



HÖGSKOLAN
DALARNA

Campus Lugnet
Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning munhälsa
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
VT 2009

Behovet av nödvändig tandvård i Ludvika kommun 2003-2008

En beskrivande, retrospektiv journalstudie

Författare:

Pernilla Adolfsson

Helena Grahm

Handledare:

Kerstin Öhrn

Examinator:

Maria Forsner



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA

Campus Lugnet
Department of Health and Social Sciences
Essay course Oral Health
Undergraduate level II 15 ECTS-credits
Spring 2009



HÖGSKOLAN
DALARNA

The need for necessary dental care in the community of Ludvika during 2003-2008

a descriptive, retrospective study of patient records

Authors:

Pernilla Adolfsson
Helena Grahn

Supervisor:

Kerstin Öhrn

Examiner:

Maria Forsner

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
Dalarna

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport

ISBN

ISSN

Sammanfattning

Munvården är ofta ett eftersatt område inom vården och omsorgen vilket återspeglar sig på munhälsan hos de boende. Syftet med denna studie var att undersöka om behovet av nödvändig tandvård har förändrats i Ludvika kommun under åren 2003-2008, samt att studera om de vårdtagare som var i behov av nödvändig tandvård fick densamma. Metoden var en beskrivande, retrospektiv journalstudie. Studien baseras på 2010 st screeningjournaler från år 2003-2008. Dessa screeningjournaler plus listor på vilka som fått nödvändig tandvård under de här åren har studerats och analyserats. Samtliga uppgifter inhämtades från beställarenheten för tandvård i Säter. Någon skillnad i antalet tänder kunde inte påvisas med avseende på olika år. Antal vårdtagare med helprotes har blivit färre. Prevalensen av synlig karies har ökat. En ökning av antal personer som får hjälp med den dagliga munvården kunde påvisas. Behovet av nödvändig tandvård har varierat över tid. Vårdtagarna har ett betydande behov av nödvändig tandvård som har varit relativt konstant över tid. De personer som var i behov av nödvändig tandvård har fått densamma i stor utsträckning, även om en del sjukdomssymptom kvarstår. Munhygien är inte tillfredsställande trots att de som är i behov av hjälp med munvård får sådan i tillräcklig utsträckning.

Nyckelord: munhygien, munvård, nödvändig tandvård, tandvård, äldre

Keywords: dental care, elderly, necessary dental care, oral care, oral hygiene

Innehållsförteckning

Inledning	5
Syfte	9
Frågeställningar	9
Metod	10
Design	10
Population/Urval	10
Datainsamlingsmetod/tillvägagångssätt	10
Mätinstrument	10
Analys och tolkning av data	11
Etiska överväganden	11
Resultat	11
Diskussion	18
Sammanfattning av huvudresultaten	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	19
Slutsats	20
Förslag till vidare forskning	20
Referenslista	21
Bilagor	24

Inledning

Vid 65-årsåldern börjar den fas i livet som kallas för ålderdomen. Övergången mellan de olika åldrarna kan vara svår att bestämma, men steget från medelålder till ålderdom är tydligt markerad genom pensionen (1). Idag är cirka 20 procent av befolkningen över 65 år och år 2050 beräknas var fjärde svensk vara ålderspensionär (2). Att bli gammal är naturligt och ett friskt åldrande varierar från person till person och de individuella skillnaderna i hälsotillståndet är stora i förhållandet till den kronologiska åldern. Människans och samhällets inställning till åldrandet är av stor betydelse för den goda ålderdomen. År 2007 uppskattades det att det fanns cirka 163 000 personer i Sverige som hade stort behov av hjälp med den dagliga omvårdnaden (3). Fler uppnår en högre ålder där olika funktioner sviktar, sjukdomar blir vanligare och det sociala nätverket förändras samtidigt som omvårdnadsresurserna minskar (4).

Den åldrande befolkningens munhälsa är en viktig del av social- och hälsovården (4). Det förebyggande arbetet för att bibehålla en god munhälsa ska inte ses som en uppgift enbart för tandvårdspersonalen utan bör ingå i det totala hälsofrämjandet (5). Förändringar i hälsotillståndet och funktionsförmågan hos åldrande människor kan återspeglas i munhålan. Hälsotillståndet i munnen och tuggförmågan återspeglas i människans allmänna hälsa, näringsintag, sociala liv och subjektiva livskvaliteter. Det är därför viktigt att inse att det ligger ett allmänt hälsofrämjande värde i att upprätthålla en god munhälsa (5). En god munhälsa gör att personer kan äta, tala och delta i ett socialt liv och ha ett gott välbefinnande (6).

I århundraden har man hört begreppet ”gammal och tandlös”, men tandlossning är inte ett led i den naturliga åldersprocessen. Den förbättrade tandhälsan har medfört att allt fler behåller egna tänder högre upp i åldern. Det har därför skett en minskning av andelen tandlösa inom befolkningen. Det finns en vilja hos de äldre att behålla sina tänder och undvika tandlöshet (7).

Åldrandet kan medföra stora förändringar i den sociala miljön såväl som den fysiska och psykiska hälsan, vilket i sin tur kan leda till en ökad risk för att utveckla karies. Risken att drabbas av karies kvarstår så länge man har en naturlig tand kvar i munnen. Genetiska, biologiska och socio-ekonomiska faktorer påverkar kariesrisken. Därför är det viktigt att de

äldre informeras om att behovet av kariesförebyggande åtgärder ökar med stigande ålder. Förebyggande åtgärder har en positiv påverkan på de äldres munhälsa. Ett restaurerat bett leder ofta till nya restaurationer. Sekundärkaries och rotytekaries är ett ökande problem (7).

