



Riktlinjer för
Bra mun- och tandvård
för äldre med behov av vård och omsorg

Med förslag till

- komplettering till sjuksköterske- och tandhygienistprogrammet
- utbildning i munhäsovård för vårdpersonal

*En utveckling av kvalitetskravet för bra mun- och tandvård enligt
BraVå – bra vård för äldre.*

FÖRORD	3
INLEDNING	4
1. VÄGLEDNING FÖR LANDSTINGENS SÄRSKILDA TANDVÅRDSTÖD ENLIGT TANDVÅRDLAG OCH TANDVÅRDFÖRORDNINGEN SAMT SAMVERKAN MELLAN KOMMUNER OCH LANDSTING	5
2. ÄLDRES MUNHÄLSA	9
2.1 Naturliga åldersförändringar i munhålan	9
2.2 Mat och munhälsa	10
2.3 Sjukdomar i den åldrande munnen	11
2.4 Riskfaktorer för försämrad munhälsa	12
2.5 Riskgrupper	12
2.6 Hur upprätthålls en god munhälsa?	14
2.7 Kompletterande munhygieniska åtgärder	15
3. Rutiner för mun- och tandvård	17
3.1 Munvårdsarbetet	17
3.2 Mobil tandvård	20
3.3 Dokumentation av munhälsa	20
3.4 Information	21
3.5 Samarbete	21
4. UTBILDNING	23
4.1 Högskoleutbildning för sjuksköterskor och tandhygienister	23
4.2 Utbildning av vårdpersonal	23
4.3 Mat och Mun i Mark	24
4.4. Utbildning av munvårdsombud	24
REFERENSER	25
BILAGOR	
Bilaga 1 Munbedömningsinstrument	27
Bilaga 2 Begrepp	29
Bilaga 3 Adresser beställarenheter	30
Bilaga 4 Litteratur och utbildningsmaterial	31
Bilaga 5 Medverkande	33
BILDBILAGA	

FÖRORD

Vårdförbundet och Sveriges Tandhygienistförening har genom samverkan i projekt MunBraVå tagit ett gemensamt ansvar för att rekommendera riktlinjer för hur det reformerade tandvårdsstödet, som infördes den 1 januari 1999, på bästa sätt ska komma äldre med behov av vård och omsorg tillgodo.

Materialet är avsett att användas av både vård- och tandvårdspersonal som kunskapsunderlag och vägledning i verksamheten. Verksamhetschefer, beställarenheter för tandvård, politiker och tjänstemän inom förvaltningar för vård och omsorg kan också ha nytta av arbetet.

Materialet lämpar sig även för studiecirklar för exempelvis pensionärsföreningar.

Arbetet är inspirerat av kvalitetskravet för bra mun- och tandvård enligt BraVå - bra vård för äldre som Vårdförbundet publicerade våren 2000.

Den grundläggande idén för projektet är att beskriva vad som krävs av en verksamhet för att äldre i vård och omsorg ska ha möjlighet att bibehålla en optimal munhälsa. En god munhälsa är för de allra flesta en viktig del av en god livskvalitet.

Målsättningen för projektet har varit

- att ta fram riktlinjer för mun- och tandvård av vårdtagare 65 år och äldre med behov av vård och omsorg,
- att ta fram underlag för utbildning av vårdpersonal i ämnet munhälsa och dess betydelse för individens möjlighet att tillgodogöra sig mat och dryck och
- att beskriva hur högskoleutbildningen kan kompletteras för att uppfylla den nya tandvårdslagen som trädde ikraft den 1 januari 1999.

MunBraVå har genomförts i samverkan med Högskolan Kristianstad, Folktandvården Skåne samt Ängelholms och Trelleborgs kommuner från augusti 2000 till juni 2001.

Genom samverkan med landstingens beställarenheter för tandvård har ett kontaktnät i hela Sverige byggts upp.

Erfarenheter från tidigare verksamheter med uppsökande tandvård har studerats, liksom aktuell forskning inom området.

Projektet har finansierats av Socialdepartementets äldreprojekt, Vårdförbundet, Sveriges

Tandhygienistförening och SACO:s Tjänstemannaförbund SRAT.

En referensgrupp med företrädare från bland andra Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Region Skånes beställarenhet för tandvård, tandvårdsnämnden i Region Skåne, pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, folktandvård, högskola, vårdgymnasium samt olika professioner inom tand-, hälso- och sjukvård har fortlöpande granskat materialet.

Övrig expertis inom området har också anlitats för granskning.

Det är många människor som med sin kompetens inom olika områden har bidragit till detta arbete, se bilaga 5.

Samarbete är nyckelordet i projektet. Genom samverkan kan vi gemensamt bidra till att skapa bättre förutsättningar för att en god vård, där munhälsan integreras, ska komma äldre människor med behov av vård och omsorg tillgodo.

Styr- och projektgrupp vill framföra sitt varma tack till alla som hjälpt oss med sina insatser !

STOCKHOLM JUNI 2001

Anita Wijkström

ordförande
Sveriges Tandhygienistförening

Eva Fernvall

ordförande
Vårdförbundet

*Skriften reviderad 2004
i samarbete mellan STHF och Vårdförbundet*

INLEDNING

Varje människa har rätt att få känna sig ren och fräsch i munnen och att kunna äta utan besvär. Det finns ett samband mellan god munhälsa och möjligheten att tillgodogöra sig mat och dryck (Steen, 1996). Att kunna äta och njuta av måltiden uppges som en källa till välbefinnande och god livskvalitet. I umgänget med andra människor vill man inte känna sig besvärad av dålig lukt utan istället vill man kunna le utan att skämmas. I vår kultur värderas ett gott mun- och tandstatus högt.

Tandvården har genom satsningar på förebyggande åtgärder och information om hur man bäst sköter sina tänder bidragit till en god tandhälsa hos befolkningen (Hugosson et al., 1995a; 1995b; 2000). Kostnadsfri skoltandvård infördes 1949. Genom tandvårdsförsäkringen från 1974 har kostnaderna för den enskildes tandvård hållits nere genom subventioner från staten. Barn och ungdomar har avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 19 år.

Under senare år har emellertid kostnaderna för tandvården ökat kraftigt både för samhället och den enskilde individen. Utvecklingen inom den odontologiska vetenskapen har medfört att det idag är tekniskt möjligt att göra bra och funktionella tandersättningar som också är estetiskt tilltalande. Den tid då tandutdragningar och ersättningar med helproteser var den vanliga behandlingen är nu förbi. Människor vill behålla

sina egna tänder och satsar också mycket pengar på sin tandvård. Befolkningen blir också allt äldre och det innebär att det blir fler äldre med egna tänder att vårda.

Så länge man är frisk kan man bibehålla ett gott och välvårdat tandstatus även på äldre dagar. Om man däremot drabbas av sjukdom, fysisk eller psykisk, får det ofta konsekvenser genom ökad risk för mun- och tandsjukdomar.

När man inte längre klarar av att upprätthålla en god munhygien uppstår ett behov av hjälpinsatser från andra.

Regeringen tillsatte 1996 en utredning om en tandvårdsförsäkring i omvandling som presenterades i Ds 1997:16. Den följdes av ytterligare en utredning med namnet Tänder hela livet - ett nytt ersättningsystem för vuxentandvården SOU 1998:2. Dessa utredningar ledde till proposition 1997/98:12 om ett reformerat tandvårdsstöd. Propositionen beskriver behovet av förstärkta tand- och munhälsoinsatser för människor som på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning har eller riskerar att få försämrade tandhälsa. I juni 1998 fattades beslut i riksdagen om ett reformerat tandvårdsstöd. Detta trädde i kraft 1 januari 1999.

I denna skrift behandlas den del av det reformerade tandvårdsstödet som berör äldre med behov av vård och omsorg.

1. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdstöd enligt tandvårdslag och tandvårdförordningen samt samverkan mellan kommuner och landsting – Socialstyrelsens meddelandeblad 2004

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsan skall bedrivas bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov vård eller omsorg som personer enligt punkterna 1–2 ovan.

För grupperna 1-3 gäller att de skall ha ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Med omfattande insatser menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet dvs. minst 3 ggr/dygn samt tillsyn under natten. Detta skall gälla oavsett vem som genomför omvårdnaden. Även vård och omsorg som ges av närstående skall ingå i bedömningen av omfattningen (prop. 1997/98:112). Med varaktighet menas ett behov som förväntas kvarstå minst ett år.

Personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har redan bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Någon ytterligare bedömning av dessa personers behov av vård- och omsorgsinsatser skall därför inte ske utan kommunens beslut att individen omfattas av bestämmelserna i lagen är bindande.

Till grupperna 1-3 bör även räknas de personer som, oavsett boendeform, har en psykosjukdom eller en annan psykisk störning och som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav (prop. 1997/98:112).

Den som kan få avgiftsfri uppsökande verksamhet kan också få nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård (SFS 1985:125).

Samverkan mellan kommunerna och tandvården

Den uppsökande verksamheten och munhälsobedömningarna förutsätter ett samarbete mellan kommunerna, primärvården och tandvården (prop. 1997/98:112). Socialnämnden utser ansvariga för samverkan med tandvården och ansvarar för att information om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård når vård- och omsorgstagare. Personalen inom äldre- och handikappomsorgen och primärvården som har den direkta kontakten med de personer som skall erbjudas uppsökande verksamhet kan framföra erbjudande om denna.

Om en person accepterar erbjudandet ger kommunen besked om detta till den vårdgivare som landstinget avtalat med att svara för den uppsökande verksamheten.

Beslut om och utfärdande av intyg

Tandvårdsintyg

Den nödvändiga tandvården ges med patientavgifter enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Det är därför viktigt att personer som kommunen bedömt tillhöra personkretsen för nödvändig tandvård får någon form av identifikationshandling, t.ex. ett tandvårdsintyg. En sådan handling behövs för att vårdgivaren skall veta att landstinget betalar den nödvändiga tandvården. Hur dessa intyg utformas bestämmer varje landsting. Hur länge ett intyg gäller bestämmer också varje landsting.

Landsting och kommuner kommer överens om vem som har rätt att utfärda tandvårdsintyg. Beroende på om den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser eller sociala insatser kan det vara t.ex. distriktssköterska, biståndshandläggare eller chefen för ett hemtjänstdistrikt som utfärdar intyget.

Möjlighet finns för den enskilde att ansöka om tandvårdsintyg hos landstinget oavsett kommunens bedömning.

Handledning av personal

I SOU 1998:2 används genomgående begreppet

handledning men i de flesta lokala anvisningarna talas det istället om utbildning av vårdpersonal.

De försöksverksamheter med uppsökande verksamhet som genomförts i olika delar av landet har visat på behovet av handledning/utbildning av kommunens personal i munvårds- och tandvårdsfrågor. Därför är det viktigt med återkommande tillfällen med handledning/utbildning av personalen i den omfattning som kommunen och landstinget kommer överens om (SOU 1998:2, prop. 1997/98:112).

Handledningen/utbildningen kan ges av den vårdgivare som ansvarar för den uppsökande verksamheten eller annan på landstingets uppdrag.

Det kan vara ändamålsenligt att någon på varje enhet genomgår särskild handledning/utbildning. Denne fungerar sedan som ett munvårdsombud och svarar för 3 informationen till övrig personal och har ansvar för munvårdsfrågor i den omfattning man kommer överens om.

Målet för handledningen/utbildningen är att personalen får kompetens att:

- sköta den dagliga munvården,
- tolka symtom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser och
- förstå behandlingsråd från tandvårdspersonal samt kunna följa instruktioner på t.ex. ett munvårdskort.

Ansvaret för handledningen/utbildningen ligger på tandvården medan kommunen ansvarar för att berörd personal ges möjlighet att delta i handledningen/utbildningen. Parterna svarar för sina respektive kostnader.

