:387. Stockholm 1993.
30. Naidoo J, Wills J. Health promotion – foundations for practice. London: Baillière Tindall, 2000.
31. Klang Söderkvist B. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur, 2008.
32. Svensk A. Design for Cognitive Assistance. Thesis. Certec, Faculty of Technology, Lund University, Sweden 2001.

33. Jönsson B. Design Side by Side. pp 37-38. Lund: Studentlitteratur, 2006.
34. Scherer MJ. Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disability and Rehabilitation* 2005; 27: 731-39.
35. HI. Kognitiva hjälpmedel. Nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Hjälpmedelsinstitutet, 2008. Best nr 0831.
36. Wårdh, I, Hallberg LR, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aides: one-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 250-6.
37. Socialstyrelsen. Ändring av tandvårdslagen. SFS 1998:554. Stockholm 1998.
38. Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförordning. SFS 1998:1338. Stockholm 1998.
39. Socialdepartementet. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val. SOU 1995:5.
40. SKL. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2009 års verksamhet. Sveriges kommuner och landsting Dnr 10/5467.
41. Socialdepartementet. Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen. Ds 2010:42. Fritzes, Stockholm.
42. SBU. Att förebygga karies. Rapport nr 161, 2002. ISBN 91-87890-81-X.
43. SBU. Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. Rapport nr 169, 2004. ISBN 91-87890-96-8.
44. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2011. ISBN: 978-91-86885-09-0.

Folkhälsoarbete och samverkan

Folkhälsoarbete för oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning

Författare: Inger von Bültzingslöwen, Gunnel Håkansson, Katri Ståhlénacke

Folkhälsoarbete

Det övergripande målet för folkhälsa är enligt Statens Folkhälsoinstitut (FHI) att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. En liknande formulering finns i tandvårdslagen – Målet för tandvården anges vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. I 2c § hälso- och sjukvårdslagen anges att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården när det är lämpligt skall ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Även i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade anges målet vara att främja en god hälsa på lika villkor (1-4).

Folkhälsoarbete innefattar planerade och systematiska insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. En uttalad avsikt är att påverka frisk-, skydds- och riskfaktorer och struktur- och miljöförhållanden som bidrar till en positiv hälsoutveckling på befolkningsnivå. Frisk- och skyddsfaktorerna är utgångspunkten för det hälsofrämjande perspektivet. Insatserna kan vara samhälls-, grupp- och/eller individinriktade. Folkhälsa rör allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Man kan säga att det ytterst handlar om vilket samhälle vi vill leva i. Ska människors hälsa och livskvalitet påverkas i positiv riktning krävs att både livsvillkor och levnadsvanor förbättras. Det övergripande ansvaret på nationell nivå för uppföljning och utvärdering av folkhälsoarbetet har Statens Folkhälsoinstitut (5).

Folkhälsoarbetets Målområde 6. Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård

Folkhälsoarbetet i Sverige utgår från elva övergripande målområden. Hälso- och sjukvården och tandvården har en viktig roll i utvecklingen av en god folkhälsa. I målområde 6 är det formulerat på följande sätt: En hälsofrämjande hälso- och sjukvård är hälsoorienterad. Det betyder att all verksamhet inom hälso- och sjukvården riktar in sig på att förbättra hela befolkningens hälsotillstånd. Ett hälsoorienterat fokus går längre än att se utvecklingen av hälso- och sjukvården som begränsad till utökad produktion, det vill säga utökade antal behandlingar, patientbesök, eller ingrepp. Fördelningen av resurser fokuseras dessutom på de befolkningsgrupper som har det största hälsobehovet.

I Folkhälsorapporten 2010 från Folkhälsoinstitutet påpekas att det finns flera viktiga skäl till att förbättra förutsättningar för en god folkhälsa (6). Alla människor har lika värde och varje individ ska ha möjlighet att nå en god hälsa och livskvalitet. Ohälsosamma levnadsvanor och olycksfall leder också till stora kostnader för samhället. Dessa kostnader kan minskas, bland annat genom att skapa förutsättningar för sundare levnadsvanor. Ett stort antal människor i samhället har olika typer av funktionsnedsättning som påverkar deras dagliga livsföring och hälsa (7). Det är tio gånger så många människor med funktionsnedsättning som upplever att de har dålig hälsa, både fysisk och psykisk, jämfört med befolkningen i stort. Tandhälsan är också sämre och det är betydligt fler som inte har besökt tandvården fast det hade behövt (8).

Personer med funktionsnedsättning är en viktig målgrupp för Folkhälsoinstitutet som bland annat arbetar för att öka kunskap och medvetenhet kring funktionsnedsättning och funktionshinderprocesser, detta eftersom en inte obetydlig del av samhällets samlade ohälsa finns bland människor med olika typer av funktionsnedsättning. För att nå det övergripande folkhälsomålet måste det framtida folkhälsoarbetet mer inriktas på funktionshinderprocesser än vad som sker idag. Om hälsoskillnaderna mellan olika grupper ska minska, är det också nödvändigt att sätta fokus på funktionshinderbestämningsfaktorer (9).

Syfte

Syftet med detta kapitel är att utifrån ett folkhälsoperspektiv identifiera komponenter av betydelse för att kunna bedriva en hälsoinriktad vård och omsorg avseende munhälsa hos grupper av människor med funktionsnedsättning som i olika utsträckning inte själva klarar sin egen munvård.

Hälsa – Ohälsa

Hälsan är en grundläggande rättighet, för om vi inte har hälsan är det andra rättigheter som vi inte kan få tillgång till. Den rätten är i FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna direkt kopplad till levnadsstandarden. Artikel 25 inleds med konstaterandet att var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande (10).

Definition - Hälsa

Det finns ett antal definitioner av begreppet hälsa. Den mest kända är WHO:s från 1940-talet där hälsa anges vara inte bara avsaknad av sjukdom utan ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande. Folkhälsoinstitutets definition av hälsa är något annorlunda och bygger på Lalondes bestämningsfaktorer för hälsa: Hälsa ses som individens förmåga att uppnå sin kapacitet och förmåga att samspela positivt med utmaningar i omgivningen. Hälsa är en resurs i vardagen och inte målet med livet; det är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser likaväl som fysisk förmåga (5).

Definition - Oral Hälsa

Den rådande definitionen i Sverige av oral hälsa är den som formulerades vid en konsensuskonferens i Jönköping år 2002: Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av sjukdom (11).

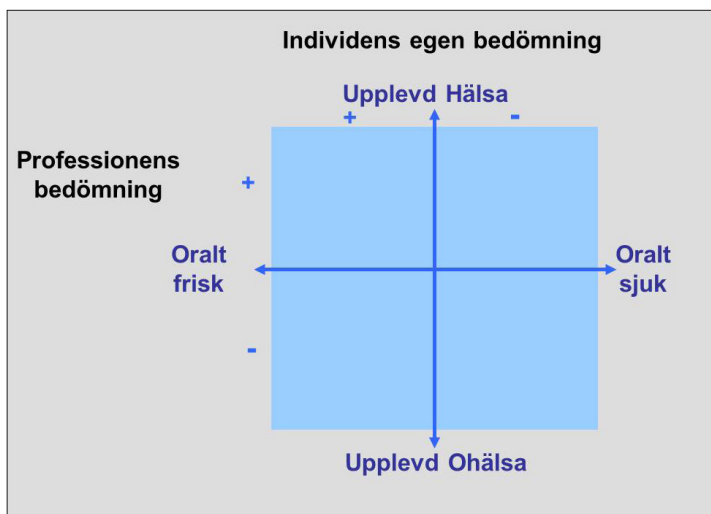


Fig. 1 Modifierad modell för oral hälsa från konsensuskonferens i Jönköping

Samverkan

Samverkan kan ske på en rad olika sätt och på olika nivåer; mellan organisationer och företag, mellan yrkesområden, mellan professioner och mellan enskilda personer. Ett sätt att skapa förutsättningar och strukturer för samverkan är att ha styrande samverkansdokument, exempelvis skriftliga vårdriktlinjer eller vårdprocessbeskrivningar. Om samverkan ska lyckas krävs det också personer som är engagerade i att etablera och upprätthålla samarbetet. Krav på samverkan inom hälso- och sjukvården finns även lagreglerat. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall, i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Vidare betonas att landsting och kommun ska samarbeta i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Motsvarande krav finns för kommunerna. Även i tandvårdslagen anges att i planeringen och utvecklingen av tandvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda (1-2). För att kunna erbjuda personer med funktionsnedsättning hälsofrämjande och förebyggande munhälsovård och en god tandvård krävs inte bara samverkan mellan sjukvård och tandvård utan också mellan vården och utbildnings- och forskningsinstitutioner och andra samhällsfunktioner. För att erhålla ny kunskap krävs ett aktivt forsknings- och utvecklingssamarbete.

Modell för folkhälsoarbete och samverkan för oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning

Strukturer och hälsostراتيجier för hälsoinriktad vård och omsorg avseende munhälsa för särskilda grupper som inte själva klarar sin egen munvård.

Utifrån en skapad modell på temat folkhälsa och samverkan beskrivs nedan faktorer som enligt författarna har betydelse för att bedriva en hälsoinriktad vård och omsorg i samverkan och därmed en god oral hälsa för personer med funktionsnedsättning som i olika utsträckning inte själva klarar sin egen munvård (figur 2). Huvudkomponenter i modellen är *I. Insikt, kunskap och kompetens* och *II. Strukturer och samverkan*. Viktiga delkomponenter beskrivs. Idealt är när såväl insikt, kunskap och kompetens som goda strukturer och samverkan finns, enligt övre vänstra rutan i figuren.

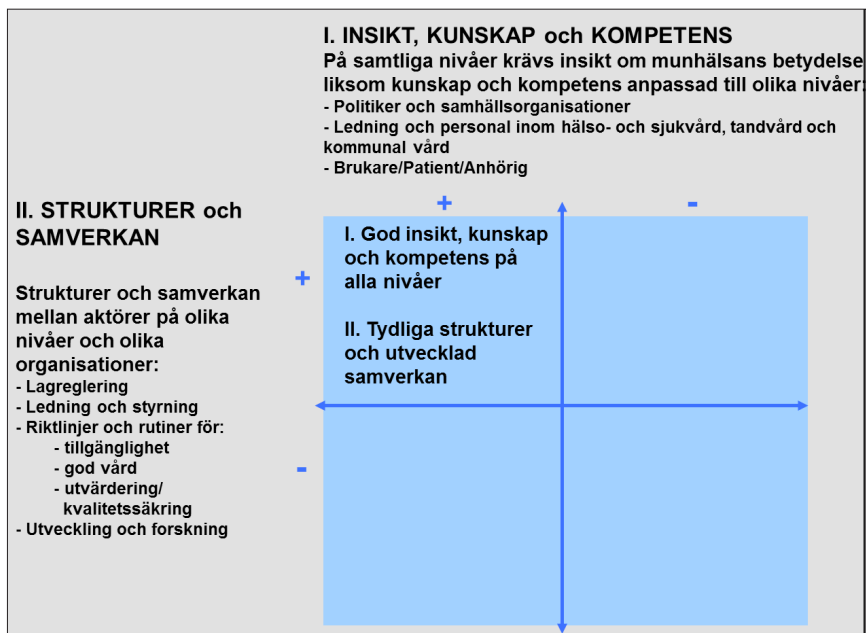


Fig. 2

Modell för folkhälsoarbete i samverkan

I. Insikt, kunskap och kompetens

Insikt om frisk- och riskfaktorer och de påverkbara faktorer som finns för att uppnå en god hälsa hos människor med funktionsnedsättning kan förbättra förutsättningarna för en god egenvård och ett fullgott vårdomhändertagande. Kunskap krävs t.ex. beträffande när det är funktionsnedsättningen i sig som försämrar hälsan och när det är samhällsfaktorer. Kompetens hos såväl brukare/patienter som personal att vidta rätt åtgärder för att behålla/förbättra hälsan är av avgörande betydelse.

Munhälsoproblem kan påverka allmänhälsan, orsaka lidande, leda till svårigheter att äta och ge en försämrad livskvalitet (12). Ett flertal rapporter visar att munvård ofta saknas i omvårdnadsrutiner för äldre som är beroende av andra för att sköta sin dagliga hygien (13-14). Orsakerna till detta är oklara men en viktig faktor kan vara bristande kunskap och kompetens hos den personal som ansvarar för och sköter omvårdnaden (15).

Politiker och samhällsorganisationer

För att levnadsförhållandena och hälsan för personer med funktionsnedsättning ska kunna förbättras behöver samhällets företrädare ha kunskap om verkliga förhållanden. Problem som inte dokumenteras tenderar att bli nedprioriterade i det politiska arbetet eller förbli helt osynliga. Politikerna har en viktig uppgift att begära underlag för att få kunskap och möjligheter att agera för att förbättra folkhälsan. Viktiga aktörer är också patientföreningar som kan ha stor påverkan på politiska beslut. Sundushållning av offentliga resurser innebär att folkhälsoåtgärder också ska utvärderas ur ett hälsoekonomiskt perspektiv (16).

Ledning och personal i hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal vård

Undervisning om oral hälsa och munvård i alla grundutbildningar för undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, dietister och tandvårdspersonal är ett grundläggande krav för att god kunskap och kompetens skall finnas hos personal på alla nivåer inom tandvården, hälso- och sjukvården och omsorgen. Det behövs riktad munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal i olika funktioner om de speciella problem som gäller för olika kategorier av patienter t.ex. demenssjuka. I

de nationella riktlinjerna för omvårdnad och omsorg vid demenssjukdom finns rekommendationer för såväl hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården.

Enligt 8 a § tandvårdslagen ska landstingen svara för uppsökande verksamhet (1). I den uppsökande verksamheten ingår utbildning av vård- och omsorgspersonal. Ansvaret för utbildningen ligger på den vårdgivare med vilken landstinget har skrivit avtal eller överenskommelse. Kommunerna ansvarar för att vårdpersonal ges möjlighet att delta i utbildningen utifrån den skyldighet som finns i socialtjänstlagen (§20a och 21a) att skaffa sig kunskap om äldres och funktionshindrades levnadsförhållanden, bedriva uppsökande verksamhet och samverka i planeringen med landstinget och andra samhällsorgan (3). Målet med utbildningen är att omvårdnadspersonalen ska få kompetens att sköta den dagliga munvården och att i viss mån tolka symptom som tyder på behov av tandvård. Utbildningsinsatsen omfattar såväl individuell rådgivning och instruktion i daglig munvård som generell utbildning i munhälsovård för kommunens personal.

Uppföljning av utbildningsinsatser bör ske regelbundet för att kontrollera nivån på utbildningen, omfattningen och att alla, som skall, nås av utbildningen. Detta är en ledningsfråga.

Brukare, patienter och anhöriga

Många funktionsnedsättningar kan innebära svårigheter att etablera en hälsosam livsstil och behålla den. Forskning visar att personer som upplever livet som begripligt, hanterbart, meningsfullt och känner möjlighet att påverka sin situation klarar påfrestningar bättre än andra. Känslan av sammanhang och delaktighet utgör en viktig grund för människors hälsa (17). En person med utvecklingsstörning eller andra kognitiva svårigheter kan behöva mer hjälp än andra för att få motivation att förbättra sina levnadsvanor. Hälso- och sjukvårds-, tandvårds- och omvårdnadspersonal behöver ge patienterna kunskap om egenvårdens betydelse. För medicinska riskpatienter kan en god munhälsa vara av betydelse även för den allmänna hälsan. I samarbete mellan tandvårdspersonal och andra aktörer som läkare, sjuksköterskor, diabetesteam, psykiatriteam, patient-

föreningar m.m. ska patienten informeras om munhälsans betydelse vid olika tillstånd. Tandvårdens personal ska stödja patienten i munvårdsinsatserna och erbjuda ett utökat stöd vid behov.

II. Strukturer och samverkan

Tydliga och väl förankrade strukturer och rutiner och samverkan mellan olika aktörer med patienten i centrum bedöms vara en viktig förutsättning för en väl fungerande verksamhet när det gäller munhälsa för personer som i olika utsträckning inte själva klarar sin egenvård. Betydelsen av detta tycks emellertid ofta förbises inom vården. Ett väl strukturerat arbete kan leda till ett mer konsekvent arbetssätt kring de hälsofrämjande frågorna.

Samverkan sker mellan t.ex. yrkesgrupper, mellan organisationer och mellan samhällssektorer. Det kan gälla det direkta samarbetet mellan en person med funktionsnedsättning och tandvårdspersonal men även med en anhörig person eller en vårdpersonal. Likaväl kan det röra en strukturell samverkan som bygger på en samsyn kring en enskild funktionsnedsättning.

Lagreglering

Som grund för välfärdssamhället har demokratin avgörande betydelse för folkhälsan. Att kunna påverka och att ha inflytande utgör inte bara demokratins grund utan också den egna hälsans grund. De stora förbättringarna i folkhälsa har huvudsakligen åstadkommits genom breda samhällsförändringar och inte genom medicinska insatser. Det är därför viktigt att alla aktörer i samhället verkar för att främja hälsa och förebygga ohälsa (18-19).

Det har betonats att konsekvenserna för hälsan ska kunna belysas innan politiska beslut fattas. Det innebär att förslagen bedöms utifrån hur de påverkar hälsan och situationen för de mest utsatta. Dessa bedömningar kan göras på flera sätt. En metod är s.k. hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) som kan bidra till att sätta folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen, minska den ojämlika hälsan och vitalisera det politiska arbetet (20-22).

Ledning och styrning

Samverkansmodeller kan leda till ett bättre strategiskt helhetsperspektiv. Samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården sker i olika omfattning och kan anta olika former såväl lokalt/regionalt som nationellt. Ett exempel på nationell samverkan mellan tandvården och kommunal omsorg regleras i det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft 1999 (23). Samverkan kan också handla om att beskriva och lägga fast rutiner för lokala vårdprocesser eller olika former av teamsamverkan som utformats utifrån lokala behov.

Brister i samverkan är något som uppmärksammas när det gäller den uppsökande och nödvändiga tandvården. Kommunerna ansvarar för omvårdnaden av personer som behöver hjälp med att t.ex. sköta den dagliga munhygien. Det kommunala ansvaret för service och omvårdnad regleras i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (2-4). I socialtjänstlagen åläggs kommunerna att samverka i planeringen med landstinget och andra samhällsorgan (3). Trots det anser vissa kommuner att munvård är en verksamhet som det saknas resurser att genomföra fullt ut och att munvård inte ska ingå i den dagliga omvårdnaden. Speciellt svårt är det på vissa håll att få hemtjänsten att betrakta munvården som en del i den dagliga omvårdnaden (24).

Vården ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Olika instanser samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Detta förutsätter en dialog mellan patienten, hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonalen, omsorgspersonalen och närstående. Det är en ledningsfråga att skapa förutsättningar för en sådan inriktning.

Riktlinjer och rutiner för tillgänglighet

Tillgänglighet är ett viktigt och centralt begrepp. En grundläggande aspekt på tillgänglighet är möjligheten för personer med funktionsnedsättning att kunna ta sig till inrättningar. Tillgänglighet kan också vara att personal tar sig till brukaren som därmed får möjlighet att ta del av en

insats. En annan viktig tillgänglighetsfaktor är personalens och patienternas/brukarnas kunskap om hur funktionsnedsättningen kan påverka den allmänna och orala hälsan. Kunskap är en förutsättning för rätt stöd. För tandvården måste även ekonomiska aspekter innefattas i begreppet, eftersom tandvården till skillnad från hälso- och sjukvård för de flesta till största delen bekostas av den enskilda individen. Ytterligare en aspekt är att information måste vara utformad på ett sådant sätt att alla kan ta del av den (8).

Riktlinjer och rutiner för god vård

Den professionella kunskapen som leder till förbättring av diagnostik och behandling inom hälso- och sjukvården växer snabbt. Kunskapen implementeras dock i olika omfattning och med olika hastighet, vilket leder till stora variationer i praxis (25). För att säkerställa att ny kunskap och bättre metoder kommer patienterna tillgodo i största möjliga utsträckning behövs indikatorer för att följa upp hur väl vården och tandvården motsvarar förväntningarna på god vård och tandvård. Med stöd av evidensbaserade nationella riktlinjer kan vården styras åt samma håll. Nationella riktlinjer kan också vara en hjälp för att välja den vård som är till störst nytta för patienten. Arbete med vårdprogram, baserat på nationella riktlinjer när sådana finns, kan utföras såväl nationellt som regionalt och lokalt. Nationella riktlinjer för olika sjukdomstillstånd ska, då det är relevant, innehålla krav på munhälsovård. Motsvarande krav på munhälsovård bör finnas i vårdprogram, såväl inom hälso- och sjukvård som kommunal omsorg.

Socialstyrelsens arbete med vägledningen God vård tar sin utgångspunkt i kraven på god och säker vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen (1-2, 25). En viktig avsikt med God vård är att koppla ihop patientperspektivet med ledningsperspektivet. Medborgare och patienter förväntar sig att få en god vård och att den är lättillgänglig. Ledning för vården måste tillhandahålla och utveckla vården i enlighet med gällande regelverk. I vägledningen identifieras sex olika områden som viktiga förutsättningar för god vård. Dessa sex områden är att vården ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. I vägledningen kallas dessa för kvalitetsområden, men de kan också betraktas som områden för uppföljningar och förbättringar.

Riktlinjer och rutiner för utvärdering och kvalitetssäkring

För att utvärdera om tandvården uppfyller kravet på god vård har Socialstyrelsen tagit fram övergripande nationella indikatorer för god vård (26). Som datakälla för indikatorerna förslås bland annat kvalitetsregistret Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SkaPA) och National Quality Register for Dental implants (NQREDI) samt Socialstyrelsens tandhälsoregister. Även befolkningsenkäter för att utvärdera den självupplevda hälsan samt upplevelser från vården anges som källor.

Utveckling och forskning

För att kvaliteten i hälso- och sjukvård och tandvård systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras krävs att kvalitetsområdena i God vård beaktas. Nationella kvalitetsregister har under senare år fått en allt viktigare roll i kvalitetsutvecklingen då de möjliggör uppföljning av behandlingsprocesser och resultat av behandling för stora patientgrupper.

I 26 b § Hälso- och sjukvårdslagen anges att landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete (2). Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

På regeringens initiativ utarbetades 2005/2006 en nationell IT-strategi för vård och omsorg. Den var första etappen i en fördjupad nationell samverkan kring bl.a. ett gemensamt förhållningssätt hur IT ska användas i framtiden inom vård- och omsorgssektorn och som stöd för en verksamhetsutveckling på lokal och regional nivå. Konkreta exempel är elektroniska patientjournaler, elektroniska recept och webbportaler med hälsoinformation riktad till invånarna. En av grundtankarna med den nationella IT-strategin för vård och omsorg är att informationen ska följa patienten. Viktig medicinsk information ska finnas tillgänglig oavsett om patienten besöker ett landsting, en kommun eller en privat vårdgivare. Tid och geografisk tillhörighet ska inte spela någon roll. På sikt ska informationen även kunna nås av patienten själv. Med snabbare tillgång till rätt information ökar patientsäkerheten. Munvårdsråd som ges vid den uppsökande verksamheten är ett exempel där gränsöverskridande rutiner

för dokumentation behövs. Omvårdnadsrutiner dokumenteras av kommunens personal i omvårdnadspärmen medan munvårdsråden förs på separata munvårdskort.

Brukar/patientgrupper

Särskilda behov uppstår till följd av ett stort antal olika funktionsnedsättningar och sjukdomar. Orala tillstånd och svårigheter förknippade med dessa hälsotillstånd exemplifieras i tabell 1 (27).