Tänderna utsätts för slitage och färgförändringar genom åren, vilka kan ses som normala åldersförändringar (1). Däremot är varken karies eller parodontit normala åldersförändringar utan förorsakas av bakterier, så kallat plack. Plack på tandytan i anslutning till tandköttet kan bryta ner käkbenet och orsaka tandlossning (8). Karies orsakas av kolhydrater och plack. Bakterierna bildar syror av kolhydraterna, som i sin tur leder till en pH-sänkning i munnen. PH-sänkningen orsakar karies (9). När sjukliga förändringar i munhålan uppstår måste åtgärder sättas in för att minska obehag och åstadkomma en så god munhälsa som möjligt (10). Har det uppstått en irreversibel skada räcker det inte med munhygienåtgärder utan det kan vara nödvändigt med reparativ behandling av tänder och/eller proteser (1).

Andersson och medarbetare visade i en studie att de äldre var nöjda med sin munhälsa om de kunde tugga, äta och skratta, ha bra andedräkt, känna välmående och ha ett socialt umgänge utan att behöva skämmas för sin mun. En känsla av välmående och en bra munhälsa ger god livskvalitet (11).

Inom alla åldersgrupper har tandsjukdomarna minskat i Sverige de senaste decennierna. Personer med bra hälso- och funktionsstatus kan ha en god munhälsa högt upp i åldrarna (12). Dessa personer har ofta goda kostvanor. Bevarandet av de egna tänderna och att de kan bita mot varandra är allra bäst för bra tuggfunktion och för att sönderdela maten på ett bra sätt. Antal tänder och protesers passform har betydelse för tuggfunktionen. Hos personer i åldrarna 65-79 år har 5 procent tuggsvårigheter jämfört med 10 procent hos de som är äldre än 80 år (13). Enligt Österberg och medarbetare såg man att mer än 50 procent av personer som saknade tänder eller hade protes i någon käke hade problem att äta svårtuggad föda. Behandling av tänder och proteser är ofta nödvändig för att förbättra tuggförmågan hos dessa personer. När tuggförmågan är försämrad, och därmed matvanorna förändrade, finns risk för viktminskning och senare undernäring. Personer som tycker att de har dålig tuggförmåga har ofta dålig allmänhälsa, dålig fysisk funktion och psykosociala problem (14).

Hos personer med kronisk sjukdom är det vanligt med undernäring. I Salettis avhandling bedömdes nutritionsstatus hos drygt 1300 äldre (65+, medelålder 85 år) varav 73 procent

befanns vara i riskzonen. Man kunde konstatera samband mellan undernäring, lågt BMI (Body Mass Index) och död. Tugg- och sväljproblem bidrog till minskad aptit och upplevd ohälsa. Nedstämdhet var vanligare bland de undernärda (15).

Saliven har stor betydelse för ätandet, den påbörjar matspjälkningen, forslar bort matrester och underlättar vid sväljning. Vid minskad salivsekretion uppstår ökad törst, sväljsvårigheter, försämrad smakupplevelse, känslighet för sura smaker och starkt kryddad mat vilket kan leda till att matvanor förändras (1,16). Minskad salivsekretion är vanligt hos äldre människor och kan bero på till exempel sjukdomar eller läkemedelskonsumtion (17).

Munhälsan kan snabbt raseras om man drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättning. Det finmotoriska arbete som krävs för att sköta munhygien kan vara svårt för de äldre (10).

Vid normalt åldrande försämras även den orala motoriken (1). Det innebär att den naturliga förmågan att avlägsna matrester efter måltid med hjälp av tungan och kindmuskulaturen kan försämrats. När matrester ligger kvar i munnen kan det orsaka skador på tänder och munslemhinna (1). Även otillräcklig näringstillförsel och näringsbrist avspeglar sig genom förändringar på tunga och slemhinnor. Förändringar i munhålan kan uppstå och förvärras snabbt hos personer med försämrat allmäntillstånd, äldre klagar inte på besvär i munnen utan väljer mat som känns behaglig att äta, därför upptäcks inte alltid munförändringar (10). Trots att munhälsan har betydelse för allmänhälsan, nutritionen och välbefinnandet så är det vanligt att de som bor i särskilda boenden har problem med munstatus (10). Vårdpersonalen tycker inte alltid att det är deras uppgift att vårda munhälsan (6).

Det är viktigt att munhållans status observeras och bedöms hos sjuka och nedsatta personer. Det kan göras av tandvårdspersonal men även av omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen och hälso-och sjukvården. Sjuksköterskan har ansvar för dokumentation av omvårdnad, där dokumentation om munhälsa ingår (18). Därför är det naturligt att denna yrkeskategori ska kunna bedöma även munhälsa (19, 20). Paulsson har visat att munvårdsutbildning för vårdpersonal ger påtagliga och bestående effekter i attityden till munhälsa (20). Wårdh och medarbetare påtalade vikten av att utbilda vissa personer i vårdpersonalen som sedan fick ett extra ansvar för munvård på olika boenden. I deras projekt fick en del av vårdpersonalen auskultera på en tandvårdsklinik och på så sätt lära sig mer om munhälsa (21). Wärn har gjort en undersökning på olika institutionsboenden i Norrköpings kommun och det visade sig att

45 procent av de boende hade svårt att själva genomföra sin dagliga munvård, trots detta var det få som fick hjälp med munvård. Personalen ansåg att de hade tid att hjälpa de boende men att det var på grund av praktiska svårigheter och dålig Kooperation som de boende inte fick den hjälp som de skulle behöva (22). De som arbetade på de olika boendena tyckte det vore bra om tandvården involverades tidigt i planeringen av vård och omsorg av de boende på olika enheter. Vid återkoppling till institutionerna hade personalen önskemål om att tandvårdspersonal skulle besöka enheterna två gånger per år för konsultation och utbildning (22). Det fanns också önskemål om att ha en kontaktperson på tandvårdskliniken för att få kontinuitet (22). Wårdh, Nordenram och Ljunggren förespråkade också ett bättre samarbete mellan tandvårdspersonal och vårdpersonal för att främja en bättre munvård för äldre, svaga personer (4, 23).