Lika viktigt som det är att kommunens personal får handledning/utbildning i munvårdsfrågor är det att tandvårdspersonalen, som finns hos vårdgivare för att svara för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, har god kunskap om de vanligaste sjukdomstillstånden hos äldre personer samt funktionshinder, utvecklingsstörningar och vanliga psykiska sjukdomar i målgrupperna.

Innehållet i landstingens uppsökande verksamhet
I SOU 1998:2 beskrivs innehållet i den uppsökande verksamheten som

- en bedömning, dvs. en undersökning av behovet av daglig munvård,

- en individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården,
- ett tandvårdserbjudande, dvs. en fråga om personen vill ha en fullständig undersökning av sitt tandtillstånd och eventuell erforderlig behandling samt
- handledning av vård- och omsorgspersonal så att denna kan hjälpa dem som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.

Se också prop. 1997/98:112 och tandvårdsförordningen (1998:1338).

Munhälsobedömning erbjuds årligen.

Information om möjlighet till munhälsobedömning

En skriftlig information om vad munhälsobedömningen innebär överlämnas till den som erbjuds sådan. I vissa fall kan det bli aktuellt att denna information istället lämnas till närstående.

Den vårdgivare som genom avtal eller överenskommelse med landstinget har ansvaret för ett boende eller geografiskt område eller en särskild målgrupp, samråder i första hand med medicinskt ansvarig sjuksköterska eller annan ansvarig inom kommunen om sättet att överlämna informationen.

Accepterandet av en munhälsobedömning bör vara skriftligt (prop. 1997/98:112). Därvid kan även ett medgivande finnas att uppgifter om hälsotillstånd och medicinering får lämnas ut till tandvårdspersonalen. I personens omvårdnadsjournal noterar ansvarig sjuksköterska om vederbörande accepterat eller avböjt erbjudande om munhälsobedömning.

Den enskilde har möjlighet att senare ändra ett ställningstagande om munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Utförande av munhälsobedömning

Munhälsobedömningen innebär en förenklad undersökning av munhåla, tänder och tandersättning. En bedömning görs av behovet av munhygieninsatser men även preliminärt av behovet av nödvändig tandvård. Omfattningen av munhygieninsatser bedöms med utgångspunkt från vad den enskilde, eller personal som hjälper den enskilde, kan klara av att utföra (SFS 1998:1338).

Bedömningen utförs av legitimerad tandhygienist eller legitimerad tandläkare i första hand genom besök i det ordinära eller särskilda boendet.

Deltagande av personal/närstående

Vid munhälsobedömningens genomförande är det viktigt att den personal/närstående, som brukar hjälpa den enskilde med den dagliga munvården, finns med för att få information om hur munvården lämpligast kan utföras.

Råd och instruktioner

Den som utfört munhälsobedömningen ger råd och instruktioner om hur den dagliga munvården bäst utförs. Råden ges till den enskilde och/eller närstående och personal som hjälper denne.

Råden och instruktionerna anpassas till den enskildes hälsotillstånd och vad som dagligen är praktiskt genomförbart (SFS 1998:1338).

Preliminär bedömning av tandvårdsbehovet

Vid munhälsobedömningen görs också en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård.

Den som genomför munhälsobedömningen hänvisar/remitterar vid behov till tandläkare som är beredd att ta emot den enskilde för fullständig undersökning och eventuell nödvändig tandvård.

Vart denna remiss ställs beror dels på den enskildes egna önskemål, dels på vad upphandlingen av vårdgivarens insatser omfattar. Information ges om att han/hon fritt kan välja tandläkare som utför den nödvändiga tandvården (prop. 1997/98:112).

Innan eller i samband med munhälsobedömningen ges, efter samtycke med patienten, information till bedömaren om den enskildes munvård. Även annan information om hälsotillstånd kan efter samtycke överföras från läkare eller sjuksköterska till tandvårdspersonal.

Journalföring av munhälsobedömningen

Munhälsobedömningen är en hälso- och sjukvårdsinsats som dokumenteras i en journalhandling hos tandläkaren eller tandhygienisten.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas journalföring

En smärt- och infektionsfri munhåla är viktig för både hälsa och livskvalitet. Den individuella vårdplaneringen bör även innefatta munvården. Om ansvarig sjuksköterska upprättar en omvårdnadsjournal för en patient ingår resultatet av munhälsobedömningen i denna.

Information om munvårdsbehov

Uppgifter om munstatus och behov av hjälp med munhygien noteras t.ex. på ett särskilt munvårdskort. Munvårdskortet utgör underlaget för information till den enskilde och personalen om vad som bör ingå i den dagliga munvården. Munvårdskortet är ett samverkans- och kommunikationsdokument mellan tandvårdspersonal och berörd personal. På munvårdskortet bör också finnas uppgift om vilka munvårdsprodukter, t.ex. fluorpreparat eller andra profylaxmedel, som är lämpliga att användas. Munvårdskortet kan följa patienten vid besök inom tandvården för att eventuellt uppdateras.

Nödvändig tandvård

Den som innefattas i personkretsen för uppsökande verksamhet skall också erbjudas nödvändig tandvård (SFS 1985:125).

Munhälsobedömning är inte en förutsättning för att en person skall få nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Dels kan munhälsobedömning inte hunnit bli genomförd innan behovet av nödvändig tandvård uppstått, dels kan individen ha valt att avstå från munhälsobedömningen.

I de fall nödvändig tandvård bedöms aktuell, kan ytterligare undersökning behövas av tandläkare genom hembesök eller vid besök på tandläkarmottagning.

Förebyggande behandling och akuta insatser prioriteras vad avser nödvändig tandvård. Den förebyggande tandvården har inte till avsikt att ta över eller vara ett alternativ till den dagliga hjälp med munhygien som vårdpersonalen utför.

Vid val mellan olika behandlingar väljs alltid den mest kostnadseffektiva behandlingen (SFS 1998:1338). En kostnadseffektiv behandling utmärks av att den till den lägsta kostnaden åtgärdar ett behandlingsbehov med ett acceptabelt resultat. Resultatet bedöms därvid inte enbart i ett kortsiktigt perspektiv utan även över en längre tidsperiod. Sammantaget finns det en rimlig relation mellan kostnader och effekt mätt i förbättrad munhälsa och förhöjd livskvalitet.

Om prognosen för en behandling är tveksam genomförs den nödvändiga tandvården i etapper så att resultatet av de först insatta behandlingsåtgärderna kan utvärderas innan en mer omfattande behandling genomförs.

All behandling utformas på individuella indikationer och med beaktande av om behandlingen kan anses påtagligt förbättra

förmågan att äta eller tala samt medföra väsentligt förhöjd livskvalitet och välbefinnande. I många fall kan det vara lämpligt att välja en avvaktande hållning för att få tid till en utvärdering av hur stort vårdbehovet och hur stor vårdefterfrågan är. Det är också viktigt att en medicinsk riskbedömning görs. Protetisk terapi kan i vissa fall ske av utseendemässiga skäl. I enstaka fall kan dentala implantat ingå i nödvändig tandvård t.ex. för unga patienter eller för att förbättra funktionen av en avtagbar protes hos äldre patienter.

En kort tandbåge är enligt olika studier förenlig med godtagbar oral funktion. Fast protetik och implantatstödd protetik bakom andra premolaren (kindtanden) räknas därför inte som nödvändig tandvård (SFS 1998:1338).

Följande punkter beaktas vid bedömningen av vad som ingår i nödvändig tandvård (se vidare prop. 1997/98:112).

- **Nödvändig tandvård utformas enligt de allmänna regler som gäller för övrig tandvård** Nödvändig tandvård utformas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, med respekt för patientens önskemål och med hänsyn till patientens medicinska tillstånd.
- **Nödvändig tandvård utformas med beaktande av patientens tillstånd och behov** Vid utformandet av nödvändig tandvård anläggs en helhetssyn på patientens livssituation och allmäntillstånd. Det är viktigt att patienten inte utsätts för alltför omfattande behandling utan att denna bidrar till förmågan att äta eller tala och till en väsentlig förhöjning av livskvalitet och välbefinnande.
- **Nödvändig tandvård syftar till att minska smärta och infektionstillstånd i munnen** I de fall där patientens allmäntillstånd är sviktande inriktas vårdambitionen på att enbart åtgärda ett akut infektionstillstånd. Vid mindre, kroniska infektioner såsom periapikala osteiter, kan det vara motiverat att förlänga observationstiden innan beslut om behandling tas.
- **Nödvändig tandvård bidrar till att patienten skall kunna tillgodogöra sig födan** Förmågan att tillgodogöra sig föda är inte direkt relaterad till tandstatus. Däremot är tänderna av betydelse för

förmågan att tugga födan, men även andra faktorer än antalet är av betydelse. I samråd med patienten görs en sammanvägning och prövning av dessa faktorer. Kan patienten inte kommunicera själv får bedömningen göras i samråd med vårdpersonal och närstående.

- **Nödvändig tandvård innebär ofta anpassning** Nödvändig tandvård anpassas till patientens allmäntillstånd och förutsättningar att genomgå behandlingen samt till att prognosen kan vara försämrad i förhållande till vad som gäller patienter utan sjukdom och funktionshinder. Tandvård som innebär sådan anpassning i förhållande till fullständig behandling är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Orsakerna till den individuellt anpassade vårdnivån anges i journalen.
- **Nödvändig tandvård skall ha godtagbar teknisk kvalitet** Kan en behandling inte utföras med godtagbar teknisk kvalitet på grund av tekniska eller andra svårigheter som är speciellt relaterade till den aktuella patienten, väljs en alternativ behandling.
- **Nödvändig tandvård bygger på en långsiktig plan** Behandlingsmässigt behöver ofta en långsiktig plan göras för att bl.a. avvakta utvecklingen av patientens allmänna hälsotillstånd och dennes efterfrågan på och behov av tandvård. Tandvård utförd i flera steg, etapptandvård, är lämplig i många fall.
- **Nödvändig tandvård utformas i många fall efter samråd med ansvarig läkare och/eller ansvarig vårdpersonal** Den allmänmedicinska diagnostiken är viktig och tandläkaren måste ta ställning till om kontakt behöver tas med patientens läkare. Tandläkaren kan inte förväntas att alltid ensam kunna avgöra frågor om svaga patienters lämplighet för mer omfattande tandbehandling. Ibland kan detta samråd ersättas med diskussioner med ansvarig vårdpersonal.
- **Nödvändig tandvård utformas efter samråd med patienten och/eller närstående**

2. ÄLDRES MUNHÄLSA

2.1 Naturliga åldersförändringar i munhålan

Munhålan undergår liksom övriga organ vissa förändringar med stigande ålder. Det är viktigt att påpeka att dessa förändringar inte är sjukliga. Mottagligheten och känsligheten för att utveckla sjukdomar blir dock större.

Tänderna får en ökad inlagring av mineraler. Emaljytan blir hårdare, men därigenom också skörare. Slitage genom tuggning visar sig framförallt på underkäksframtänderna, där ofta hela emaljskiktet nötts bort och dentinet blottlagts. Pulparummet minskar i omfång och därigenom också känsligheten. Färgen på tänderna blir gulare.

Slemhinnans epitelskikt blir tunnare. Munhålan slemhinnor bibehåller dock en god genomblödning och regenererar snabbt efter exempelvis sårbildning.

Tandköttet, som i yngre år stramt omsluter tandkronorna, förlorar kollagena fibrer och en

naturlig tillbakabildning, liksom nötning genom felaktig tandborstning, leder till att rottytor blir blottlagda. Mellanrummet mellan tänderna ökar. Käkbenet blir tunnare. Hos helprotesbärande resorberas käkbenet märkbart genom åren, framförallt i underkäken, där det kan bli svårt att bibehålla passformen på proteser.