Tabell 1

Områden	Funktionsnedsättningar/sjukdomar	Exempel på orala tillstånd och/eller svårigheter vid munvård och behandling
Habilitering och rehabilitering	• utvecklingsstörning/begåvningsmässig funktionsnedsättning/inlärningssvårigheter • små och mindre kända handikappgrupper (sällsynta diagnoser) • neuropsykiatriska tillstånd, t.ex. autismspektrumstörningar • medfödda neurologiska sjukdomar, t.ex. cerebral pares (CP) • förvärvad hjärnskada, t.ex. efter trauma eller stroke • neuromuskulära sjukdomar	• störd oralmotorik och tuggfunktion; rörelsehinder i händer och armar • näringstillförsel via sond • intellektuella/kognitiva svårigheter • tandvårdsfobi • kooperationssvårigheter
Psykiatri och psykologi	• svåra beteendestörningar • ångesttillstånd • fobier • depressioner • psykossjukdomar, t.ex. schizofreni, bipolär sjukdom • ätstörningssjukdomar • missbruk	• psykiska funktionsnedsättningar • intellektuella/kognitiva svårigheter • tandvårdsfobi • kooperationssvårigheter • muntorrhet • tandslitage
Äldreområdet och geriatrik	• demenssjukdomar • psykiatriska tillstånd • andra åldersrelaterade sjukdomar • multiproblematik hos äldre-äldre • svåra tillstånd i livets slutskede	• kooperationssvårigheter • muntorrhet • tandslitage • slemhinneinfektioner

Invärtes- medicinska tillstånd	• hematologiska sjukdomar och deras behandling • immunbristsjukdomar • autoimmuna sjukdomar, t.ex. reumatoid artrit (RA), systemisk lupus erythematoses (SLE), Sjögrens syndrom • endokrina sjukdomar, t.ex. insulinresistent diabetes mellitus • neurologiska sjukdomar, t.ex. multipel skleros (MS), epilepsi, Parkinsons sjukdom • hjärt- och kärlsjukdomar • koagulationsstörningar • nutritionsstörningar • astma och allergier • lungsjukdomar, t.ex. kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) • kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar såsom Crohns sjukdom, ulcerös kolit • organtransplantation där fullständig infektionsfrihet krävs	• virusreakivering • bakteriella infektioner • svampinfektioner • mucosit • muntorrhet • nedsatt motorik • generellt ökad infektionskänslighet • reaktiva slemhinneförändringar • blödningsrisk
Onkologiska tillstånd	• tumörsjukdomars orala komplikationer • biverkningar av strålnings- och cytostatikabehandling vid tumörbehandling • andra farmakologiska biverkningar	• mucosit • muntorrhet • infektioner • blödningsrisk • osteo(radio)nekroser
Infektiösa tillstånd m.m	• infektiösa tillstånd såsom sepsis, endokardit • HIV/AIDS med nedsatt immunförsvar	• odontogena infektionsfocci • infektionskänslighet • Kaposis sarkom (tumörsjukdom)
Slemhinne- och hudsjuk- domar	• slemhinnetillstånd och dermatologiska sjukdomar med orofaciala manifestationer	• lichen planus • erythema multiforme • ektodermal dysplasi • epidermolysis bullosa • pemfigoid • Behçets sjukdom m. fl.

Nationella riktlinjerna för karies och parodontit ur ett folkhälso-perspektiv

Det kan läggas ett folkhälsoperspektiv på en del åtgärder som kan vidtas med anledning av vad som tas upp i de nationella riktlinjerna för karies och parodontit. Det gäller exempelvis minskat sockerintag och beteendemedicinsk prevention och behandling.

Minskat sockerintag

De i detta kapitel beskrivna faktorerna insikt, kunskap och kompetens och strukturer och samverkan är relevanta i ett folkhälsoarbete för att uppnå kraven i de nationella riktlinjerna avseende minskat sockerintag. Minskat sockerintag är starkt rekommenderat som en kariespreventiv åtgärd i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (28). Ändå torde det vara en ineffektiv metod att genom individuell rådgivning försöka uppnå ett ändrat beteende hos en del patientgrupper, t.ex. inom geriatriken. Många individer i särskilda boenden har inte själva den kognitiva förmågan att göra kloka val avseende födointag. Dessa individer är beroende av personalens kunskap och kompetens och vilka strukturer/riktlinjer/rekommendationer som ledningen beslutat om när det gäller intag av sötad föda. I många särskilda boenden förekommer fortfarande sötad dryck, inte sällan oreflekterat serverad. Samverkan mellan tandvårdspersonal, dietist, medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal skulle kunna öka insikten om behovet av att, genom samlad kunskap och kompetens skapa nya strukturer där fullgoda alternativ serveras och saft och andra sötade matprodukter inte längre erbjuds.

Beteendemedicinsk prevention och behandling

En person med oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk, där bristande munhygien och rådande matvanor är en riskfaktor och som inte i alla delar själv klarar sin munvård, har behov av förändrade vanor för att bevara oral hälsa, förebygga sjukdom och/eller förhindra fortsatt sjukdomsutveckling.

Beteendemedicinsk prevention och behandling har i många andra sammanhang inom hälso- och sjukvården visat sig ha en tillfredsställande och god effekt. För att även nå patienter med särskilda behov med denna

metod krävs mer generell kunskap inom tandvården om hur metoden praktiskt ska tillämpas. Kanske bör tandvården överväga om det i vissa fall är till omvårdnadspersonalens utbildningen ska riktas. Mer forskning behövs om beteendemedicinsk prevention och behandling till särskilda grupper.

Sammanfattning

Folkhälsa rör allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Hälso- sjukvård- och tandvård och socialtjänst har en viktig roll i utvecklingen av en god folkhälsa genom att arbeta för att främja hälsa och förebygga sjukdom och skada. För att minska ohälsan bör dessa instanser samverka. En sådan form av samverkan kan vara att skapa gemensamma samverkansdokument, exempelvis i form av vårdriktlinjer eller vårdprocesser. Ny kunskap kräver ett aktivt forsknings- och utvecklingsarbete som bör ske i nära samverkan med den dagliga verksamheten. Med hjälp av en modell har betydelsefulla faktorer för ett väl fungerande folkhälsoarbete beskrivits. Huvudkomponenter är insikt, kunskap och kompetens samt strukturer och samverkan. Det kan också läggas ett folkhälsoperspektiv på några av de åtgärder som tas upp i de nationella riktlinjerna för karies och parodontit. Det gäller t.ex. minskat sockerintag och beteendemedicinsk prevention och behandling.

Konsekvenser

Det är tio gånger så många människor med funktionsnedsättning som tycker att de har dålig hälsa, både fysisk och psykisk, jämfört med befolkningen i stort. Även tandhälsan är sämre. De stora förbättringarna i folkhälsa har huvudsakligen åstadkommits genom breda samhällsförändringar och inte genom medicinska insatser. Det är därför viktigt att konsekvenserna för hälsan belyses innan politiska beslut fattas. En metod är s.k. hälsokonsekvensbeskrivningar (HBK).

Den professionella kunskapen inom hälso- sjukvård och tandvård växer snabbt. Ny kunskap och bättre metoder kommer dock patienterna till godo i olika hög grad. Svårast att nå är personer med funktionsnedsättning. Nationella riktlinjer kan vara en hjälp för att välja den vård som är

till störst nytta och bidra till förståelse för hur en funktionsnedsättning eller sjukdom kan påverka den allmänna hälsan och tandhälsan.

Tillgänglighet är ett viktigt och centralt begrepp vid funktionsnedsättning. En vidare tolkning av tillgänglighet än bara att kunna ta sig till inrättningar är att information måste vara utformad på ett sådant sätt att alla kan ta del av den.

Brister i samverkan är något som uppmärksammas när det gäller den uppsökande och nödvändiga tandvården. Ett flertal rapporter har visat att munvård alltför ofta saknas i omvårdnadsrutiner för äldre som är beroende av andra för att sköta sin dagliga hygien. Både inom tandvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns kunskapsbrister om sambandet mellan sjukdomar och funktionsnedsättning och tandvårdsbehov. Detta kan leda till munhälsoproblem som i sin tur påverkar allmänhälsan och som leder till svårigheter att äta och en försämrad livskvalitet.

REFERENSER

1. Tandvårdslagen 1985:125. Stockholm. Stockholm, 1985.
2. Hälso-och sjukvårdslagen 1982:763. Stockholm, 1982.
3. Socialtjänstlagen (SoL). SFS 2001:453. Stockholm, 2001.
4. Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) 1993:387. Stockholm, 1993.
5. Statens Folkhälsoinstituts hemsida www.fhi.se.
6. Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Statens Folkhälsoinstitut. Östersund: Tryckeriet AB Solna, 2010.
7. Nationella folkhälsokommittén. ”Hälsa på lika villkor” slutbetänkande 2000. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer, 2000.
8. Sjöberg M. Hälsa hos personer med funktionsnedsättning. Expertseminarium. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm: Strömberg 2008.
9. Folkhälsoinstitutet. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Statens Folkhälsoinstitut R 2008:13. Stockholm: Edita, 2008.
10. FN:s förklaring om Mänskliga rättigheter. www.manskligarattigheter.gov.se.
11. Hugoson A, Koch G, Johansson S. Konsensuskonferens Oral hälsa. Jönköping: Förlagshuset Gothia, 2003.
12. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008;28(6):224-36.

13. Stein PS, Henry RG. Poor oral hygien in long –term care. *Am J Nurs* 2009;109(6):44-50.
14. Andersson K, Nordenram G, Wårdh I, Berglund B. The district nurse's perceptions of elderly patients' oral health a qualitative interview study. *Acta Odontol Scand* 2007;65(3):177-82.
15. Paulsson G, Wårdh I, Andersson P, Öhrn K. Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. *Eur J Cancer Care* 2008;17:49–55.
16. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart, GL. *Methods for the economic evaluation of health care programs*, third edition. Oxford: Oxford University Press, 2005.
17. Antonovsky A. *Hälsans Mysterium. Natur och Kultur*. 2005.
18. Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J, Moberg H (red). *Svensk folkhälsa i historiskt perspektiv*. Statens Folkhälsoinstitut 2005:8. Stockholm: Edita, 2005.
19. Ågren G. Den nya folkhälsopolitiken: Nationella mål för folkhälsan. Statens Folkhälsoinstitut 2003:57. Sandviken: Sandvikens Tryckeri, 2004.
20. Orth-Gomér K, Perski A (red). *Preventiv medicin i teori och praktik. En metodik för bättre folkhälsa. Kapitel Hälsoekonomi*. Studentlitteratur. Andra upplagan, 2009.
21. Levin L-Å, Senfält K, Janzon M, Henriksson M, Andersson A, Bernfort L. *En introduktion i hälsoekonomi*. Södertälje: Astra Zeneca Sverige, 2004.
22. Suhrcke M, de Paz Nieves C. *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high income countries: a review of the evidence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
23. Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförordning, 1998:1338. Stockholm, 1998.
24. Socialstyrelsen. *Tandvård i särskilda boenden för äldre*. 2009. Artikelnummer 2009-126-168.
25. Socialstyrelsen. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården.. SOSFS 2005:12*. Kungälv: Grafikerna Livréna i Kungälv AB, 2005.
26. Socialstyrelsen. *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård*. Artikelnummer 2010-11-7. Stockholm, 2010.
27. von Bültzingslöwen I, Andersson J. *Treårig försöksutbildning för tandläkare inom orofacial medicin*. Rapport Västra Götalandsregionen 2004.
28. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm 2011. Artikelnummer 2011-5-1.

Plackkontroll

*Författare: Kåre Buhlin, Margaret Grindefjord, Per Ramberg,
Mia Zellmer*

Vikten och konsekvensen av plackkontroll

Förekomsten av karies och parodontala sjukdomar är hög hos många personer med funktionshinder, särskilt de äldre med nedsatt salivsekretion. Den mekaniska plackborttagningen är ofta svår att utföra på ett effektivt sätt för personer med funktionshinder eller deras stödpersoner. På grund av svårigheter att både förstå hur lösningar ska hanteras utan att sväljas och oralmotoriska problem används inte antimikrobiella lösningar i större utsträckning av personer med funktionsnedsättning. Tandborstning med antimikrobiell gel är dock vanligt förekommande och används ibland som substitut för tandkräm. När det gäller karies är fluorens positiva effekter mot kariessjukdomen väl kända (se också detta kapitel i denna bok).

Rekommendationen att byta ut tandkräm mot klorhexidingel innebär att den grundläggande användningen av fluor, borstning med fluortandkräm två gånger per dag, ibland inte tillgodoses för dessa patientgrupper, vilket vi anser ej är tillrådligt ur någon aspekt. Motivet för att använda antimikrobiella produkter är dock oftare parodontal sjukdom såsom gingivit/parodontit än karies. Det är vanligt med rekommendationer att borsta med klorhexidingel under vissa begränsade tidsperioder. Det förekommer också ibland generella rekommendationer bl.a. inom den uppsökande verksamheten att använda borstning med klorhexidingel som en åtgärd för alla, dvs. utan individuell bedömning av behovet.

Parodontal sjukdom

Parodontit är en av de mest vanliga inflammatoriska sjukdomarna i världen och de kliniska tecknen såsom blödande tandkött, fördjupade tandköttsfickor och mobila tänder är synliga fr.o.m. den tidiga medelåldern för dem som är drabbade. Uppemot 30-60% av en vuxen population är drabbade av måttlig parodontit eller gingivit. Det är dock färre som har en allvarlig parodontit, cirka 5-8% (1-2). Parodontit förorsakar förlust av tändernas stödjevåvnader på grund av den parodontala inflammationen

och den kommer om den förblir obehandlad att leda till tandlöshet vilket i sin tur leder till försämrad tuggförmåga och social isolering. Processen drivs av bakterier och bakteriemängden kan uppgå till 1 000 000 000 bakterier på en tand vid dålig munhygien.

Mikrobiologiskt plack som bland annat består av patogenerna *Aggregatibacter actinomycetem comitans*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythius* och *Treponema denticola* är de bakterier som antas ha mest samband med parodontal sjukdom (3-5).

På sextiotalet trodde man att alla typer av bakterier kunde orsaka gingivit och parodontit. Hypotesen kallades för ospecifik plackteori eftersom ingen speciell bakterie var involverad. Under 1980-talet började man ifrågasätta detta eftersom vissa bakterier som de ovan nämnda, har visat sig vara mer parodontalt patogena än andra. Man talade om den specifika plackteorin vilket innebär att vissa bakterier orsakar gingivit och parodontit (mestadels anaeroba bakterier). Denna plackteori har man nu modifierat då man nu arbetar efter den ekologiska plackhypotesen. Den går i korthet ut på att orala bakterier vanligtvis sitter i kluster eller mikrokolonier, dessa formar på så sätt en oral biofilm både på hård och mjuk yta. Detta sker först supragingivalt och sedan subgingivalt. Den orala biofilmen ändrar sig över tiden, i det första läget är den grampositiva aeroba floran dominerande. Sedan så ökar den anaeroba floran över tid och på djupet. Tanken är att de aeroba bakterierna som sitter ytligt i biofilmen förbrukar syret i området och därigenom orsakar en syrefattig miljö där de anaeroba bakterierna på djupet trivs (6). Dessa bakterier orsakar en irritation i vävnaden då de ämnen som bakterierna producerar förpassas genom epitelet till omgivande vävnad varvid inflammationen fördjupas.

Inflammation

Patogenesen vid parodontal inflammation är en kontinuerlig process, men är vanligtvis delad i fyra stadier enligt Page & Schroeder (7), initial, tidig, etablerad och avancerad läsion. Vid den initiala fasen så förekommer det alltid bakterier vid den gingivala kanten. Denna bakteriella attack ger ett immunsvaret där de vita blodkropparna förflyttar sig från blodkärlen in i den infekterade vävnaden för att börja bekämpa bakterierna. Inflammation

mationssvaret blir större ju mer bakterier som invaderar vävnaden och så småningom så syns det även kliniskt. Inflammationssvaret hos värden är skyddande, men hos specifikt utsatta individer kan inflammationssvaret bli för kraftigt och detta kan bidra till att parodontiten blir ytterligare aggraverad. Därför kan man tänka sig att individer som har ett genetiskt överaktivt inflammationssvar kan vara mera predisponerade att få parodontal sjukdom.

Klorhexidin

Klorhexidin är antagligen det mest vanliga antiseptika då det både används som handdesinfektion, munsköljmedel samt desinficeringsmedel. Detta beror på dess många goda egenskaper, effektivt, vävnadsvänligt samt att det har en få biverkningar. Vid ett pH mellan 5 till 8, är klorhexidin effektivt mot grampositiva och gramnegativa bakterier (8). Klorhexidins verkningsmekanism är framför allt att den förstör bakterieväggen, det förorsakar också en reducering av cellernas tillväxt vilket reducerar både kollagena och icke kollagena proteiner och i dess förlängning mängden gingivala fibroblaster (9). Man skall dock ej överdriva klorhexidins kliniska effekter då det kräver att det når bakterien i fickan vilket kan var väldigt svårt. Viktigt är dock att betänka att man erhåller nästan lika bra plackreducering efter 15 sekunders sköljning med klorhexidin som efter 60 sekunders sköljning (10). Det finns en mängd olika preparat som innehåller klorhexidin, se tabell över ett antal preparat tillgängliga på den svenska marknaden.

Beredning	Produktnamn								
	Hexident	ParoEX	ParoEx tandkräm	Corsodyl	Corso-daily	Klor-hexidin Flux	Natrium-fluorid-klorhexid APL	Natrium-fluorid-klorhexid APL	Perio-Chip
Alkoholinnehåll	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Munsköljning (Klorhexidin (KHx) mängd)	0.1%, 0.2%	0.12%		0.2%	0.06%	0.12%			
Fluormängd			950 ppm			0.2% NaF (900 ppm)	0.2% NaF (900 ppm)	0.2% NaF (900 ppm)	
Tandkräm (KHx mängd)			0.06%, 0.12%						
Gel (KHx mängd)		0,6%		1%			0.2%	0.5%	
Tandköttschip (måste insättas av tandläkare)									2.5 mg

Riskklassificering beroende på ålder och sjukdomstyp samt gruppens rekommendationer

Patientgruppen med funktionshinder bör, tycker vi, självklart betraktas generellt sett med samma ögon som andra patienter, men då de har svårt att utföra en adekvat mekanisk infektiionskontroll, dvs. tandborstning finner vi att rekommendationerna gällande kemisk plackkontroll bör vara specifika för denna grupp. Det innebär att vi tycker att man bör använda sig av kemisk plackkontroll (klorhexidin) som ett individuellt komplement till tandborsten.

Vi anser också att dessa patientgrupper som bör använda sig av klorhexidin som ett komplement till den mekaniska infektiionsbehandlingen skall alltid få detta på individuella indikationer. Det innebär att man alltid ska ställa patientens munhälsa i relation till behovet av kemisk plackkontroll.

Dessa patientgrupper har ofta problem med både karies och tandköttssproblematik vilket man bör beakta när man använder sig av klorhexidin, klorhexidin ska inte på något sätt användas istället för fluorpreparat och det ska ej heller vara ett substitut för detta. För vissa patientgrupper t.ex. äldre som även har en nedsatt salivsekretion kan i vissa lägen det vara tänkbart att använda sig av kombinationspreparat innehållande både klorhexidin och fluor. Problemet är dock med alla de s.k. kombinationspreparaten är att de innehåller < 1000 ppm fluor, vilket är för lite om man ser det från en kariespreventiv synvinkel. Vi skulle behöva ett kombinationspreparat med 0,3% NaF. Detta gör att kombinationspreparat ej är att rekommendera för kariesprevention utan fluor måste tillföras separat vid förhöjd kariesrisk.

Nedan följer ett översiktschema över olika kategorier patienter och behandlingsrekommendationer vad vi anses vara lämpligt utifrån deras individuella förutsättningar

A

Risk för parodontal sjukdom, vuxen som koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2ggr dagligen
- Mellanrumstandborstar
- Recidivprofylax (vedertagen nationell riktlinje) var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. Rengöring supra/subgingivalt med ultraljud
2. Professionell tandrengöring (PTR) med pasta RDA (radioactive dentin abrasion) 170-120
3. Fluorlackning

B

Risk för parodontal sjukdom, vuxen som ej koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2ggr dagligen
- Mellanrumstandborstar
- Behandling med klorhexidin
- Recidivprofylax (vedertagen nationell riktlinje) var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. Rengöring supra/subgingivalt med ultraljud
2. PTR med RDA 170-120
3. Fluorlackning

C

Risk för parodontal sjukdom, barn som koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2ggr dagligen
- Approximalrengöring på ungdomar
- Recidivprofylax var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. Rengöring supragingivalt med ultraljud, endast subgingivalt vid tst
2. PTR med RDA 170, 120
3. Fluorlackning

D

Risk för parodontal sjukdom, barn som ej koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2ggr dagligen
- Approximalrengöring på ungdomar
- Behandling med klorhexidin, vid svårighet kan fingertandborste eller tvättsvamp användas
- Recidivprofylax var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. Rengöring supragingivalt med ultraljud, endast subgingivalt vid tst
2. PTR med RDA 170, 120
3. Fluorlackning

Barn och ungdomar med oral motorisk problematik behöver oral motorisk stimulering i samverkan med barnhabiliteringen

E

Risk för karies, vuxen som koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2 ggr dagligen
- Approximal rengöring
- Fluortandkräm med minst 1500 ppm
- Recidivprofylax var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. PTR med RDA 170, 120
2. Fluorlackning
3. Sköljning dagligen 0,2% NaF alt gelskena 0,42%
4. Vid höga mutanstal kan gelskena med klorhexidin 1% eller fluor-klorhexidin 0,2 + 0,5% APL användas

F

Risk för karies, vuxen som ej koopererar vid munvård

- Fluortandkräm med minst 1500 ppm om möjligt annars skaftad muntork med 0,2% NaF vid omöjlig munvård, 2 ggr dagligen
- Recidivprofylax minst varannan månad

Tandvården bör göra:

1. Plackborttagning med ultraljud
2. PTR med RDA 170, 120
3. Fluorlackning
4. Sköljning dagligen 0,2% NaF alt gelskena 0,42%
5. Vid höga mutanstal kan gelskena med klorhexidin 1% eller fluor-klorhexidin 0,2 + 0,5% APL användas

G

Risk för karies, barn som koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbelborste 2ggr dagligen
- Fluortandkräm med minst 1500 ppm
- Fissurförsegling vid nyrupterade tänder
- Recidivprofylax var 6:e månad

Vid riskåldrarna 1-3, 5-6, 12-15 år var 3-4:e månad

Tandvården bör göra:

1. Plackborttagning
2. PTR med RDA 170, 120
3. Fluorlackning 2-4 ggr/år
4. Sköljning dagligen 0,2% NaF alt gelskena 0,42%
5. Fissurförsegling vid nyrupterade tänder
6. Vid höga mutanstal kan gelskena med klorhexidin 1% eller fluor-klorhexidin 0,2 + 0,5% APL användas

H

Risk för karies, barn som ej koopererar vid munvård

- Eltandborste/dubbeltandborste 2 ggr dagligen
- Fluortandkräm
- Fissurförsegling vid nyrupterade tänder
- Fluorlackning 4 ggr/år
- Recidivprofylax var 3-4:e månad

Skaftad muntork (0,2% NaF) vid omöjlig munvård

Tandvården bör göra:

- 1, PTR med RDA 170, 120
- 2, Fluorlackning
- 3, Fissurförsegling av nyeruiterade tänder, glasjonmercement eller composit beroende på torrläggningens möjlighet
- 4, Sköljning dagligen 0,2% NaF alt gelskena 0,42%
- 5, Vid höga mutanstal kan gelskena med klorhexidin 1% eller fluor-klorhexidin 0,2 + 0,5% APL användas

Att tänka på i tandvårdssituationen avseende patienter med funktionsnedsättning eller äldre

Utgå från dessa fyra huvudpunkter när man gör en den dagliga munhygien åt en person som behöver hjälp med detta moment

- Inspektera: God insyn använd gärna ficklampa
- Rengör: Använd en mjuk tandborste, mellanrumsborstar och klorhexidin (vid individuell indikation)
- Fukta: Använd vatten, gel och/eller salivspray
- Fluor: Använd flurtandkräm, fluorgel i tandskena och fluorsköljning på individuell indikation

Övergripande rekommendationer till vårdpersonal avseende personer som på grund av funktionsnedsättning ej kan sköta sin egen munhygien

- Göra rent i munnen genom mekanisk rengöring
- Individbaserad vård är en förutsättning för vårdinsatser
- Säkerställa kontinuerlig vårdinsats mellan barn och vuxentandvård
- Nya behandlingsmetoder för dessa grupper måste prövas

Oralt plack och livskvalitet

Beläggningar och dålig munhygien och kan leda till halitosis eller ”dålig andedräkt”. Detta kan vara ett oändligt socialt problem. Dessa redan socialt utsatta patienter kan därför behöva skölja med SB12 som har en dokumenterad effekt på svavelföreningar (11). Medlet SB12 kan därför användas på individuell indikation i dessa grupper.