Enligt tandvårdsförordningen (SFS 1998:1338) ska landstinget svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland de som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (24). Det innebär att vissa sjuka och funktionshindrade får ett intyg på att de har rätt till tandvård enligt sjukvårdstaxan, det benämns som "nödvändig tandvård". Det är omfattningen av hemtjänst/hemsjukvård/omvårdnadsbehov som styr vilka som har rätt till nödvändig tandvård, oavsett om de bor i eget boende eller på serviceboende. Även förståndshandikappade och vissa svårt psykiskt sjuka som bedöms att inte klara av att sköta sin munhygien själv har samma rätt (24). Andersson och medarbetare visade att de äldre var oroliga över hur deras munhälsa kommer att bli när de inte längre klarar att sköta sin munhygien själv (11).

Folktandvården Dalarna och kommunerna i Dalarna har ett samarbete och intyget om rätt till nödvändig tandvård får utfärdas av enhetschefer, biståndshandläggare, läkare, distriktssköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), sjuksköterskor inom palliativa vårdteam och sjuksköterskor inom särskilt boende. Det är Beställarenheten för tandvård som administrerar den nödvändiga tandvården. Det är en egen förvaltning inom Landstinget Dalarna som är direkt underställd tandvårdsnämnden (25). De ersätter den vårdgivare som utför nödvändig tandvård. Beställarenheten i Dalarna har hittills utbildat ca 500 personer i kommunerna som får utfärda intyg, och varje år utbildas ytterligare ca 20 personer (26). Vårdtagare med rätt till nödvändig tandvård ska prioriteras på Folktandvårdens kliniker och varje år erbjuds de en kostnadsfri munhälsobedömning - en screening - i hemmet/boendet.

Totalt sett i hela Dalarna är det ca 5600 personer som har rätt till nödvändig tandvård, av dessa tackar ca 1000 personer nej till screening varje år (26). I Dalarna utförs screeningen av en legitimerad tandhygienist från Folktandvården. Vid screeningen bedöms kariesstatus, parodontalt status, muntorrhet, slemhinneförändringar, munhygien, antal tänder och protetiska ersättningar. Om vårdtagaren vid screeningen bedöms ha behov av nödvändig tandvård ska hon/han erbjudas en tid på någon av Folktandvårdens kliniker om hon/han önskar behandling. Om vårdtagaren går hos en privattdandläkare ska tandhygienisten som screenar ombesörja att remiss skickas till respektive tandläkare. Nödvändig tandvård kan även utföras hemma hos vårdtagaren. Nödvändig tandvård ska utföras inom sex månader från att screeningen utfördes (26).

Det kan vara flera tandhygienister som screenar i vissa kommuner men det är önskvärt att det görs av så få som möjligt, för att få kontinuitet i bedömningen och vid kontakten med vårdpersonal och vårdtagare. De tandhygienister som screenar utbildar också kommunens vård- och omsorgspersonal i munvård, för att dessa sedan ska kunna utföra den dagliga munvården på vårdtagarna så optimalt som möjligt. All kommunanställd vård- och omsorgspersonal ska genomgå en 3-timmars grundutbildning i munvård, därefter ska de ha en årlig uppföljning på cirka 1 timme (25). Den uppsökande verksamheten har kontinuerligt förändrats och utvecklats sedan starten 1999 och det är därför av intresse att utvärdera resultatet.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om behovet av nödvändig tandvård har förändrats i Ludvika kommun under åren 2003-2008, samt studera om de vårdtagare som var i behov av nödvändig tandvård fick densamma.

Frågeställningar

1. Hur var vårdtagarnas munstatus åren 2003-2008?
2. Vad fanns det för behov av nödvändig tandvård åren 2003-2008?
3. Hur många önskade nödvändig tandvård åren 2003-2008?
4. Hur många fick nödvändig tandvård åren 2003-2008?

Metod

Design

Studien var en beskrivande, retrospektiv journalstudie med kvantitativ ansats.

Population/Urval

Samtliga vårdtagare som screenades i Ludvika kommun under åren 2003-2008. Studien var en totalundersökning.

Inklusionskriterier: Befintliga screeningjournaler.

Exklusionskriterier: Journaler där uppgifter inte gick att tyda.

Datainsamlingsmetod/Tillvägagångssätt

Samtliga uppgifter inhämtades från beställarenheten för tandvård vid Landstinget Dalarna i Säter. Screeningjournalerna från 2003 och 2004 hämtades från landstingarkivet på Ludvika lasarett. Screeningjournalerna från 2005-2008 hämtades från dataprogrammet T99 på beställarenheten. Journalerna avidentifierades, tilldelades ett löpnummer och kopierades därefter. När utbetalningslistorna kontrollerats mot löpnummer avkodades all data och var därefter fullständigt anonyma.

Mätinstrument

Information om samtliga variabler hämtades från screeningjournaler och utbetalningslistor på de vårdtagare som fått nödvändig tandvård. Erhållen nödvändig tandvård definierades som de som fått nödvändig tandvård utförd inom sex månader efter att screeningen utfördes.

Ansvarig sjuksköterska eller någon annan vård- och omsorgspersonal på boendet dokumenterar personuppgifter och vårdtagarens somatiska/psykiatriska diagnos i screeningjournalen. För hemmaboende är det antingen någon vård- och omsorgspersonal, anhörig eller vårdtagaren själv som dokumenterar.