Salivfunktionen påverkas genom tillbakabildning av spottkörtlarna. Det är framförallt de små spottkörtlarna, insprängda i gomslemhinnan, som påverkas av atrofi (tillbakabildning av körtlarna). De små spottkörtlarna står för den saliv som bildas vid vila, så kallad vilosaliv. De stora spottkörtlarna, öron-, undertung- och underkäksspottkörtlarna bibehåller i stort sett sin kapacitet och är aktiva vid stimulering, som sker vid exempelvis tuggning. Den selekterade atrofieringen resulterar i att en åldrad människa blir väldigt torr i munnen av att inte röra på ansiktsmuskulaturen genom tal och andra munrörelser.

SCHEMATISK BILD AV UNG RESP. GAMMAL TAND

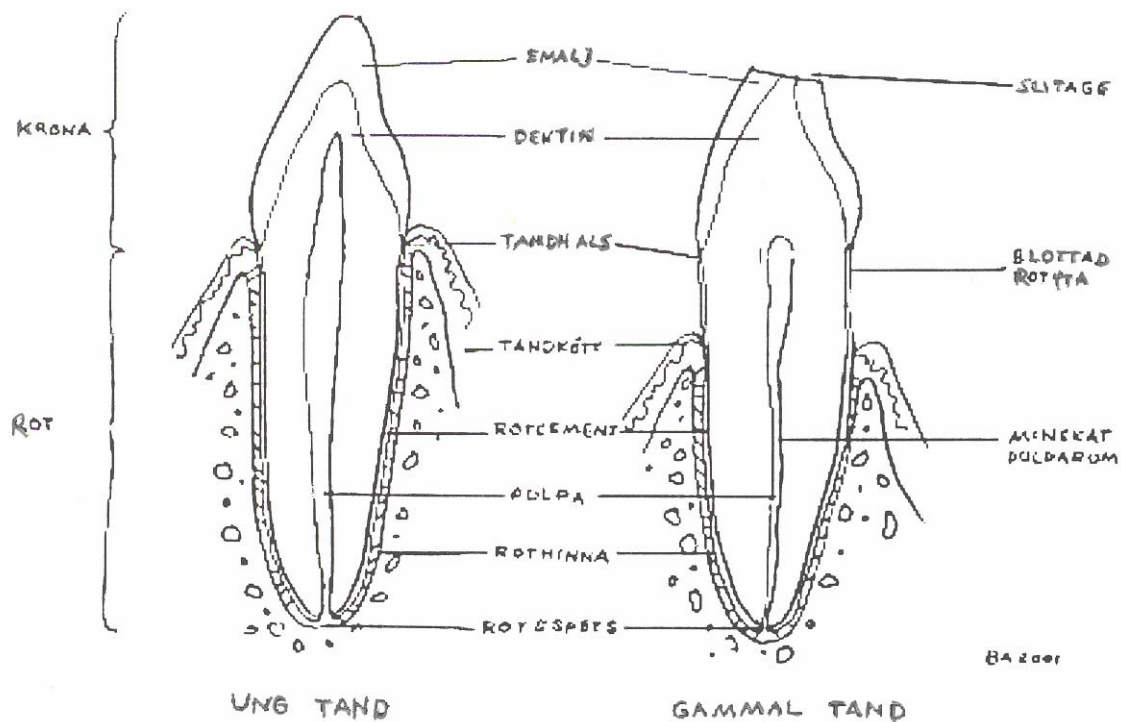


Illustration Bitte Ahlborg, leg.tandläkare, Mun-H-Center, Göteborg

2.2 Mat och munhälsa

Mat och njutning av måltider hör till livets glädjeämnen och har stor betydelse genom hela livet, även när man blir äldre. Munnen har här en central plats. Från det nyfödda barnets tillfredsställelse genom amning följer glädjen med måltiderna oss genom hela livet. Måltidsmiljön, både den fysiska och psykiska, är av stor betydelse. Ett vackert dukat bord, där man får njuta av måltidsro utan störande inslag av bullrig miljö och där man får tillräckligt med tid för samvaro, ökar välbefinnandet. Med stigande ålder följer ofta försämrad syn, förändrade smakförnimmelser och ett långsammare rörelsernas och tankens tempo. Det är därför viktigt att ta hänsyn till den enskilde vårdtagarens tidigare vanor och önsknings beträffande mat och måltidsmiljö för att kunna tillgodose de individuella behoven. Förmågan att uppfatta smaker försämras med stigande ålder. Lukt- och smaksinnet behöver extra förstärkning. Många äldre klagar över att maten inte smakar som förr, vilket gör att vårdpersonalen behöver vara lyhörd för önskemål för att kunna sätta litet extra smak på maten. Även övriga sinnen behöver stimuleras för en god aptit. Känselsinnet registrerar matens konsistens och temperatur, synsinnet påverkas av hur maten serveras. Hörselsinnet bidrar också till smakupplevelsen. Maten kan smaka bättre om man har hört den småputtra i grytan, varför det är önskvärt att de äldre får vara med och förbereda måltiden. Det kan vara ett sätt att känna sig behövd och efterfrågad. Matlagning har för många varit ett stort intresse och det bör falla sig naturligt att tillvarata pp den kunskapen. Maten ska vara energirik och ha ett allsidigt näringsinnehåll. Många gamla har svårt att äta stora portioner. Det är därför viktigt att se till att den portion som konsumeras motsvarar näringsbehovet. Dietisten kan ge råd om lämpligt kosttillskott. Det finns ett brett sortiment av näringsberikad kost, som kan köpas genom apotek, grossist eller detaljhandel. Ett annat alternativ är att berika den vanliga maten i syfte att åstadkomma en mer energirik måltid. I en studie (Ödlund Olin et al., 1996) visades att då ett antal vårdtagare serverades så kallade högenergirika måltider ledde detta till ett 40 % högre energiintag i gruppen. En viktuppgång om cirka 3,4 % kunde noteras vid jämförelse med dem som serverades de vanligt förekommande måltiderna, trots att vårdtagarna ofta avstod från mellanmål, då den speciella maten serverades. De högenergirika måltiderna innehöll samma mängd

mat som de sedvanliga portionerna. Man kunde dessutom visa att samma mängd tillskott i energi kunde erhållas genom den energirika måltiden som den som kan fås genom kosttillskott, men till en betydligt lägre kostnad.

Antalet måltider bör spridas över dagen. Tre huvudmål och tre till fyra mellanmål är en generell kostrekommendation, där man också måste se till att vårdtagaren tillgodogör sig den serverade måltiden.

Ingen ska behöva vara utan mat i mer än 10-12 timmar (nattfasta). Efter morgon- respektive kvällsmålet bör vårdtagaren få tillgång till munvård enligt anvisningar på munvårdskortet, se 3.1. Vårdtagaren måste också få möjlighet att skölja munnen och eventuella avtagbara proteser med vatten efter måltiderna.

Det är vanligt med undernäring bland äldre vårdtagare (Steen, 1994; SoS-rapport 2000:11). Undernäringen leder till långsammare tillfrisknande (Cederholm et al., 1995; Mossberg 1998) och påverkar även immunförsvaret negativt med ökad risk för infektioner och därigenom längre läkningstid som följd (Rothenberg & Johansson, 2001).

Mun- och tandstatus påverkar äldres förmåga att äta såväl tillräckligt mycket som rätt sorts mat. Konsumtionen av fet mat ökar med stigande ålder på bekostnad av mat med bättre energiinnehåll och mer vitaminer (Nordström, 1995). Personer med tuggbesvär undviker hård mat som grönsaker och torrt bröd. De som lider av muntorrhet har svårt att svälja (Björnström et al., 1990; Loesche et al., 1995).

På grund av sväljsvårigheter kan bakterier från munhålan aspireras (dras ner i lungorna) och orsaka aspirationspneumoni (lunginflammation). (Langmore et al., 1998). Med stigande ålder minskar förmågan att känna törst och kroppssammansättningen ändras, så att mängden kroppsvatten minskar. Därigenom ökar risken för uttorkning. Många läkemedel hämmar salivsekretionen. Vid intag av flera olika läkemedel, som är vanligt vid ökad ålder och sjuklighet, ökar risken för muntorrhet högst väsentligt.

Eftersom nutritionsproblem hos äldre ofta är summan av flera faktorer behöver alla samverkande yrkeskategorier hjälpas åt för att komma tillrätta med problemen.

Genom att observera och bedöma nutritionsstatus kan vikttnedgång och förmåga att tillgodogöra sig mat och dryck sättas i samband med munhälsan. Då sjuksköterskan noterar en försämring i vårdtagarens nutritionsstatus kan tandhygienisten göra en bedömning om eventuella orsaker finns i ett försämrat munstatus. En illasittande avtagbar

protes påverkar i hög grad vårdtagarens förmåga att kunna tugga och det är viktigt att protesbärare dietist, kökspersonal, vård- och tandvårdspersonal kan hjälpa vårdtagarna till ett bättre allmäntillstånd och därigenom förhöjd livskvalitet.

Orsaker till undernäring kan vara

- dålig aptit på grund av intag av olika läkemedel eller på grund av sjukdom,
- minskad förmåga att känna törst eller
- svårigheter att äta på grund av dålig mun- och tandstatus och tugg och sväljsvårigheter eller andra funktionsnedsättningar till följd av sjukdom

BraVå 2000

2.3 Sjukdomar i den åldrande munnen

Karies (hål i tänderna)

Den blottlagda rotytan, som inte har något skyddande emaljskikt, utsätts lätt för kariesangrepp. Syrabildning sänker pH-värdet i munhålan. Normalt ska detta ligga runt 7, men det sjunker varje gång som kolhydrater tillförs. Den kritiska pH-nivån för att utveckla emaljkaries ligger runt 5,2-5,7 pH, medan dentinet drabbas redan då pH-sänkningen är 6,5. Har man dessutom en bristfällig munhygien ligger ofta plack vid tandköttskanten och dessa bakterieansamlingar gör påfrestningen ännu större.

Den tandvård som utfördes under 1940- och 1950-talen kännetecknas av stora amalgamfyllningar.

Mycket tandsubstans borrades ur för att fyllningarna skulle förankras väl.

Stora fyllningar innebär också större områden med skarvar, där bakterier kan invadera och orsaka sekundärkariesangrepp. Frakturer av delar eller hela tandkronor är inte heller ovanliga konsekvenser av de stora fyllningar som gjordes. Äldre människor har högre tolerans för smärta. Många sjuka och funktionshindrade tar regelbundet medicin för kronisk smärta, vilket höjer smärtröskeln.

Genom minskad känslighet i pulpan, kan ofta kariesangreppen gå djupt innan den äldre vårdtagaren upplever smärta, något som kan leda till att angreppet når pulpan. Då rotkanalen ofta är mycket smal kan det vara omöjligt att utföra den terapi som en rotfyllning innebär och tanden måste extraheras (tas bort).

Bild 1 rotkaries i underkäken. Bild 2 kronfrakturer i underkäken, se bildbilaga.

Gingivit (tandköttsinflammation) och stomatit (inflammation i munslemhinnan)

kontrolleras av tandläkare. Samverkan mellan

Bakteriebeläggningar som inte avlägsnas blir orsak till inflammatoriska förändringar i munslemhinnan. Gingivit kännetecknas av rodnad, svullnad och lättblödande tandkött. Stomatit är en inflammation i munslemhinnan som karaktäriseras av ökad rodnad och som är kroppens reaktion på exempelvis bakterier, virus eller svamp. Stomatiten är ofta lokaliserad till slemhinnan under en protes och kallas då protesstomatit.