Behovet av mekanisk rengöring

Så länge som bakterierna står i jämvikt med varandra bildar de ett viktigt skydd mot andra patogener och ger förutsättning för att vårt immunsystem fungerar på ett optimalt sätt. Det är också viktigt att komma ihåg att fundamentet som den kemiska plackkontrollen vilar på är traditionell mekanisk rengöring. Mekanisk plackkontroll är ju inte alltid möjligt att utföra optimalt, men skall vara något som patient och eller vårdpersonal skall eftersträva. Den kemiska plack kontrollen skall endast ses som ett komplement till mekanisk plack kontroll och kan ju inte ersätta den fullt ut på något sätt. En viktig detalj att beakta vad avser mekanisk rengöring på vuxna och barn som ej koopererar är om det är omöjligt att komma in med tandborsten kan det ibland vara lättare att göra rent approximalt genom att hålla ut läppen och rengöra med mellanrumsborste eller plast-tandsticka. Man kan också utföra detta som en del av karies-profylaxen på vuxna som inte koopererar genom att doppa en muntork i 0,2% fluorlösning och ”badda” på tänderna 1g/dag.

Konklusion

Vi anser att man bland dessa patientgrupper bör, om indikation finns, komplettera den dagliga mekaniska rengöringen med klorhexidin även under långa perioder vid behov. Vi hoppas att munhälsan med hjälp av dessa enkla åtgärder och rekommendationer kan bibehållas och förbättras hos dessa utsatta patientgrupper.

REFERENSER

1. Papapanou PN. Epidemiology of periodontal diseases: an update. Journal of the International Academy of Periodontology. 1999;1:110-116.
2. Hugoson A. Koch G. Gothberg C. Helkimo AN. Lundin SA. Norderyd O. Sjodin B. Sondell K. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jonkoping, Sweden during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. Swedish Dental Journal. 2005;29:139-155.
3. Haffajee AD. Socransky SS. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. Periodontology 2000. 1994;5:78-111.
4. Machtei EE. Dunford R. Hausmann E. Grossi SG. Powell J. Cummins D. Zambon JJ. Longitudinal study of prognostic factors in established periodontitis patients. Journal of Clinical Periodontology. 1997;24:102-109.

5. Ximenez-Fyvie LA. Haffajee AD. Socransky SS. Comparison of the microbiota of supra- and subgingival plaque in health and periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2000;27:648-657.
6. Bernimoulin JP. Recent concepts in plaque formation. *Journal of Clinical Periodontology*. 2003;30 Suppl 5: 7-9.
7. Page RC. Schroeder HE. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. *Laboratory Investigation*. 1976;34:235-249.
8. Gardner JF. Gray KG. Chlorhexidine, In S. S. Block (ed.), *Disinfection, sterilization, and preservation*, 4th ed. Lea & Febiger, Philadelphia, U.S.A. 1991;251–270.
9. Mariotti AJ. Rumpf DA. Chlorhexidine-induced changes to human gingival fibroblast collagen and non-collagen protein production *Journal of Periodontology*. 1999;70:1443-1448.
10. Hugoson A, Koch G, Svensson G (eds). *Consensus. Tandhälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper i Sverige*. LIC, Invest-Odont, Solna, Sverige 1991.
11. Thrane PS. Young A. Jonski G. Rolla G. A new mouthrinse combining zinc and chlorhexidine in low concentrations provides superior efficacy against halitosis compared to existing formulations: a double-blind clinical study. *Journal of Clinical Dentistry*. 2007;18:82-86.

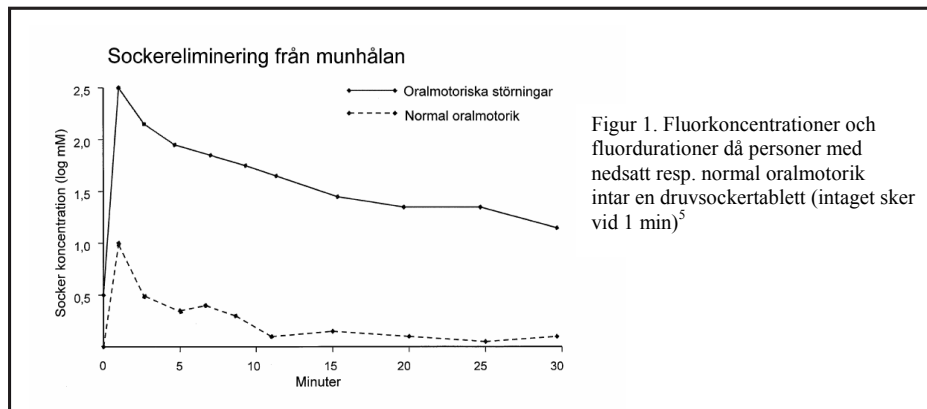
Att förebygga karies hos människor med funktionsnedsättning med hjälp av fluor

Författare: Pia Gabre, Terje Persson, Anna Maria Stenlund

Varför belyser vi området?

Karies är en sjukdom som drabbar de flesta människor någon gång under livet, men risken för omfattande kariesproblem varierar stort mellan olika människor. Flera omständigheter bidrar till att en person har risk för karies. Genom en riskbedömning kan man kartlägga vilka faktorer som har betydelse för den enskilda personen. Bedömningen utgör underlag för vilken behandlingsstrategi som ska väljas och ofta behöver flera olika åtgärder sättas in vid ett och samma tillstånd. En person med mer omfattande kariesskador riskerar att, utöver smärta och obehag, förlora tänder vilket kan påverka estetik, funktion och livskvalitet. Förebyggande och sjukdomsbromsande behandling kan förhindra uppkomst och utveckling av skador och är därför att föredra.

Äldre och människor med funktionsnedsättning har ökad risk för att drabbas av karies (1) och detta gäller särskilt personer med stort omvårdnadsbehov (2-3). En viktig orsak till den högre kariesrisken är försämrad oral motorik, muntorrhet och nedsatt sensitivitet i munhålan, faktorer som tillsammans bidrar till förlängd sockertid, oral clearance (4-5). Figur 1 visar den omedelbara ökningen av socker i saliven och hur länge denna förhöjda sockerkoncentration kvarstår när personer



Figur 1. Fluorkoncentrationer och fluordurationer då personer med nedsatt resp. normal oralmotorik intar en druvsockertablett (intaget sker vid 1 min)⁵

Fig. 1

med oralmotorisk nedsättning intar en druvsockertablett jämfört med när en person med normal oralmotorik gör det (5). Försämrade oral clearance ger större pH-sänkningar i saliven som dessutom varar under betydligt längre tid jämfört med personer som har normala förhållanden. Men nackdelen kan vändas till en fördel när fluor används eftersom effekten av fluor ökar genom att även fluorclearance förlängs. Risken för karies påverkas även av kostvanor. Människor med funktionshinder kan tvingas välja en ogynnsam kostsammansättning eller kostfrekvens på grund av dålig tuggförmåga eller att sjukdomen kräver en viss kosthållning (se kapitlet om kost).

Hur tillförs fluor?

Fluortandkräm, som började användas allmänt i Sverige i slutet av 1960-talet, är den främsta förklaringen till den kariesreduktion vi har sett i de industrialiserade länderna, men även fluorsköljning har haft betydande effekt på kariesförekomsten bland barn och unga i Sverige. Fluorsköljning är även en effektiv metod för att förebygga karies hos äldre (6). De flesta metoder för lokal fluorbehandling bygger på att individen kan följa de instruktioner som beskriver hur fluorprodukten skall användas. Det kräver ett visst mått av kognitiv förmåga för att förstå att fluortabletten skall smälta i munnen eller att fluorlösningen skall spolas runt i munhålan utan att sväljas. Hos individer med allvarliga kognitiva störningar, främst utvecklingsstörda och dementa personer, kan därför kariesprevention med fluor vara svår att genomföra.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Riktlinjerna omfattar åtgärder vid risk och förhöjd risk för kron- och rotkaries och åtgärder vid initial kron- och rotkaries som riskerar att progrediera. Åtgärderna inkluderar både egenvård och professionell vård. Riktlinjerna fäster särskild vikt vid förebyggande åtgärder och behandling riktad mot orsaksfaktorer, men även åtgärder för att öka tandens motståndskraft. Därför innehåller riktlinjerna ett flertal rekommendationer om ökad fluortillförsel. Av de 93 rader med åtgärdsalternativ som beskrivs i riktlinjerna för karies innehåller 42 rekommendationer om fluor.

Tandborstning med fluortandkräm två gånger per dag ger de flesta personer en god kariesförebyggande grund. I riktlinjearbetet utgår man från att alla använder fluortandkräm på detta sätt och rekommendationerna bedömer effekten av ytterligare åtgärder som en tilläggseffekt till daglig användning av fluortandkräm (7).

Rekommendationer för fluoranvändning

Rekommendationer om åtgärder för att förebygga karies eller behandla vid initiala kariesskador sammanfattas i ett dokument för ledning och styrning (8). När en person har en förhöjd risk för att få karies, redan har en initial kariesskada eller tecken på aktiv kariessjukdom bör tandvården uppmana patienten att skölja med 0,2 % NaF-lösning. Ett alternativ är att tandvården erbjuder fluorlackning. Däremot bör tandvården undvika att uppmana patienten att använda till exempel fluortandsticka, fluorsugtabletter eller fluortuggummin eftersom dessa har en liten tilläggseffekt till daglig tandborstning med fluortandkräm. Socialstyrelsen sammanfattar rekommendationerna i tabellen nedan (8).

Förhöjd risk			Initial karies med risk för progression	
	kronkaries prioritering 1–10	rotkaries prioritering 1–10	kronkaries prioritering 1–10	rotkaries prioritering 1–10
Tandvården bör erbjuda				
0,2-procentig NaF-lösning	4	3	5	4
Fluorgel i skena	4	3	4	4
Tandkräm 5 000 ppm NaF		3		4
Fluorlackning minst 2 ggr/år	3	3		
Fluorlackning minst 4 ggr/år			4	4
Tandvården bör undvika att ge råd om användning av				
Fluorsugtabletter			9	9
Fluortuggummin			9	9

Konsensusarbetet

I konsensusarbetet har arbetsgruppen värderat Socialstyrelsens riktlinjer angående relevansen och användbarheten för människor med funktionsnedsättning.

Flera tillstånd hos människor med funktionsnedsättning gör att risken för att drabbas av karies ökar, men medför även samtidigt att användningen av fluorprodukter försvåras. Följande tillstånd av funktionsnedsättning har belysts:

- Risk för karies och samtidig bristande oralmotorik och tuggfunktion
- Risk för karies och samtidig muntorrhet
- Risk för karies och samtidigt intellektuella/kognitiva brister
- Risk för karies och samtidigt rörelsehinder i händer och armar
- Risk för karies och samtidigt behov av hjälp med att utföra förbyggande insatser

Fluorprodukter

Ett stort antal fluorprodukter finns tillgängliga på marknaden. Det största utbudet finns när det gäller tandkräm i dagligvaruhandeln. I rekommendationerna nedan anges tandkräm med fluorkoncentrationer 1000-1500 ppm F, högfluortandkräm (5000 ppm F), munskölj, geler, sugtabletter, tuggummi och fluorlack. I slutet av avsnittet om fluor finns en sammanfattning av tillgängliga fabrikat.

Enbart produkter med tillräcklig högt fluorinnehåll för att vara effektiva när det gäller att förebygga karies har använts i rekommendationerna. När ”vanlig” tandkräm rekommenderas avses tandkräm som har ca 1500 ppm fluor. De flesta tandkrämer som finns tillgängliga i dagligvaruhandeln innehåller 1450 ppm fluor. Munskölj med fluor bör innehålla 0,2 % NaF (900 ppm) för att ha bra effekt. På marknaden finns munskölj, sugtabletter och tuggummi med lågt fluorinnehåll. Produkter som syftar till att stimulera saliven eller ersätta saliv hos muntorra ska kunna användas ett obegränsat antal tillfällen per dag och om de då innehåller fluor måste fluorinnehållet vara lågt för att inte riskera överdosering. Dessa lågfluorprodukter har dock inte tillräcklig effekt för att ge kariesskydd för perso-

ner med hög kariesrisk. I stället finns risk att patienter och vårdpersonal luras av fluorinnehållet och tror att användningen är likvärdig med de produkter som tandvården rekommenderar vid hög kariesrisk. I slutet av kapitlet redovisas vissa lågfluorprodukter som jämförelse.

Fluorprodukter med läkemedelsförmån

Vissa fluorprodukter kan förskrivas på recept och ingår i läkemedelsförmånen. Fabrikanterna väljer själva vilka produkter och förpackningsstorlekar man vill ha med i läkemedelsförmånen. Aktuella produkter kan hittas på www.FASS.se

Rekommendationer för fluoranvändning för personer med funktionsnedsättning

Som tidigare nämnts bygger riktlinjer för fluor på att fluortandkräm används minst två gånger per dag. För personer med funktionsnedsättning är risken större än för andra att denna förebyggande insats inte utförs, exempelvis:

- Då personen får hjälp med tandborstningen är det vanligare att tandborstning bara sker en gång per dag
- Vid gingivitproblem kan borstning med klorhexidingel rekommenderas vissa perioder och då finns risk att fluor inte används
- Funktionsnedsättningen gör att regelbunden egenvård inte kan utföras

För alla personer med funktionsnedsättning är därför den högst prioriterade åtgärden att försöka hitta en rutin där tandborstning med fluortandkräm utförs minst två gånger per dag.

Rekommendationerna har delats in efter karaktären på funktionsnedsättningen. Eftersom risk för överdosering av fluor, med fluorosskador på emaljen som följd, finns för barn så länge de permanenta tänderna mineraliseras har rekommendationerna delats in utifrån patientens ålder. I tabellerna nedan anges rekommendationen som ges i första hand, men även alternativa sätt anges som kan användas enligt patientens önskemål eller om funktionsnedsättningen kräver det. Tabeller har skapats för tre av tillstånden ovan: risk för karies och samtidig bristande oralmotorik,

muntorrhet och rörelsehinder. Behov av anpassningar som uppkommer pga. kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning finns i alla tabeller, eftersom indelningen efter samarbetsproblem eller inte i huvudsak är en följd av denna funktionsnedsättning. Med samarbetssvårigheter menas att individen på grund av funktionsnedsättningen inte förmår följa instruktioner.

Risk för karies och samtidig bristande oralmotorik och tuggfunktion

Problem: Oralmotorik och tuggfunktion	Barn <9 år	Barn >9 år + vuxna med samarbets- svårigheter	Barn >9 år + vuxna utan samarbets- svårigheter
Rekommendation	Borsta med F-tandkräm oftare än 2 ggr/dag	1. Fluor i gelskena 2. Tandkräm 5000 ppm ¹	1. Fluor i gelskena 2. Tandkräm 5000 ppm ¹
Annan möjlighet	1. Gnugga slemhinnor o tänder med 0,2% NaF-lösning 2. Massera tandkräm på tandraden	1. Gnugga slemhinna o tänder med 0,2% NaF-lösning 2. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d 3. Massera tandkräm	1. Gnugga slemhinna o tänder med 0,2% NaF-lösning 2. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d 3. Massera tandkräm
Kliniken	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök

¹ Tandkräm med 5000 ppm fluor kan endast användas om individen kan spotta ut merparten av tandkrämen efter borstningen

Risk för karies och samtidig muntorrhet

Problem: Muntorr	Barn <9 år	Barn >9 år + vuxna med samarbets- svårigheter	Barn >9 år + vuxna utan samarbets- svårigheter
Rekommendation	1. F-skölj från 6 år, tabl/tuggummi 2. Under 6 år, F-tandkräm, ev. tabl/tuggummi	1. Fluor i gelskena 2. Tandkräm 5000 ppm ¹ 3. Sugtabletter/Tuggumi >0,25 mgF	1. Sköljning 0,2% NaF 2. Fluor i gelskena 3. Tandkräm 5000 ppm ¹ 4. Sugtabletter/Tuggumi >0,25 mgF
Annan möjlighet	1. Gnugga slemhinnor och tänder med 0,2% NaF-lösning 2. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d	1. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d 2. Gnugga slemhinnor och tänder med 0,2% NaF-lösning 3. Massera tandkräm på tandraden	1. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d
Kliniken	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök

¹ Tandkräm med 5000 ppm fluor kan endast användas om individen kan spotta ut merparten av tandkrämen efter borstningen

Risk för karies och samtidigt rörelsehinder i händer och armar

Problem Rörelsehinder	Barn <9 år	Barn >9 år + vuxna med samarbets- svårigheter	Barn >9 år + vuxna utan samarbets- svårigheter
Rekommendation	1. F-skölj från 6 år 2. Under 6 år, F-tandkräm (föräld/ stödperson borstar)	1. Fluor i gel-skena 2. Tandkräm 5000 ppm ¹ (stödperson borstar)	1. Sköljning 0,2% NaF 2. Fluor i gel-skena 3. Tandkräm 5000 ppm ¹ (stödperson borstar)
Annan möjlighet	1. Gnugga slemhinnor och tänder med 0,2% NaF-lösning 2. Borsta med F-tandkräm oftare än 2ggr/d	1. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d (stödperson borstar) 2. Gnugga slemhinnor och tänder med 0,2% NaF-lösning 3. Massera tandkräm på tandraden	1. Borsta med F-tandkräm > 2ggr/d (stödperson borstar)
Kliniken	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök	- Fluorlack minst 4 ggr/år - Vid varje besök

Risk för karies och samtidigt behov av hjälp med att utföra förebyggande insatser

En stor andel av individerna med funktionsnedsättning behöver stöd för att de förebyggande åtgärderna ska kunna utföras. Ibland räcker det att påminna om att munvård ska utföras eller att se till att hjälpmedel finns tillgängliga som påminner och/eller visar hur insatserna ska utföras. Ofta behöver dock munvården utföras av stödpersoner, anhöriga eller vårdpersonal, på personen med funktionsnedsättning. Tandvårdspersonal måste då överföra kunskap om varför åtgärderna är viktiga och hur de ska utföras till stödpersonerna.

Anpassad användning av fluorprodukter

Genom att anpassa användningen av befintliga fluorprodukter på marknaden kan dessa användas även av personer med funktionsnedsättning. Det vetenskapliga underlaget för anpassningarna är ofta svagt, men genom att använda det underlag som finns i kombination med klinisk erfarenhet kan tandvården ge rekommendationer utifrån bästa tillgängliga kunskap. När kunskapen ökar i framtiden kan rekommendationerna komma att ändras.

Tandkräm

Användningen av fluortandkräm med ca 1500 ppm fluor är basrekommendationen för alla människor. Fluorkoncentrationer lägre än 1000 ppm har inte lika bra effekt och tandvården ska därför rekommendera tandkräm med minst 1000 ppm och helst 1500 ppm. Vissa specialtandkrämer innehåller en lägre fluorkoncentration än vad som är effektivt. Detta gäller främst kombinationständerkrämer, dvs. tandkräm som innehåller antibakteriella substanser och fluor. Exempel på sådana tandkrämer är Paroex (950 ppm F) och Natriumfluorid-klorhexidin tandkräm 0,2+0,2% APL (från apoteket, 900 ppm F). Tandvården måste ta detta i beaktande då dessa tandkrämer/gel rekommenderas om patienten samtidigt har hög kariesrisk. Anser man att patienten behöver borsta med antibakteriella substanser måste fluortillförseln säkras via andra dagliga insatser.

Tandborstning med 5000 ppm fluortandkräm har kariesförebyggande effekt och har därför fått en hög prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Riktlinjerna uttalar sig enbart om rotkaries där en studie av kariesreduktion

av äldre har ingått (9), men nyligen har studier publicerats som även visar den goda effekten på kronkaries (10). I studierna har 1g tandkräm använts vid tandborstningen. I Sverige finns en tandkräm med högt fluorinnehåll tillgänglig (Duraphat, Colgate-Palmolive AB). Öppningen i tuben är liten och om man följer fabrikantens anvisning om att lägga en 2 cm sträng på tandborsten används bara 0,5 g tandkräm och därför måste två strängar läggas på borsten för att få effekten som rapporterats i studierna. Duraphattandkrämen innehåller mycket fluor och ska användas av personer som kan spotta ut det mesta av tandkrämen efter användningen. Ett gram av tandkrämen innehåller 5 mg fluor.

När kariesrisken innebär att fluortillförseln behöver förstärkas kan borstning fler än två gånger per dag vara ett alternativ. Tandborstning är en bekant rutin för alla och det kan därför vara lämpligt att använda individens redan invanda rutin i stället för att lära in något nytt. Nyligen har fluorkoncentrationen i saliv och plack studerats efter en tredje tandborstning med både 1450 ppm och 5000 ppm tandkräm. Effekten blev bättre genom att borsta tre gånger per dag med tandkrämen som innehöll 1450 ppm fluor jämfört med högfluortandkrämen två gånger per dag. Allra bäst effekt fick man dock genom att borsta med högfluortandkrämen tre gånger per dag (11).

I samma studie som ovan studerades även effekten av att ”massera” tandkräm (som en salva) på tandraden som en tredje fluortillförsel utöver tandborstning två gånger per dag. En cm tandkräm lades på ett finger och buccalytorna på tänderna masserades. Tandkrämen behölls i munnen under två minuter innan den spottades ut. Massagemetoden gav samma höjningar av fluorkoncentrationen som för den tredje borstningen för både tandkräm med 1450 och 5000 ppm (11).

Att många personer med funktionshinder inte kan skölja efter tandborstning är fördel ur kariessynpunkt. Flera studier har visat att användningen av en vattenreducerad tandborstningsteknik ökar den kariesreducerande effekten av fluor i tandkrämen.

Munsköljning med fluor

Att skölja med fluorlösning är ett av de mest effektiva sätten att förebygga karies och metoden har därför fått en hög prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Det finns även studier på äldre som visar att metoden är effektiv (6). I FASS anges att sköljtiden för fluorsköljning är 1 minut, men studier har visat att även sköljning i 30 sekunder har i stort sett lika bra effekt (12). Indikationer finns att tom sköljning i 20 sekunder kan ha samma effekt (13). Genom att förkorta sköljtiden kan fler människor med funktionsnedsättning klara fluorsköljning.

En annan möjlighet att använda fluorlösning då individen inte kan skölja är att med hjälp av muntork gnugga fluorlösning på munslemhinnorna. Metoden är provad i två examensarbeten i Göteborg där 2 ml 0,2 % NaF-lösning sögs upp av muntork och därefter gnuggades kindslemhinna, tunga och insidan av läppar under 20 sekunder (13-14). Syftet med att gnugga slemhinnorna är att bygga upp en depå av fluor som kan frigöras under längre period efter fluorapplikationen. I den första studien utvärderades fluorkoncentrationen då äldre muntorra personer använde fluorsköljning (0,2% F) på olika sätt. Fluor administrerad med muntork gav något lägre fluorkoncentration jämfört med konventionell sköljning, men översteg klart de koncentrationer personer med normal salivsekretion erhöll vid sköljning på vanligt sätt.

Fluorgel

Fluorgel i skena är effektivt för att förebygga karies och behandla initialkaries. Fluorgel finns i koncentrationerna 0,2 % NaF (APL, 900 ppm) och 0,42 % F (Top Dent Fluorgel, 4200 ppm). Om funktionsnedsättningen innebär samarbetsproblem kan fluorgel i skena vara svår att genomföra. Fluorgel kan även användas på mellanrumsborste. Höga fluorhalter fås approximant genom att doppa en mellanrumsborste i fluorgel som innehåller 0,2 % NaF eller 0,32 % NaF (15). Fluorgelen med 0,32 % NaF gav högre fluorkoncentrationen approximant jämfört med gelen som innehöll 0,2 % NaF.

Tennfluorid

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer beskriver att 1 % tennfluoridgel applicerat fyra gånger per år har effekt vid förhöjd kariesrisk. Vid initial rotkaries beskriver riktlinjerna att 8-10 % tennfluoridlösning applicerat fyra gånger per år har låg till måttlig effekt. Dock anges i riktlinjerna att det finns flera behandlingsalternativ som har lika stor eller bättre effekt och som samtidigt inte uppvisar de biverkningar som rapporteras i samband med tennfluoridbehandling. Som klinisk åtgärd vid initialkaries rekommenderas därför fluorlack minst fyra gånger per år.