Tandhygienisten dokumenterar mun- och tandstatus, såsom; antal tänder, protetiska ersättningar, muntorrhet, slemhinneförändringar, karies, parodontit, munhygien, om vårdtagaren är i behov av hjälp med munvård, om vårdtagaren får hjälp med munvård, om behov av nödvändig tandvård föreligger avseende; parodontal behandling/ kariesbehandling/ avtagbar protetik/ slemhinnebehandling och om vårdtagaren/ombudet önskar behandling (Bilaga 1, 2, 3).

Screeningjournalerna år 2003 och 2004 var identiska. 2006 ändrades den och reviderades sedan 2007 (bilaga 1, 2, 3). Från och med år 2005 matas journaldokumentationen in i datasystemet T99, varför uppgifterna inte är identiska över samtliga år 2003-2008.

Från utbetalningslistan inhämtades uppgifter om vilka som fått nödvändig tandvård under åren 2003-2008.

Analys och tolkning av data

Beskrivande statistik har använts för presentation av resultaten. Statistikprogram SPSS 15.0. har använts.

Etiska överväganden

Studien kan ses som ett utvecklingsarbete för att eventuellt förbättra den nödvändiga tandvården. Inget etiskt problem anses föreligga eftersom journalerna avidentifierades. Om det visar sig att det föreligger brister i hanteringen kan detta leda till förbättringar för de vårdtagare vars journaler ingår i studien, men även för framtida vårdtagare. Tillstånd har inhämtats från förvaltningschefen för beställarenheten och platschefen för landstingsarkivet. Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna har godkänt studien, Falun 09 02 20.

Resultat

Den anmärkningsvärda ökningen av problem år 2005 som åtföljdes av anmärkningsvärd minskning året efter gör att det uppstår en misstanke om felaktig dokumentation år 2005. Året 2005 har därför uteslutits i de årsvisa jämförelserna.

Det totala antalet screeningjournaler var 2010 , 67 exkluderades på grund av otydliga journalanteckningar varefter 1943 återstod. Internt bortfall på grund av ofullständig dokumentation varierade mellan de olika variablerna.

Totala antalet screeningjournaler varierade över åren från 262 (2005) till 391 (2006) (tabell 1). Vårdtagarna screenades årligen varför flera vårdtagare ingår vid flera tillfällen i den följande redovisningen. I tabell 1 anges hur många vårdtagare som var nya respektive år.

Tabell 1. Antalet screenade och exkluderade journaler totalt samt på nya vårdtagare fördelade på respektive år och på kön

År	Screenade journaler	Exkluderade journaler	Kvinnor (%)	Män (%)	Screenade journaler nya vårdtagare
2003	301	9	217 (72)	84 (28)	301
2004	305	15	219 (72)	86 (28)	147
2005	262	1	187 (71)	75 (29)	110
2006	391	11	270 (69)	121 (31)	155
2007	365	11	247 (68)	118 (32)	103
2008	319	20	217 (68)	102 (32)	73

Vårdtagarnas ålder varierade från 21 till 105 år med en medelålder som varierade mellan 71 och 84, medan medianen varierade mellan 85 och 90 (tabell 2).

Tabell 2. Medelåldern på de screenade vårdtagarna fördelat på respektive år

År	Medelålder (SD)	Median	Range
2003	84,0 (9.9)	85	36- 105
2004	79,4 (14.2)	86	23- 97
2005	71,7 (20.7)	87	22- 102
2006	80,9 (14.0)	88	22- 103
2007	83,3 (12.1)	89	21- 101
2008	80,3 (13.5)	90	27- 99

Antalet tänder i medeltal var relativt likartat över åren, men andelen vårdtagare med helprotes har minskat från 36% till 24% (tabell 3).

Tabell 3. Antal tänder i medeltal på samtliga screenade vårdtagare samt nya screenade vårdtagare fördelat på respektive år under åren 2003-2008

År	Antal screenade vårdtagare totalt	Antal tänder totalt (SD)	Antal nya screenade vårdtagare	Antal tänder hos nya vårdtagare (SD)	Antal vårdtagare med helprotes (%)
2003	301	7.5 (9.2)	301	7,5 (9,2)	107 (36)
2004	305	8.8 (9.8)	147	11,6 (10,5)	100 (34)
2005	262	10.0 (10.9)	110	12,4 (11,9)	75 (29)
2006	391	10.2 (10.2)	155	11,1 (10,1)	107 (28)
2007	365	10.5 (10.0)	103	9,3 (9,6)	87 (24)
2008	319	10.2 (10.1)	73	9,3 (9,0)	76 (24)

Andelen vårdtagare som diagnosticerades med karies ökade över tid, medan antalet vårdtagare med övriga symptom på tandsjukdomar/problem var relativt likartat (tabell 4). De senaste tre åren var det ingen vårdtagare som var symptomfri (tabell 4).

Tabell 4. Antal vårdtagare (%) med sjukdomssymptom i munnen

Symptom	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Karies	28 (10)	38 (13)	230 (88)	74 (19)	104 (29)	79 (25)
Parodontit	28 (11)	60 (26)	223 (85)	66 (17)	91 (25)	80 (26)
Slemhinneförändring	26 (9)	38 (13)	21 (8)	29 (8)	26 (7)	27 (9)
Muntorrhet	99 (33)	106 (35)	171 (33)	127 (33)	128 (36)	81 (26)
Symptomfria	121 (40)	105 (34)	51 (52)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Vid årsvisa jämförelser med de vårdtagare som screenades två år i rad visade det sig att mellan 17% och 73% av rapporterade sjukdomssymptom kvarstod påföljande år (tabell 5).