Bild 3 gingivit i underkäken, Bild 4 stomatit med kronisk svampinfektion i gomslemhinnan, se bildbilaga.

Parodontit (tandlossning)

Parodontit är resultatet av ett komplicerat samspel mellan mikroorganismer och individens försvarssystem. Förekomst och omfattning av parodontala sjukdomar ökar med stigande ålder. Bristande munhygien gör att bakterier invaderar de fördjupade tandköttsfickor som uppstår då elasticiteten i tandkötet avtar. Endotoxiner (intracellulära gifter hos bakterier) gör att käkbenet angrips och förstörs och att tandens fäste försämras. Med ökad belastning genom tuggning ökar tandens rörlighet. Det leder till tandlossning och därmed tandförlust. I samband med åldrandet ökar förekomsten av systemsjukdomar såsom kardiovaskulära sjukdomar och diabetes mellitus. Under senare år har ett antal studier påvisat samband mellan parodontit och dessa sjukdomar. Dåligt nutritionsstatus och nedsatt allmäntillstånd sänker ytterligare immunförsvaret och ökar därigenom risken för parodontit, som i sin tur påverkar allmäntillståndet. På detta sätt uppstår en ond cirkel.

Bild 5 parodontit i underkäken, se bildbilaga.

Candidos (svampinfektion)

Dåligt immunförsvaret, särskilt i kombination med bristande salivfunktion, kan vara en bakomliggande faktor till lokala svampinfektioner- candidos. I munhålan orsakas svampinfektionen vanligtvis av svamparten *Candida albicans*. Hos protesbärare med dålig munhygien ses ofta en svampinfektion på slemhinnan under själva protesen. Långvarig antibiotikabehandling och inhalationsläkemedel mot astma ökar risken för svampinfektion. Nedsatt allmäntillstånd och undernäring kan ge en generell svampinfektion med utbredning från munhålan genom matstrupen och vidare genom kroppen eller tvärtom utgå från kroppen primärt och nå munhålan som en sekundärinfektion. Svampinfektionen kan dels vara akut, dels

kronisk. En akut svampinfektion kännetecknas av en vit avskrapbar beläggning, medan en kronisk infektion oftast visar sig som en rodnande och irriterad munslemhinna.

Bild 6 akut svampinfektion i underkäken, kronisk svampinfektion se bild 4, bildbilaga.

Munvinkelragader (munvinkelsår)

En hopsjunknen mun, som följd av tandförluster eller sänkt betthöjd, får vid nedsatt allmäntillstånd i kombination med bristande hygien och muntorrhet lätt sår i munvinklarna. Dessa blir ofta infekterade dels av stafylokocker, dels av candida albicans, vilken är den vanligaste orsaken till svampinfektion i munhålan.

Bild 7 munvinkelsår och muntorrhet, se bildbilaga.

Materialet till avsnitt "Äldres munhälsa" och "Sjukdomar i den äldre munnen" har hämtats från Äldretandvård av Gunilla Nordenram och Göran Nordström (Gothia förlag 2000), Munhälsa på äldre dagar av Bitte Ahlberg, Bo Alborn och Jan Andersson (AnA förlag 1999) samt "Parodontit hos äldre" av Stefan Renvert och Rutger Persson ur Tandläkartidningen Nr 1, 2001.

2.4 Riskfaktorer för försämrad munhälsa

Munhygien

Bristande munhygien, där bakterier tillåts föröka sig och bilda bakterieplack, utgör den största generella riskfaktorn för att utveckla sjukdomar i munhålan såsom gingivit, stomatit, parodontit och karies.

Kostvanor

Förändrade kostvanor med täta intag av kolhydrater, till exempel sockerprodukter som syrliga karameller och söt eller sur saft, ger risk för syrabildning med pH-fall som följd och därigenom ökad kariesrisk. Mat som blir liggande kvar i munhålan efter måltid på grund av sväljsvårigheter, muntorrhet eller minskad känslighet i munmotoriken utgör också en ökad risk för ohälsa i munhålan. Minskad vätsketillförsel är en annan riskfaktor.

Muntorrhet

Minskad salivproduktion kan, förutom atrofi av salivspottkörtlarna, ha många olika orsaker. Användningen av läkemedel är den vanligaste orsaken till muntorrhet. Andra orsaker till muntorrhet är inaktivitet av tugg- och ansiktsmuskler, munandning, strålbehandling mot ansikts- och halsregionen liksom vissa sjukdomar såsom Sjögrens syndrom och depression. Ökad frekvens av sjukdomar gör att läkemedelskonsumtionen ökar. Det finns cirka 200 läkemedel förtecknade i FASS där muntorrhet

anges som biverkning. Antalet intagna läkemedel utgör en betydelsefull faktor vid muntorrhet. Med fler läkemedel ökar också den upplevda muntorrheten hos vårdtagarna (Nederfors et al., 1997). Vid muntorrhet ökar risken för karies eftersom pH-balansen rubbas och parodontitrisken ökar framförallt på grund av att det antibakteriella systemet som finns i saliven sätts ur funktion. Saliven innehåller immunglobuliner och när det är sparsamt med saliv minskar även dessa och därmed det skydd som de ger lokalt i munhålan. Proteser sitter sämre då salivskiktet mellan slemhinnan och protesens försvinner och proteser ger också lättare upphov till skavsår på en torr slemhinna. Dessutom ger muntorrhet dålig andedräkt och svårighet att tala och svälja. Den kan även leda till att maten smakar sämre. Vid uttalad muntorrhet kan en brännande sveda och smärta i munnen upplevas. Det är inte heller ovanligt att läkemedel som tabletter blir liggande kvar och fastnar i munnen med lokala slemhinneskador som följd.

Tecken på nedsatt salivsekretion kan vara

- torra och spruckna läppar med fissurer,
- munvinkelragader,
- rodnad och blank tunga, ofta med sprickor eller fåror,
- torr och röd slemhinna med matt yta; munspegelns baksida fastnar vid kindens insida,
- svampinfektioner, vanliga under proteser och på tungan samt
- många kariesangrepp och atypisk karies (plastfyllningar löses ut ovanligt snabbt)

(Lenander-Lumikari, 2001)

Bild 8 muntorrhet, se bildbilaga.

2.5 Riskgrupper

Demens

Personer med demenssjukdom är ofta muntorra på grund av inaktivitet av ansiktsmusklerna i kombination med medicinering. Inaktiviteten leder ofta till dregling och till att maten blir liggande kvar i munhålan. Dålig nutrition, störningar i minnesfunktionen och sväljsvårigheter bidrar till ett för lågt vätskeintag. Bruxism (tandpressning) kan leda till frakturer av tandkronor samt ge ökad rörlighet av tänder med parodontit.

Insikt om vikten av munhygien saknas ofta och det kan vara svårt för vårdpersonal att få hjälpa till med den dagliga munvården. Tandvård för dementa är tidskrävande och de är den grupp som behöver få bästa möjliga stöd av tandvården, det vill säga professionell rengöring och förebyggande insatser med individanpassade täta intervall

(Nordenram & Nordström, 2000). Det tar tid att förstå varje enskild individs önskningsar och att kunna uppmuntra vårdtagaren att ta emot den hjälp som erbjuds. Kunskap om vårdtagarens liv och vanor, som inte kan uttalas av den demente själv, finns samlad hos såväl personal som närstående. Genom teamsamverkan kan god vårdplanering göras. Den samlade kunskapen och erfarenheten ger vårdtagaren trygghet i omhändertagandet. Respekten för den personliga integriteten får aldrig ifrågasättas. Det är viktigt att bygga upp en god relation för att kunna förstå och ge stöd till dementa vårdtagare (Nordenram, 1997).

Dementa vårdtagare har problem med nutritionen (Nordenram et al., 1996). Förmågan att kunna äta står i proportion till vårdtagarens kognitiva status. Det är inte ovanligt att personer med demens inte känner hunger och att de i ett sent skede av sjukdomen inte vet hur de ska bära sig åt för att äta.

Depression

Många äldre lider av depression. En påverkan av det autonoma nervsystemet leder till nedsatt salivsekretion. Medicinering och inaktivitet av ansiktsmusklerna bidrar dessutom till uttalad muntorrhet. Isolering, dåligt självförtroende och apati ökar risken för att vårdtagare tappar aptiten. Tröstätande av sötsaker, gärna syrliga karameller för att lindra muntorrhet, leder till att kariesrisken ökar kraftigt.

Diabetes

Infektionskänsligheten hos personer med dåligt inställd diabetes ger ökad parodontitrisk. En undersökning från Dalarna (Sandberg et al., 2000) av vårdtagare med typ 2-diabetes visade att mer än hälften av alla patienter hade muntorrhet. Parodontit var vanligare hos dessa patienter liksom initiala kariesangrepp. Ytterligare en studie (Sandberg et al., 2001) visade att 85 % av patienterna med diabetes inte visste att det fanns något samband mellan diabetes och munhälsa. Mer än hälften av undersökningspersonerna sa dessutom att tandvården inte visste att de hade diabetes.

Hjärt- och lungsjukdom

Hjärt- och lungsjuka människor är stora konsumenter av mediciner som ger muntorrhet som biverkning. Diuretika (urindrivande), antihypertensiva (blodtryckssänkande), antiastmatika (läkemedel mot astma) är exempel på grupper av medikamenter som ger muntorrhet som biverkan. Parodontit utgör en risk för att infektion sprids via blodbanorna. Undersökningar visar att risken

för hjärtinfarkt ökar med förekomst av parodontitassocierade bakterier i blodet (Beck et al., 1998; Hertzberg & Meyer, 1998; Klinge, 2000). Vårdtagare med medfött hjärtfel och inopererade klaffar ska ha antibiotikaskydd inför blodiga ingrepp i munhålan.

Vårdtagare som tar blodförtunnande medel har ökad blödningsbenägenhet. I samråd med ansvarig läkare bedöms om ingrepp i munhålan kan göras utan att särskilda åtgärder bör vidtas. Vårdtagare med nedsatt lungfunktion kan aspirera bakterier i lungan och det kan leda till lunginflammation med allvarlig risk för dödsfall (Langmore et al., 1998).

Inopererade organ

Vårdtagare som organtransplanteras får på grund av avstöttningsrisken medicinsk behandling som orsakar nedsatt immunförsvar. Under pågående behandling är patienterna extremt infektionskänsliga och skall då vad avser munhålan följa ett speciellt vårdprogram. Slumrande kroniska infektioner i munhålan kan bli akuta och livshotande (Ahlborg et al., 1999).

Parkinsons sjukdom

Stelhet i musklerna i ansiktsregionen kan leda till att tabletter och matrester blir liggande kvar i munnen. Sväljsvårigheter gör att nutritionen försämras (Westergren et al., 1999; 2001). Vid höga läkemedelsdoser är det vanligt med muntorrhet, illamående och kräkningar. Muntorrheten reducerar salivens antibakteriella förmåga och därigenom ökar risken dels för infektioner i munhålan mjukvävnader, dels för parodontit och karies (Giannoglou et al., 2000). Skakningar gör att det blir svårt att klara av den egna munhygien. Den nedsatta motoriken och skakningarna kan även försvåra användningen av hel- eller delproteser (Ahlborg et al., 1999).

Psykiska sjukdomar

Insikt om behov av såväl munvård som tandvård saknas ofta och medicinering och tröstätning är mycket stora riskfaktorer för ett allvarligt försämrat tandstatus. Tidigt omhändertagande med förebyggande tandvård av personal som vårdtagaren kan känna förtroende för är viktigt, liksom att stegvis bygga upp en god relation mellan personal och vårdtagare för att övervinna tandvårdsrädsla.

