

Här presenteras den andra och avslutande delen av artikeln om äldres munhälsa och tandvård. Den första delen publicerades i Tandläkartidningen nummer 7/2017.



HTA-O Kartlägger. Artikeln publiceras även på HTA-O:s webbplats på OD mah. Godkänd för publicering 16 februari 2017.

Äldres munhälsa och tandvård

HTA-O har kartlagt kunskapen om äldres munhälsa och tandvård. Undersökningen visar att bara två av tolv undersökta områden har vetenskaplig kunskap: Interaktionen mellan oral status och övrig medicinsk status samt Organisation.

Syftet med den här kartläggningen är att ta reda på vilken kunskap som finns om äldres munhälsa och tandvård. Vi har kartlagt vilka systematiska översikter som finns inom området för att tydliggöra vilken vetenskaplig kunskap och vilka kunskapsluckor som fältet rymmer. Äldres munhälsa och tandvård har delats in i tolv domäner:

- Karies
- Tandlossning (parodontal sjukdom)
- Smärta i mun och ansikte (orofacial smärta) och käkfunktion
- Skador på slemhinnan (slemhinnelesioner)
- Oral motorik – tal, tugg-, svälj-, och läppfunktion samt annan käkrörelse, till exempel tandgnissling (parafunktion)
- Muntorrhet
- Dålig andedräkt (halitosis)
- Interaktionen mellan oral status och övrig medicinsk status
- Förmåga till samspel och kommunikation
- Livskvalitet
- Etik
- Organisation

Resultatet visar att en majoritet av domänerna inte har utvärderats inom ramen för systematiska översikter. För två domäner finns det kunskap: Interaktionen mellan oral status och övrig medicinsk status samt Organisation.

I artikelns första del, som publicerades i Tandlä-

En kartläggning av systematiska översikter, del 2

kartidningen nummer 7/2017, redogjordes resultatet för alla domäner utom Organisation. Nedan redovisas kortfattat för denna domän och dess relevans för ämnesområdet ”äldres munhälsa och tandvård”. Artikeln innehåller även avsnitt om etiska och hälsoekonomiska aspekter samt tänkbara överväganden för forskning och praktik.

RESULTAT

Organisation

Denna domän innehåller flera avsnitt. Fem systematiska översikter lades in i domänen, tre under avsnittet Kunskap, kompetens och attityder och två under Implementering. För de övriga avsnitten kunde inga systematiska översikter identifieras.

Bevarade vårdkontakter

Med stigande ålder och tilltagande multisjuklighet [29], involveras allt fler aktörer i den äldres liv. Kontakterna med hälso- och sjukvården och det kommunala skyddsnätet ökar men kontakten med tandvården tenderar att avta i de högre åldrarna [30]. Detta är troligen en form av omprioritering i samband med ökat omsorgsberoende. I Sverige finns därför uppsökande verksamhet med kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet till gravt och långvarigt omsorgsberoende personer, de flesta äldre.

Medverkande

Sakkunniga

Anne-Marie Boström,
Karolinska institutet.

Thomas Davidson,
Linköpings universitet;
Malmö högskola.

Pia Gabre, Folk tand-
vården Uppsala;
Sahlgrenska akademin,
Göteborgs universitet.

Lars Gahnberg,
Folk tandvården Västra
Götaland; Sahlgrenska
akademin, Göteborgs
universitet.

**Gunilla Sandborgh
Englund**, Karolinska
institutet.

Pia Skott, Folk tand-
vården Stockholms län
AB; Karolinska institutet.

Katri Ståhl **Knacke**,
Folk tandvården Region
Örebro län; Örebro
universitet.

Inger Wårdh,
Karolinska institutet.



Inga systematiska översikter identifierades för detta avsnitt.

Daglig munvård

Då riskfaktorerna för oral ohälsa ökar med stigande ålder, ökar vikten av daglig munvård, samtidigt som förmågan hos den enskilde äldre individen ofta avtar [31]. Det innebär att behovet av olika stöd och hjälpmedel ökar, men inga systematiska översikter identifierades för detta avsnitt.