Tabell 5. Antalet screenade vårdtagare med symptom vid årsvisa jämförelser

Screening år	Antalet vårdtagare screenade båda åren	Antalet vårdtagare med symptom första året av jämförelse	Antalet vårdtagare med symptom påföljande år (%)
karies			
03-04	119	6	1 (17)
06-07	241	49	36 (73)
07-08	214	58	34 (59)
parodontit			
03-04	97	13	7 (54)
06-07	244	45	26 (58)
07-08	216	57	38 (67)
slemhinneförändringar			
03-04	121	11	5 (45)
06-07	240	16	4 (25)
07-08	215	14	7 (50)
muntorrhet			
03-04	127	40	11 (28)
06-07	237	72	46 (64)
07-08	214	70	40 (58)

Munhygien var kategoriserad i bra, acceptabel och dålig. Andelen vårdtagare med bra, acceptabel respektive dålig munhygien var ungefär lika över tid (tabell 6).

Tabell 6. Tandhygienistens bedömning av munhygien hos det totala antalet vårdtagare (%) fördelat på år

År	Totalt antal vårdtagare med bra munhygien	Totalt antal vårdtagare med acceptabel munhygien	Totalt antal vårdtagare med dålig munhygien
2003	127 (43)	123 (41)	47 (16)
2004	115 (39)	121 (41)	61 (20)
2005	93 (36)	110 (42)	57 (22)
2006	152 (40)	160 (42)	69 (18)
2007	124 (36)	148 (43)	70 (21)
2008	125 (41)	126 (41)	56 (18)

Dokumentation angående vilka som behövde hjälp med munvården saknades i screeningjournalen åren 2003 och 2004. Majoriteten av de vårdtagare som bedömdes vara i behov av hjälp med sin munvård fick också hjälp under åren 2006-2008 (tabell 7).

Tabell 7. Antal vårdtagare (%) som dokumenterades behövde hjälp och som fick hjälp med munvård

År	Antal vårdtagare som behövde hjälp	Antal vårdtagare (%) som fick hjälp
2006	96	86 (90)
2007	70	62 (88)
2008	51	50 (98)

Munhygienen hos de vårdtagare som får hjälp med munvård har varierat över tid.

Munhygienen var kategoriserad i bra, acceptabel och dålig. Andelen vårdtagare med bra munhygien har varierat mellan 32% - 43 %, andelen vårdtagare med acceptabel munhygien har varierat mellan 37% - 46 % samt andelen vårdtagare med dålig munhygien har varierat mellan 14% - 22 % (tabell 8). Andelen vårdtagare som får hjälp med munvården har ökat de två senaste åren (tabell 8).

Tabell 8. Tandhygienistens bedömning av munhygienen hos de vårdtagare (%) som får hjälp med munvård

År	Antal vårdtagare med bra munhygien av de som får hjälp med munvård	Antal vårdtagare med acceptabel munhygien av de som får hjälp med munvård	Antal vårdtagare med dålig munhygien av de som får hjälp med munvård	Antal vårdtagare som får hjälp med munvård
2003	75 (41)	83 (45)	26 (14)	184 (66)
2004	79 (43)	71 (39)	33 (18)	183 (65)
2005	45 (42)	40 (37)	23 (21)	108 (41)
2006	84 (32)	120 (46)	57 (22)	261 (67)
2007	91 (33)	123 (45)	60 (22)	274 (76)
2008	97 (37)	110 (42)	55 (21)	262 (83)

Andelen vårdtagare med behov av nödvändig tandvård varierade mellan 21 och 48%, med undantag för år 2005 (tabell 9). Andel vårdtagare som önskade nödvändig tandvård har varierat mellan 50 - 76 % över åren. Åren 2006 - 2008 var det fler vårdtagare som önskade nödvändig tandvård än det var vårdtagare som bedömdes vara i behov av detta. Andel vårdtagare som fått nödvändig tandvård har varierat mellan 27-55% över åren. Vid jämförelse av antalet vårdtagare som var i behov av nödvändig tandvård var det en majoritet som också fick densamma med undantag av år 2003 (tabell 9).

Tabell 9. Nödvändig tandvård (%)

År	Totalt antal vårdtagare med behov av NT	Antal vårdtagare som önskade NT av de som bedömdes ha behov	Totalt antal vårdtagare som önskade NT	Totalt antal vårdtagare som fått NT	Antal vårdtagare som fått NT av de som bedömdes ha behov
2003	62 (21)	19 (31)	28 (50)	80 (27)	25 (40)
2004	147 (48)	67 (46)	78 (76)	142 (47)	101 (69)
2005	258 (99)	135 (52)	139 (53)	139 (53)	137 (53)
2006	132 (34)	114 (86)	228 (59)	202 (52)	103 (78)
2007	148 (41)	133 (90)	215 (60)	200 (55)	117 (79)
2008	125 (41)	104 (83)	166 (53)	166 (52)	90 (72)

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultaten

Åldern på de screenade vårdtagarna varierade mellan 21år och 105 år över åren.

Någon skillnad i antalet tänder kunde inte påvisas med avseende på olika år. Antal vårdtagare som har helprotes i båda käkarna har minskat från år 2003-2008.

Synlig karies har ökat, däremot är prevalensen av parodontit, slemhinneförändringar och muntorrhet relativt likartade över åren.

Munhygien hos vårdtagarna har varit relativt konstant under åren trots att antalet vårdtagare som får hjälp med munvården har ökat.

Behovet av nödvändig tandvård ökade i början av perioden men har sedan varit konstant. De vårdtagare som var i behov av nödvändig tandvård fick densamma i stor utsträckning, dock kvarstår en del sjukdomssymptom.