Psykisk utvecklingsstörning

Bettutvecklingsfel är vanligt förekommande. Vårdtagare med Downs syndrom har ökad infektionskänslighet och drabbas därför ofta av parodontit tidigt i livet. Generellt har denna grupp av vårdtagare svårigheter med att upprätthålla en

god munhygien och de har ofta nedsatt oral motorik, vilket gör att matrester och plack (bakteriebeläggningar) blir liggande kvar runt tänderna. Förebyggande tandvård och samverkan av personal de känner förtroende för är mycket viktigt.

Reumatism

Många reumatiker har besvär med reducerad gap- och tuggförmåga till följd av artrit i käkleden. Att bibehålla stödet av kindtänder är viktigt för att skona leden så mycket som möjligt. Nedsatt gapförmåga och värkande leder gör att tandbehandlingar blir påfrestande och smärtsamma. Förebyggande tandvård är viktigt att sätta in tidigt i sjukdomsförloppet.

Tandhygienist kan hjälpa till med att prova ut hjälpmedel för att klara av munhygien (Ahlborg et al., 1999).

Vårdtagare med reumatiska sjukdomar drabbas inte sällan av inflammation i salivkörtlarna. Detta kan leda till minskad salivproduktion med ökad kariesrisk som följd.

Sjögrens syndrom är ett tillstånd av reumatisk sjukdom där såväl ögon- som munslemhinna torkar ut på ett invalidiserande sätt för de drabbade. Åtgärder för att lindra besvär med saliv ersättning och regelbunden fukt tillförsel av munslemhinnan är nödvändiga åtgärder.

Smärttillstånd

Det finns många gånger behov av att lindra lokal smärta i munhålan. Vårdtagare med cancer i munhålan, vårdtagare som har sår eller blåsor i munhålan och de som blivit utsatta för operativa ingrepp i munhålan upplever ofta en besvärande smärta. Smärttillståndet kan försvåra intag av mat och dryck. Smärtan kan till exempel lindras med Xylocainspray eller 5 % Lidocainsalva anbringat med hjälp av bomullspinne. Paracetamol-mixtur är ett annat alternativ.

Stroke

Strokesjukdom leder till sväljsvårigheter mellan 19 och 30% av de drabbade (Westergren et al., 1999). Försämrad känsel och munmotorik i munhålan gör att matrester och tabletter blir liggande kvar i munnen utan att vårdtagaren registrerar detta. Frätskador i munslemhinnan av tabletter samt ansamling av såväl matrester som stora mängder plack kan bli följden. Intensiv munhygien med avlägsnande av matrester behöver utföras efter varje måltid. Avtagbara proteser kan vara svåra att hålla på plats. Inte sällan uppstår en perceptionsstörning som gör att man inte längre känner igen det främmande föremålet och vänder protesen upp och ner eller bak och fram.

Viktigt är att arbetsterapeut och/eller sjukgymnast samarbetar med tandhygienisten för att prova ut lämpliga hjälpmedel för munhygien då arm- och handfunktion drabbats av förlamning. Se 2:8.

Tumörsjukdomar

Illamående efter behandlingen samt ökad energiomsättning på grund av sjukdomen leder ofta till undernäring. Svårighet att svälja på grund av smärta och muntorrhet är andra faktorer som gör att patienter med tumörsjukdomar ofta äter och dricker för litet. Strålbehandling mot käkar och hals kan ge svåra biverkningar i salivkörtlar och munslemhinnor med invalidiserande muntorrhet som följd. Även cytostatikabehandling kan orsaka muntorrhet. Saliv ersättningsmedel i form av lösning eller gel bör ges frekvent.

Särbildning, svampinfektioner och virusinfektioner uppträder ofta i samband med behandling av tumörsjukdomar. Patienter som behandlas för cancer i huvudhalsregionen uppger smärta från munhålan som mycket besvärande. Muntorrhet, torra läppar, seg saliv och känsla av allmänt obehag bidrar i hög grad till sänkt livskvalitet (Öhrn, 2001). Smärtlindring kan ges med exempelvis Xylocainspray, 5 % Lidocainsalva eller Paracetamol-mixtur. Varsamt utförd munvård flera gånger per dag är mycket viktigt. Patienter som behandlas för cancer uppger att de uppskattar om vårdpersonal erbjuder hjälp med munvård, men att de ofta inte tillfrågas eller undersöks i munhålan (Öhrn, 2001; Björklund et al., 1999).

Ett vårdprogram för munvård vid cancerbehandling har utarbetats av onkologiskt centrum Stockholm och Gotland år 2000, se bilaga 4.

Vård i livets slutskede

För vårdtagare i livets slutskede måste en lyhördhet för önsknings och behov finnas hos personalen. Fullständig munvård får ofta uteslutas och vården inriktas istället på att ge vätska lokalt i munhålan. Frekvent fuktning av munnens slemhinnor med vatten rekommenderas. Lämpliga produkter för bl.a. fuktning av slemhinna kan rekommenderas av tandhygienist

2.6 Att upprätthålla en god munhälsa

Munhälsovård

Med munhälsovård avses förebyggande åtgärder som strävar efter att bevara eller uppnå en god munhälsa.

Genom tidigt insatta förebyggande åtgärder kan många tänder räddas och mycket obehag sparas vårdtagarna. Individuella stödprogram utvecklas

bäst genom samverkan mellan berörd vård och tandvårdspersonal.

Den dagliga vården och omsorgen är viktig. Det finns tre hörnstenar som utgör basen för förebyggande tandvård : kost, munhygien och fluor.

Kost

Kosten bör vara allsidig, innehålla grönsaker och låta tänderna arbeta för att finfördela maten och därigenom öka salivavsöndringen. Frekvent intag av socker bör undvikas. Vidare rekommenderas att vårdtagaren får rikligt med vatten att dricka. Dessa generella rekommendationer måste givetvis anpassas efter vårdtagarens individuella behov och hälsotillstånd, samt kompletteras med eventuella andra åtgärder.

Vårdtagarens speciella önskemål i livets slutskede kan vara att medvetet vilja sluta äta och dricka eller att önska sig vissa produkter som ur tandhälsosynpunkt är olämpliga. Dessa önsknings måste beaktas.

Vad beträffar kostrekommendationer behöver samarbetet mellan dietist, sjuksköterska och tandhygienist byggas upp för att kunna tillgodose en god nutrition hos vårdtagaren samtidigt som tandsjukdomar kan förebyggas.

Undersökningar från bl.a. USA, Sverige och Finland har kunnat visa på ett 20 % lägre näringsintag hos helprotesbärare jämfört med människor som har sina egna tänder i behåll (Nordström, 1995). Svårigheten att sönderdela födan gör att vårdtagaren föredrar lättuggad föda med lägre näringsstäthet.

Muntorrhet, tuggproblem och sköra slemhinnor är lokala tillstånd som påverkar nutritionen. Se 2.2.

Munhygien

Vårdtagaren skavid behov ha tillgång till hjälp och assistans med den dagliga munvården. Med munvård avses daglig omvårdnad av munhålets slemhinnor, tänder, tunga och läppar, utförd av vårdtagaren själv, närstående eller omvårdnadspersonal.

Munvård ska utföras minst två gånger per dag enligt individuella anvisningar anpassade och utprovade av tandhygienist. Fysiska funktionshinder kan avhjälpas genom utprovning av specialanpassade hjälpmedel, som till exempel förstörade grepp eller eltandborste, se 2:8.

Så långt det går ska vårdtagarna uppmuntras att själva medverka till sin munvård, men aktivt erbjudas hjälp av vårdpersonal då behov finns.

Fluor

Fluor tas upp i tandens ytskikt och gör tanden mer motståndskraftig mot syra-angrepp. Fluor har

dessutom en viss bakteriehämmande effekt. Tidiga kariesangrepp kan återmineraliseras med hjälp av fluor. Fluorpreparat bör ges frekvent till äldre. När det gäller fluorkoncentrationer kan man vara mer generös, eftersom risken för överdosering är minimal och för att en blottad rotyta sannolikt kräver högre fluorkoncentration än emaljytan för att en kariesförebyggande effekt skall uppnås (Fure, 2001).

Basen i fluorprofylaxen är tandkräm. Om tandkrämen används optimalt, det vill säga genom att låta tandkrämen sköljas runt i munnen och ej spås ut med vatten, erhålls en god effekt av fluorlösningen även mellan tänderna (Sjögren, 1995). Dessutom bör vid behov vårdtagare ordineras extra fluortillskott exempelvis i form av sugtabletter, tuggummi eller munsköljning. Den optimala dygnsdosen är 1,5 mg (Socialstyrelsens rekommendation 1993). Använder man fluorsugtabletter kan dessa doseras antingen 0,25 mg x 6 eller 0,75 mg x 2. På grund av sorbitol innehåll bör den senare dosen ges till diabetiker. Fluorsugtabletter ska ges efter måltid. Fluortuggummi har en fluorkoncentration på 0,25 mg och ordineras de personer som kan och vill tugga. Tuggningen påskyndar eliminationen av föda och pH-värdet återställs snabbare. Fluorsköljning dagligen med 0,025 %- eller 0,5 %-fluorlösning enligt anvisning av tandvårdspersonal är ytterligare ett sätt att tillföra fluor vilket har visat goda resultat i reduktion av karies (Fure et al., 1998).

Vid hög kariesrisk rekommenderas daglig användning av fluor efter rekommendation av tand Behandlingens längd och användning doseras av tandhygienist eller tandläkare. Som förebyggande behandling används även fluorlackning som utförs av tandvårdspersonal.

2.7 Kompletterande munhygieniska åtgärder

Klorhexidin

Klorhexidin är ett bakteriehämmande medel som används vid hög kariesrisk och för att behandla inflammationstillstånd i munhålan. Medlet har även en viss svamphämmande effekt.

Klorhexidin har också god effekt på Streptococcus mutans som är den bakterie som starkt associeras med karies. Medlet förhindrar även uppkomst av bakteriebeläggningar på tänderna och motverkar på så sätt tandköttsinflammation.

Klorhexidin för munvård finns dels som lösning, dels som gel. Gelen kan användas som tandkräm under en begränsad tid. Gelen kan också med fördel användas i individuellt utprovade

gelskenor. Sköljning med 0,1 %-lösning eller 0,2 %-lösning 2 ggr/dag är ett annat alternativ. Ofta rekommenderas en intensiv behandling med klorhexidin under en period av en till två veckor varefter uppehåll görs med behandlingen. Avtagbara proteser kan med fördel desinficeras i utspädd lösning under en halvtimme varje dag. Användning av klorhexidinlösning ger ofta missfärgning av tänder. Denna missfärgning kan putsas bort av tandhygienist efter avslutad behandling. Klorhexidin har en besk smak och kan svida på sköra slemhinnor.

Salivstimulering

Tuggning är det bästa och enklaste sättet att stimulera salivspottkörtlarna. När tuggförmåga saknas och när muntorrhet är uttalad måste andra åtgärder sättas in. Rikligt med vatten är det enklaste och billigaste sättet att tillföra vätska. Det finns många preparat för salivstimulering på apoteken som sugtabletter, munspray och swab. Det är oerhört viktigt att de salivstimulerande preparaten inte är baserade på citronsyra som sänker pH-värdet och därmed ger ökad risk för karies.

De flesta på marknaden förekommande preparaten innehåller en buffrad äppelsyra som vetenskapligt testats fram och som är ofarlig ur kariessynpunkt.

Syrlig smak, citron eller apelsin ger ökad salivavsöndring, men innehållet av fruktsyra ökar risken för karies. Vichyvatten eller mineralvatten rekommenderas istället för fruktsaft.

Saliversättning

Den lilla mängd saliv som normalt finns i munnen är oersättlig. Vid brist på saliv eller då salivsekretionen i stort sett är obefintlig används, förutom frekvent tillförsel av vatten, saliversättningsmedel. Det finns flera olika preparat som är receptfria på apotek. En gel med konsistens som stannar kvar i munnen är ett bra alternativ. Även dessa preparat bör med fördel kombineras med fluor. Saliversättningsmedel med fluor kan förskrivas av tandhygienist.