Kunskap, kompetens och attityder

Med den uppsökande verksamheten har mycket av ansvaret för äldretandvården placerats hos tandhygienisterna som också utbildar vårdpersonalen i oral hälsa, både teoretiskt och praktiskt. Översikterna tar upp effekterna av sådana utbildningsinsatser. De Lugt-Lustig [32] gav, med sex inkluderade studier, viss evidens för att utbildningsprogram i oral hälsa till personal på vård- och omsorgsboenden ger bättre kunskap och attityder, men de påverkar inte de praktiska färdigheterna att utföra munvård. En Cochrane-översikt av Brady [33] fokuserade på interventioner som syftade till att ge en förbättrad munhygien för patienter som haft en stroke. Baserat på tre inkluderade studier kunde en förbättring

av vårdpersonalens kunskap och attityder, patienternas proteshygien och årlig nyförekomst av lunginflammation ses, men inte av hygiennivån för naturliga tänder.

I en översikt av Wang [34] var det primära utfallsmättet normal oral slemhinna och det sekundära utfallsmättet procentuell andel av äldre utan synligt plack och protesstomatit (inflammation i slemhinna under protesen). Fem inkluderade studier gav begränsad evidens för att utbildning i oral hälsa till vårdpersonal ger förbättrad oral hälsa hos de äldre.

Implementering

Även om vi vet vilken kunskap och vilka metoder som bör tillämpas i praktiken, visar forskningen att det är svårt att ändra ett beteende [32, 33]. Low [35] publicerade en systematisk översikt över interventioner som syftade till att förändra vårdpersonalens beteende och därmed skapa förbättringar för boende på vård- och omsorgsboenden. Sextiotre inkluderade studier grupperades i följande områden där interventioner utfördes för att förbättra oral hälsa (n = 3), hygien och infektionskontroll (n = 3), nutrition (n = 2), sjukhemsrelaterad pneumoni (n = 2), depression (n = 2) förskrivning/behandlingsrekommendationer (n = 7), tvång (n = 3), hantering av beteendemäs-

Medverkande (forts)

HTA-O (metod)

Álfheidur Ástvaldsdóttir, Karolinska institutet.

Mikael Nilsson, Malmö högskola.

Sofia Tranaeus, Malmö högskola.

E-post: Sofia.Tranaeus@sbu.se

Hanna Wilhelmsson, informationsspecialist, Malmö högskola.

Pernilla Östlund, Malmö högskola.

Externa granskare

Gunhild Strand, Universitetet i Bergen, Norge.

Inger von Bültzingslöwen, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

”Resultaten pekar på att patientcentrerad vård oftast leder till betydande förbättringar ...”





”I en rapport från SBU konstateras att behandling av tandförluster inte bara åter-skapar orala funktioner utan också har betydelse för social status och själv-känsla.”

siga och psykologiska symtom på demens (n = 6), reduktion och prevention av fall (n = 11), kvalitetsförbättring (n = 9), vårdfilosofi (n = 10) och övriga (n = 5). Ingen enskild intervention, kombination eller ökat antal av komponenter ökade sannolikheten för ett positivt utfall. Det är möjligt att ändra vårdpersonalens rutiner, men det är komplext, och flera studier beskrev hinder hos vårdpersonalen (personalombyten, högt vårdtryck, attityder) eller organisationen (finansiering, resurser, logistik).

En översikt av Weening-Verbree [36] ger inte heller några rekommendationer om speciella strategier för implementering. Oftast adresseras kunskap, *self-efficacy* (upplevd egen förmåga att hantera olika slags situationer och händelser) och underlättande faktorer för ett önskat beteende, men författarna påpekar att minnesträning, klinisk feedback och sociala normer bör studeras.

Ekonomiska tandvårdsstöd

I Sverige infördes 1999 det reformerade tandvårdsstödet med uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till omsorgsberoende grupper. Ett tredje steg har också utvecklats med ytterligare former av ekonomiskt stöd såsom STB (särskilt tandvårdsstöd) och F-tandvård (vid långvarig sjukdom/funktionsnedsättning). Inga systematiska översikter identifierades för detta avsnitt.

Tillgänglighet

Fler individer på vård- och omsorgsboende än i eget boende erbjuds särskilt tandvårdsstöd, trots att allt fler äldre och funktionshindrade i dag bor kvar i eget boende med omfattande hjälp från hemtjänst och hemsjukvård [9]. I vissa delar av landet förekommer mobil tandvård av varierande omfattning, liksom varierar tillgången på anpassade tandkliniker. Många som i livets slutskede får en plats på ett vård- och omsorgsboende uppvisar mycket dåligt tandstatus när de kommer i kontakt med tandvården. Inga systematiska översikter identifierades för detta avsnitt.