Fluortabletter och fluortuggummi

Dessa produkter har låg prioritet i de nationella riktlinjerna, men vid muntorrhet är indikationen utvidgad genom att produkterna stimulerar salivsekretionen. Distributionen av fluor i munhålan är begränsad då sugtabletter används och därför bör ytterligare fluor användas vid hög kariesrisk.

Fluorlack

Fluorlack har hög prioritet i de Nationella riktlinjerna både vid hög risk för karies och vid initial karies. Vid hög risk rekommenderas fluorlack minst två gånger per år och vid initialkaries minst fyra gånger per år. Som tidigare nämnts bygger dock riktlinjerna på att individerna borstar med fluortandkräm två gånger dagligen, något som är svårt att upprätthålla för personer med funktionsnedsättning. För personer med funktionsnedsättning med hög risk för karies rekommenderas därför att fluorlacka oftare än fyra gånger per år. Åtminstone bör man fluorlacka vid varje tillfälle som personen besöker tandvården.

Anvisningarna när man ska fluorlacka är att avlägsna plack och torrlägga. Det finns dock indikationer på att det inte är nödvändigt att åstadkomma plackfrihet. Det har t.o.m föreslagits att plack som inte tas bort utgör en reservoar för fluor och förbättrar effekten av fluor som tillförs (16). Det finns därför ingen anledning att avstå från fluorlackning då samarbetsproblemet förhindrar plackkontroll eller optimal torrläggning.

Hjälpmedel för att göra egenvård möjlig

Olika former av hjälpmedel kan behövas för att möjliggöra egenvård. Hjälpmedlen syftar till att egenvården ska kunna utföras självständigt och på ett effektivt sätt. Personer med kognitiv och intellektuell funktionsnedsättning behöver hjälp med att säkra följande funktioner:

- komma ihåg
- veta hur man ska göra
- mäta tid

Personer med rörelsehinder i händer kan behöva hjälpmedel som underlättar att kunna hålla munhygienredskapen på ett stadigt sätt. Hjälpmedel presenteras i eget kapitel. Även stödpersoner kan vara i behov av hjälpmedel för att kunna assistera på ett bra sätt i munhygienrutinerna. Genom att utföra munvårdsrutinerna tillsammans kan man lära nya rutiner, ex. stödpersonalen sköljer med fluor tillsammans med personen med funktionsnedsättning, s.k. modellering.

Personer med kognitiv och intellektuell funktionsnedsättning behöver komma på täta och regelbundna tandvårdsbesök inte bara på grund av sjukdomsrisk. Invänjning och färdighetsträning är en viktig del för att kunna samarbeta i tandvårdssituationer. Förmågan att samarbeta i tandvårdssituationer var den viktigaste faktorn för att undvika karies och tandförluster i en studie av tandhälsan hos vuxna med utvecklingsstörning (17).

Utveckling av nya produkter

Fler befintliga produkter kan få ett modifierat användningssätt så att de kan användas av personer med funktionsnedsättning. Fluorgel kan strykas på tänder och slemhinnor och på så sätt utgöra en depå för fluor under en längre tid. Denna metod är ännu inte utvärderad.

Eftersom gingivit är ett problem då tandborstning inte kan utföras på ett optimalt sätt rekommenderas ofta tandborstning med kombinationsgel. Den produkt som finns tillgänglig är apotekets gel med klorhexidin 0,2%+natriumfluor 0,2%. Gelen innehåller 900 ppm fluor och detta är för lite fluor för att vara en effektiv kariesförebyggande produkt. Det finns

därför ett stort behov av att gel med 0,3% fluor (eller helst 0,32%) tas fram. Apoteket har för närvarande inga planer på att öka fluorinnehållet i sin kombinationsgel.

Det finns även behov av nya metoder för fluorbehandling, som kräver ingen eller minimal samverkan då kariesprevention skall utföras på individer med kognitiv funktionsnedsättning. En ny produkt som provats är en slemhinneadhererande salva med tillsats av fluor 0,1 % som appliceras i omslagsvecket före sänggående (se figur 2). Salvan har i studier visat sig kunna ge förhöjda fluorkoncentrationer i vilosaliv och approximant i åtminstone 6 timmar då den användes nattetid (18). Figur 3 visar fluorkoncentrationer efter 6 timmars sömn då fluorsalvan använts i jämförelse med sköljning med 0,2 % fluorlösning, fluortablett 0,75 mg fluor och tandkräm 5000 ppm fluor. Fluorsalvan kan beställas som extemporeberedning från apotek.



Fig. 2. Fluorsalva applicerad i omslagsvecket

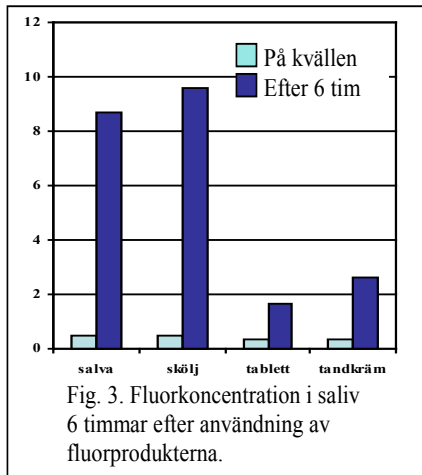


Fig. 3. Fluorkoncentration i saliv 6 timmar efter användning av fluorprodukterna.

Sammanfattning

Användning av fluor är ett effektivt sätt att förebygga karies. Genom att anpassa rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för tandvård kan fluor användas för att förebygga karies även hos människor med funktionsnedsättning. Rekommendationer behöver anpassas till kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning, oralmotoriska problem, muntorrhet och rörelsehinder i händerna.

I första hand bör tandvården och omvårdnadspersonal sträva efter att hitta rutiner som möjliggör tandborstning med tandkräm morgon och kväll. Dessutom är det av vikt att människor med funktionsnedsättning regelbundet kommer till tandvården för att tidigt hitta tecken på munsjukdomar eller risk för sjukdomar för att kunna förebygga eller behandla när skadorna är små.

Konsekvenser

Människor med funktionsnedsättning har större risk för att drabbas av karies och riskerar därför större kostnader för tandvård. Flera grupper med funktionsnedsättning kan ta del av landstingens tandvårdsstöd och får då tandvård till samma kostnader som för sjukvård. De flesta med funktionsnedsättning har dock inte rätt till detta stöd och får därför höga kostnader för tandvård. Man måste ofta avstå från förebyggande stödbehandling och riskerar att drabbas av omfattande vårdbehov som ytterligare ökar den ekonomiska bördan av tandvård.

Eftersom egenvården ofta är svår att genomföra med den frekvens och regelbundenhet som vore önskvärd är människor med funktionshinder i behov av stödbehandling på tandvårdskliniken. Ofta behövs stödbehandling utföras oftare än de fyra gånger som nämns i de nationella riktlinjerna. När inte tandborstning med fluortandkräm genomförs två gånger per dag kan fluorlackning behöva utföras oftare. Dessutom kan färdighetsträning för att förbättra samarbetet i tandvårdssituationerna behöva genomföras ofta om man har en kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning. Reglerna i landstingens tandvårdsstöd kan då vara en begränsning eftersom man i flera landsting enbart accepterar fyra förebyggande besök per år. Även om ytterligare besök kan godkännas efter förhandsbedöm-

ning riskerar den extra administrationen som detta innebär att människor med funktionsnedsättning inte får den förebyggande vård de behöver.

En begränsning för att egenvården ska utföras på det mest effektiva sättet är att fluorprodukter med bra fluorinnehåll kan vara svåra att få tag på. Det enklaste är om man kan köpa produkten direkt efter man har fått råden utan att behöva gå omvägen till apoteket. Många fluorprodukter är dock inte tillåtna att säljas i offentlig tandvård. Fluorprodukter finns tillgängliga i dagligvaruhandeln, men många av dessa produkter innehåller för liten mängd fluor för att vara effektiva. För alla, och särskilt om man har en funktionsnedsättning, kan de många produkter som deklarerar att de innehåller fluor och därmed motverkar karies förvillan och man tror felaktigt att man valt en produkt som är effektiv mot karies.

REFERENSER

1. Hänsel Petersson G, Fure S, Bratthall D. Evaluation of a computer-based caries risk assessment programme on an elderly group of individuals. *Acta Odontol Scand* 2003;61:164-71.
2. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 20-26.
3. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral health in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*; in press.
4. Alstad T, Holmberg I, Österberg T, Birkhed D. Associations between oral sugar clearance, dental caries, and related factors among 71-years-olds. *Acta Odontol Scand* 2008;66:358-67.
5. Gabre P, Norrman C, Birkhed D. Oral sugar clearance in individuals with oral motor dysfunctions. *Caries Res* 2005; 39: 357-62.
6. Fure S, Gahnberg L, Birkhed D. A comparison of four home-care fluoride programs on the caries incidence in the elderly. *Gerodontology* 1998; 15: 51-60.
7. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. Vetenskapligt underlag. Socialstyrelsen, 2011.
8. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2011. ISBN: 978-91-86885-09-0.
9. Ekstrand K, Martignon S, Holm-Pedersen P. Development and evaluation of two root caries controlling programmes for home-based frail people older than

75 years. *Gerodontology* 2008;25:67-75.

10. Nordström A, Birkhed D. Preventive effect of a high-fluoride dentifrice (5,000 ppm) in caries-active adolescents – a 2-year RTC study. *Caries Res* 2010;44:323-333.

11. Nordström A, Birkhed A. Effect of a third application of toothpastes (1,450 and 5,000 ppm F), including a "massage" method on fluoride retention and pH drop in plaque. *Acta Odontol Scand*; submitted.

12. Adachi K, Nakagahi H, Tsuboi S, Maruyama S, Goshima M, Shibata T, Mukai M, Robinson C, Mariano RB. Intra-oral fluoride retention 3 minutes after fluoride mouthrinsing in 4- to 5-year-old children: effects of fluoride concentration and rinsing time. *Caries Res* 2005; 39: 48-51.

13. Drazic A, Nilsson J. Jämförelse av olika sätt att administrera fluor hos personer med och utan muntorrhet. Examensarbete 2011, Tandhygienistprogrammet, Odontologiska institutionen, Sahlgrenska Akademin, Göteborg.

14. Johansson P, Sernevi C. Alternativ metod för distribution av 0,2 % fluorlösning – en pilotstudie. Examensarbete 2010, Tandhygienistprogrammet, Odontologiska institutionen, Sahlgrenska Akademin, Göteborg.

15. Särner B, Birkhed D, Lingström P. Approximal fluoride concentration using different fluoridated products alone or in combination. *Caries Res* 2008;42:73-78.

16. Tanuta LM, Zamataro CB, Del Bel Cury AA, Tabchoury CP, Cury JA. Mechanism of fluoride dentifrice effect on enamel demineralization. *Caries Res* 2009;43:278-285.

17. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001;109:20-26.

18. Gabre P, Birkhed D, Gahnberg L. Fluoride retention of a mucosa adhesive paste compared with other home-care fluoride products. *Caries Res* 2008;42:240-246.

Fluorinnehåll i några munvårdsprodukter

Tandkräm

Tandkräm i dagligvaruhandel 1000-1500 ppm	1,0-1,5 mg F/g	1000-1500 ppm
Duraphat F 5 mg/g	5 mg F/g	5000 ppm
Natriumfluorid-klorhexidin tandkräm 0,2+0,2% APL	0,9 mg F/ml	900 ppm
Salutem 0,15 % F	1,5 mg F/g	1500 ppm
GUM Paroex 950 ppm F, 0,06 % klorhexidin	0,95 mg F/g	950 ppm

Gel

Natriumfluorid dentalgel 0,2 % APL	0,9 mg F/ml	900 ppm
Top Dent Fluor 0,42% fluor	4,2 mg F/ml	4200 ppm
Natriumfluorid-klorhexidin dentalgel 0,2+0,2% APL	0,9 mg F/ml	900 ppm
Natriumfluorid-klorhexidin dentalgel 0,2+0,5% APL	0,9 mg F/ml	900 ppm
TePe Interdental gel 0,32% NaF	1,5 mg F/ml	1500 ppm
Cervitec gel, NaF-klorhexidin 0,2% NaF	0,9 mg F/ml	900 ppm

Munskölj

Dentan 0,05 % NaF	0,2 mg F/ml	200 ppm
Dentan 0,2% NaF	0,9 mg F/ml	900 ppm
Flux munskölj 0,2% NaF	0,9 mg F/ml	900 ppm
Flux Klorhexidin (0,2% NaF, 0,12% klorhexidin)	0,9 mg F/ml	900 ppm
SB 12 munskölj 0,05% NaF	0,2 mg F/ml	200 ppm
SB12 Duo munskölj 0,2% NaF	0,9 mg F/ml	900 ppm

Sugtabletter

Dentan, Dentirol Fluor, Fludent NaF	0,25 mg F/tablett 0,5 mg F/tablett 0,75 F mg/tablett	
Xerodent, NaF med buffrad äppelsyra	0,25 mg F/tablett	

Fluortuggummi

Fludent, Fluorette NaF	0,25 mg F/bit	
------------------------	---------------	--

Lågfluorprodukter

Saliversättningsmedel med natriumfluorid 0,02% och Xylitol munhålelösning APL	0,09 mg F/ml	90 ppm
Salivin sugtablett 0,05 mg F	0,05 mg F/tablett	
V6 tuggummi Strong Teeth	0,14 mg F/bit	

Fluorlack

Duraphat NaF 50 mg/ml	22,6 mg F/ml	
Bifluorid 12 NaF 60 mg/ml+CaF ₂ 60mg/ml	60 mg F/ml	
Tennfluorid färgad gel 2 % APL	7,8 mg F/g	
Tennfluorid Dospulver 0,2g, ger 8% lösn. APL	31,2 mg F/ml	

Mat, nutrition och oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning

Författare: Torgny Alstad, Monica Barr Agholme, Gerd Faxén-Irving, Wivi-Anne Sjöberg

Inledning

Alla människor har behov av att kunna inta en god och näringsrik mat under trevliga former. Att personen kan äta maten och att den är tillräckligt näringsrik definieras som god matsäkerhet. Matsäkerhet definierades 2008 av Germov och Williams (1) som “ att ha tillgång till samt råd att äta näringsriktig och kulturellt acceptabel mat för varje individ”. För att skapa dessa möjligheter samverkar många faktorer: ekonomiska såsom inkomster och levnadsstandard, fysiska t.ex. förekomst av funktionsnedsättning och sjukdom i kombination med individens socioekonomi, politiska som samhällets välfärdssystem samt sociokulturella som traditioner, kunskaper och färdigheter i matlagning och nutrition (2).

Att innehållet i maten är viktigt poängteras av WHO som visar att en god kost ger en bättre hälsa med mindre risk för hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes samt karies (3). I Sverige finns näringsrekommendationer (SNR) framtagna för friska personer i olika åldrar (4) men de gäller inte för patienter med speciella problem. Funktionsnedsättning i sig kräver ingen specifik kost men behovet av energi är ofta lägre än hos friska personer i samma ålder på grund av nedsatt fysisk aktivitet.

Många individer med funktionsnedsättning är beroende av särskilt stöd för att klara av att äta. Vissa med funktionsnedsättningar har även en minskad autonomi och kan därför inte alltid bestämma vad de ska äta, men om de ska äta och hur mycket de ska äta kan de oftast bestämma. Vårdens uppgift blir då att genom kunskap, utredning och pedagogik hjälpa till med anpassning och utbildning till hälsosamma vanor för att den enskilda individen ska få en bra måltidssituation med matsäkerhet. Vissa föds med funktionsnedsättningar och får en diagnos under barndomen medan andra former kommer senare under livet. Äldre utgör en stor grupp som under sitt åldrande ofta får någon form av funktionsnedsätt-

ning. De är en mycket heterogen grupp och deras situation kan snabbt förändras vilket gör att de ställer speciella krav.

För att bearbeta maten i munnen rör vi underkäken och använder bitkrafter som behövs för att bita av och tugga. Dessa rörelser är koordinerade och styrs automatiskt av hjärnan utifrån information som den uppfattar från sinnesorgan både utanför och inne i munnen (5). Studier har visat att tandförluster (6) och försämrat alveolärt benstöd påverkar individens förmåga att tugga (7) vilket kan minska möjligheten att äta en varierad kost och därmed i förlängningen leda till undernäring.

Dåligt tandstatus ingår även i en möjlig ond cirkel genom att minska möjligheten att uppleva smaker, försämma artikulationen och estetiken vilket kan resultera i dåligt självförtroende och därför en begränsad social interaktion, med risk för ensidig kost, undernäring, ytterligare funktionsnedsättning och en allt sämre livskvalitet (8-11).

Sjukdomsrelaterad undernäring

Sjukdomsrelaterad undernäring (malnutrition) är vanligt speciellt vid kronisk sjukdom. Socialstyrelsens rapport (12) som omfattade 25 studier på >5000 svenska patienter betecknade 28 % som undernärda. Bland kroniskt sjuka äldre var förekomsten ännu högre. Undernäring utvecklas när förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen under en tillräckligt lång period är större än intaget. Sjukdomsrelaterad undernäring beror många gånger på att sjukdomen eller skadan medför en inflammationsreaktion. Vid inflammation ökar energiomsättningen i vila och proteinnedbrytningen i skelettmuskulatur, s.k. katabolism sker. Mycket av undernäringens negativa effekter beror på förlust av muskelprotein vilket bl.a. leder till sänkt immunförsvar. undernäring ger även psykosomatiska symtom som trötthet, depression, apati och håglöshet (13). Förutom livskvalitetsförluster och lidande för den enskilde så leder detta till stor förbrukning av vårdresurser. I framtiden måste mer fokus ligga på förebyggande insatser. Det finns idag exempel på vårdcentraler som infört rutiner för att förebygga undernäring (14).

Problemet med undernäring hos äldre är multifaktoriellt och många av riskfaktorerna samverkar med varandra på olika sätt vilket illustreras

med följande 8 D:n (på engelska);

Sjukdom (Disease), Depression, Demens, Dysfagi, Dysgusea, Medicinering (Drugs), Dentition och Dysfunktion. De är inte oberoende av varandra utan de hänger ihop på olika sätt, (se figur 1) vilket gör att tandvården måste vara medveten, ta hänsyn till och kunna utreda och samarbeta med andra aktörer inom vården.

Vipeholmsundersökningen (15) genomfördes i en population med funktionsnedsättning och det var tydligt att kosten spelade en stor roll för deras kariesutveckling. Studien visade att inte bara kosten utan även den enskilde individens förmåga att äta spelade stor roll då vissa individer med nedsatt munmotorik kunde behålla maten i munnen under timmar. Dessa individer utvecklade då karies utan att de fick socker medan andra som omedelbart svalde allt de fick i munnen även kunde äta 24-Toffe och ändå inte få karies. Uppenbart var att kariessjukdomen är beroende av en tillförsel av lättfermentabla kolhydrater men att den samtidigt modifieras starkt av munfunktionen. Så samtidigt som munnens funktion påverkar kosten påverkar också kosten munnen.

I konsensusarbetet har arbetsgruppen värderat Socialstyrelsens riktlinjer utifrån relevans och användbarhet för personer med funktionsnedsättning. Avsikten med detta kapitel är att belysa tillstånd med tydlig koppling mellan tandvård och nutrition hos personer med funktionsnedsättning. Kapitlet syftar till att ge ett underlag för riktlinjerna för tandvårdens arbete med funktionsnedsatta personers behov av utredning och behandling inom tandvården.

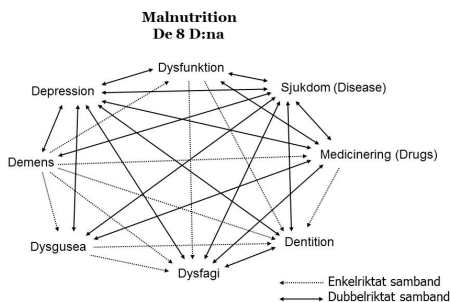


Fig. 1

Disease-Dysfunktion-Dysfagi-Dentition

Funktionsnedsättningar som drabbar äldre individer uppstår oftast till följd av neurologisk sjukdom t.ex. stroke och Parkinsons sjukdom. Båda dessa tillstånd kan få stora konsekvenser för ätandet.

Att drabbas av stroke utgör den största orsaken till fysisk funktionsnedsättning hos äldre personer. Sväljsvårigheter (dysfagi) är vanliga efter stroke och utgör tillsammans med andra ätsvårigheter en ökad risk för undernäring. Exempel på ätsvårigheter är försämrad tung- och ansiktsmotorik, mindre funktionell tuggning, mat som ansamlas i munnen och blir kvar efter måltid samt sväljsvårigheter, dvs. dysfagi.

Vid Parkinsons sjukdom (PD) kan en minskad rörelseförmåga drabba käk- och tuggmuskulatur och resultera i att det tar längre tid att tugga maten och att transportera tuggan bakåt mot svalget. Minskad rörelseförmåga i struphuvudet medför risk för att struplocket inte stängs i tid vilket medför en ökad risk för att sätta i halsen. Är dessutom sväljreflexen fördröjd finns risk för aspiration, dvs. mat och dryck hamnar i luftvägarna. Dysfagi är vanligt. Personer med PD har en ökad risk för undernäring på grund av långsamt ätande och otillräckligt matintag.

Dysgeusea -Disease- Drugs- Dentition- Depression

Ett annat D, Dysgeusia som innebär förvrängning, försämring eller till och med avsaknad av smak kan få förödande konsekvenser för näringsintaget och aptiten. Det kan vara tecken på sjukdom och svårt att diagnostisera på grund av sammanlänkning till både kognitiva och sensoriska system. Konstig smak i munnen kan också ha dentalt ursprung i form av karies eller på grund av rikligt med beläggning på tänderna. Andra orsaker kan vara minskad salivsekretion (16) eller zinkbrist (17). Dysgeusea är också en vanligt förekommande biverkning vid behandling av cancer med högdos cytostatika (18). Andra vanliga orala biverkningar vid högdos cytostatika är mucositis, minskad salivsekretion och svampinfektioner som alla tillsammans och var för sig försvårar en bra nutrition via munnen.

Munfunktion och tuggförmåga (Funktionsnedsättning - Dentition)

Att förlora tänder innebär en risk för nedsatt tuggförmåga. Ett stort antal studier visar på att förluster av främst molarer leder till en sämre tuggad mat trots en tendens till ökat antal tuggningar (19). Samtidigt verkar inte detta leda till en sämre digestion av kosten så länge övriga organ i mag-tarmkanalen fungerar väl (20). Våra möjligheter att kompensera för försämrad tuggförmåga genom att anpassa matens konsistens är stora (se kap om kostkonsistenser). Trots detta är det ändå så att personer med sämre tuggförmåga har en tendens att välja mer lättuggad och ensidig kost (21).

Men tuggförmåga är mer än bara antal tänder. Samspelet mellan sensorik och motorik är centralt samtidigt som salivsekretionen spelar en stor roll för att skapa den sväljbara tuggan (bolus) (5). I denna process involveras både det centrala och det perifera nervsystemet och receptorer från parodontium, pulpa, muskler, slemhinnor, käklederna samt ligament. Det är inte bara att kunna bita ihop som krävs utan att bita med rätt kraft och med kontroll så att en sväljbar tugga bildas. Vikten av egna tänder i denna process exemplifieras i studier allt ifrån pulpans roll för smakförmågan (22) till parodontiets roll för bitkraft (5).

Hos olika personer med funktionsnedsättning kan olika delar av systemet påverkas så att olika typer av problem uppkommer. Det kan vara svaga muskler som gör att de både har svårt att tugga men också att de snabbt blir trötta och därför inte orkar äta. Det kan vara dålig koordination vilket gör att tuggningen blir ineffektiv med delar kvar som är svåra att svälja trots lång tuggning. Det kan vara hyposalivation som gör att ingen bolus bildas trots tuggning. Det kan vara nedsatt sensorik, dvs. oförmåga att känna av delar vilket gör att farliga delar som fiskben fastnar i halsen.