Muntorra personer kan uppleva starka smaker som obehagliga. Därför bör saliversättningsmedel och tandkräm ha en mild smak och för stark klorhexidinlösning bör undvikas.

Salivstimulerande sugtabletter är kontraindicerade då uttalad muntorrhet föreligger på grund av att tablettorna blir liggande kvar på slemhinnan utan att kunna smälta.

Vårdtagare som fått strålbehandling i ansikts- eller halsregionen, personer med Sjögrens syndrom eller som har andra orsaker till invalidiserande muntorrhet får

saliversättningspreparat rabatterade genom receptförskrivning.

Läppar

Munhålans yttre gräns är läpparna. Läpparna hålls rena och skyddas med vätskeavvisande salva, typ Idomin eller Silon.

En hopsjunknen mun får lätt sår i munvinklarna och dessa kan i sin tur lätt bli infekterade av bakterier eller svamp. Svampinfektion behandlas med exempelvis Mycostatin-kräm, se 2.3.

Tänk på att vårdtagare som:

- använder många läkemedel, som exempelvis smärtstillande, lugnande eller vätskedrivande
- har någon eller några sjukdomar i riskgrupperna
- har avtagbara eller fastsittande tandersättningar

har ett ökat behov av noggrann munvård.

2.8 Hjälpmedel

För personer med funktionshinder finns det ofta behov av hjälpmedel som kan underlätta vid munvård och i måltidssituationen.

Det är viktigt att hjälpa vårdtagarna att så långt det är möjligt medverka till sin egen munvård. Elektrisk tandborste, greppförstorare för tandborste och hållare för mellanrumsborstar är några exempel på munhygieniska hjälpmedel som finns för tandrengöring. På apotek och hjälpmedelscentraler finns ett brett sortiment av hjälpmedel. Om behov av individuell anpassat hjälpmedel föreligger, kan detta lämpligen utprovas i samråd med tandhygienist och arbetsterapeut.

Orofaciala hjälpmedel

Bland de orofaciala hjälpmedlen ingår hjälpmedel för munvård, enkla hjälpmedel för att äta och dricka, hjälpmedel för stimulering och träning av munmotoriken och hjälpmedel för att underlätta vid behandling t.ex. tandvård.

Mun-H-Center är ett nationellt resurscenter för orofaciala hjälpmedel. Mun-H-Centers hjälpmedelsverksamhet står till allas förfogande för kostnadsfri rådgivning och information om orofaciala hjälpmedel. Adress se bilaga 4.

3. Rutiner för mun- och tandvård

I följande avsnitt beskrivs hur rutiner för mun- och tandvård för äldre som är i behov av vård och omsorg kan bedrivas i samverkan mellan vård/omsorg och tandvård. Rutinerna är skrivna utifrån ett nationellt perspektiv, avsedda att anpassas till lokala förhållanden.

3.1 Munvårdsarbetet

Ansvarig sjuksköterska, enhetschef eller motsvarande ansvarar för att vårdtagare informeras om sin rätt till ett kostnadsfritt besök av tandhygienist för en munhälsobedömning. För vårdtagare i ordinärt boende krävs ofta att speciella rutiner upprättas mellan kommunen och tandvården.

Informationen ska vara tydlig så att vårdtagaren uppfattar sina rättigheter. Efter skriftligt godkännande, som dokumenteras i patientjournalen, skrivs remiss till tandvården. Remissen ska innehålla uppgifter om diagnos, allmäntillstånd och aktuell medicinering som kan påverka tandhälsan. MunBraVå-projektet anser att det är lämpligt att tandhygienisten besöker vårdtagaren så snart som möjligt efter inkommen remiss. En person med god kännedom om vårdtagaren bör närvara vid tandhygienistens besök.

3.1.1 Munhälsobedömning

Efter ett inledande samtal om hur vårdtagaren uppfattar sin egen munhälsa utförs en munhälsobedömning. Inspektion av munhålan sker med hjälp av ficklampa och munspegel, men det är ej en fullständig undersökning. Tänder, tandersättning, munslemhinnor och tunga inspekteras. På ett munvårdskort registreras därefter antal tänder samt fastsittande och/eller avtagbara tandersättningar. För att markera skillnaden mellan avtagbara och fastsittande tandersättningar används färgmarkering. Rött för avtagbara ersättningar och blått för fastsittande. Det förekommer många olika utföranden av munvårdskort i landet, men principen för användningen är densamma. Se exempel nästa sida.

Vid munhälsobedömning bedöms även vårdtagarens möjligheter att själv utföra munvård, vilka hjälpinsatser som behövs samt vilka munhygieniska hjälpmedel som bör användas. Även detta skrivs in på munvårdskortet. Munvårdskortet är ett arbetsinstrument avsett att vara till hjälp för vårdpersonalen i det dagliga munvårdsarbetet. Det ska förvaras nära

vårdtagaren för att all personal ska känna till de munvårdsrekommendationer som givits. Avvikelse från rekommendationen eller allmänt bristande munhygien utgör underlag för diskussion i personalgruppen och med vårdtagaren, med målsättning att hitta en lämplig lösning.

Munvårdskortet ska hållas aktuellt och bör därför tas med vid tandhygienist- och tandläkarbesök. En kopia av kortet förvaras på tandklinik.

3.1.2 Munvård

Munvård innefattar daglig omvårdnad av munhålan slemhinnor, tänder, tunga och läppar. Det ingår i vårdpersonalens arbetsuppgifter att hjälpa de vårdtagare som inte själva klarar av att sköta sin munhygien. Många studier visar att det finns stora brister i munvårdsarbetet (Socialstyrelsen, 1996; Wårdh, 1995; Nordenram, 1997; Paulsson, 2000). Detta kan förklaras med att munnen är ett känsligt och intimt område för såväl vårdtagaren som för vårdpersonalen, varför beröring oftast överläts till personer som är intima vänner eller tandvårdspersonal. Därför kan det ibland vara svårt att genomföra munvård på ett professionellt sätt utan att vårdtagarens integritet kränks. Det är ett etiskt dilemma som alltid ska vara föremål för diskussion om problem uppstår. Vårdtagare kan se det som förödmjukande att behöva be om hjälp med munvård. Andra delar av omvårdnadsarbetet med hygien är lättare att acceptera. Genom att prata om munvård och betydelsen av god munhälsa kan tandhygienisten vara till stor hjälp vid sitt besök. Den medföljande vårdpersonalen, gärna kontaktsmannen, får samtidigt insikt i vårdtagarens attityder och behov av hjälp och kan sedan hänvisa till besöket. Svårigheten vid bristande kommunikation med personer med exempelvis demenssjukdom kan många gånger vara en balansgång där dagsformen ofta avgör om munvård kan utföras eller om det får anstå till ett senare tillfälle.

Vid sådana tillfällen sätts återigen det professionella yrkesutövandet verkligen på prov. Att förena god omvårdnad med respekt för vårdtagarens integritet upplevs ofta som ett etiskt dilemma (Wolf, 1992; Nordenram, 1997). Paulsson (2000) visar i sin avhandling "Caring for oral health in the elderly" att hur man som vårdpersonal uppfattar vikten av munhälsa avgör hur man lyckas i sitt arbete att hjälpa till med munvård.

Exempel på munvårdskort

Munvårdskort

Munhälsobedömning dat: sign:

Namn:

Personnr:

Tandläkare:

Tandsköterska:

Tandhygienist:

Tel:

Status:

ÖK

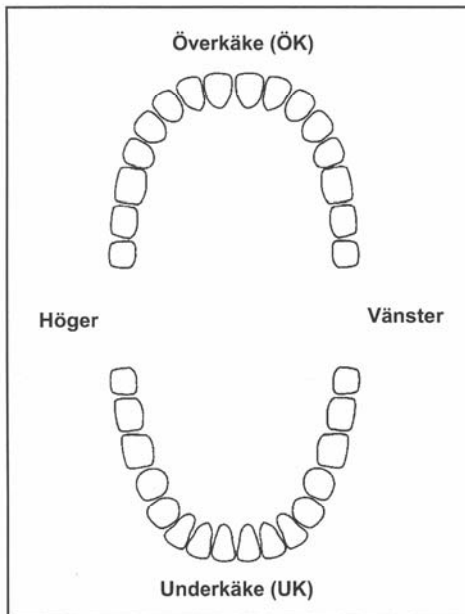
UK

Helprotes

Delprotes

Implantat

Egna tänder



Rekommenderade hjälpmedel:

Tandborste:

För rengöring mellan tänderna:

Fluor:

Saliversättning:

Övrigt:

Klarar själv:

Behöver hjälp:

Tränar:

Särskilda problem:

3.1.3 Samarbete

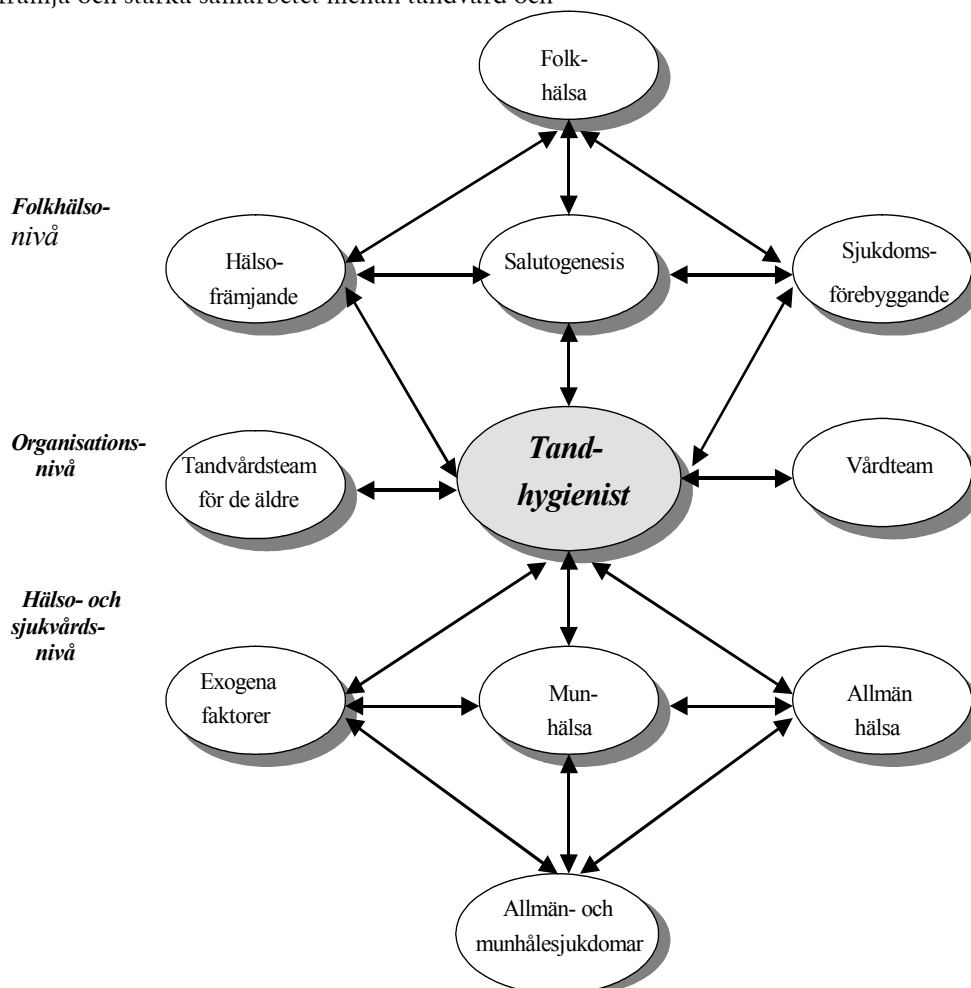
Ett gott samarbete utvecklas genom förtroende för, kännedom om och respekt för den samlade kunskap som finns hos vårdpersonalen. Samarbetet underlättas betydligt av kontinuitet i personalgruppen med rutiner för regelbunden kontakt mellan olika omvårdnadsenheter och tandvården. Ansvarig sjuksköterska respektive tandhygienist har ett speciellt ansvar för att sådana kontakter upprättas. Eftersom munvårdsarbetet ingår i den dagliga omvårdnaden är det naturligt att involvera all vårdpersonal i kontakterna med tandhygienisten. Det kan exempelvis ske genom att tandhygienisten deltar vid personalkonferenser och olika fortbildningstillfällen rörande munhälsan. För att uppnå tandvårdsreformens intentioner om ökad kunskap och förbättrad munhälsa hos de i reformen berörda grupperna krävs regelbunden uppföljning av utförda insatser. Till exempel bör vikten av en god munhälsa poängteras i introduktionsprogrammet för nyanställd personal. Tandhygienistens uppgift är bland annat att främja och stärka samarbetet mellan tandvård och

vårdpersonal genom stöd och utbildning (Paulsson, 2000).