Vårdplanering

Olika verksamheter har olika journalsystem och remissmöjligheterna varierar i olika delar av landet. Landsting och kommuner agerar ofta självständigt, även om det i dag finns nationella tvärprofessionella satsningar såsom Senior Alert [8]. Inga systematiska översikter identifierades för detta avsnitt.

ETISKA ASPEKTER

Åtgärdernas påverkan på hälsa

Behandling av den orala hälsan hos sköra äldre ger ökad livskvalitet och större välbefinnande genom bland annat smärtfrihet, mindre halitosis, bättre estetik och bättre tuggförmåga. Man kan även tänka sig att en ökad livslängd skulle kunna uppnås genom minskad risk för social isolering, bättre nutri-

tion och mindre infektionsbelastning. I en rapport från SBU konstateras att behandling av tandförluster inte bara åter-skapar orala funktioner utan också har betydelse för social status och självkänsla. Det är inte bara fråga om att få tänderna tillbaka, utan det innebär för många att ”återfå sin orala livsvärld” [37].

Om vetenskapligt grundad kunskap saknas rörande vissa grupper riskerar dessa patienter att få sämre vård [38]. ”Göra gott-principen” och ”rättvisseprincipen” ger stöd åt att man genom forskning skulle kunna minska kunskapsluckor vad gäller svaga grupper som till exempel multisjuka och kognitivt funktionsnedsatta. Avsaknad av denna forskning är dock värd att notera. Förbisedda grupper är bland andra kroniskt sjuka personer, patienter med särskilda behov i tandvården och patienter med demenssjukdomar [39]. Det är viktigt, av rättviseskäl, att tandvårdsrelevant kunskap tas fram även för utsatta grupper. Då inte kunskapen kan fås fram på annat sätt förutsätter det ibland att berörda individer inkluderas i studier även om de inte kan ge informerat samtycke. Sådan forskning måste vara rigoröst reglerad [40].

Att det till stor del saknas specifikt vetenskapligt underlag för val av metoder för diagnos och behandling innebär inte att det helt saknas grund för att välja en viss metod framför en annan i klinisk praxis. Exempelvis bör metoder, som kan innebära att patienter utsätts för stora risker, undvikas. Metoder som medför särskilt höga kostnader bör likaså undvikas till dess att de prövats i vetenskapliga studier. Vidare är diagnos och behandling som har stöd i relevanta etablerade teoretiska antaganden att föredra, i väntan på empiriskt stöd, framför metoder som saknar sådan teoretisk grund. I frånvaro av vetenskapligt stöd för något annat bör man också hålla sig till etablerade behandlingar [41].

Svårighetsgraden hos de orala hälsotillstånden spänner mellan lätta, till exempel estetik och kosmetik, till svåra i form av till exempel undernutrition. De besvärligaste tillstånden kan i värsta fall leda till svåra lidanden och död om de inte åtgärdas i tid. En äldre individ med dålig munhälsa kan påverka anhörigas och närståendes livssituation och livskvalitet. Halitosis och tugg- och sväljsvårigheter kan vara ett hinder i sociala relationer. Smärta och tuggproblem kan påverka nutrition med negativa effekter på allmänhälsa och därmed ökat omvårdnadskrav på närstående. Bristande munhälsa medför också ofta behov av frekventa akutbesök med behov av assistans och stöd från närstående.

Åtgärdernas förenlighet med etiska värden

Vid demens och andra former av kognitiva funktionsnedsättningar är det ofta svårt för individen själv att vara delaktig i beslut som rör åtgärder för att bevara eller förbättra munhälsan. Ofta måste

någon ställföreträdande göra detta. Behandling vid nedsatt kognitiv funktion kan upplevas som övergrepp och intrång i den personliga integriteten. Anhöriga kan därtill få ytterligare omvårdnadsansvar och belastning i de fall som individen saknar förmåga till egenvård och behöver hjälp med regelbunden munvård.