Resultatdiskussion

Antalet vårdtagare med helprotes har minskat över tid. Det innebär att fler vårdtagare kommer att ha egna naturliga tänder kvar i större utsträckning framöver. Detta kan resultera i ett större vårdbehov av både profylax och reparativ tandvård. Den viktigaste förebyggande insatsen är den dagliga munvården och den är många gånger åsidosatt inom äldrevården och omsorgsvården (10). Det visar även denna studie genom att munhygien inte har förändrats nämnvärt trots att antalet vårdtagare som får hjälp med den dagliga munvården har ökat. Frekvensen av synlig karies har ökat över åren. Att antalet helprotesbärare har minskat kan ses som både positivt och negativt. För vårdpersonalen kan det vara lättare att ta ut proteserna på vårdtagarna och borsta rent dem utanför munnen än att borsta tänderna i munnen. Många av de äldre har svårt att låta någon annan borsta deras tänder när de tidigare har skött det själva. Det kan ofta ge upphov till konflikter mellan vårdpersonal och vårdtagare (10). Även de yngre vårdtagarna som har rätt till nödvändig tandvård, utvecklingsstörda och psykiskt sjuka, kan vilja klara att sköta sin munhygien själv. Detta för att stärka självkänslan. Dock är det inte alltid tillräckligt utan de behöver hjälp med munvården för att få ordentligt rent och kunna få behålla munnen frisk.

Vård- och omsorgspersonalen anser att de kränker vårdtagarnas integritet genom att borsta deras tänder (10). Detta kan bero på personalens egna värderingar och kunskaper. Om man själv inte prioriterar en bra munhygien så kan det överföras även på vårdtagare. Kommunen har ansvaret att se till att all vård- och omsorgspersonal får utbildning i munvård (25). Det är viktigt att den årliga fortbildningen verkligen genomförs och landstinget har också ett ansvar att sköta sitt åtagande genom att ständigt vidareutbilda tandhygienisterna som arbetar med den uppsökande verksamheten, så att de sedan kan utbilda vård- och omsorgspersonal (26). Även övrig tandvårdspersonal som träffar dessa vårdtagare och vård- och omsorgspersonal bör arbeta aktivt med munhygieninstruktion. Ett gott samarbete kan förhoppningsvis leda till en bättre munhälsa för dessa vårdtagare. Fler vårdtagare får nödvändig tandvård idag än år 2003 och det kan bero på att antalet vårdtagare med egna tänder har ökat och att den uppsökande verksamheten fungerar bättre. Screeningpersonalen har fått mer erfarenhet och har utvecklat sin förmåga att bedöma och prioritera. Vad gäller andelen av de som önskat och som fått nödvändig tandvård kan resultatet vara missvisande. Det beror på att listorna på utbetald nödvändig tandvård endast visar vilket år patienten fått nödvändig tandvård utförd. Det finns ingen specifikation på vilket datum den är utförd, om det är före eller efter screeningen. Om vårdtagaren fått flera behandlingar kan det bli en viss eftersläpning och den nödvändiga tandvården ej blivit slutförd inom sex månader efter screeningtillfället.

Munhälsobedömningarna har gjorts av flera screenande tandhygienister under åren, med varierande erfarenhet inom yrket. Det kan förklara variation i bedömningarna, vilket gör att en viss försiktighet bör beaktas i slutsatsen.

År 2005 skiljer sig markant från de andra åren vid variabler med svarsalternativ ja eller nej. Det kan bero på att det året började beställarenheten att lägga in journaldokumentationen i ett nytt dataprogram, T99. I T99 dokumenteras svarsalternativ nej med siffran 1, och svarsalternativ ja med siffran 2. Vi befarrar att man blandat ihop dessa svar år 2005. Detta påverkar resultatredovisningen för år 2005 och vi har därför avstått från att ta med år 2005 i jämförelse mellan åren.

Metoddiskussion

På grund av brister i journaldokumentationen, framförallt år 2003 och 2004, har det varit svårt att få tillförlitlig information. De vårdtagare som haft behov av och som önskat nödvändig tandvård är troligen inte dokumenterade på rätt sätt år 2003 och 2004 på grund av otydlig journal. Från och med år 2005 avlästes journaldokumentationen på utdragslistor från

dataprogrammet T99 och ej direkt från screeningjournalen. På grund av att det inte framgår vid vilken tidpunkt vårdtagarna fick nödvändig tandvård kan det finnas en viss osäkerhet i redovisningen av dessa data.

Screeningjournalerna har en del svagheter eftersom de har ifyllts av flera olika bedömare samt att screeningjournalerna har varit otydliga. Dokumentation har gjorts efter en visuell inspektion där endast munspegel och ficklampa använts, det gör bedömningen av sjukdomssymptom och antalet egna tänder osäkrare.

Bortfallet beror på otydliga journalanteckningar. En del screeningjournaler hade flera, varandra uteslutande, ifyllda svarsalternativ. En del vårdtagare hade blivit screenade två gånger samma år, då inkluderades den senast ifyllda journalen. Det visar på vikten av tydliga instruktioner för dokumentation och även vikten av att dessa instruktioner följs noggrant.

Slutsats

Vårdtagarna har ett betydande behov av nödvändig tandvård som har varit relativt konstant över tid. Behovet har i stor utsträckning tillfredsställts även om det kvarstår en del sjukdomssymptom. Munhygien är inte tillfredsställande trots att de som är i behov av hjälp med munvården får sådan i tillräcklig utsträckning.

Förslag till vidare forskning

Det vore intressant att göra en liknande journalstudie för att se om behovet av nödvändig tandvård skiljer sig mellan de olika kommunerna i Dalarna. Det vore också av intresse att undersöka vårdgivarnas/omsorgspersonalens syn på munhygien och nödvändig tandvård.