Risk för malnutrition vid nedsatt munfunktion

Personer med funktionsnedsättning riskerar att bli malnutrierade på grund av försämrad munfunktion. Vid tecken på malnutrition eller tecken på ätsvårigheter måste tandvården utreda munfunktionen. (se kap nutritionsvårdsprocessen - utredning och behandling). Vissa grupper är lätta att identifiera och är redan beskrivna medan andra som den äldre patienter kan ha en mer smygande progression.

Munfunktion och kognitiva funktioner (Dentition, Demens och Depression)

Sambandet mellan andelen pulpavävnad och smakförmåga (22) tolkade författarna som att nervvävnad som ganglier behöver fortlöpande stimulering för att upprätthålla sin förmåga och det finns studier som antyder att förlust av tänder kan vara en bidragande orsak till kognitiva problem och demens (23-26). Flera studier har visat att personer som får diagnosen demens har sämre tandstatus än kontrollgrupper (27, 28) och att mental sjukdom är en faktor som försämrar prognosen (9). Flera studier nämner att personer med demenssjukdom har en mycket dålig hygien och studier har visat att antikroppar mot bakterier förknippade med parodontit tillsammans med TNF-alfa var goda prediktorer för demens (29). Även karies och demens har en koppling både avseende prevalens och incidens (28, 30). Samtidigt visar en annan studie att om de får adekvat tandvård har inte de dementa en sämre oral prognos än andra äldre (28, 31).

Personer med kognitiv och intellektuell funktionsnedsättning behöver komma på täta och regelbundna tandvårdsbesök inte bara på grund av sjukdomsrisk. Invänjning och färdighetsträning och rutiner är en viktig del för att kunna samarbeta i tandvårdssituationer. Förmågan att samarbeta i tandvårdssituationer var den viktigaste faktorn för att undvika karies och tandförluster i en studie av tandhälsan hos vuxna med utvecklingsstörning (30).

Orsakssambanden är inte helt klarlagda men funktionsnedsättning genom mental sjukdom är en prognosförsämrande faktor för munhälsan och därmed för nutritionen.

Risk för malnutrition vid nedsatt munfunktion i samband med kognitiva problem

Personer med eller med begynnande funktionsnedsättning på grund av kognitiva problem eller sjukdomar har en hög risk att utveckla munsjukdomar främst på grund av bristande hygien. Det kan inte uteslutas att förlust av tänder ökar risken för att utveckla kognitiva problem varför gruppen kräver regelbunden övervakning med högst 1 år mellan kontrollerna, oftast tätare. Ett utvecklat samarbete med övrig primärvård för att tidigt få kännedom om kognitiv sjukdom är önskvärt.

Nutrition – osteoporos/frakturer – sarkopeni/ork (Sjukdom)

Vårt skelett byggs främst upp under barn och ungdomstiden medan vi under resten av livet sakta förlorar den. Flera faktorer bidrar till att bygga upp ett kraftigt skelett som god nutrition (främst kalcium och D-vitamin) och motion. Nutrition och motion är också centrala för att motverka förlusterna under resten av livet. Osteoporos är en diagnos baserad på mycket mindre hårdvävnad i skelettet än normalt i samma åldersgrupp. Att förlora hårdvävnad ökar risken för att drabbas av fraktur. Orsakerna till frakturerna förutom försvagat skelett är faktorer som fall, långsamma reflexer, muskelsvaghet (sarkopeni) och minskat mjukvävnadsskydd vilka alla hör samman med försämrad nutrition (33). Nutritionen är också central i rehabilitering efter en fraktur.

Sarkopeni drabbar främst äldre och även tuggmuskulaturen. De drabbade blir väldigt svaga och kan få svårt att tugga och svälja (34). Att inte orka äta kan bli ett stort problem både för att upprätthålla ett bra nutritionstillstånd men också för att orka med rehabilitering efter sjukdom (35, 36).

Flera studier har visat på ett samband mellan underkakens benkvalité och osteoporos samt risk för frakturer (37-39). Benkvalité är delvis beroende av både kost och funktion vilket gör funktionsnedsatta grupper dubbelt känsliga för att utveckla osteoporos. Samtidigt är frakturer på grund av osteoporos vanliga anledningar till funktionsnedsättning (33, 39) vilket gör att frakturprevention i form av god nutrition, skydd, träning och medicinsk behandling är viktig och att det därmed är viktigt att tidigt diagnostisera osteoporos vilket tandvården skulle kunna vara en del av, speciellt bland funktionsnedsatta.

Det har diskuterats i litteraturen om parodontit och osteoporos på något sätt är kopplade till varandra men det verkar i så fall vara ett svagt samband (40, 41).

Risk för osteoporos och sarkopeni hos personer med funktionsnedsättning

I tandvårdens uppdrag att övervaka munhälsan hos personer med funktionsnedsättning bör i framtiden ingå en uppföljning av benkvalité samtidigt med att följa tuggförmåga.

Nutritionsvårdsprocessen – Utredning och behandling

Nutritionsvårdsprocessen består av en inledande screening som omfattar frågor om aktuell vikt, BMI, vikt förlust (ofrivillig) samt förekomst av ätsvårigheter. Utifrån screeningen görs sedan en bedömning av eventuella ätproblem. Därefter upprättas en åtgärdsplan med förslag på lämplig nutritionsbehandling. Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder är oerhört viktiga liksom överrapportering mellan vårdgivare för att skapa en kontinuitet i behandlingen, se figur 2.

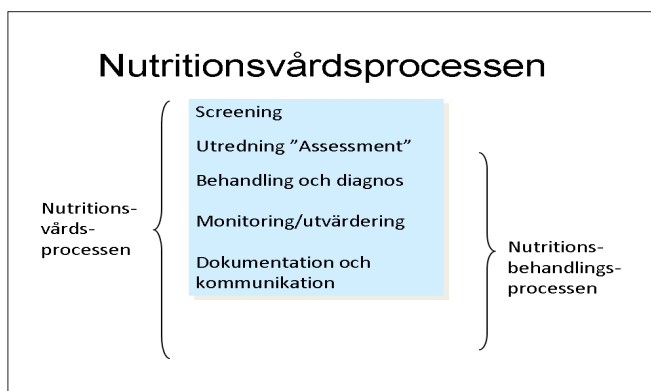


Fig. 2

Kostbehandling – Kost för sjuka

I boken *"Mat och sjuka inom vård och omsorg"*, (42) finns 3 grundkosterna beskrivna. Utifrån bedömningen enligt ovan ordineras någon av dessa. Vid tugg- och sväljproblem rekommenderas en konsistensanpassad kost som beskrivs nedan.

SNR-kost utgår ifrån de svenska näringsrekommendationerna (SNR) och passar personer som har god aptit och inte lider av nutritionproblem. Den största energikällan är kolhydrater, gärna fiberrika, vilket medför att volymen på maten blir stor.

A-kost Allmän kost för sjuka (A-kost) är den kost som en majoritet av patienter på sjukhus ordineras. Den innehåller mer fett och mindre kolhydrater än SNR-kosten, vilket medför att portionsstorleken blir mindre.

E-kost Energi- och proteinrik kost. Indikationer för denna är undernäring eller risk för att utveckla undernäring i kombination med liten aptit. E-kost bygger på principen om mindre portionsstorlek med hög energi-

täthet och flera måltider som sprids över dygnet. Vid nedsatt aptit och ofrivillig viktförlust är det också viktigt med flera mindre måltider och begränsad nattfasta för att täcka energibehovet. Näringsdrycker kan behövas som komplement till maten.

Måltidsordning och nattfasta Det är viktigt att måltiderna sprids över så stor del av dygnet som det är praktiskt möjligt, för att öka intaget trots nedsatt aptit. Maten bör därför fördelas jämnt över den vakna delen av dygnet. Några jämförande studier av måltidsordningar på sjukhus och institutioner finns inte. Rekommendationen om måltidsordning bygger således på expertsynpunkter, alltså lägsta graden av evidens enligt de vanliga klassificeringssystemen. Enligt denna rekommendation bör nattfastan inte överskrida 10-11 timmar.

Mellanmål Enligt den måltidsordning som föreslås i Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg bör ett mellanmål stå för 10-20 procent av det beräknade energibehovet under ett dygn.

Konsistensanpassad kost

Används vid tugg- och sväljproblem. Det är viktigt att utgå från resultatet av en sväljningsutredning, som bör göras vid misstanke om dysfagi, och av den rekommendation som därefter ges av logoped. Utöver dysfagiproblem kan motoriska problem motivera att konsistensanpassad kost ordineras då denna inte kräver kniv och gaffel, utan vanligen kan ätas enbart med en sked eller gaffel (13). De sex olika konsistenserna beskrivs här kortfattat:

Hel och delad innebär mat med normal konsistens som vid behov delas på tallriken. Exempel på maträtter är helt eller delat kött, hel fisk, färs- och korvrätter, grönsaker, potatis, sås och dryck. Personer som lider av muntorrhet kan behöva mycket sås till maten för att lättare kunna svälja.

Grov paté är lämplig vid lättare ätsvårigheter, motoriska problem och orkeslöshet. Den karaktäriseras av luftig, mjuk och grovkornig konsistens, som t.ex. saftig köttfärslimpa. Den ska vara lätt att dela och äta med gaffel. Exempel på maträtter med denna konsistens är grov köttpaté, hel kokt fisk, grov grönsakspaté, välkokta grönsaker, hel och pressad potatis och sås.

Timbal konsistens är lämplig vid uttalade tugg- och sväljsvårigheter. Den kräver ingen grundligare bearbetning i munnen, men ”håller ihop”, vilket underlättar när tungans och munnens motorik är störd. Timbalkonsistens

kan fungera för dem som hamstrar mat i kinderna eller när måltiden tar lång tid. Konsistensen är mjuk, slät, kort och sammanhållen av typ omelett, och kan ätas med gaffel eller sked. Den har måttligt tuggmotstånd och homogen konsistens. Exempel på maträtter är kött- och fisktimbal, grönsakstimbal/-puré, potatismos, pressad potatis och sås. Rikligt med sås serveras till.

Gelé konsistens lämpar sig vid allvarliga sväljsvårigheter, trögutlöst sväljreflex och skadad eller känslig munhåla. Kosten karaktäriseras av att den är mjuk och hal, vilket gör den lätt att äta även vid uttalade sväljproblem. Exempel på maträtter är kall kött- och fiskgelé, grönsakspuré, kall grönsaksgelé, potatismos och tjockflytande sås med gräddfils-, hollandaise- eller vaniljsåskonsistens. Det underlättar ofta med mycket sås till maten. Gelékost tillagas av finpasserade puréer och gelatin. Därför är den dallrig och homogen. Den smälter i munnen, till skillnad från grov paté och timbal.

Flytande konsistens är lämplig vid förträngningar eller vid skador i svalg och matstrupe. Konsistensen karaktäriseras av att den är slät och rinnande, som tomatsoppa. Flytande konsistens är mindre krämig än tjockflytande.

Tjockflytande konsistens är lämplig när rörligheten i munhåla och svalg är nedsatt och vid svårigheter att svälja fast föda. Tjockflytande konsistens är lättare att svälja än tunnflytande. Tjockflytande och gelékonsistens har visat sig fungera bra vid förlamning i svalget (svalgpares) efter stroke. Konsistensen karaktäriseras av att vara slät och trögflytande, liknande gräddfil. Konsistensen ska vara helt slät, så att inga småbitar finns i soppan.

Förtjockningsmedel

Kolsyrad dryck upplevs ofta som lättare att svälja vid dysfagi. Kolsyran bidrar också till att rensa bort mat som finns kvar i mun och svalg. Många som lider av dysfagi kan också behöva förtjockning av tunnflytande dryck. Då rekommenderas förtjockningsmedel. De kan blandas i både kalla och varma puréer och vätskor. Det är viktigt att individuellt prova ut hur tjock drycken behöver vara. För vissa räcker det att drycken blir lätt ”simmig”, medan andra kan behöva ha en konsistens som motsvarar filmjolk eller nyponsoppa.

Vikten av ett gott samarbete mellan olika vårdgivare t.ex. tandläkare, tandhygienist, logoped och dietist kan inte nog poängteras då det gäller denna grupp av personer med funktionsnedsättning.

KONSISTENSGUIDE					
Symptom		Konsistens	Beskrivning	Exempel	
Förändrad konsistens kan var motiverad vid ett eller flera av följande symptom > Äter under längre tid än normalt > Mat och dryck rinner ur munnen > Mat samlas i kinderna > Bitar av mat plockas eller spottas ut ur munnen > Mat hålls länge innan sväljning > Vas mat kan ej tuggas > Hosta eller harklingar > Rossig eller gunglig röst > Klumpkänsla i halsen > Åtandet tröttnar > Motoriska problem		Hel och delad	Normal konsistens, eventuellt delad i mindre bitar.	Helt eller delat kött, hel fisk, färs- eller korvströter, grönsaker, potatis och sås. Färsk frukt eller konserverad frukt med vispad gräddre eller glass.	Dryck Ge först en liten mängd vätska med tesked för att se om personen kan svälja vald konsistens utan att hosta. Var försiktig! De flesta personer med dysfagi behöver tjockflytande dryck. En del personer med dysfagi kan dricka kolsyrad dryck.
		Grov paté	Luftig, mjuk och grovkornig, typ saftig och mjuk köttfärslimpa . Lätt att dela med gaffel.	Grov köttpaté eller hel kokt fisk, grov grönsakspaté, potatis hel eller pressad och sås. Delad konserverad frukt med vispad gräddre eller glass.	
		Timbal	Mjuk, slät, kort och sammanhållande, typ omelett . Kan ätas med gaffel eller sked.	Kött- eller fisktimbal/sufflé, grönsakstimbal/puré, potatismos eller pressad potatis och sås. Fruktfromage med vispad gräddre eller glass.	
		Gelé	Mjuk och hal mat, typ fromage . Kan ätas med gaffel eller sked.	Kall kött- eller fiskgelé, grönsakspuré eller kall grönsaksgelé, potatismos och tjock sås. Fruktgelé med vispad gräddre eller glass.	
		Flytande	Slät och rinnande, typ tomatsoppa . Rinner av skeden. Kan ej ätas med gaffel.	Berikad kött-, fisk- eller grönsakssoppa med "lick". Fruktosoppa med vispad gräddre eller glass.	
		Tjockflytande	Slät och trögflytande, typ gräddfil . Droppar från skeden. Kan ej ätas med gaffel.	Berikad tjockflytande kött-, fisk- eller grönsakssoppa med "lick". Tjockflytande fruktosoppa med vispad gräddre eller glass.	
Vid dessa problem informera sjuksköterska. För val av lämplig konsistens bör kontakt tas med dietist eller logoped.					
Var alltid uppmärksam och försiktig när ny konsistens introduceras!					



© 2007 Findus AB

Enteral nutrition – Näringsdrycker, sondnäring

Näringsdrycker

Näringsdrycker definieras som produkter som används som komplement till den vanliga maten, när den inte räcker för att täcka behovet av energi och/eller näringsämnen. Dryckerna innehåller, förutom energi, protein, fett och kolhydrater, vitaminer och mineraler i varierande mängd. Det finns kompletta, sjukdomsspecifika och icke kompletta näringsdrycker. Näringsdrycker med krämig konsistens finns och inom dysfagiområdet sker idag en produktutveckling. Ordination av näringsdryck bör alltid göras av specialkunnig person, vanligen dietist, som har kunskap om oralt nutritionsstöd och hur det bäst kompletterar maten.

Sondnäring – PEG (Perkutan endoskopisk gastrostomi)

PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) utvecklades till barn med svårigheter att svälja i början på 1980-talet. Därefter har metoden fått utökat användningsområde och tillhör nu ett rutiningrepp världen över för att få direkt tillträde till mag-tarmkanalen på både barn och vuxna (44).

Denna metod har tillsammans med sondmatning, (nasogastrisk/orogastrisk sond) skapat möjlighet till fullgod nutrition för många barn med uppfödningssproblem och till vuxna på grund av sjukdom, t.ex. vid dysfagi efter en stroke. Följdtillstånd till sjukdom eller efter medicinering som t.ex. illamående vid cytostatikabehandling är ytterligare ett indikationsområde för nutrition via sond. Om magtarmkanalen inte fungerar eller i andra situationer då enteral nutrition bedöms svår att genomföra bör man överväga parenteral nutrition. Näringen ges då direkt till blodbanan via en central eller perifer infart.

Barn med uppfödningssproblem och otillräckligt kostintag har oftast en bakomliggande orsak till detta. Orsaken är oftast en eller kombinationer av åkommor av medicinsk karaktär och/eller en utvecklingshämning med eller utan en beteendeproblematik. Utredning och behandling kräver ofta ett multiprofessionellt team med bl.a. barnläkare, logoped, dietist och psykologer/beteendevetare men även tandläkare bör ha en given roll i detta sammanhang.

Barn som föds för tidigt, före vecka 33, och väger under 1500 gr har inte utvecklat sug- och sväljmekanismen. Barn med svåra hjärt- och lungfunktionsnedsättningar har problem med sväljning och andning och riskerar att aspirera mat och/eller vätska i lungorna och får därför ofta sondnäring i någon form. Det kan också vara så att allvarliga hjärt- och lungproblem hos små barn medför att de inte har energi till att suga och svälja. En annan orsak kan vara att sug- och sväljmekanismen är okoordinerad så att barnet aldrig får i sig tillräckligt med näring innan det har blivit uttröttat.

De flesta barn klarar ätutveckling utan svårigheter men den normala utvecklingen kan störas av olika orsaker t. ex. har sensoriken stor betydelse för utvecklandet av oralsensomotoriska färdigheter. En känslig period är

den optimala tidsperiod då stimuli introduceras för att ett beteendemönster ska produceras och läras in. Att acceptera beröring av kinder, läppar gom och tunga är en förutsättning för ätande. Neurologiska svårigheter kan ge barn generella svårigheter med sensorisk information vilket påverkar nutritionen (45).

Följande karakteristika är vanligt förekommande hos barn över 18 månader som har sondmatats och är av betydelse för kostintaget:

- Andningsproblem är ofta förekommande, speciellt koordinationen mellan att suga, svälja, andas, speciellt om mucöst sekret produceras i luftvägarna
- Dysfunktionellt sug- och sväljmönster som ofta innebär att de inte kan suga och få i sig näring samtidigt som de måste göra paus för att andas i samband med försök att suga och svälja.
- Överkänslighet vid oral stimulering
- Sensoriskt motstånd vid facial/oral stimulering
- Gastroesophagel reflux
- Förlångsammad peristaltik i magsäcken
- Uppstötningar, illamående
- Motstånd mot att äta

Hos barn som sondmatas är kariesaktivitet och frekvens oftast låg. Däremot är det vanligt förekommande att barnen utvecklar mycket supragingival tandsten. Det finns också en ökad risk för dental erosion då barn och unga vuxna som sondmatas ofta drabbas av gastro - esophagelreflux (46). Det hela kompliceras dessutom av att dessa barn har eller utvecklar en överkänslighet och sensoriskt motstånd mot facial/oral stimulering vilket försvårar möjligheten att genomföra och upprätthålla bra munhygienrutiner. Detta resulterar i att dessa barn behöver ett strukturerat individuellt stöd med fokus på ett preventivt omhändertagande. Dessutom är invänjning med färdighetsträning och rutiner viktigt för att dessa patienter ska kunna samarbeta i tandvårdssituationer. Även hos vuxna patienter med sondmatning är det vanligt att tandsten utvecklas (47) och ett individuellt omhändertagande är lika viktigt för dem.

Dålig tandhälsa har visat sig ha samband mellan både hjärtinfarkt och stroke genom bakterier som tar sig från munnen och tarmen och som på så sätt bidrar till en ökad inflammation i befintliga åderförkalkningsplack och därmed till aterosklerosutveckling.

Hos patienter med sväljsvårigheter är munhälsan viktig, oavsett om de har PEG eller inte. Dessa patienter drabbas relativt ofta av aspirationspneumoni på grund av bakterier från munhålan. Det är viktigt att munhålan är så ren och bakteriefri som möjligt. I vissa fall kan det vara tillräckligt med tandborstning, i andra fall krävs ytterligare antibakteriell behandling med t.ex. klorhexidin. Salivstimulerande, fukttilförande och fluorinnehållande preparat bör noga utprovas individuellt.

Vikten av att samarbeta med dietist och andra vårdgivare kan inte nog poängteras, t.ex. om patienterna kan äta lite per os och skall träna sväljfunktionen med dryck eller ska ha mat i munnen för att uppleva smakkänslan. Även om samtliga personalkategorier är medvetna om sockerkaries sambandet är det viktigt att ha med det i diskussionen.

Samarbete runt nutrition och oral hälsa

En förutsättning för att vården av personer med funktionsnedsättning skall fungera optimalt är att olika delar av vården samverkar. Bland annat gäller det för tandvården att samverka i frågor som rör maten och kanske gäller detta speciellt för personer med olika typer av funktionsnedsättning. Följande text kommer från dietistförbundet i USA men gäller även i Sverige.

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition is an integral component of oral health. The American Dietetic Association supports the integration of oral health with nutrition services, education, and research. Collaboration between dietetics and dental professionals is recommended for oral health promotion and disease prevention and intervention. Scientific and epidemiological data suggest a lifelong synergy between nutrition and the integrity of the oral cavity in health and disease. Oral health and nutrition have a synergistic bidirectional relationship. Oral infectious diseases, as well as acute, chronic, and terminal systemic diseases with oral manifestations, impact the functional

ability to eat as well as diet and nutrition status. Likewise, nutrition and diet may affect the development and integrity of the oral cavity as well as the progression of oral diseases. As we advance in our discoveries of the links between oral and nutrition health, practitioners of both disciplines must learn to provide screening, baseline education, and referral to each other as part of comprehensive client/patient care... Collaborative endeavors between dietetics and dentistry in research, education, and delineation of health provider practice roles are needed to ensure comprehensive health care. (Touger-Decker R, Mobley CC; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition. J Am Diet Assoc. 2007 Aug;107:1418-28.)

Tandvårdens kompetens behövs för att undersöka, behandla och förebygga nutritionsproblem bland personer med funktionsnedsättning i alla åldrar men också för att tillsammans med andra professioner utforma en optimal vård. Det gäller att informera och diskutera orala följder vid olika typer av behandlingar som till exempel en minskad salivsekretion, ökad retention av maten i munhålan som kan innebära en kraftigt ökad risk för karies. Eftersom risk för undernäring är vanlig bland personer med funktionsnedsättning rekommenderas ofta extra mellanmål samt näringsdrycker. Många gånger rekommenderas en kostkonsistens som inte kräver så mycket tuggning. Med andra ord är kostrekommendationerna inte alltid ur tandhygiensynpunkt optimala men kan vara väldigt viktiga ur nutritionssynpunkt. Det är därför viktigt att skilja mellan kostråd till friska och kostråd till sjuka personer med funktionsnedsättning. Ett gott samarbete mellan olika vårdgivare kan inte nog poängteras så att behandlingen blir optimal för patienten. Det gäller även att diskutera hur man med olika typer av oral rehabilitering kan öka tuggförmågan eller minska tuggproblem, vilka behov av ändrad omsorg olika behandlingar medför samt vilka typer av övervakning av munnen som krävs.

Tandvården skall integreras i vården av personer med funktionsnedsättning för att medverka i utredning, behandling och prevention av nutritionsproblem på grund av munnens stora roll.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Riktlinjerna omfattar bland annat tillstånd och åtgärder vid risk för oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där rådande matvanor är en riskfaktor.

Socialstyrelsen finner att:

”Beteendemedicinsk prevention och behandling med syfte att förändra matvanor har positiv effekt och därmed också möjlighet att positivt påverka oral hälsa. Det har inte varit möjligt att bedöma kostnadseffektiviteten.”

Samtidigt gör Socialstyrelsen bedömningen:

”För vuxna med risk för karies och samtidigt högt sockerintag har Socialstyrelsen bedömt att en minskning av sockerintag i mängd och frekvens har en kariesförebyggande effekt och därmed en positiv framtida påverkan på den orala hälsan. En minskning av sockerintag har dessutom bedömts som en kostnadseffektiv åtgärd.” Användandet av sockerersättningsmedel som sorbitol och xylitol är bra men inte kostnadseffektivt om syftet bara är att minska risken för orala sjukdomar.