Ett annat etiskt dilemma som kan uppstå är då den dementa äldre säger nej till munhygieninsatser i den dagliga omvårdnaden. Omvårdnadspersonalen står relativt ofta inför en situation där de slits mellan socialtjänstlagens krav på självbestämmande och hälso- och sjukvårdslagens krav på att en patient ska ges god och säker vård. Ovana att utföra munvård gör att omvårdnadspersonalen i det enskilda fallet kan komma att välja att avstå från munvård, medan stöd från tandvårdspersonal eller demenssjuksköterska skulle kunnat vara till hjälp. Sådant råd och stöd skulle kunna innebära att munvården kan utföras i samråd med den äldre, ibland med särskilda riktade insatser.

Strukturella faktorer med etiska implikationer

Sköra och beroende äldre med svag autonomi har svårt att hävda sin rätt till vård. Regionala skillnader i tillämpning av ersättningssystem kan leda till skillnader i tillgång av vård. Dagens situation innebär att äldre med svag autonomi kan ha svårighet att få tillgång till vård och den omvårdnad som krävs för att behålla en god munhälsa. I dagsläget finns stora skillnader mellan landsting i praxis vid tandvårdsstöd inom ramen för så kallad "uppsökande och nödvändig tandvård". Huruvida till exempel fast protetik ska ingå i den nödvändiga tandvården avgör respektive landsting, liksom hur detta ska hanteras. Medan vissa landsting tillstyrker omfattande behandling finns andra som över huvud taget inte godkänner behandlingar med exempelvis implantat.

Det kan heller inte uteslutas att en ökad satsning på vård och omvårdnad för sköra och beroende äldre kan leda till vissa undanträngningseffekter för mindre prioriterade grupper. Undanträngningseffekter kan hanteras och begränsas genom en fortsatt positiv utveckling av munhälsan i den yngre befolkningen samt effektiviseringar i riskbedömning och riskrelaterade åtgärder.

Vidare kan det finnas risk för att hälso- och sjukvårdens professioner och kommunal omvårdnadspersonal nedprioriterar oral hälsa av till exempel tidsbrist eller brist på kunskap. På motsvarande sätt finns det även en risk att tandvårdspersonal nedprioriterar äldre med komplicerad medicinsk, odontologisk och/eller social problematik. Skillnader i prioriteringar mellan olika vårdorganisationer innebär en ojämlik tillgång av vård och omvårdnad för sköra äldre. En nationell konsensus om prioriteringar inom tandvården skulle motverka detta.

Det är heller inte alltid tydligt för hemtjänst- och sjukvårdspersonal var gränsen går mellan munhygienåtgärder som egenvård i omvårdnaden hos en person som betraktas som relativt frisk i munnen och munhygienåtgärder som en del av hälso- och sjukvård hos en person som har en munsjukdom.

Långsiktiga etiska konsekvenser

På lång sikt kan en identifiering av kunskapsluckor – och beforskning av dessa – och implementering av forskningsresultat medföra mycket positiva konsekvenser genom ökad jämlikhet för sköra och beroende äldre vad gäller vård och hälsa. Att identifiera kunskapsluckor för att identifiera forskningsområden inom området sköra och beroende äldres munhälsa och munvård skapar förutsättningar för en positiv hälsoutveckling för denna grupp. En sammanvägning av konsekvenser av dessa åtgärder visar på övervägande positiva effekter i relation till de fyra etiska principerna; "Göra gott-principen", "Inte skada-principen", "Autonomiprincipen" och "Rättvisepincipen".

HÄLSOEKONOMISKA ASPEKTER

I en utvärdering av metoder avseende äldres orala hälsa är det av vikt att också hälsoekonomiska aspekter beaktas. I hälsoekonomiska utvärderingar jämförs en methods effekt i relation till dess kostnad. Metoden som utvärderas ska jämföras med bästa möjliga alternativ. De hälsoekonomiska aspekterna vid äldres orala hälsa påverkas i hög grad av vilka metoder som är effektiva, vilket gör att tidigare kapitelns resultat i den här rapporten får stor betydelse.*

Värdet av att göra en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier har ifrågasatts, då varje analys är specifik för just sina förhållanden [42]. Det finns dock ändå skäl att kritiskt granska tidigare studier, men då med syftet att identifiera den studien som förefaller mest lik den aktuella beslutssituationen, samt för att identifiera viktiga hälsoekonomiska samband. Av den anledningen har en sökning av hälsoekonomiska studier utförts inom ramen för det här projektet. Sökningen genomfördes med samma begrepp som i den övriga litteratursökningen, men med tillägg av hälsoekonomiska termer.