Referenser

- 1 Nordenram. G, Nordström. G. Äldretandvård. Förlagshuset Gothia 2000. Växjö.
- 2 Sveriges framtida befolkning: 2006-2050 = (The future population of Sweden: 2006-2050). Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB) 2006.
- 3 Gabre. P. Bättre munhälsa för äldre och funktionshindrade. Tandläkartidningen årg 100 nr 14 2008.
- 4 Wårdh. I. Oral health care in nursing. Attitudes, priorities and education. ISBN 91-628-5360-0. Göteborg. 2002.
- 5 Vehkalahti. M, Knuutila. M. Förebyggande vård främjar äldres munhälsa. Den norske Tannlegeforenings Tidende 2008; 118 NR 2.
- 6 Andersson. K, Furhoff. A-K, Nordenram. G, Wårdh. I. Oral health is not my department: Perceptions of elderly patients oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2007.
- 7 Fure. S. Karies hos äldre. Tandläkartidningen årg 93 nr 1 2001.
- 8 Löe. H, Theilade. E, Jensen S. B. Experimental gingivitis in man. Journal of periodontology 1965; 36.
- 9 Thylstrup. A, Fejerskov. O. Textbook of Clinical Cariology. Munksgaard. 1994. Copenhagen.
- 10 Öhrn. K, Andersson P. Munvård inom vård och omsorg. ISBN 13: 978-91-44-04428-6. ISBN 10: 91-44-04428-3. Författarna och Studentlitteratur 2006.

- 11 Andersson. K, Nordenram. G. Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community-dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study. *International Journal of Dental Hygiene* 2004.
- 12 Hugosson. A, Koch. G, Göthberg. C et. al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). Review of clinical and radiographic findings. Department of Natural Science and Biomedicine School of Health Sciences, Jönköping University. Jönköping Sweden.
- 13 Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm 2005.
- 14 Österberg. T, Carlsson. GE, Tsuga. K et. al. Associations between selfassessed masticatory ability and some general health factors in a Swedish population. *Gerodontology* 1996.
- 15 Saletti. A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, Karolinska Institute 2007.
- 16 Nordström. G. *Munhälsa och kostvanor*. *Socialmedicinsk tidskrift* 2001.
- 17 Andersson. P, Hallberg. RI, Lorefält. B et.al. Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *International Journal of Dental Hygiene* 2004.
- 18 Ehrenberg. A, Ehnfors. M. Patient problems, needs, and nursing diagnosis in Swedish home records. *Nursing diagnosis* 1999; 10.
- 19 MunBraVå. *Riktlinjer för bra mun- och tandvård för äldre med behov av vård och omsorg*. Sveriges tandhygienistförening och vårdförbundet. Stockholm 2001.
- 20 Paulsson. G. Caring for oral health in the elderly. Knowledge, conceptions and attitudes among nursing personnel. *International Journal of Dental Hygiene*. 1 August 2003.

21 Wårdh. I, Hallberg. LR, Berggren. U et.al. 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. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 17 2003.

22 Wärn. L, Leve´n. A, Pettersson. B et.al. Institutionsboendes tandvård i ett tandvårdsdistrikt. *Tandläkartidningen* årg 90 nr 4 1998.

23 Nordenram. G, Ljunggren. G. Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral diseases*. 8. November 2002. Munksgaard International Publishers Ltd.

24 Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförordning SFS 1998: 1338. Stockholm 1998.

25 Äldretandvård I Dalarna. RamVux Senior 2007. Folktandvården Dalarna 2007.

26 Muntlig källa; Anna-Kari Rynosson, förvaltningschef på Beställarenheten för tandvård i Dalarna. Säter 090129.



Munhälsobedömning

Tandvårdsremiss

Bradskande

till

.....

Namn	1. Pers.nr
Adress och tel	

2. Kommun

3. Grupp enl. Tvl 8 a § 1. 2. 3. 4.

Ifylles av ansvarig sjuksköterska/biståndshandläggare eller motsvarande.

Ansvarig sjuksköterska	Tel:	Fax:
Ansvarig läkare	Tel:	
Kontaktperson	Tel:	
<input type="checkbox"/> Närstående	Tel:	
<input type="checkbox"/> God man	Tel:	

Anamnes
 Somatisk/psykiatrisk diagnos:
 Mediciner:
 Fysiskt handikapp:
 Åtproblem:
 Övrigt (t ex behov av lift):

Ovanstående uppgifter lämnade av: Titel: Datum:

Ifylles av tandvårdspersonal

Munhälsobedömning																
Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

(användbara rotrestor räknas som tand) (rutsystemet ovan endast hjälpmedel, måste inte ifyllas)

4. Antal tänder ÖK 5. Därav molarer 6. Antal tänder UK 7. Därav molarer

8. Protetik ÖK 1. Nej 2. Helprotes 3. Delprotes 4. Bro 5. Implantat
 (8 - 10 kan besvaras med flera alternativ. Protes som ej användes räknas ej.)

9. Protetik UK 1. Nej 2. Helprotes 3. Delprotes 4. Bro 5. Implantat

10. Munslemhinneförändr. 1. Ingen 2. Vit förändring 3. Röd förändring 4. Sår

11. Muntorrhet 1. Ja 2. Nej

12. Synlig karies 1. Ja 2. Nej

13. Uppenbart parodontalt vårdbehov 1. Ja 2. Nej

14. Munhälsa 1. God 2. Acceptabel 3. Dålig

15. Munhygien 1. God 2. Acceptabel 3. Dålig

16. Får hjälp med munvård 1. Ja 2. Nej

17. Tandvårdsbehov 1. Tandv.remiss utfärdas 2. Enbart upps. profylax
 (kan besvaras med flera alt) 3. Patienten önskar ej behandling 4. Tandvård ej erforderlig


18. Klinikkod 19. Kommundel:


Patientens/närståendes önskemål:

Närvarande vårdpersonal/närstående:

Munhälsobedömn. utförd av: Datum: Sign: Tel.nr:

Remiss avsänd datum Sign: (Datareg: sign.)