Det finns ett avsnitt som handlar om smärta och funktionsstörningar som definieras som:

”Tillstånden medför att personer upplever obehag i samband med grundläggande funktioner som att äta, tugga, tala och det påverkar socialt umgänge och livskvalitet negativt.”

I samma stycke återkommer Socialstyrelsen med följande:

”– Hos många personer finns en samsjuklighet med andra smärtor i kroppen eller nedsatt allmän hälsa, vilket gör det viktigt att varje person utreds ur både ett odontologiskt och ett psykosocialt perspektiv.”

Perspektiv som medicinska och nutritionsrelaterade nämns inte i de nationella riktlinjerna

Konsekvenser

Med tanke på det komplicerade samspelet mellan munhälsa och nutrition blir riktlinjerna, som bara belyser specifika risker inriktade på tandvårdens tekniska åtgärder (åtgärdslista), helt utan åtgärder som bygger på samarbetet med andra professioner. Därför behöver tandvårdens roll tydliggöras i bemötandet och omhändertagandet i vården av personer med funktionsnedsättning. Allt i syfte för att kunna medverka i utredning och skapa bättre förutsättningar för behandling och prevention av nutritionsproblem då undernäring är lättare att förebygga än bota.

En fullständig referenslista kan beställas om så önskas av författarna till detta kapitel.

REFERENSER

1. Germov, J., & Williams, L. (2008). *Sociology of Food & Nutrition. The Social Appetite*. 2. ed. South Melbourne, Vic.: Oxford University Press.
2. Gorton, D., Bullen, C. R., & Mhurchu, C. N. Environmental influences on food security in high-income countries. *Nutrition Reviews* 2010; 68: 1-29.
4. Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer. Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet, Fjärde upplagan, 2005.
5. Svensson K. Sensory-motor regulation of human biting behaviour. Thesis 2010 Karolinska Institutet, Stockholm.
6. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:195-203.
10. Tada A, Watanabe T, Yokoe H, Hanada N, Tanzawa H. Relationship between the number of remaining teeth and physical activity in community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;37:109-17
11. Musaccio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva -Netto F, Zambon S, Manzato E, Chiara Corte M, Baggio G, Crepaldi G. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand* 2007;65:78-86.
12. Näringsproblem i vård och omsorg. Socialstyrelsen Sos-rapport 2000:11. ISBN 91-7201-480-6.
13. Faxén Irving G, Karlström B, Rothenberg E, Geriatrisk Nutrition, Studentlitteratur 2010. ISBN 9789144052113.
22. Boucher Y, Berteretche MV, Farhang F, Arvy MP, Azérad J, Faurion A. Taste deficits related to dental deafferentation: an electrogustometric study in humans. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114: 456-64
33. Peters BS, Martini LA. Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2010; 54: 179-85.
36. Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Rahm Hallberg I, Renvert S. Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scand J Caring Sci*. 2002; 16: 311-8.
37. Jonasson G. Mandibular Alveolar Bone Mass, structure and thickness in relation to skeletal bone density in dentate women. Thesis Göteborg University 2005.
39. Edwards B J, Migliorati C A. Osteoporosis and its implications for dental patients, *JADA* 2008; 139: 545-552.

41. Renvert S, Berglund J, Persson RE, Persson GR. Osteoporosis and periodontitis in older subjects participating in the Swedish National Survey on Aging and Care (SNAC-Blekinge). *Acta Odontol Scand.* 2011;69:201-07.
42. Bosaeus I, et al., *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg.* 2003, Uppsala: Statens livsmedelsverk.
44. Gauderer MWL, Percutaneous endoscopic gastrotomy – 20 year later. A historical perspective. *J of Pediatric Surgery* 2001; 36: 217-219.

Muntorrhet vid funktionsnedsättning

Författare: Maud Bergdahl, Johanna Norderyd, Inger Wårdh

Varför belyser vi området?

Muntorrhet, både låg salivsekretion och subjektiv upplevelse av denna, förekommer ofta vid funktionsnedsättning, då det är starkt relaterat till den allmänna hälsan och behandlingar vid olika sjukdomstillstånd. Den första stora epidemiologiska studien av muntorrhet gjordes av ett svenskt team, Österberg et al (1), som 1984 undersökte 1148 70-åriga män och kvinnor i Göteborg. De rapporterade att 16% av männen och 25% av kvinnorna led av muntorrhet. Hos båda könen fanns ett starkt samband mellan antalet konsumerade läkemedel och muntorrhet. Medelvärdet för vilosaliv var 0,25 för män och 0,18 ml/min för kvinnor, för stimulerad saliv 1,65 och 1,04 ml/min för kvinnor. Normalt skall salivsekretionen vid vila ligga på 0,25-0,35 ml/min och vid tuggning på 1-3 ml/min. I nedanstående tabell anges gränsvärden för låg salivsekretion för både barn och vuxna. Låg uppmätt salivsekretion benämns ibland hyposalivation medan låg upplevd salivsekretion brukar kallas xerostomi.

	6-8 år	9-15 år	vuxna
Vilosaliv	<0,1ml/min	<0,1ml/min	<0,1ml/min
Stimulerad saliv	<0,2ml/min	<0,5ml/min	<0,7ml/min (0,5 ml/min)

Saliv produceras från olika spottkörtlar; tre stora pariga körtlar där öronspottkörteln (parotis) producerar serös saliv, tungspottkörteln (sublingualis) mukös saliv och underkäksspottkörteln (submandibularis) en blandad typ av saliv. Utöver dessa finns också många små accessoriska spottkörtlar som producerar mukös saliv. All denna saliv blandas i munhålan till s.k. helsaliv.

Saliven har många viktiga funktioner. Den smörjer, skyddar, försvarar, spolar rent, underlättar matsmältningen, bidrar till smakupplevelsen, reglerar vätskebalansen, buffrar och lagrar mineral. Därför påverkar muntorrhet mer än livskvaliteten; det har en direkt inverkan på både den allmänna och orala hälsan (2).

Diagnostik

Även om individen har låg salivsekretion, upplevs detta som muntorrhet först när salivsekretionen minskats till ca 50%. Orsaken är troligen att så länge den mukösa sekretionen fungerar någorlunda tillfredsställande, upprätthålls salivens smörjande egenskap utan att individen producerar några större volymer saliv. Därför kan man inte alltid lita till patientens rapportering för att avgöra om salivsekretionen är låg. Detsamma gäller vid medfödd nedsatt salivsekretion, där patienten inte har något att jämföra med.

Det är inte helt enkelt att uppskatta salivmängden med hjälp av gängse rutiner. Vägning anses mer tillförlitligt än mätning men salivsekretionen varierar under dygnet – som lägst under natten – och upprepade undersökningar krävs för rättvisande värden (3). Bristande Kooperation pga ålder, kognitiva brister eller motoriska svårigheter kan också medföra svårigheter och ge missvisande resultat. När det gäller personer med funktionsnedsättning kan man behöva förlita sig på enklare bedömningar såsom spegelfriktionstest, vilket t ex ingår i Revised Oral Assessment Guide, ROAG (4). ROAG bifogas längst bak i boken. Även andra bedömningsformulär finns att tillgå som hjälp. NOT-S är ett sådant där muntorrhet ingår (5), se även www.mun-h-center.se

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Muntorrhet saknas som riskfaktor i de Nationella riktlinjerna för vuxentandvård 2011. När det gäller personer med funktionsnedsättning, är dock muntorrhet ofta en förklarande faktor till en försämrad oral hälsa, vilket närmare ska belysas i den följande texten.

Konsensusarbetet

Då arbetsgruppen inte hade några riktlinjer från socialstyrelsen att utgå från, blev arbetet dels en kartläggning av problematiken och därefter en sammanställning av de råd som bör ges till personer med funktionsnedsättning och muntorrhet, uttryckt som låg salivsekretion och xerostomi.

När förekommer muntorrhet?

De vanligaste orsakerna till låg salivsekretion är biverkan av medicinering eller behandling, till exempel strålning mot huvud- och halsområdet, men det kan också vara medfött, orsakat av salivkörtelhypoplasi, salivkörtelagenesi eller nedsatt körtelfunktion. Muntorrhet kan också vara ett följdtilstånd av systemiska tillstånd såsom autoimmuna sjukdomar (t.ex. Sjögrens syndrom) och endokrina sjukdomar (t.ex. diabetes). Munandning ger också muntorrhet – speciellt nattetid.

Eftersom muntorrhet är mindre förekommande hos barn och ungdomar är det lätt att förbise, men låg salivsekretion är dock vanligt vid vissa tillstånd, till exempel Downs syndrom (6), där det också kan förvärras av samtidig munandning. Vid ektodermala dysplasier är låg salivsekretion vanligt (7). Det har också visat sig att ca 30% av barn och ungdomar som saknar många tandanlag samtidigt uppvisar låg salivsekretion (8). Nedsatt salivsekretion ses även vid ätstörningar (9,10). Barn som genomgår behandling för cancer drabbas av reducerad salivsekretion, som kan kvarstå flera år efter avslutad behandling.

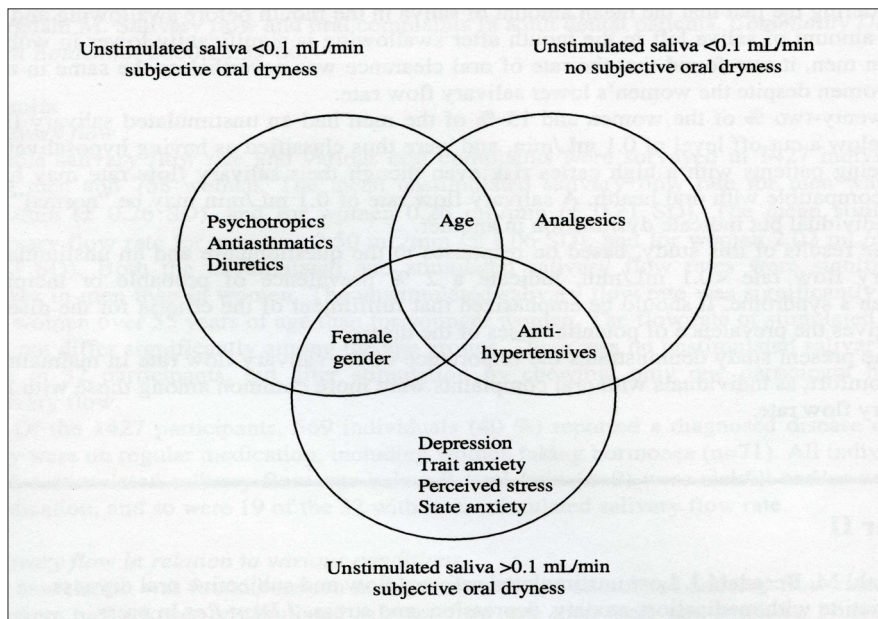
Generellt sett avtar salivsekretionen med stigande ålder och kvinnor producerar mindre saliv än män. Detta kan delvis orsakas av ökande medicinering med stigande ålder och även att kvinnor ofta intar mer mediciner än män. I tabellen på nästa sida visas några värden från epidemiologiska studier som illustrerar detta (11-13).

Medelvärden för vilosaliv (tabellen sammanställd av Inger Wårdh)

Kön	Heintze et al. 1983 Ålder ml/min	Percival et al. 1994 Ålder ml/min	Billings et al. Ålder ml/min	Yeh et al. 1998 Ålder ml/min
Män	60-64 0,30	60-79 0,49 80+ 0,30	70+ 0,23	70-74 0,40 75+ 0,43
Kvinnor	60-64 0,20	60-79 0,39 80+ 0,18	70+ 0,12	70-74 0,26 75+ 0,20

En stor svensk studie som nyligen genomförts på medelålders individer visar på samma tendenser när det gäller xerostomi men där påpekas också att problematiken redan börjar märkas innan 65 års ålder (14).

Orsaken till muntorrhet kan som tidigare nämnts variera vilket illustreras av nedanstående figur modifierad från Bergdahl & Bergdahl (15).



Risker vid muntorrhet

Muntorrhet orsakad av låg salivsekretion ökar den orala plackbelastningen och förlänger tiden för oral clearance. Det är ofta en utlösande faktor för svårbehandlad karies i alla åldrar. Hos barn och ungdomar är en atypisk bild med karies lokaliserad till underkäksfronten en varningsklocka och bör föranleda salivsekretionsmätning. För den äldre individen som haft ett ganska kariesfritt liv, kan låg salivsekretion ge en överraskande kariesutveckling på blottade rottytor som är särskilt svår att hantera. Den innebär ett helt nytt scenario för både patient och behandlare i en period av livet, då många andra hälsoproblem gör sig påminda. I avsnittet om Fluor beskrivs vilka rekommendationer som gäller vid muntorrhet. Risken för erosionsskador i tandemaljen ökar vid muntorrhet eftersom salivmängd och buffring har stor betydelse för att bromsa eller hindra tanderosion.

Även gingivit utvecklas lättare vid låg salivsekretion. Gingivit kan fås att gå i regress vid förbättrad munhygien men vid funktionsnedsättning krävs ofta intensifierade och/eller modifierade rutiner för att lyckas.

Ett annat problemområde är de övriga orala slemhinnorna. Låg salivsekretion ger en allmänt mindre motståndskraftig slemhinna och är ofta en orsak till olika slemhinneaffektioner, t.ex. oral candidos men även till rena nötningssskador såsom skavsår under avtagbara proteser. Ett tidigare opproblematiskt protesbärande kan plötsligt bli mycket besvärligt vid påkommen muntorrhet.

Även den allmänna hälsan kan påverkas av låg salivsekretion. Vid samtidig dysfagi ökar risken för aspirationspneumoni som är ett allvarligt tillstånd hos en skör individ. Låg salivsekretion och medföljande xerostomi kan också leda till undernäring då födointaget försvåras. Många studier pekar på samband mellan muntorrhet och livskvalitet. Det är inte så konstigt, då avsaknad av tillräcklig mängd saliv av rätt konsistens kan ge t.ex. halitosis, sveda, sömnstörningar, smakstörningar, ät- och sväljsvårigheter och artikulationssvårigheter. Allt sådant som påverkar vårt dagliga liv och vår möjlighet att fungera väl i vardagen tillsammans med andra människor samt att njuta av måltiderna. Vid funktionsnedsättning blir denna

aspekt ännu viktigare, då livets möjligheter redan är begränsade och t.ex. måltidssituationen får en ökad betydelse (2, 16).

Åtgärder vid muntorrhet

Arbetsgruppen konstaterade att det behövs information om muntorrhet, både låg salivsekretion och xerostomi, för en ökad medvetenhet om problemet. Diagnostiken är svår och olika vårdgivare måste ha kunskap om när muntorrhet kan tänkas föreligga. Även allmänheten bör upplysas om att muntorrhet inte enbart är en livskvalitetssänkande faktor utan har inverkan på både allmän och oral hälsa.

En person som lider av muntorrhet ändrar ofta sin kost spontant – till det sämre. Det finns risk för ökat småätande, ökat intag av söta eller sura drycker och val av mer kolhydratrik och lättuggad kost dvs. en mer kariogen och plackansamlande kost. Det är viktigt med en anpassad kostrådgivning som inte ökar problemen utan hjälper den drabbade att göra goda kostval och förstå att risken för orala sjukdomar ökar om kosten är olämplig. Här behöver också andra yrkesgrupper, inte minst dietister få en ökad kunskap. Om den orala hälsan försämras, så försämras ju också nutritionsmöjligheterna och en ond cirkel har uppstått. Kariespreventionens betydelse ökar starkt vid muntorrhet. Hänvisning görs till avsnittet om Fluor.

För att förhindra uppkomst och progression av erosionsskador är rekommendationerna i stort desamma som vid karies, med tillägget att använda mjuk tandborste och lågabrasiv tandkräm och att även borsta tungan. Produkter med lågt pH (t.ex. coca-cola, coca-cola light och sportdrycker) bör undvikas. Detta gäller även om socker inte är använt som sötningsmedel. Dessutom bör redan skadade tandytor täckas med resin eller flytande kompositmaterial. Vid samtidig bruxism är bettskena indicerat.

Vid gingivitprevention behöver man ibland ha en särskild regim när muntorrhet föreligger. Hänvisning görs till avsnittet om Plackkontroll. En muntorr patient med funktionsnedsättning betraktas som en riskpatient för oral ohälsa. Revisionsintervallen hos både tandläkare och tandhygienist måste anpassas allt eftersom insatta åtgärder och rekommendationer/ordinationer utvärderas och fortlöpande justeras. Eftersom inga

konstgjorda produkter kan ersätta den naturliga saliven, bör en stimulering av befintlig salivkörtelkapacitet alltid i första hand eftersträvas. Det finns många olika produkter med salivstimulerande effekt, främst i form av sugtabletter men även som spray. Det är viktigt att välja en beredningsform som passar i den aktuella situationen med hänsyn taget till den specifika funktionsnedsättningen.

När inte tillräckliga mängder av saliv kan stimuleras fram, måste en ersättande/smörjande produkt användas. Även här finns olika beredningsformer. Geler har blivit uppskattade; de är lätta att använda både för individen själv och vårdpersonalen, och passar speciellt bra som slemhinneskydd under natten och för den som bär avtagbar protes.

Inte sällan blir ofta valet att kombinera både en stimulerande och ersättande produkt – den senare nattetid. Nya produkter utvecklas och exponeras på marknaden, vilket gör att man kan välja det som passar bäst. Råd och tips från kunnig tandvårds- och apotekspersonal är dock alltid värdefullt, då det kan vara svårt att hålla sig uppdaterad (17).

Generella råd

Även om rekommendationerna vid muntorrhet till personer med funktionsnedsättning måste vara individuella, finns dock några generella råd som både syftar till att skydda den orala slemhinnan och tänderna. Se sammanställningen nedan:

Problemområde	Råd
Kost	Undvik småätande och tillför rikligt med vätska vid måltid
Salivstimulering	Undvik sura/söta produkter och använd specialanpassade sugtabletter eller spray
Saliversättning	Välj en gel-produkt eller oljebaserad lösning
Plackkontroll	Välj tandkräm utan natriumlaurylsulfat och undvik munsköljmedel med alkohol
Fluorbehandling	Vid egna tänder är extra fluortillförsel mycket viktigt! Se avsnittet om fluor
Övrigt	Använd ej avtagbar protes nattetid

Ersättningsregler

Patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling kan under vissa förutsättningar få viss tandvård till subventionerad kostnad vid uttalad muntorrhet. Se vad som gäller inom landstingsområdet och/eller vad Försäkringskassan ersätter i det aktuella fallet.

Arbetsgruppens önskemål inför framtiden

Då muntorrhet är frekvent förekommande hos personer med funktionsnedsättning men sällan uppmärksammat, och dessutom leder till en kraftigt förhöjd risk för orala sjukdomar/skador, enades arbetsgruppen om att följande punkter bör befrämjas för att hantera muntorrhetsproblematiken.

- Samarbete med övrig hälso- och sjukvårdspersonal
- Kunskap om muntorrhet hos övrig hälso- och sjukvårdspersonal
- Forskning

REFERENSER

1. Österberg T, Landahl S, Hedegård B. Salivary flow, saliva pH, and buffering capacity in 70-year-old men and women. J Oral Rehabil 1984;11:157-70.
2. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: Clinical Aspects and Treatment. Gerodontology 2003;20:64-77.
3. Flink H, Tegelberg Å, Lagerlöf F. Influence of the time of measurement of unstimulated human whole saliva on the diagnosis of hyposalivation. Arch Oral Biol 2005;50:553-9.
4. Andersson P, Persson L, Rahm-Hallberg I, Renvert S. Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting: a pilot study. J Clin Nurs 1999;8:150-8.
5. Bakke M, Bergendal B, McAllister A, Sjögreen L, Asten P. Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial dysfunction. Swed Dent J 2007;31:75-84.
6. Chaushu S, Becker A, Chaushu G, Shapira J. Stimulated parotid salivary flow rate in patients with Down syndrome. Spec Care Dentist. 2002 ;22:41-4.
7. Nordgarden H, Storhaug K, Lyngstadaas SP, Jensen JL. Salivary gland function in persons with ectodermal dysplasias. Eur J Oral Sci. 2003;111:371-6.
8. Bergendal B, Norderyd J, Bågesund M, Holst A. Signs and symptoms from ectodermal organs in young Swedish individuals with oligodontia. Int J Paediatr Dent 2006;16:320-6.

9. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Månsson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci.* 1999;107:157-63.
10. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:696-707.
11. Heintze U, Birkhed D, Björn H. Secretion rate and buffer effect of resting and stimulated whole saliva as a function of age and sex. *Swed Dent J* 1983;7:227-38.
12. Percival RS, Challacombe SJ, Marsh PD. Flow rates of resting whole and stimulated parotid saliva in relation to age and gender. *J Dent Res* 1994;73:1416-20.
13. Billings RJ, Proskin HM, Moss ME. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:312-6.
14. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. A 15-yr longitudinal study of xerostomia in a Swedish population of 50-yr-old subjects. *Eur J Oral Sci.* 2009;117:13-9.
15. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *J Dent Res* 2000; 79:1652-8.
16. Wärnberg Gerdin E, Einarson S, Jonsson M, Aronson K, Johansson I. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. *Gerodontology* 2005;22:219-26.
17. Ship JA, McCutcheon JA, Spivakovsky S, Kerr AR. Safety and effectiveness of topical dry mouth products containing olive oil, betaine, and xylitol in reducing xerostomia for polypharmacy-induced dry mouth. *J Oral Rehab* 2007;34:724-32.

Hjälpmedel och kognitiva stöd

Författare: Bitte Ahlborg, Ann-Christin Grevér, Maria Juslin, Marika Persson

Bakgrund

Funktionshinder är begränsningar som en funktionsnedsättning kan innebära i relation till omgivningen. Med stöd och anpassade hjälpmedel kan man i hög grad kompensera för svårigheter som personer med funktionsnedsättningar kan ha med att förebygga och förhindra utveckling av karies och tandlossning. Som tidigare beskrivits visar flera studier på att personer med funktionsnedsättning har en ökad förekomst av munsjukdomar. Därför är den förebyggande munvården synnerligen viktig till dessa individer. Eftersom karies och parodontit är livsstilsrelaterade sjukdomar går de att påverka genom förebyggande hälsobefrämjande insatser. Ju tidigare desto bättre. Även små insatser kan vara till stor nytta och betydelse för att uppnå oral hälsa.

Anpassning av den kvalificerade rådgivningen till individen utifrån förmåga och behov samt Anpassning av de redskap som ska användas vid munvården kan skapa förutsättningar för individuell munvård. Detta gäller för både barn, vuxna och äldre! Hänsyn till att personer med funktionsnedsättningar ofta är beroende av stödpersoner såsom assistenter, anhöriga eller vårdpersonal måste tas. Det är viktigt att utbilda och motivera dessa stödpersoner, för att i möjligaste mån kunna underlätta munvården till personen med funktionsnedsättning och visa på möjligheterna med förebyggande vård.

Socialstyrelsens rekommendationer

De allra flesta människor vill kunna klara sig själva även om funktionsnedsättningen begränsar förmågan. På flera ställen i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer påpekar man att det är viktigt att patienten själv medverkar när det gäller upprätthållandet av den orala hälsan samt förebyggandet av karies och parodontit. För många inom gruppen med funktionsnedsättning är detta inte möjligt – att själv utföra de åtgärder som kan krävas. Det kan bero på att man mentalt inte förstår innebörden

av munvård eller att man fysiskt inte kan utföra munvård. Kanske har man inte rätt hjälpmedel eller rätt kognitivt stöd för att upprätthålla och utföra de bästa effektiva metoderna med bästa möjliga autonomi bevarad.

Socialtjänstlagen säger att alla har rätt till den omsorg och vård som behövs för att leva ett normalt liv. Detta innebär att när man behöver ska man kunna få hjälp med munvård.

Som utgångspunkt för arbetet med riktlinjerna finns prioriteringar inom hälso- och sjukvården, prioriteringar utifrån tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det är nödvändigt att prioritera så att resurserna används effektivt utifrån de tre etiska grundprinciperna.