Sökningen resulterade i ett fåtal hälsoekonomiska studier. De studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde inte inkluderas av två skäl, antingen var beräkningarna grundade på kliniska resultat som i rapporten bedömts vara av låg kvalitet, eller presenterades inte några kvantitativa data. Det saknas alltså hälsoekonomiska studier av god kvalitet som kan besvara rapportens frågeställningar.

För de flesta områden som ingår i den här rapportens kartläggning saknas systematiska översikter som ger underlag för evidens för vilka metoder som är effektiva, vilket gör att det inte heller går att bedöma de hälsoekonomiska aspekterna.

Inom domänen "Organisation – Kunskap, kompe-

"Ett annat etiskt dilemma som kan uppstå är då den dementa äldre säger nej till munhygieninsatser i den dagliga omvårdnaden."

*Här kan du läsa hela äldre tandvårdsrapporten: <http://bit.ly/2rtNkUm>



”Äldre drabbas ofta av skador ... som hade kunnat undvikas om den dagliga munvården hade utförts och den äldre personen regelbundet hade besökt tandvården.”



Foto: Colourbox

tens och attityder” har emellertid tre systematiska översikter identifierats. Det förefaller finnas begränsad evidens avseende effekten av utbildningsinsatser till vårdpersonalen i oral hälsa, men det går inte att i dagsläget avgöra vilken utbildningsmetod som är kostnadseffektiv. Kostnadsberäkningar av Cleves et al [43] har visat att utbildningen i sig inte behöver leda till stora kostnader om den ges effektivt, och givet att insatsen förväntas ge effekt på äldres tandhälsa förefaller det troligt att den är kostnadseffektiv.

Det förefaller finnas ett samband mellan bristande munhygien och pneumonier (se Tandläkartidningen nummer 7/2017, sidan 64, Interaktionen mellan oral status och övrig medicinsk status), och detta får i sådana fall även ekonomiska konsekvenser. Givet effektiva åtgärder för att förbättra munhygien skulle det få långtgående konsekvenser både för de äldres hälsa och de totala kostnaderna. Beräkningar avseende detta saknas dock.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i England och Wales har publicerat riktlinjer avseende oral hälsa hos vuxna i vårdboende [44]. De ekonomiska aspekterna i dessa riktlinjer baseras på en analys av Cleves et al [43]. Denna analys består av en översikt avseende ekonomiska studier inom området och egengjorda kostnads- och konsekvensanalyser. Översikten visade att det saknas evidens avseende ekonomiska aspekter. Två studier identifierades som presenterade kostnader för utbildning till personal på vårdboende avseende oral hälsa. En av dessa var ifrån Storbritannien [45], och ansågs därför lämplig som underlag för kostnader vid de egna analyserna. Analyserna visade att införande av en utbildningsintervention i sig inte behöver leda till stora kostnader, utan det är de återkommande och upprepande momenten som driver kostnaderna. I dag saknas emellertid evidens för vilken effekt som

olika åtgärder medför, vilket gör att det inte går att bedöma kostnadseffektiviteten.

I en studie ifrån Sverige har Lundqvist et al (2015) analyserat hälsoekonomiska aspekter för hemtandvård jämfört med tandvård på stationär klinik för äldre vid särskilda boenden [46]. I studien finns inga primärdata. Analyserna visar att hemtandvård för många äldre vid särskilda boenden kan leda till sänkta samhälleliga kostnader och med bibehållen eller positiv påverkan på deras livskvalitet. Detta förutsätter liknande kvalitet för behandlingsalternativen.

Mariño et al (2014) har genomfört en kostnadsminimeringsanalys av ett skraddarsytt munhälsoprogram för äldre immigranter i Australien [47]. De påvisar att det studerade programmet förväntas spara stora resurser i jämförelse med om varje person individuellt får liknande information.