En dialog med närstående, enligt vårdtagarens medgivande, ska föras i syfte att ta tillvara värdefull information om exempelvis vårdtagarens individuella behov respektive vanor som kan underlätta och förenkla omvårdnaden.

Rekommendation

Varje vårdtagare har rätt till munvård minst två gånger per dag enligt individuellt utformade anvisningar på munvårdskortet. Övriga munvårdsåtgärder är att tillse att vårdtagaren får ordinerat fluortillskott samt lindring av muntorrhet med rekommenderade preparat. Vårdtagaren ska få vatten att dricka, munslemhinnorna fuktade och läpparna smörjda.



Ordförklaring. Salutogenes. Ett salutogent förhållningssätt innebär att se de möjligheter som står till buds; dvs "hur man tar det" i stället för "hur man har det".

3.2 Mobil tandvård

Mobil tandvård kan i vissa fall erbjudas äldre och funktionshindrade som har svårt på grund av fysiska eller psykiska orsaker att ta sig till tandvårdskliniker för tandvård.

Mobil tandvård kan bedrivas på olika nivåer antingen med komplett flyttbar tandvårdsutrustning eller med enklare tandvårdsutrustning för att klara av exempelvis okomplicerat avlägsnande av tänder eller tandrötter, enklare fyllningsterapi, protesjusteringar samt all form av förebyggande munhälsovård.

Fördelarna med mobil tandvård är många.

Vårdtagaren får sin behandling hemma, vilket kan upplevas som tryggt. Vårdpersonalen behöver inte lämna arbetsplatsen för att vara följeslagare och färdtjänst behöver därför inte anlitas. Samarbeta och kontinuitet mellan boendet och tandvården skapas och ger därmed bättre förutsättningar för att integrera mun- och tandvård i omvårdnadsarbetet (Karlsson & Carlson, 2001).

Exempel

Mobil tandvård har under många år bedrivits av ett tandvårdsteam i Filipstad. I projektet ”Attityder till mobil tandvård och uppsökande förebyggande munhälsovård (UFM)” redogörs för de positiva erfarenheter man har av arbetet. Intervjuer med vårdtagare, anhöriga, vårdpersonal och tandhygienister visade på stor uppskattning. Vårdmodellen upplevs som en kvalitetshöjning inom äldreomsorgen (Friman & Jandaghi, 2000).

3.3 Dokumentation av munhälsa

3.3.1 Munbedömningsinstrument

Munbedömningsinstrument används för att ge stöd för genomförande av systematiska och fortlöpande munbedömningar. I munbedömningsinstrumentet tydliggörs problem med munstatus, lämpliga åtgärder noteras och kan därefter vidtas.

Bilagda munbedömningsinstrument har använts i studier (Andersson et al., 1999; 2001). Det omfattar tillstånd och funktioner i munhålan och dess vävnader. Röst, läppar, munslemhinnor, tunga, tandkött, tänder, proteser, saliv och sväljningsförmåga bedöms efter inspektion med hjälp av munspegel och ficklampa. Munstatus registreras i en graderad skala från 1 (frisk/normal) till 3 (grava problem). Resultatet av munbedömningen skrivs in i munbedömningsinstrumentet.

Även aktuell vikt registreras eftersom denna är av avgörande betydelse för att följa hur vårdtagaren tillgodogör sig näring.

Munbedömningsinstrumentet kan användas av både sjuksköterska och tandhygienist.

Sjuksköterskan ansvarar för dokumentation av vårdtagarens munhälsa. Om sökordsmodell enligt VIPS (Ehnfors et al., 1998) används kan munhälsan dokumenteras under sökord ”Nutrition” i omvårdnadsdelen av patientjournalen. Modellen är ett stöd för dokumentation av vårdtagarens tillstånd, behov och vidtagna åtgärder samt resultat av insatser. Syftet är bland annat att åstadkomma en dokumentation som ger en helhetsbild av vårdtagarens hälsotillstånd. Även detaljer kring aptit, ätproblem och kostordination bör skrivas in i omvårdnadsdelen av patientjournalen (Rothenberg, 1999). På det sättet kan sambandet mellan mat och munhälsa följas och utvärderas. Osäkerhet finns hos sjuksköterskor om deras dokumentationsskyldighet över munhålan samt vad som bör dokumenteras. Det berör såväl den friska som den sjuka munhålan. Kriterier har dessutom saknats för munbedömningar (Wårdh et al., 1997).

En första munbedömning bör göras vid vårdplanering och därefter fortlöpande, men minst en gång varje halvår. Som komplement kan daganteckningar föras, då instrumentet inte har utrymme för förklarande text till de graderingar som görs.

Munbedömningsinstrumentet är en journalhandling och förvaras i omvårdnadsdelen av patientjournalen.

Munbedömningsinstrument se bilaga 1a och b.

3.3.2. Epidemiologisk uppföljning

En enhetlig nationell epidemiologisk uppföljning saknas för närvarande (2004-08).

MunBraVå-projektet anser att ett nationellt standardiserat epidemiologiskt uppföljningssystem vore av stort värde för att få en dokumentation av tandhälsotillståndet för äldre vårdtagare i hela landet. Detta förutsätter användning av validerade data (mått, skalor, index). Man kan på så sätt följa utveckling av tandhälsan och avläsa effekterna av det reformerade tandvårdsstödet.

3.4 Information

Det är viktigt att relevant information och kunskaper om tandvårdsstödet kommer all berörd personal till del. Upprättandet av fasta kontaktvägar mellan huvudmännens personal, liksom mellan företrädare för omvårdnadspersonalen och den ansvariga tandvårdspersonalen är viktiga förutsättningar för kontinuiteten och för att arbetet skall fungera smidigt och effektivt.

(Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet cirkulär 2000).

För att de personer som omfattas av tandvårdsstödet ska få information om sina rättigheter behöver landsting, tandvård och kommunal omsorg hjälpas åt. Informationsmaterialet behöver presenteras aktivt. I ett första steg måste all omvårdnadspersonal informeras. Denna information bör ges muntligt och det är viktigt att arbetsledare ser till att nyanställd personal och vikarier också får del av informationen. Flera landsting tillhandahåller även skrivet informationsmaterial till vårdpersonal. Viktigt är att informationen riktas till avsedd målgrupp och att man följer upp att informationen nått fram.

En intervjuundersökning bland vårdtagare i Västerås visade att efter ett halvt års arbete med den uppsökande verksamheten, där information till vårdtagare och närstående ingick, var 78 % fortfarande ovetande om sina rätt till munhälsobedömning. (Wårdh et al., 2001a).

Vid det s.k. ankomstsamtalet när andra vårdbedömningar görs är det lämpligt att även informera om rätten för boende till uppsökande och nödvändig tandvård. Detta självklart under förutsättning att ansvarig sjuksköterska bedömt att boende tillhör angiven personkrets.

3.5 Samarbete

För att tillgodose att en god munhälsa upprätthålls hos personer som omfattas av tandvårdsreformen behöver personal från tandvård och kommunal omsorg ha ett nära samarbete. Samarbetet ska bygga på respekt och hänsyn för vårdtagarnas integritet och medverkan. Vid introduktion av verksamheten är det viktigt att bygga upp ett kontaktnät mellan alla inblandade aktörer.

Landstingets beställarenhet

Olika lokala riktlinjer för arbetet gäller och bestäms av respektive beställarenhet i samråd med kommunansvariga. Viktigt är att värna om vårdtagarens integritet och sekretessen vad gäller dokumentationen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) MAS har ett övergripande ansvar för att upprätthålla en god kvalitet i kommunernas hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om att upprätthålla rutiner som tillgodoser patientsäkerheten. Hon har också en nyckelroll i att förmedla kontakt och information till ansvarig personal och i att ta initiativ till att informationsmöten kommer till stånd. Till dessa inbjuds lämpligen även den tandhygienist som ansvarar för den uppsökande verksamheten. Det skapar möjlighet att lägga upp rutiner för samarbete.

Intyg för nödvändig tandvård och rätt till uppsökande verksamhet. Behörighet att utfärda intyg eller underlag till intyg regleras av landstingens beställarenheter. Omvårdnadsbehovet, inte boendet, ligger till grund för beslut om rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Ett erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning presenteras vårdtagaren vid ankomstsamtal och/eller vårdplanering. Här kan sjuksköterskan bidra med tydlig information till vårdtagare och närstående om innebörden av det reformerade tandvårdsstödet och om rättigheten till ett kostnadsfritt besök av tandhygienist. Svar på erbjudandet ska inhämtas skriftligt och det dokumenteras lämpligen i omvårdnadsdelen av patientjournalen. Därefter skickas remiss till tandvården Remissen ska innehålla för tandvården relevanta uppgifter om diagnos, omvårdnadsbehov och medicinering.

Tandhygienist

Tandhygienisten kontakter vårdenheten och bokar tider för munhälsobedömning. Ansvarig för vårdenheten har en nyckelroll för att ett effektivt och gott samarbete etableras mellan tandhygienisten och berörda personalkategorier. Vårdtagaren, liksom vårdpersonalen, ska ha kännedom om och ha planerat för tandhygienistens förestående besök. Närstående som önskar närvara vid besöket i enlighet med vårdtagarens önskemål informeras i god tid före besöket.

Kontaktman

Vårdtagarens kontaktman informeras och önskvärt är att kontaktmannen finns närvarande då tandhygienisten gör munhälsobedömningen.

Genom att många personer är involverade i den dagliga omvårdnaden kan det bli svårt att bibehålla kommunikationen. Det kan därför vara lämpligt att utse någon ur vårdpersonalen som munvårdsombud.

Munvårdsombud

Ett munvårdsombud fungerar som kommunikationslänk mellan vårdtagare, vårdpersonal, närstående och tandhygienist. Munvårdsombudet ansvarar för att på sin värdenhet sprida den information som tandhygienisten ger angående aktuella munvårdsrutiner för de enskilda vårdtagarna. Munvårdsombudet delger även tandhygienisten aktuell information. Som information till närstående kan man förslagsvis på en anslagstavla ange namn och telefonnummer till munvårdsombud och ansvarig tandhygienist.

Närstående

En betydelsefull länk i kedjan av samverkande personer är vårdtagarnas närstående. De kan ofta hjälpa till som följeslagare vid tandvårdsbesök och även uppmuntra vårdtagaren till att ta emot erbjuden hjälp med olika munvårdsinsatser. Det är viktigt att de kan känna sig delaktiga i omvårdnaden.