Multiprofessionellt samarbete

Multiprofessionellt samarbete är en förutsättning för att kunna hjälpa en person med en komplex funktionsnedsättning. Team bestående av olika kategorier av tandvårdspersonal, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast eller logoped kan behöva samverka kring munvård och förebyggande av oral ohälsa. Ibland kan samarbetet och samordningen vara problematisk då tandvården som är van att arbeta förebyggande möter personalen inom socialtjänsten som är van att prioritera annan omvårdnad och att agera då problem eller skada redan uppkommit. Teamets uppgift blir att gemensamt hitta enklaste och bästa munvårdsmetoderna för den specifika individen.

Konsensusarbetets rekommendationer

Gruppen som arbetat med ”Hjälpmedel och kognitiva stöd” har som utgångspunkt att rekommendera stöd och hjälpmedel för människor med funktionsnedsättning och fundera på hur vi ska få våra patienter att använda dem. Det handlar om att möta patienten och/eller hjälppersoner där han eller hon befinner sig – vilken är hans insikt, motivation, förmåga? Hur ska våra hälsoinriktade råd nå fram och hur ska de hjälpmedel vi rekommenderar verkligen fungera och användas?

Hjälpmedelsutprovning

Utprovning av hjälpmedel för munvård är en uppgift som oftast handläggs av tandhygienisten i teamet. När patienten har en komplex funktionsnedsättning kan arbetsgången vara följande:

I en remiss med information om patientens diagnoser, medicinering, orala status etc. framkommer att det finns behov av särskilda hjälpmedel och anpassad metodik för munvården. Vid det första besöket är det viktigt att ställa frågor och i samtalet lyssna på patienten och medföljande anhörig eller personlig assistent för att lära känna patienten och förstå hans/hennes situation och önskemål. Därefter görs en inspektion av munnen för att göra en preliminär bedömning av behovet av hjälpmedel och stöd.

Vid tvättstället får patienten visa hur han/hon brukar göra sin munvård. Följande observationer görs:

- Sitter eller står patienten vid tvättstället?
- Ser arbetsställningen stabil och säker ut?
- Hur håller han/hon i tandborsten och andra redskap?
- Kommer han/hon åt alla tandytor vid tandborstning?
- Går det att skölja munnen effektivt och rengöra omslagsveckan med tungan?

Om möjligt filmas detta. Det är bra att dokumentera med film, särskilt om man kommer att behöva konsultera andra experter. Patienten får prova lämpligt hjälpmedel och handleds av tandhygienisten. En skriftlig munvårdsanvisning, gärna med bilder, bildstöd, lämnas ut.

Det är klokt att inte visa flera hjälpmedel vid första besöket. Därför introduceras ett hjälpmedel i taget. Patienten behöver handledning, uppmuntran och god tid för träning.

Patienten får en tid för återbesök. Har det varit några problem? Har patienten förstått och följt anvisningarna? Tandhygienisten bedömer vilka åtgärder som kan vara aktuella att justera eller förbättra. För en patient med särskilda svårigheter är det särskilt viktigt att följa upp hur det går och anpassa metoden när det behövs. Uppmuntran och träning under handledning är särskilt viktigt.

Här följer några fallpresentationer med exempel på hjälpmedel som kan vara till stöd vid olika funktionsnedsättningar och till hjälp för att minimera eventuella svårigheter och hinder.

Exempel 1



Detta är Nils med en diagnos som innebär att han har svårt att styra motorken i armar och händer. Han har också svårt att gå. Därför får han sitta ner på en stol vid tvättstället. Han ska kunna se sig i spegeln och belysningen ska vara bra.

För att få en god insyn i munnen får han prova att använda en munvinkelhållare. Tandhygienisten visar hur han ska placera den i munnen. Den brukar inte vara svår att sätta in även om arm- och handmotoriken är nedsatt. Efter en stunds träning brukar de flesta klara det fint.





Nils ska nu under handledning få pröva en ny tandborste. För en person som har svårt att styra rörelserna kan en dubbeltandborste vara till god hjälp. När den trätts över tandraden kan ut- och insidan rengöras samtidigt med små horisontella gnugg rörelser. Eftersom Nils har lätt att kvälja vid beröring av tungan uppskattar han att den tar minimal plats i munnen. Dubbeltandborsten brukar också uppskattas av vårdpersonal när de hjälper sina vårdtagare med munvård.



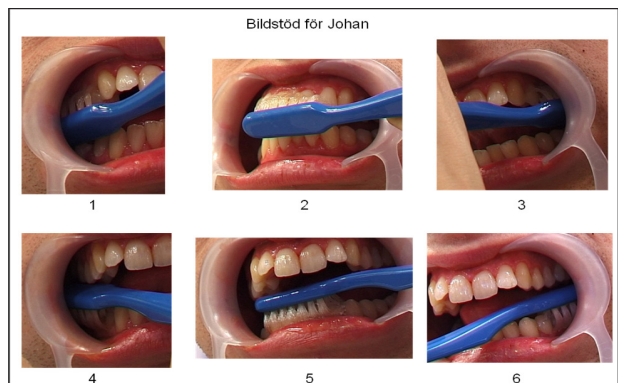
Vid nästa besök får Nils prova ut hjälpmedel för rengöring mellan tänderna. Eftersom hans handmotorik är nedsatt går det lättare om han använder ett förstorat grepp för den mjuka tandstickan alternativt mellanrumsbortar med handtag. Nils återkommer regelbundet till tandhygienisten för uppföljning med reinstruktion anpassad till hans aktuella hälsotillstånd.

Exempel 2



Här är Johan. Johan har cerebral pares (CP) med högersidig spastisk hemiplegi. Detta tillstånd innebär en förhöjd muskelspänning i höger kroppshalva. Han kan inte använda höger arm och hand. I munnen har han nedsatt känsel och en stel spänd tunga som försvårar såväl orientering som rörlighet i munhålan. När Johan står upp och borstar tänderna ökar muskelspänningen, rörelserna i armar och händer blir stelare, balansen försämras och han får svårigheter att koncentrera sig. På tandkliniken har han därför fått träna på att sitta ner vid tandborstning och stödja vänster arm mot tvättstället.

Johan har också en neuropsykiatrisk diagnos, Aspergers syndrom, som i hans fall innebär kognitiv funktionsnedsättning med behov av struktur i vardagen. Han har svårt att hålla reda på i vilken ordning de olika momenten i tandborstningen skall utföras. Därför har han fått ett bildstöd som vi-



sar varje steg i rätt ordning. Med hjälp av digital kamera, powerpoint, skrivare och lamineringsapparat eller plastfickor kan bildstöd göras på kliniken. Det kan t.ex. sättas upp på insidan av badrumsskåpet så att han lätt kan följa de olika stegen medan han borstar.

I hemmet har anpassningar i badrummet initierats av arbetsterapeuten, med placering av badrumsspeglarna i rätt höjd samt en stol att sitta på vid tvättstället.



Johan klarar mycket av munvården själv men har behov av assistans för optimal munhygien. Assistenterna har blivit instruerade av tandhygienisten hur de kan hjälpa honom och de har skrivit ut ett schema för munhygien. Johan är mycket noga med att den strukturerade checklistan följs i detalj. Vid uppföljning har det visat sig att munhygien fungerar utmärkt.

Problem med tidsuppfattning förekommer inte sällan vid olika typer av funktionsnedsättning. I tidsuppfattningen ingår upplevelse av tid med förståelse för olika tidsbegrepp samt planering av tid. Svårigheter med tidsuppfattning kan innebära problem att hålla reda på och anpassa sig till tider.



När Johan lärt in sina moment med användning av dubbeltandborste och strukturen med hjälp av bilderna blev det dock nödvändigt att komplet-

tera med en timer som han sätter på en bestämd tid för att få kontroll på tiden - han ska inte borsta för kort tid eller för länge. Andra tidshjälpmedel kan vara ett timglas eller en mobiltelefon.

Spasticitet är ett tillstånd som kan försvåra tandbehandlingen. En lämplig kroppsställning (positionering) i behandlingsstolen med hjälp av kuddar, kan bidra till att spasticiteten hämmas.



Exempel 3

Britta är 84 år och bor på ett vård- och omsorgsboende. Hon lider av begynnande demens, men har även en reumatisk sjukdom med periodvis värk i händer och ben. Britta är ibland aggressiv och utåtagerande. Det Britta behöver allra mest är respekt. Vi som vårdare måste bemöta alla som vi själva vill bli bemötta. Hos dementa kan stunden ha stor betydelse. Om vi inte lyckas vid första besöket kan det vara värt att göra ett nytt besök några minuter senare.

I munnen har Britta tänder kvar både i över- och underkäken och en delprotes i underkäken. Flera av tänderna har rotytekaries, tandköttinflammation och plack på grund av bristfällig daglig rengöring. Britta kan inte längre själv rengöra tänderna och omvårdnadspersonalen måste här stå för den dagliga munrengöringen. Ibland kan kvällspersonalen ha svårt att avlägsna delprotesen och att rengöra munnen innan sänggående. Därför

är det mycket viktigt att tandvårdspersonalen vid sina besök på boendet omsorgsfullt informerar och motiverar omvårdnadspersonalen om munvården och praktiskt visar på hur tand- och munrengöring går till. Hur och var tolererar Britta helst att göra munvård?



Det är viktigt att tänka på att:

- Tala tydligt och att inte använda för långa och svåra meningar.
- Vänta in svar.
- Skapa ögonkontakt och le! Försök ha samma ögonhöjd och inte tala bakom munskydd.

Instruktioner om hur Brittans munvård kan utföras:

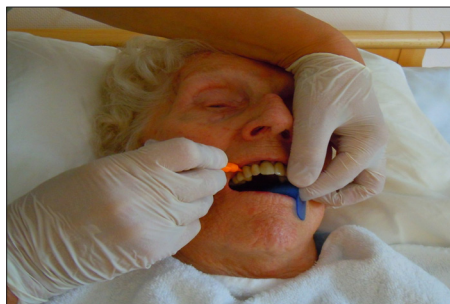
- Ställ upp sängens ryggstöd till passande arbetshöjd. Dra patienten lite mot dig med hjälp av draglakanet för att kunna stå så ”rätt” som möjligt.
- Inspektera munhålan: tänder, gom, omslagveck, tunga och munbotten. För att bättre komma åt kan en bitspatel eller ett bitstöd användas.



Bitstöd

- Håll undan läpparna med ena handen och avlägsna proteserna med den andra. Rengör proteserna med en protestandborste.

- Avlägsna matrester. Detta görs lämpligen med en mjuk skaftad muntork av skumgummi fuktad i lite vatten.
- Borsta med extra mjuk tandborste och mellanrumsborstar. En dubbeltandborste är ett utomordentligt hjälpmedel även om Britta har svårt att öppna munnen. Bitstödet underlättar för Britta att hålla munnen öppen och för vårdgivaren att komma åt vid munvården.
- Rengör mellan tänderna. Detta görs med mellanrumsborste och interdentalborste. Även om Britta biter ihop kan man rengöra mellan tänderna .
- Applicerar ordinerade fluorpreparat och saliversättning, lämpligen med en skaftade muntorken.
- Avsluta alltid med vaselin eller cerat på läpparna.



Instruktioner om munvård på enskilda boenden illustreras lämpligen med bilder som personalen kan ha som stöd vid den dagliga omvårdnaden. Detta kan tillsammans med munvårdskortet exempelvis fästas på insidan av badrumsskåpet.



Sammanfattning

Eftersom rörelsehinder i händer och armar, intellektuella och/eller kognitiva brister, bristande oralmotorik och tuggfunktion samt behov av assistans medför en ökad risk för gingivit och parodontit är det ytterst viktigt att hitta bra och effektiva vägar till målet oral hälsa.

Det är viktigt att prioritera så att resurserna som finns tillbuds används effektivt. Multiprofessionellt samarbete är en förutsättning för att kunna hjälpa en person med komplex funktionsnedsättning. Och som visas i ovanstående exempel står det mycket till buds för att underlätta och upprätthålla en god munvård.

För att verkligen uppnå god munvård och permanenta denna är återkoppling och uppföljande besök viktigt. Patient och/eller assistent får redogöra för om det har varit några problem? Har man förstått och följt

anvisningarna? Vad behöver förändras och vad kan vi komplettera med. För att få ekonomiskt bidrag från landstinget till hjälpmedlet måste detta vara individuellt anpassat för att passa den enskildes behov med anledning av funktionsnedsättningen. Tandvårdens beställarenhet i det egna landstinget kan ge information om eventuella lokala regler.

I teamsamarbetet kring respektive individ med funktionsnedsättning kan man säkert hitta ytterligare metoder och hjälpmedel för att underlätta munvården. Att utgå från individen, erfarenheter och de hjälpmedel som står till buds kräver anpassning men ger också möjligheter.

REFERENS

Hjälpmedelsutprovning vid mun och tandvård. Mun-H-Center förlag, 2011

Externt munhälsoarbete för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar

Författare: Pia Andersson, Göran Friman, Monica Nordling

Varför belyser vi området?

Behovet av odontologiskt omhändertagande är stort hos personer med funktionsnedsättning, därför kan riktade metoder vara nödvändiga för att främja och bibehålla en god oral hälsa för denna grupp. En beprövad vårdmodell som kan vara ett komplement till de vanliga metoderna är externt munhälsoarbete. Det finns goda erfarenheter av externt munhälsoarbete riktat mot barn och ungdomar gällande bland annat munhälsoinformation och fluorsköljning inom grundskolan. För vuxna och äldre med funktionsnedsättning har uppsökande verksamhet funnits sedan flera år tillbaka.

Barn och ungdomar med funktionsnedsättning

Tidig identifiering krävs för att barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska få tillgång till de förebyggande munhälsoåtgärder och den tandvård som de är i behov av för att upprätthålla en god oral hälsa och orofacial funktion (1). Det finns ofta behov av omhändertagande inom specialisttandvård och oralmotorisk behandling. Därför krävs god planering och samordning kring denna grupp. På nationell nivå finns kunskapscentra i Göteborg, Jönköping och Umeå som kan vara till hjälp i arbetet. Dessa riktar sig framförallt till barn med ovanliga diagnoser för stöd och utprovning av orofaciala hjälpmedel (2). Kunskap kan också inhämtas om tandvård i samband med sällsynta diagnoser på Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se).

Insatser för munhälsovårdande åtgärder

Barn- och ungdomstandvården i Sverige fungerar väl för de flesta med funktionsnedsättning. Trots att stora insatser sker kan det finnas problem som ofta beror på en komplex livssituation hos dessa barn och ungdomar. Insikten hos föräldrar beträffande betydelsen av förebyggande munhälsoåtgärder och regelbunden tandvård kan vara bristfällig eller saknas,

vilket kan innebära att munhälsan prioriteras lågt (1). Det kan dröja innan problem i munhålan åtgärdas och när det så småningom sker krävs stora insatser. Samarbete mellan BVC, skolhälsovård och tandvård är viktigt, så att barnen får det omhändertagande de är i behov av. I fall med uteblivande måste upprepade kallelser ske.

Externt munhälsoarbete för barn och ungdomar med funktionsnedsättning innebär att förebyggande åtgärder ges till alla, även till dem som är svåra att nå. Flera landsting och regioner i landet har extern verksamhet i någon form, till exempel information om munvård, praktiskt utförande av tandborstning och fluortillförsel (fluortandkräm, fluorsköljning, fluorlackning) vid korttidsboende och särskola. Även personal på exempelvis korttidsboende kan omfattas av den externa verksamheten genom undervisning om munhälsa och munvård.

För ungdomar som behandlas inom specialistvården sker ofta en överföring till sjukhustandvården vid 20- års ålder. Övergången från barn- och ungdomstandvård till vuxentandvård sker ofta i ett skede då livssituationen förändras för den unga individen. Vid flytt till annan ort kan tidigare tandvårdskontakter förloras och riskera att fördröja förebyggande åtgärder och behandling hos ny vårdgivare, vilket kan ge förödande konsekvenser. Det är därför viktigt att motivera till fortsatta regelbundna besök i god tid innan överföringen från barn- och ungdomstandvård till vuxentandvård sker så att en smidig överföring sker då behandlingen fortsätter hos ny vårdgivare.

Konsensusarbetets rekommendationer för barn och ungdomar med funktionsnedsättning

För att alla barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska få ett gott omhändertagande samt god munhälsovård och tandvård är våra rekommendationer att:

- Utforma lokala riktlinjer för att säkerställa kontinuitet i munhälsovård för barn och ungdomar med funktionsnedsättning
- Införa extern munhälsoverksamhet vid korttidsboende och särskola för att regelbundet nå så många som möjligt
- Skapa förutsättningar för god munhygien med anpassade hjälpmedel

- Initiera samarbete mellan tandvård och andra berörda, såsom personal inom sjukvård, korttidsboende och skola, för att främja och bevara en god munhälsa
- Ge riktade utbildningsinsatser till personal inom allmäntandvård rörande omhändertagande och rutiner

Vuxna och äldre med funktionsnedsättning

Under 1990-talet uppdagades ett eftersatt och ökande munhälso- och tandvårdsbehov hos vissa patientgrupper. Detta ledde till ett reformerat tandvårdsstöd 1999 (3) omfattande bland annat uppsökande munhälsoverksamhet för äldre och personer med funktionsnedsättning, för att komma till rätta med brister i munvård och försämrad munhälsa. Det reformerade tandvårdsstödet har genom den uppsökande munhälsoverksamheten möjliggjort att identifiera, erbjuda och utföra nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Målsättningen men att uppnå en god munhälsa hos vuxna och äldre med funktionsnedsättning är framförallt att säkra en god nutrition och hålla munnen fri från sjukliga förändringar för att motverka smärta och andra obehag. Detta uppnås genom grundläggande riktlinjer för munhälsa inom omsorgen:

- Mun-/protesvård utförs två gånger per dag
- Dricka eller skölja munnen med vatten efter måltid eller läkemedelsintag
- Osötade drycker erbjuds om inte särskild önskan om sötad dryck finns
- Tandvården ger vid behov information till anhöriga om sambandet kost och karies
- Ansvarig inom omsorgen följer upp utförd munvård med användning av munvårdsinstrument där så behövs

Utfallet av det nuvarande tandvårdsstödet publiceras i nationella översikter av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (4,5). I dessa beskrivs dock främst antal som berörs och kostnader. Vilka hälsoeffekter som uppnåtts för målgruppen har inte utvärderats.

Definitioner

De vanligaste begreppen som används i den uppsökande verksamheten förklaras nedan.

Hemtandvård - mobil tandvård

Organisationen International Association for Disability and Oral Health (6) beskriver tandvård för personer som inte själva förmår eller kan ta sig till en tandvårdsmottagning som "a service that reaches out to care for those people who cannot reach a service themselves" - Domiciliary Dental Care. Tjänsten omfattar ett begränsat utbud av munhälsovård och tandvård som utförs i vårdtagarens permanenta eller temporära boende. Syftet är att kunna ge ett enklare utbud av munhälsovård och tandvård till personer, vilkas livsbetingelser avsevärt försvårar eller gör det omöjligt att ta sig till en tandvårdsmottagning. Mobil tandvård, som vårdmodell, är ett komplement till den stationära tandvårdsmottagningen och kan bedrivas med olika vårdutbud beroende på den mobila utrustningens omfattning:

- I. Kompletta vårdutbud med flyttbar tandvårdsmottagning.
Vid barn- och ungdomstandvård, särskilt i glesbygdsområden, tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning och företagstandvård
- II. Kompletta vårdutbud med flyttbar komplett tandläkarutrustning
Vid barn- och ungdomstandvård, särskilt i glesbygdsområden, tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning och företagstandvård
- III. Begränsat vårdutbud med hemtandvård med mobil unit/utrustning
Vid tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning, där utrustningen begränsar utbudet

Munbedömning av sjuksköterska

Munbedömning som utförs av sjuksköterska registreras i ett munbedömningsinstrument, såsom Revised Oral Assessment Guide (ROAG) (bilaga 1). Med munbedömning avses inspektion och registrering av röst, läppar, munslemhinna, tunga, tandkött, tänder, proteser, saliv, sväljningsförmåga samt eventuellt aktuell vikt (7,8).

Munbedömningsinstrument

Ett vanligt munbedömningsinstrument är ROAG som används av sjuk-sköterska för att bedöma behov av munvårdsåtgärder. Instrumentet omfattar bedömning av tillstånd och funktioner i munhålan och dess vävnader. Munstatus registreras i en graderad skala från 1 (frisk/normal) till 3 (stora problem) (7,8).

Munhälsobedömning av tandvårdspersonal

En munhälsobedömning omfattar inspektion av munslemhinnor, tänder, tandersättningar och tunga, bedömning av dagligt munvårdsbehov samt en individuell munhygieninstruktion till omsorgstagaren och omsorgspersonal eller anhörig. Behovet av nödvändig tandvård ska fastställas och tandvårdskontakt förmedlas. Munhälsobedömningen utförs i individens boende eller i anslutning till boendet och dokumenteras i munvårdskort och journal.

Munhälsovård

Munhälsovård avser åtgärder som syftar till att bevara eller uppnå en god munhälsa. Munhälsovård utförs av tandvårdspersonal.

Munvård

Munvård avser omvårdnad av munhålets slemhinnor, tänder, tunga och läppar. Den dagliga munvården utförs av omsorgstagaren, omsorgspersonal eller närstående.

Munvårdskort

Munvårdskortet är ett dokument i vilket observationerna vid munhälso-bedömningen nedtecknas samt råd och anvisningar om den dagliga munvården som ges av tandvårdspersonal. Utformningen av munvårdskortet kan variera från landsting till landsting. Munvårdskortet är ett dokument för kommunikation och ska medtas för uppdatering vid varje tandvårdsbesök. Munvårdskortet förvaras hos omsorgstagaren, men en kopia kan med fördel läggas i tandvårdsjournalen. Munvårdskortet utgör i sig ingen journalhandling.

Nödvändig tandvård

Med nödvändig tandvård avses sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Vid val mellan behandlingar som bedöms ge ett godtagbart resultat ingår den mest kostnads-effektiva behandlingen i nödvändig tandvård. I nödvändig tandvård ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna (premol-larerna). Om allmäntillståndet inte medger omfattande behandling ska denna inriktas på att motverka smärta och obehag genom att hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen (9).

Uppsökande verksamhet inom tandvård

Med uppsökande verksamhet avses munhälsobedömning, utbildning av omsorgspersonal, identifiering av vårdbehov i ett boende eller i anslutning till ett boende och erbjudande om nödvändig tandvård. Syftet är att identifiera och erbjuda de äldre och personer med funktionsnedsättning möjlighet att uppnå och bevara en optimal munhälsa, vilka trots uppenbara behov inte söker tandvård (9).

Erfarenheter av tandvårdsstödet

Erfarenheter av det reformerade tandvårdsstödet för äldre och personer med funktionsnedsättning visar att den uppsökande verksamheten fungerar olika i landet (10). På flera håll finns välfungerande rutiner och gott omhändertagande (11), medan det saknas rutiner på andra håll för att ta hand om munnen på ett bra sätt. Munhålan negligeras alltför ofta i vården och omsorgen av äldre och vuxna med funktionsnedsättning (12-14). Multisjuka äldre har färre naturliga tänder kvar och en sämre munhälsa jämfört med friska äldre (15-17). En eftersatt eller obefintlig munvård kan belasta en redan försvagad allmänhälsa.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har genom åren genomfört ett antal granskningar av hur tandvård och munvård för äldre tillgodoses i särskilda boenden. I Socialstyrelsens rapport ”Tandvård i särskilda boenden för äldre - Granskning av tandvård för personer med rätt till nödvändig tandvård” (10) anges att vårdgivarna ska stimuleras till förbättringsåtgärder med fokus på patientsäkerhet. I rapporten påtalas att munnen särbehandlas i viss utsträckning i jämförelse med övrig vård,

vilket kan innebära att de omvårdnadsberoende inte alltid får den mun- och tandvård de behöver. Hänsyn tas ibland i alltför stor utsträckning till omvårdnadstagarens integritet och kan medföra att hälsorisker i munnen inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsen pekar vidare på svårigheter att nå omvårdnadspersonalen med utbildningsinsatser. I vissa fall har knappt hälften av omvårdnadspersonalen tagit del av utbildning som erbjudits i samband med uppsökande verksamhet. Socialstyrelsen konstaterar att det råder en stor okunskap om graden av ohälsa i munnen hos de boende (10).