Det är viktigt att beakta åtgärders kostnadseffektivitet för att kunna informera beslutsfattare om hur begränsade resurser kan användas effektivt. Prioritering inom hälso- och sjukvården och tandvården är nödvändig då samhällsresurserna är begränsade och prioriteringar kan göras utifrån flera aspekter, varav kostnadseffektivitet är en. Den här rapporten visar att det finns många kunskapsluckor avseende hälsoekonomiska aspekter inom äldretandvård, och det finns därmed ett stort behov av studier avseende kostnadseffektiviteten av åtgärder inom äldres orala hälsa. Med tanke på att Sverige har en ökande äldre befolkning med ett förväntat ökat behov av tandvårdsinsatser leder detta till att tandvårdskostnaderna för denna patientgrupp förväntas öka kraftigt, vilket gör att behov av kunskap om insatsers kostnadseffektivitet blir än viktigare.

I det här sammanhanget behöver man också fundera över hur kostnaderna fördelas inom samhället. Det behövs hälsoekonomiska analyser av de ekonomiska stöd som finns för äldre inom tandvården. Vårdanalys [9] har exempelvis visat att en relativt liten andel av de äldre får del av de ekonomiska stöd som finns och bedömt att konsekvenserna av detta är en ökad risk för försämrad tandhälsa, något som kan leda till både höga kostnader för den enskilde samt höga samhällsekonomiska kostnader.

ÖVERVÄGANDEN FÖR FORSKNING OCH PRAKTIK

Äldretandvård är ett ungt ämnesområde där stora områden är outforskade. I brist på evidens tillämpas kunskap från yngre åldersgrupper och friska patienter på äldre patienter. Samtidigt finns också en utmaning i att överföra kunskap till de yrkesgrupper som dagligen vårdar omsorgsberoende äldre. Det är viktigt att rätt kunskap överförs, som leder till ett ändrat beteende och ändrade arbetsrutiner i önskad riktning. En annan aspekt är det ökande antalet äldre med kognitiva funktionsnedsättningar som är beroende av sina vårdgivares agerande. Yt-

terligare en aspekt är skillnader i etnisk bakgrund. Många invandrade äldre har nu behov av vård och omsorg, likaså har en stor andel vårdpersonal inte svenskt ursprung. Det finns en stor etisk problematik inom äldretandvård, vilket gör behovet av rätt kunskap hos rätt personer ännu större.

För att hantera det nya scenariot med många betandade äldre i höga åldrar och tilltagande sjuklighet, har samtliga folktandvårdsorganisationer bildat ett nationellt nätverk för äldretandvård. Kompetenscentra med inriktning på äldretandvård har etablerats av flera landsting och regioner. Dessa kompetenscentra har olika inriktning och organisation, men gemensamt är en ambition att sprida och utveckla kunskap om äldres munhälsa och tandvård.

Konkreta resultat av arbetet vid dessa kompetenscentra är utveckling av informationsmaterial, instruktionsfilmer och kliniska hjälpmedel som till exempel Gerioweb, ett webbaserat terapiplaneringsstöd vid behandling av äldre patienter med komplicerad problematik. Verktöget skapar en ”bank” av patientfall och nationella seminarier ges regelbundet via detta system. Vid flera av landets kompetenscentra drivs också forsknings- och utvecklingsprojekt med inriktning på äldres munhälsa och speciella tandvårdsproblematik. Det finns inom tandvården således olika arenor och kanaler att adressera både kunskapsluckor och spridning av nya rön. Det är också viktigt att etablera ämnet äldretandvård inom grundutbildningen till de olika tandvårdsyrkena. I dag varierar undervisningen från ett eget ämne på Karolinska institutets tandläkarprogram till enstaka föreläsningar som integreras i andra ämnen på övriga utbildningsorter. Tandhygienistprogrammen är bättre rustade, men ofta läggs tyngdpunkten på äldretandvård inom det tredje påbyggnadsåret som inte alla studenter genomför.

Äldretandvård är inte bara tandvårdens angelägenhet. Alla professioner som är involverade i äldres omhändertagande bör ha grundläggande kunskaper om oral hälsa. Mycket av den forskning som görs och planeras bör också utföras i samarbete med andra yrkesprofessioner.

DISKUSSION

Äldre drabbas ofta av skador på tänder och slemhinnor som hade kunnat undvikas om den dagliga munvården hade utförts och den äldre personen regelbundet hade besökt tandvården. Försummad munvård leder också ofta till försämrad allmän hälsa, till exempel till följd av att näringsintaget försämrats eller att tändernas bakteriebeläggningar ökar risken för pneumonier [19].