	Personnummer: (12 siffror)	<input type="text"/>	
	Namn:	<input type="text"/>	
Munhälsobedömning <input type="checkbox"/> Tandvårdsremiss <input type="checkbox"/> Brådskanie till.....	Adress:	<input type="text"/>	
Tel:	<input type="text"/>		
2. Grupp N <input type="text"/>	3. Kommun <input type="text"/>	4. Boende <input type="text"/>	5. Klinik <input type="text"/>
Ansvarig sjuksköterska:.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
Ansvarig läkare:.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
Kontaktperson:.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
Närstående.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
God Man.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
Hemtjänstgrupp:.....	Tel:.....	<input type="text"/>	
Somatisk/psykiatrisk diagnos:.....	<input type="text"/>		
Fysiskt handikapp:.....	<input type="text"/>		
Ifylles av tandvårdspersonal			
A. Anamnes		B. Tandstatus	
6. Smärta 1. (Ja) <input type="checkbox"/> 2. Ja <input type="checkbox"/> 3. Vet ej <input type="checkbox"/> 4. Nej <input type="checkbox"/>	7. Tugga 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/> 3. (Nej) <input type="checkbox"/>	8. ÖK antal <input type="text"/>	9. Protetik 1. Nej <input type="checkbox"/> 2. HP <input type="checkbox"/> 3. PPP <input type="checkbox"/> 4. Fast <input type="checkbox"/> 5. Impl. <input type="checkbox"/>
		10. UK antal <input type="text"/>	11. Protetik 1. Nej <input type="checkbox"/> 2. HP <input type="checkbox"/> 3. PPP <input type="checkbox"/> 4. Fast <input type="checkbox"/> 5. Impl. <input type="checkbox"/>
B. Tandstatus			
12. Munhygien 1. Bra <input type="checkbox"/> 2. Acc. <input type="checkbox"/> 3. Dålig <input type="checkbox"/>	13. Behöver hjälp 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	14. Får hjälp 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	15. Muntorrhet 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>
C. Behov av nödvändig tandvård (uppenbart vårdbehov)			
16. Kariesbehandling 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	17. Parodontbehandling 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	18. Avtagbar protetik 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	19. Slemhinnebehandling 1. Vit <input type="checkbox"/> 2. Röd <input type="checkbox"/> 3. Sår <input type="checkbox"/> 4. Nej <input type="checkbox"/>
D. Patientens/ombudets önskemål om behandling			
20. Behandling önskas 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nej <input type="checkbox"/>	Närvarande personal/anhörig:		
Datum Skriv 8 siffror i rutorna (AAAA MMDD):	<input type="text"/>		Klinik/företagsstämpel:
Munhälsobedömningen utförd av Skriv ditt användarID (6 bokstäver):	<input type="text"/>		
Om du remitterar till tandklinik, skriv/ stämpla ditt namn här.			

 <p>Munhälsobedömning</p> <p><input type="checkbox"/> Tandvårdsremiss <input type="checkbox"/> Brådskanie till.....</p>	<p>Personnummer: (12 siffror) 1 9</p> <p>Namn: _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>Tel: _____</p>		
<p>2. Grupp N </p>	<p>3. Kommun 2 0</p>	<p>4. Boende </p>	<p>5. Klinik 7 7</p>
<p>Ansvarig sjuksköterska:..... Tel:.....</p> <p>Ansvarig läkare:..... Tel:.....</p> <p>Kontaktperson:..... Tel:.....</p> <p>Närstående..... Tel:.....</p> <p>God Man..... Tel:.....</p> <p>Hemtjänstgrupp:..... Tel:.....</p>		<p>Somatisk/psykiatrisk diagnos:.....</p> <p>Fysiskt handikapp:.....</p>	
Ifylles av tandvårdspersonal			
A. Anamnes		B. Tandstatus	
<p>6. Smärta</p> <p>1. (Ja) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>3. Vet ej <input type="checkbox"/></p> <p>4. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Tugga</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p> <p>3. (Nej) <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ÖK</p> <p>antal </p>	<p>9. Protetik</p> <p>1. Nej <input type="checkbox"/></p> <p>2. HP <input type="checkbox"/></p> <p>3. PPP <input type="checkbox"/></p> <p>4. Fast <input type="checkbox"/></p> <p>5. Impl. <input type="checkbox"/></p>
		<p>10. UK</p> <p>antal </p>	<p>11. Protetik</p> <p>1. Nej <input type="checkbox"/></p> <p>2. HP <input type="checkbox"/></p> <p>3. PPP <input type="checkbox"/></p> <p>4. Fast <input type="checkbox"/></p> <p>5. Impl. <input type="checkbox"/></p>
B. Tandstatus			
<p>12. Munhygien</p> <p>1. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>2. Acc. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Dålig <input type="checkbox"/></p>	<p>13. Behöver hjälp</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>14. Får hjälp</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>15. Muntorrhet</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>
C. Behov av nödvändig tandvård (uppenbart vårdbehov)			
<p>16. Karlesbehandling</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>17. Parodbehandling</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>18. Avtagbar protetik</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>19. Slēmhinnebehandling</p> <p>1. Vit <input type="checkbox"/></p> <p>2. Röd <input type="checkbox"/></p> <p>3. Sår <input type="checkbox"/></p> <p>4. Nej <input type="checkbox"/></p>
D. Patientens/ombudets önskemål om behandling			
<p>20. Behandling önskas</p> <p>1. Ja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>Närvarande personal/anhörig: _____</p>		
<p>Datum Skriv 8 siffror i rutorna (AAAA MMDD): 2 0</p> <p>Munhälsobedömningen utförd av Skriv ditt användarID (6 bokstäver): </p> <p>Om du remitterar till tandklinik, skriv/ stämpla ditt namn här:</p>	<p>Klinik/företagsstämpel: _____</p>		