En tillsynsrapport från Socialstyrelsens regionala enhet i Jönköping (18) av 38 boenden i regionen visar på ett omfattande behov av hjälp med munvård hos de omvårdnadsberoende. Det framgår dock inte av rapporten om eller i vilken utsträckning detta har blivit tillgodosett. En studie redovisar att endast cirka 10 procent av de omvårdnadsberoende inom ett privat tandvårdsföretags uppdragsområde som behövde hjälp med sin munvård, fick det (13).

Resultat från en enkät från Sveriges Tandläkarförbund till biståndshandläggare vid 290 kommuner visade också att det finns stora brister gällande äldres munhälsa. Få kommuner (fyra av tio) tar upp frågan om hjälp med munhygien i samband med biståndsbedömning (19).

Upphandlingsförfarandet

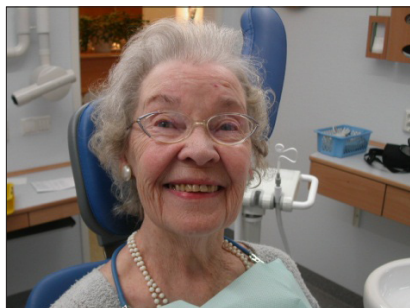
Det tar tid att bygga upp välfungerande vårdkedjor och ett förtroendefullt samarbete. Upphandlingsförfarandet av uppsökande verksamhet har på en del håll inneburit att upparbetade rutiner brutits och skapat merarbete och osäkerhet hos berörda inom äldreomsorgen. För målgruppen sjuka äldre som är särskilt sårbara kan detta vara allvarligt.

Munvårdsutbildning

Tolkningen av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen (20,21) och hur dessa ska tillämpas tillsammans i den praktiska vardagen har inneburit att munvård inte alltid prioriterats i tillräcklig utsträckning. Olika bakgrundskunskaper och verksamhetsformer kan ha bidragit till att munvårdsutbildningen inom den uppsökande verksamheten inte alltid

har kunnat genomföras eller uppnått sitt syfte. Inom de flesta vård- och omvårdnadsyrkena är utbildningen om munvård bristfällig eller saknas (8).

Personalens attityd, kunskap och kompetens i munvård är avgörande för de omvårdnadsberoendes munhälsa. Det är betydligt lättare att hjälpa människor som blivit oförmögna att klara sin munvård själva med att rengöra proteser än rengöring av de naturliga tänderna och fasta tandsättningar som kronor, broar eller implantat. Det förändrade tandvårds-panoramat och den demografiska utvecklingen med allt fler sjuka äldre med naturliga tänder och komplicerade protetiska ersättningar ställer andra krav på munvårdsutbildning och handledning. En tidigare god tandhälsa kan snabbt raderas och orsaka ytterligare lidande och ökad belastning på en redan nedsatt allmänhälsa om inte daglig hjälp finns att tillgå. Såväl psykisk som fysisk ohälsa kan uppstå på kort tid och kan kräva betydligt större insatser jämfört med tidigare (se figur 1).



2006



2011

Fig. 1 Från självständig till omvårdnadsberoende. Foto: Göran Friman.

Före tandvårdsstödet införande fanns i många landsting etablerade rutiner för extern munvårdsutbildning och ett gott samarbete med kommunernas äldreomsorg. I och med det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft 1999 blev kraven formaliserade. I stödet ingår utbildning i munvård för omvårdnadspersonalen (4). Innehåll och omfattning anges i landstingens kravspecifikation inför upphandlingen eller i de fall landstinget delegerat till Folk tandvården att ansvara för uppdraget. Som det nuvarande tandvårdsstödet är utformat bygger munvårdsutbildningen mer på enstaka årliga insatser än på kontinuitet och integration i övrig omvårdnad, vilket är otillräckligt.

En rad olika modeller för utbildning har prövats med varierande framgång i olika delar av landet (5). Munvårdsutbildning upphandlas i de flesta landsting med ett årligt utbildningstillfälle för omvårdnadspersonalen. I något landsting ges en utbildning som följs upp efter ett par år. I andra ges utbildningar för olika yrkesgrupper med avpassat innehåll efter behov, till exempel för sjuksköterskegruppen. Workshops med falldiskussioner eller fördjupning inom vissa sjukdomsdiagnoser tillämpas på andra håll. Individrelaterad munvårdsutbildning särskilt anpassad till omvårdnadstagare som personalen har svårt att genomföra munvård på, är ett annat exempel.

Hemtandvård som mobil tandvård

För flera i gruppen multisjuka och sköra äldre är tillgång till mobil tandvård den enda möjligheten till munhälsovård och tandvård även om den stationära kliniken är förstahandsalternativet. Att med hemtandvård kunna erbjuda ett begränsat vårdutbud fyller en viktig funktion, även om det hittills föreligger ett otillräckligt vetenskapligt underlag för vårdmodellen. Samarbete med omsorgspersonal kan underlättas genom att tandvårdspersonal finnas tillgänglig på omvårdnadspersonalens arbetsplats och kan handleda i enskilda omvårdnadstagares munvård. Vid all typ av vård finns ett absolut krav på patientsäkerhet, kvalitet, smittskydd och vårdhygien. Den mobila utrustningens omfattning är helt avgörande för vilken typ av vård som kan erbjudas i patientens boende. Vården ska vara av samma tekniska kvalitet som om den utförts på en mottagning och detsamma gäller kravet på smittskydd och vårdhygien och de eventuellt övriga miljökrav som respektive kommun ställer på verksamheten.

Patientsäkerhet

Den nya patientsäkerhetslagen (22) innebär större krav på verksamheten för att förebygga och undanröja risker. Patientsäkerhetslagen reglerar att vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vid mobil tandvård kan patientsäkerheten vara svårare att tillgodose trots att samma krav ställs som vid en stationär tandvårdsmottagning. Terapeuten har sämre möjligheter att hantera akuta situationer och komplikationer.

Kvalitet

Tekniskt svår och avancerad munhälsovård och tandvård kräver fullständig tandvårdsutrustning. Alla avsteg från den utrustningen vid mobil tandvård, påverkar direkt valet av terapi. All utrustning ska uppfylla de lagfästa krav som gäller dental utrustning och tandvårdsverksamhet.

Patientdatalagen (23) gäller vid all typ av vård. Medicinlistan utgör ett viktigt dokument och kompletterande uppgifter om läkemedel och allmäntillstånd inhämtas genom omvårdnadstagaren, anhörig eller omvårdnadspersonal.

Vuxna och äldre med funktionsnedsättningar är sköra grupper. Inför alla typer av kirurgiska ingrepp i munhålan ska därför omvårdnadsansvarig sjuksköterska informeras vid hemtandvård. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska bedömer gemensamt med tandläkaren om medicinskt ansvarig läkare ska konsulteras.

Röntgen är ett viktigt diagnostiskt hjälpmedel. Tillstånd från strålskyddsmyndighet krävs för att använda röntgenutrustning. Statens strålskyddsinstitut har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om tillstånd att inneha och använda viss röntgenutrustning för odontologisk diagnostik.

Smittskydd och vårdhygien

Den viktigaste grundprincipen i alla vårdssituationer, oavsett verksamhet, är att skapa en barriär mot smitta och smittspridning. Detta innebär praktiskt att basala hygienrutiner ska tillämpas i alla vårdssituationer för att förebygga smittspridning av såväl känd som okänd smitta. Alla vårdgivare och all personal måste känna till gällande rutiner och ha kunskap om hur smitta sprids. Det rena måste bevaras rent och spridning av sjukdomsframkallande mikroorganismer förhindras, vilket är extra viktigt att beakta i miljöer med risk för resistensutveckling och där personer med nedsatt immunförsvar vårdas.

Behov och fördelar med hemtandvård

För många är tillgång till hemtandvård ett rationellt sätt att göra förebyggande munhälsövård tillgänglig för stora grupper äldre och personer med funktionsnedsättning (24). Det föreligger svårigheter med hemtandvård, men det finns även stora fördelar. Patientgruppen lämnar sällan återbud. Munhälsövärderna blir tillgänglig för fler omvårdnadstagare. Genom att hemtandvård sker på plats upplevs mindre oro för den äldre och i synnerhet för personer med kognitiva störningar. Tandvårdspersonal har även lättare att få ett gott samarbete med omvårdnadspersonalen genom att finnas tillgänglig på deras arbetsplats.

Hemtandvård eller kliniktandvård

Klinikbunden tandvård är alltid att föredra, men i vissa fall kan hemtandvård prioriteras. Inför beslut om hemtandvård har British Society for Disability and Oral Health (24) gett ut "Guidelines for the Delivery of a Domiciliary Oral Healthcare Service" (se figur 2).

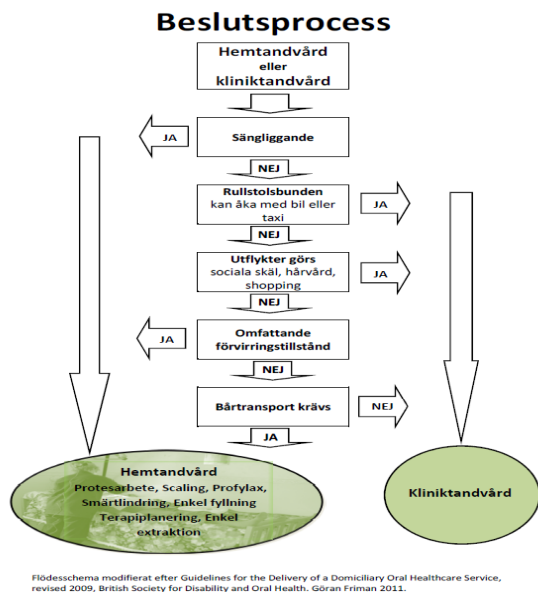


Fig. 2 Beslutsprocess inför eventuell hemtandvård (24)

Förslag till flödesschema vid munhälsovård för vuxna och äldre med funktionsnedsättning:

1. Munhälsobedömning
2. Remiss eller egen preliminär terapiplanering
3. Undersökning av tandläkare eller tandhygienist beroende på vårdbehov
4. Definitiv terapiplanering med teamet
5. Klinik tandvård
6. Hemtandvård, framförallt förebyggande munhälsovård

Som alternativ till ovanstående erbjuds service och en vårdmodell på flera håll i landet med fullt utrustade mobila enheter till särskilda boenden där all munhälsovård och bastandvård kan utföras. Det innebär för sköra och sjuka patienter att tröttsamma resor, väntetider och onödig oro kan undvikas vilket kan vara särskilt angeläget för till exempel personer med kognitiva brister. Patienten riskerar inte att bli så uttröttad att behandlingen inte kan fullföljas. Vårdpersonal finns till hands för stöd och information om patientens allmäntillstånd. Patienten kan komma direkt från sitt rum till behandlingen och vila omedelbart efteråt. Om dagsformen ej tillåter kan behandling skjutas upp till nästa dag. Även om detta kan vara en ur ekonomisk aspekt kostsam lösning är vinsterna ur ett samhällsekonomiskt perspektiv flera. Personal behöver inte avsättas för tidskrävande tandvårdsbesök. Patienter som annars inte skulle kunna behandlas kan få tandvård utförd under goda betingelser. Behandlingar kan koncentreras till en kortare period.

Förbättringsområden

Det finns behov av förbättringar inom flera områden i den uppsökande verksamheten (10):

- Ett behov av ökad kompetens hos både tandvårds- och omvårdnadspersonal
- Samarbetet mellan tandvård och omvårdnadsverksamheten måste utvecklas
- Ett annat vård- och omvårdnadspanorama krävs då allt fler äldre har naturliga tänder
- Tandvårdssakkunniga behövs i omvårdnadsverksamheten, t.ex. tandhygienist

- Tandvård bör behandlas likvärdigt övrig vård och omsorg
- Mätbara mål för tandvård inom hälso- och sjukvård måste utvecklas
- Tandvård behöver ingå i avvikelshanteringssystemet

Ett alternativ till dagens upphandling av den uppsökande verksamheten är att vårdgivare anmäler till landstinget tandvårdsteam som kan erbjuda uppsökande verksamhet, hemtandvård och fullständig behandling, så att boenden fritt kan välja vårdgivare. Sådana listningssystem finns vid val av läkare.

Kvalitetsregister

Utvärdering av tandvårdsstödet hälsoeffekter och redovisning av vårdresultat bör kunna ske i öppna jämförelser med stöd av kvalitetsregister, som till exempel SKaPa, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, eller med stöd av ett standardiserat munbedömningsinstrument som ROAG.

Munvård i grundutbildning till vårdyrken

I grundutbildningen för vård- och omvårdnadsyrken måste en obligatorisk utbildning i munvård ingå för att säkerställa en god omvårdnad vad gäller munhälsa (8). Innehållet ska fokusera både på teori och praktik. Ett exempel på hur detta kan ske är vid Högskolan Kristianstad, där teoretisk utbildning i munhälsa ges till sjuksköterskestudenter i början av deras utbildning. Detta tillfälle efterföljs av ytterligare undervisning om munhälsa hos äldre, genomgång av munvårdshjälpmedel och munvård samt träning i munbedömning med användning av ROAG.

Munvårdsutbildning inom uppsökande verksamhet

Inom den uppsökande verksamheten bör en individanpassad utbildning ske, som koncentreras till de omvårdnadstagare som är i störst behov av förbättrad munhälsa och till den personal som har störst behov av kompetensutveckling.

Systematiska munbedömningar

För att uppnå och bevara en optimal munhälsa är hjälp med dagliga munvårdsåtgärder nödvändigt för personer som inte klarar sin munvård själv. Bedömningar av munnen ska ske av sjuksköterska vid inskrivning till särskilt boende eller då omvårdnadsåtgärder initieras i ordinärt boende. Problem som uppstår mellan munhälsobedömningar av tandvårdspersonal måste identifieras tidigt och åtgärder sättas in som riktas mot omvårdnadstagarens aktuella behov. För att bedömningarna av munhälsan ska utföras så lika som möjligt vid varje tillfälle, används lämpligen ett instrument som ROAG (bilaga 1) (7). ROAG kan också användas av tandvårdspersonal. Aktuellt status noteras i det formulär som tillhör ROAG (bilaga 2). Resultatet från den initiala bedömningen utgör underlag för ställningstagande till åtgärder och hur ofta fortsatta bedömningar ska ske. Faktorer måste beaktas som kan utgöra risk för munproblem, till exempel funktionsnedsättning, sjukdomstillstånd, läkemedelsintag och nutritionsbrister. Det är viktigt att såväl munbedömningen som åtgärder dokumenteras i omvårdnadstagarens journal (25).

Åtgärder som kan behöva vidtas då problem med munnen observeras kan vara att uppmärksamma individen på munhålans status och vad denna själv ska tänka på vid rengöring av tänder och munslemhinnor. Lämpliga hjälpmedel måste finnas. För personer med nedsatt handmotorik kan exempelvis ett extra grepp behöva sättas på tandborstskäftet. Saknas förmåga att klara munvården själv behöver olika åtgärder erbjudas och utföras av omvårdnadspersonal. Patientens situation måste ibland diskuteras med läkare, tandläkare eller tandhygienist. Då sjukdomar och förändringar finns i munhålan skickas remiss till specialistklinik, sjukhustandvård eller allmän tandvårdsklinik.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg som idag finns i cirka 80 procent av kommuner och landsting (26). Munbedömningsinstrumentet ROAG finns som en ny modul i kvalitetsregistret och ingår som en naturlig del i riskbedömningen för ohälsa tillsammans med riskbedömning av undernäring, fall och trycksår. ROAG kan utgöra ett pedagogiskt instrument och ge tandvården, sjukvården och omvårdnaden ett "gemensamt språk" och därmed skapa förståelse för att munnen tillhör kroppen.

Signeringsschema för utförd munvård

Inom omvårdnaden används signeringsschema som stöd för personalen att olika åtgärder har utförts. För att säkerställa utförd munvård kan lämpligen ett munvårdsschema finnas som signeras av den som utfört dagens munvård. Munvårdsschema tilldelas omvårdnadstagare vid munhälsobedömning alternativt då omvårdnaden eller tandvården så anser. När munvården fungerar behövs inte munvårdsschemat.

Munvårdsschemat kan användas enligt följande:

- Munvårdsschema signeras av den som utför/kontrollerar dagens munvård
- Om munvård inte är utförd på 2 dagar, ska det anmälas till ansvarig på 3:e dagens morgon som tillser att munvård utförs under 3:e dagen
- Klarar inte ansvarig att tillse att munvård utförs under 3:e dagen tillkallas tandvården

Konsensusarbetets rekommendationer och vision för vuxna och äldre med funktionsnedsättning

Det nuvarande tandvårdsstödet till äldre och personer med funktionsnedsättning, uppsökande och nödvändig tandvård har blivit otillräckligt. Munvård är ofta eftersatt och måste därför ges högre prioritet. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre multisjuka och omvårdnadsberoende med naturliga tänder och fasta tandersättningar innebär att samarbetet mellan tandvården, sjukvården och omsorgen måste utvecklas. En utökad kompetens krävs jämfört med för 20-30 år sedan. Ständigt nya vårdgivare inom uppsökande verksamhet förhindrar också att goda samarbetsrutiner upparbetas och bibehålls. Det finns också svårigheter att nå personer i ordinärt boende. Information om tandvårdsstödet behöver förbättras och spridas.

Vuxna och äldre med funktionsnedsättning har andra behov av vård och omsorg än många andra grupper. Visionen för denna grupp är därför: Munhälsa på lika villkor för vuxna och äldre med funktionsnedsättning. För att uppnå visionen att gruppen får möjlighet till en optimalt god munhälsa är våra rekommendationer att:

- Undervisning om munhälsa och munvård ingår/förbättras inom grundutbildningar till vårdyrken

- Munvårdsutbildning av vård- och omvårdnadspersonal kvalitetssäkras. Basutbildning ges till alla inom grundutbildningen och efterföljs av kontinuerlig fortbildning
- Munvård/tandvård integreras i omvårdnaden och ska utgöra en naturlig del i vård- och omvårdnadsprocessen
- Kontinuerlig handledning ges till omvårdnadspersonal
- Munvårdsbehov alltid beaktas vid medicinska bedömningar och biståndsbedömningar
- Ett standardiserat munbedömningsinstrument införs där hälsoeffekter kan utvärderas
- Tillgång till kontinuerlig tandvårdskompetens i form av samordningsansvarig tandhygienist/tandläkare i stället för som nu punktvisa insatser
- Tillgång till mobil tandvård finns för olika behov
- Tillgång till stationär tandvårdsklinik finns inom närområdet
- Riktlinjer för god tandvård fastställs av Socialstyrelsen avseende hemtandvård/mobil tandvård där kvalitetsaspekter, patientsäkerhet, smittskydd och vårdhygien beaktas
- Uppsökande verksamhet ersätts på sikt med undersökningar och reguljär tandvård med kontinuitet och ansvar för ett område. Fritt val av vårdgivare är ett krav

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Munnen – en del av kroppen. Tillsyn i Västra Götaland och Halland med inriktning på munvård för barn och ungdomar med funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Artikelnr: 2005-109-32.
2. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009, sid 406. Artikelnummer: 2009-126-72.
3. Svensk författningssamling (SFS). Tandvårdslag SFS 1985:125. Stockholm: Socialdepartementet, 1985.
4. Socialstyrelsen. Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Artikelnr: 2005-103-9.
5. Sveriges kommuner och landsting (SKL). Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2009 års verksamhet. Sveriges kommuner och landsting. Stockholm: SKL. Dnr 10/5467.

6. Nunn J (ed). Disability and Oral Care. London, FDI, Dental Press Ltd, 2000. ISBN: 0953926109.
7. Andersson P, Hallberg RI, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist* 2002; 22: 181-6.
8. Föreningen MunBraVå. Riktlinjer för bra mun- och tandvård för äldre med behov av vård och omsorg. Rev och uppdaterad 2010. Stockholm, Vårdförbundet, 2001. <https://www.vardforbundet.se/BraVard/Bestallningar>. (Tillgänglig 2011-04-19).
9. Svensk författningssamling (SFS). Tandvårdsförordning SFS 1998:1338. Stockholm: Socialdepartementet, 1998.
10. Socialstyrelsen. Tandvård i särskilda boenden för äldre - Granskning av tandvård för personer med rätt till nödvändig tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009. Artikelnr: 2009-126-168.
11. Sveriges kommuner och landsting (SKL). Låt munnen få va' me'. Goda exempel på landstings och kommuners samarbete inom den uppsökande tandvården. Stockholm: SKL, 2007. ISBN 978-91-7164-262-2.
12. Wårdh I, Hallberg R-M L, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 137-42.
13. Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident elderly versus actual assistance received from the staff. *Open Dent J* 2009; 3: 241-4.
14. Andersson K, Furhoff AK, Nordenram G, Wårdh I. 'Oral health is not my department'. Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practioners in primary health care centres: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci* 2007; 21: 126-33.
15. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral health in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*; in press.
16. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 20-6.
17. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* 2010; 30: 110-7.
18. Socialstyrelsen Region Sydvest. Munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Sammanställning av ett tillsynsprojekt i Region Sydvest. Jönköping: Socialstyrelsen, 2010. Dnr 9.1- 4227/2010.

19. Sveriges Tandläkarförbund. Almedalen 2011. Seminarium. <http://www.tandlakarforbundet.se/vi-arbetar-med/munhalsa/seminarium-och-konferens/al-medalen-2011.aspx>. (Tillgänglig 2011-07-08).
20. Svensk författningssamling (SFS). Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet, 2001.
21. Svensk författningssamling (SFS). Socialtjänstlagen (SoL) SFS 2001:453. Stockholm: Socialdepartementet, 2001.
22. Svensk författningssamling (SFS). Patientsäkerhetslag SFS 2010:659. Stockholm: Socialdepartementet, 2010.
23. Svensk författningssamling (SFS). Patientdatalag SFS 2008:355. Stockholm: Socialdepartementet, 2008.
24. British Society for Disability and Oral Health. Guidelines for the Delivery of a Domiciliary Oral Healthcare Service. http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH_Domiciliary_Guidelines_August_2009.pdf (Tillgänglig 2011-04-18).
25. Andersson P, Bjurbrant Birgersson AM, Wårdh I. Kvalitetsindikatorer för munhälsa. I: Idvall E (red). Kvalitetsindikatorer för omvårdnad. Stockholm: Gothia, 2007.
26. Senior Alert. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. <http://www.ucr.uu.se/senioralert> (Tillgänglig 2011-07-02).

Bilaga 1

Munbedömningsinstrument ROAG

Lokalisation	Metod	Symtom grad 1	Symtom grad 2	Symtom grad 3
Röst	Tala, lyssna	Normal röst	Torr, hes, smackande	Svårt att tala
Munslemhinnor Avlägsna avtagbar protes	Använd belysning och munspiegel Observera: hö kind, insida läpp ÖK, vä kind, insida läpp UK, gom, munbotten	Ljusröda, fuktiga	Röda, torra eller områden, beläggning	Sår med eller utan blödning, blåsor
Tunga	Använd belysning och munspiegel Observera	Ljusröd, fuktig med papiller	Inga papiller, röd torr, beläggning	Sår med eller utan blödning, blåsor
Tandkött	Använd belysning och munspiegel Observera	Ljusrött och fast	Svullet, rodnat	Spontan blödning
Tänder	Använd belysning och munspiegel Observera	Rena, ingen synlig beläggning eller matrester	Beläggning eller matrester lokalt, trasiga tänder	Beläggning eller matrester generellt trasiga tänder
Protes	Observera	Rena och fungerande	Beläggning eller matrester, dåligt fungerande	Används ej
Saliv	Dra med munspiegel längs med kindens insida	Glider lätt	Glider trögt	Glider inte alls
Sväljning Relaterat till smärta och muntorrhet	Svälja, observera och fråga	Obehindrad sväljning	Obetydliga sväljproblem	Uttalade sväljproblem

Källa: University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat Pia Andersson, Högskolan Kristianstad, 1994, rev sept 2000

Bilaga 2.

Munbedömningsinstrument

Kryssa i alternativ i tandstatus

Personuppgifter

Tandstatus					
T+: enbart egna tänder	T+ pb : egna tänder samt avtagbar protes				T+ pb /T- pb : egna tädersamt avtagbar protes i en käke, tandlös samt helprotes i en käke
T-: helt tandlös	T- pb : helt tandlös samt helprotes i en el båda käkarna				Implantat finns

[illegible]