Äldretandvård är ett nytt och omfattande ämnesområde som berör allt från friska och oberoende till multisjuka och omsorgsberoende äldre. Däremellan finns sköra äldre, i en period då hälsan och många viktiga funktioner sviktar. I Sverige har

”WHO rapporterar att nära 100 procent av den vuxna befolkningen har erfarenhet av kariessjukdomen och 15–20 procent har allvarlig parodontal sjukdom.”

äldretandvården utvecklats snabbare än i många andra länder beroende på den demografiska utvecklingen. Ämnet har vuxit fram i takt med att den ökande äldre befolkningen behåller allt fler av sina naturliga tänder högt upp i åren. Svenska staten har försökt att möta de äldres tandvårdsbehov med en lag om särskilt tandvårdsstöd för omsorgsberoende och funktionshindrade [48]. Systemet omfattar uppsökande, kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet och nödvändig tandvård för hälso- och sjukvårdsavgift samt utbildning för vårdpersonalen. Tandhygienistprofessionen utför en stor del av dessa uppgifter och tandhygienistprogrammen innehåller kurser i äldretandvård, ibland dock huvudsakligen inom påbyggnadsprogrammen. Det finns behov av förbättringar. På tandläkarprogrammen ger hittills endast Karolinska institutet en särskild kurs i ämnet. I Malmö tillämpas problembaserat lärande (PBL), varför enskilda ämneskurser ej används.

Forskningen om implementering av nya forskningsresultat eller evidens inom hälso- och sjukvården har ökat, men implementering av ny kunskap inom äldres munhälsa och tandvård är ett nytt forskningsområde som skulle kunna omfatta såväl tandvården som vård och omsorg samt hemtjänst. Här saknas kunskap om effektiva åtgärder i överförande av ny kunskap. Ett nytt forskningsfält inom tandvården är också att utvärdera modeller av personcentrerad vård för äldre personer och i samarbete med vård och omsorg för de som erhåller stöd och hjälp från hemtjänst och i särskilda boenden.

Ett mål för det särskilda tandvårdsstödet är en förbättrad nutritionsförmåga. Det är viktigt att besvär från munhålan beaktas och åtgärdas innan anpassning av kostkonsistens eller måltidssituationen görs, likaså att munhälsoeffekter av specialkost eller kosttillskott uppmärksammas [49].

WHO rapporterar att nära 100 procent av den vuxna befolkningen har erfarenhet av kariessjukdomen och 15–20 procent har allvarlig parodontal sjukdom. Äldre personer, om de har naturliga tänder kvar, har ökad risk för karies och parodontit även om parodontal sjukdom oftast debuterar i medelåldern. Periimplantit ökar hos de äldre. Trots att sjukdomarna är vanligt förekommande saknas kunskap om effektiva behandlingsmetoder för äldre [50].

Enligt de lagar som styr vård och omsorg [51–53] ska patienters självbestämmande respekteras. Trots detta saknas till stor del kunskap om hur främst omsorgsberoende äldre ser på munvård och omvårdnad. En systematisk översikt som beskriver äldres uppfattning i måltidssituationer kunde identifieras i



”Mer kunskap behöver inhämtas om de äldres uppfattning om vård och omsorg relaterad till munhälsa, och om äldres önskemål och prioriteringar.”

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på HTA-O:s kansli. HTA-O har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

sökningen, men inkluderades inte i resultatdelen på grund av låg kvalitet. De äldre efterfrågar anpassad rådgivning om nutrition och stöd från omsorgspersonalen för att undvika negativa erfarenheter och skamkänslor vid måltiderna [54]. Mer kunskap behöver inhämtas om de äldres uppfattning om vård och omsorg relaterad till munhälsa, och om äldres önskemål och prioriteringar.

Det är många aktörer runt de äldre, med varierande utbildningar och erfarenhet. Helhetssyn är viktigt, vilket innebär förståelse för olika aktörers insatser och förmåga att samarbeta [55]. Resultaten pekar på att patientcenterad vård oftast leder till betydande förbättringar, även om insatserna genomförs och resultaten mäts på olika sätt. Effekterna av patientcenterad vård har undersökts, såsom patienternas delaktighet, tillfredsställelse och livskvalitet, fysisk funktion, vårdtid, och återinläggning på sjukhus [56]. När det gäller samordnad individuell plan, SIP (2 kap 7 § Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [51, 53], har munhälsan oftast inte varit prioriterad, men området får successivt ökad uppmärksamhet. Ett gott exempel på hur man satt in munhälsan i ett större sammanhang, i gränssnittet mellan allmän och specifik omvårdnad, är munbedömningsinstrumentet ROAG [8].

Metodologiska aspekter

Denna kartläggning bygger på systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet. Systematiska översikter av låg kvalitet kan dock innehålla originalstudier av hög kvalitet. Överföring av internationella forskningsresultat till svenska förhållanden måste också göras med försiktighet. Förutom att giltigheten kan förändras över tid, kan även skillnader i demografi, levnadsstandard, social struktur och kulturella skillnader spela roll. Hälsoläget varierar mellan länder och befolkningsgrupper, vilket innebär att förekomsten av munsjukdomar varierar i olika delar av världen. Om sjukdomsförekomsten är hög i en population är effekten av interventionen mer uttalad. Om den preventiva vården, inkluderande människors egenvård, är dåligt utbyggd är det också lättare att få effekt av en intervention. Det kan även föreligga skillnader när det gäller diagnostik, behandlingsval och tolkning av behandlingsresultat.

OMNÄMNANDE

Stort tack till Gert Helgesson, LIME, Karolinska institutet, för ovärderlig hjälp med genomläsning av etiskt avsnitt. Christina Stenervik och Daniel Bengmark, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, för skarp korrekturläsning. ●

Referenser

- Eckerblad J et al. Symptom burden in community-dwelling older people with multimorbidity: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2015; 15: 1.
- Gronbeck-Linden I et al. Discontinued dental attendance among elderly people in Sweden. *J Int Soc Prev Community Dent* 2016; 6(3): 224–9.
- Stromberg E et al. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(3): 221–9.
- de Lugt-Lustig K H et al. Effect of oral healthcare education on knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(1): 88–96.
- Brady M et al. Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4)(4): CD003864.
- Wang T F et al. Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(6): 1090–6.
- Low L F et al. A Systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcomes in nursing homes. *PloS one* 2015; 10(11): e0140711.
- Weening-Verbree L et al. Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(4): 569–82.
- SBU. Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 204. 2010, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Nickel P J. Vulnerable populations in research: the case of the seriously ill. *Theor Med Bioeth* 2006; 27(3): 245–64.
- SBU. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 161. 2002, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Norberg A. Performing research with people who are not capable of giving their informed consent to research is sometimes justified. *Nurs Ethics* 2004; 11: 225–6.
- SBU. Rotfyllning. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 203. 2010, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Anderson R. Systematic reviews of economic evaluations: utility or futility? *Health Econ* 2010; 19(3): 350–64.
- Cleves A et al. Oral health for adults in care homes: economic report. 2016.
- NICE. Oral health for adults in care homes. 2016: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48>.
- Frenkel H, Harvey I, Newcombe R G. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial (Structured abstract). *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(4): 289–97.
- Lundqvist M et al. Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health* 2004; 11: 225–6.
- Marino R J et al. Cost-minimization analysis of a tailored oral health intervention designed for immigrant older adults (Provisional abstract). *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14(2): 336–40.
- Tandvårdsförordning. 1998: 1338, Socialdepartementet, Editor. 1998, Socialdepartementet: Stockholm.
- Moreira N C et al. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. *Adv Nutr* 2016; 7(3): 507–22.
- Gibson G et al. Supplemental fluoride use for moderate and high caries risk adults: a systematic review. *J Public Health Dent* 2011; 71(3): 171–84.
- Författningssamling, S. Socialtjänstlag, 2001:453, Socialdepartementet, Editor. 2001.
- Författningssamling, S. Tandvårdslag, 1985:12, Socialdepartementet, Editor. 1985.
- Författningssamling, S. Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763, Socialdepartementet, Editor. 1982: Stockholm.
- Larsen L K, Uhrenfeldt L. Patients' lived experiences of a reduced intake of food and drinks during illness: a literature review. *Scand J Caring Sci* 2013; 27(1): 184–94.
- Arai H et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12(1): 16–22.
- Olsson L E et al. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *J Clin Nurs* 2013; 22(3-4): 456–65.