4. UTBILDNING

Med nya arbetsuppgifter följer behov av förnyade och aktuella kunskaper. Inom ramarna för projektet har vi prioriterat utbildningsbehovet hos sjuksköterskor och tandhygienister, då dessa yrkeskategorier bör ta ett gemensamt ansvar för arbetet med den uppsökande verksamheten. De möter vårdtagarna i såväl ordinärt som särskilt boende.

Utbildning för vårdpersonal ingår i upphandlingen som en del av den uppsökande verksamheten.

4.1 Högskoleutbildning för sjuksköterskor och tandhygienister

Med syfte att vidga synsätt, skapa förståelse och grundlägga samverkan bör innehållet inom sjuksköterskeprogrammet och tandhygienistprogrammet inom högskolan kompletteras.

Inom sjuksköterskeprogrammet bör innehållet omfatta;

- kunskaper om uppsökande tandvård, dess innehåll och vårdtagarens rättigheter enligt tandvårdslagen och det reformerade tandvårdsstödet,
- kunskaper och förståelse för samband mellan medicinskt allmänstatus och munstatus, samt munhälsans påverkan på allmänhälsan,
- kunskaper om samband mellan medicinskt allmänstatus och nutrition,
- kunskaper om sjukdomstillstånd i munhålan och
- praktiskt utförande av munbedömning och munvårdsåtgärder.

Inom tandhygienistprogrammet bör innehållet omfatta;

- kunskaper om uppsökande tandvård, dess innehåll och vårdtagarens rättigheter enligt tandvårdslagen och det reformerade tandvårdsstödet,
- kunskaper om kommunal organisation för vård och omsorg, Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen,
- kunskaper i omvårdnad avseende helhetssyn, etik, omvårdnadsdokumentation och
- kunskaper i nutrition och sambandet mellan nutrition munhälsa.

Exempel

Vid Högskolan i Kristianstad har komplettering av högskoleutbildningarna skett genom samverkan mellan sjuksköterskeprogrammet och tandhygienistprogrammet. Den befintliga

undervisningen för sjuksköterskestuderande i munhälsa, munsjukdomar och munvård har utökats med seminarier samt teoretisk och praktisk munvårdsundervisning under ledning av lärare och tandhygieniststuderande. Under de studerandes praktik är sjuksköterskestuderande ålagda att utföra munbedömningar och praktisk munvård, vilka följs upp av tandhygieniststuderande.

Inom tandhygienistprogrammet finns i befintlig studieplan undervisning i gerontologi, geriatrik och gerodontologi. Undervisning om uppsökande tandvård har utökats teoretiskt såväl som praktiskt. Kunskaper i omvårdnad inklusive kunskaper i helhetssyn, etik och dokumentation har också lagts till i undervisningen.

Tandhygieniststuderande får dessutom träning i att undervisa sjuksköterskestuderande i tillämpad munbedömning och munvård och leda sjuksköterskestuderande i den praktiska utövningen.

Studenterna i båda programmen får uppgifter som innebär reflektion och analys av bland annat munbedömningsinstrument, munvård, nutrition och dokumentation. Dessa uppgifter inlämnas skriftligt till berörd lärare.

4.2 Utbildning av vårdpersonal

I upphandlingen om uppsökande verksamhet ska enligt tandvårdslagen utbildningsinsatser för vårdpersonal ingå.

Målet för utbildningen ska ge personalen kompetens:

- att sköta den dagliga omvårdnaden av munhåla, tänder och tandersättningar,
- att tolka signaler och symptom som uttrycker behov av tandvårdsinsatser samt
- att förstå behandlingsråd från tandvårdspersonal, bl.a. genom munvårdskortets uppgifter.

Samma tandhygienist som har hand om den uppsökande verksamheten bör hålla i utbildningen av vårdpersonalen. Det stärker samarbetet, vårdpersonalen får möjlighet till praktisk handledning och tandhygienisten får känna sig delaktig i vårdarbetet. Det är också önskvärt att tandhygienisten följer upp utbildningen genom att delta vid personalkonferenser en tid efteråt för att kunna besvara frågor och ge en repetition och praktiska råd.

Regelbundet återkommande fortbildning är ett måste. Vårdtagarna har rätt att känna sig rena och fräscha i munnen även sommartid, varför sommarvikarierna inte får glömmas bort.

Utbildning till vårdpersonal har visat på attitydförändringar hos dem och deras ökade kunskaper har också lett till bättre munstatus hos vårdtagarna (Paulsson, 2000).

Kursutvärderingar (Socialstyrelsen, 1996) och studier (Wårdh et al., 1997; Paulsson, 2000) visar att praktiska råd och tips samt handledning av tandvårdspersonal uppskattas mest av undersköterskor och vårdbiträden, medan teoretiska kunskaper efterfrågas mest av sjuksköterskor (Paulsson, 2000).

Det finns stort behov av utbildning och det är viktigt att framhålla att teoretisk undervisning måste följas upp av praktisk handledning på arbetsplatsen.

4.3 Mat och Mun i Mark

I Marks kommun i Västra Götaland har kommunen och folktandvården gått samman och genomfört en två dagar lång utbildning. Syftet var att öka kunskapen om munnen och sambandet mellan mat och hälsa samt att skapa rutiner för fortsatt samarbete mellan vårdpersonal, kök, tandvård och dietist. Utbildningen gavs från våren 1998 till oktober 1999. Cirka 800 personer har deltagit i utbildningen och man har sett mycket goda resultat.

Kommunens dietist och folktandvårdens tandhygienist har fått igång ett samarbete som ska underlätta vårdpersonalens arbete. Detta i sin tur gagnar våra äldre.

Attitydförändringar har märkts bland den personal som har deltagit i utbildningarna. Personal på folktandvården, verksamhetschefer, sjuksköterskor och läkare har noterat att vårdpersonalen uppmärksammar problematik kring mat och mun på ett annat sätt efter genomgången kurs. De ser möjligheter och föreslår åtgärder för förändring. Budskapet att god munhälsa ökar möjligheten att njuta av maten har nått fram.

”Mår man bra i munnen har man större möjligheter att få i sig maten man behöver” (Skogsberg & Lindh, 2000).

4.4. Utbildning av munvårdsombud.

I flera landsting har man genomfört extra utbildning för munvårdsombud.

En studie i Västerås (Wårdh et al., 2001b) visade att specialutbildade munvårdsombud tillgodoser vårdpersonalens behov i munvårdsarbetet bättre än enbart traditionell munvårdsundervisning och att det skapar bättre rutiner i munvårdsarbetet.

I Kalmar har också vidareutbildning och kontinuerlig uppföljning givits till munvårdsombud. Även där har konstaterats att genom kunskapsutveckling har inställningen till munvårdens betydelse förstärkts. Cheferna

menade att munvårdsombuden påverkat hela arbetsplatsen med sina nya kunskaper och medvetandegjort munvårdens betydelse bland sina arbetskamrater (Koch, 1998).

REFERENSER

Ahlborg B., Alborn B., Andersson J. (1999) Munhälsa på äldre dagar. Handbok för vårdpersonal. ANA Förlag, Malmö.

Andersson P., Persson L., Hallberg I.R., Renvert S. (1999) Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting. A pilot study. *Journal of Clinical Nursing* 8: 150-158.

Andersson P., Westergren A., Karlsson S., Hallberg I.R., Renvert S. (2001) Relations between oral health status and nutritional status. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, submitted.

Beck J.D., Offenbacher S., Williams R., Gibbs P., Garcia R. (1998) Periodontitis: A risk factor for coronary heart disease? *Annals of Periodontology* 3: 127-141.

Björklund M., Fridlund B. (1999) Cancer patients' experiences of nurses' behaviour and health promotion activities. *European Journal of Cancer Care* 8: 204-212

Björnström M., Axell T., Birkhed D. (1990) Comparison between saliva stimulants and saliva substitutes in patients with symptoms related to dry mouth. *Swedish Dental Journal* 14: 153-161.

BraVå. (2000) Bra Vård för äldre. Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre. Vårdförbundet, Stockholm.

Cederholm T., Jagren C., Hellström K. (1995) Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients: *American Journal of Medicine* 98: 67-74.

Ehnfors M., Ehrenberg A., Thorell-Ekstrand I. (1998) Vipsboken. Välbehållande- integritet- prevention-säkerhet. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. FoU 48. Vårdförbundet, Stockholm.

Friman G., Jandaghi S. (2000) Attityder till mobil tandvård och uppsökande förebyggande munhälsovård UFM. Forskarstation Bergslagen.

Fure S., Gahnberg L., Birkhed D. (1998) A comparison of four home-care fluoride programs on the caries incidence in the elderly. *Gerodontology* 15: 51-60.

Fure S. (2001) Karies hos äldre. *Tandläkartidningen* 1: 42-50.

Giannoglou D.P., Modig M., Nordenram G., Sunvisson H. (2000) Orala problem vid Parkinsons sjukdom. *Tandläkartidningen* 93: 34-37.

Herzberg M.C., Meyer M.W. (1998) Dental plaque, platelets and cardiovascular diseases. *Annals Periodontology* 3: 151-160.

Hugosson A., Koch G., Bergendal T., Hallonsten A-L., Slotte C., Thorstensson B., Thorstensson H. (1995a) Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, in 1973, 1983 and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of dental health. *Swedish Dental Journal* 19: 225-241.

Hugosson A., Koch G., Bergendal T., Hallonsten A-L., Slotte C., Thorstensson B., Thorstensson H. (1995b) Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, in 1973, 1983 and 1993. II. Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal* 19: 243-260.

Hugosson A., Koch G., Slotte C., Bergendal T., Thorstensson B., Thorstensson H. (2000) Caries prevalence and distribution in 20-80-year-olds in Jönköping, Sweden, in 1973, 1983 and 1993. *Community Dental Oral Epidemiology* 28: 90-96.

Hälsö- och sjukvårdslag. SFS 1982:763.

Karlsson M., Carlson P. (2001) Mobil tandvård. *Tandläkartidningen* 93: 12-25.

Klinge B. (2000) Parodontit och allmänsjukdomar. *Odontologi*. Munksgaard, Köpenhamn, sid. 183-200.

Koch I. (1999) Prioriterad munvård för välbefinnande och livskvalitet. Undervisningsrapport 1999:1. Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköpings Universitet, Linköping.

Landstingsförbundet. (2001) Uppföljning av tandvårdsreformen avseende år 2000. Rapport 2001, Dnr Lf 319/01.

Langmore S., Terpenning M., Schork A., Chen Y., Murray J.T., Lopatin D., Loesche W.J. (1998) Predicts of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia* 13: 69-81.

Lenander-Lumikari M. (2001) Muntorrhet-ett dolt handikapp. *Odontologiska institutionen, Åbo universitet, Åbo*.

Loesche W.J., Bromberg J., Terpenning M., Bretz W.A., Dominguez M.S., Grossman M.A., Langmore S.E. (1995) Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *Journal of American Geriatric Society* 43: 401-407.

Mossberg T. (1998) Klinisk nutrition och vätskebehandling. *Pharmacia & Upjohn, Stockholm*.

Nederfors T., Isaksson R., Mörnstad H., Dahlöf C. (1997) Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult Swedish population- relation to age, sex, and pharmacotherapy. *Community Dental Oral Epidemiology* 25: 211-216.

Nordenram G. (1997) Dental care of patients with dementia. Clinical and ethical considerations. Thesis. *Stockholms universitet, Stockholm*.

- Nordenram G., Ryd-Kjellén E., Johansson G., Nordström G., Winblad B. (1996) *Alzheimer's disease, oral function and nutritional status. Gerodontology 13: 9-16.*
- Nordenram G., Nordström G. (2000) *Äldretandvård.* Förlagshuset Gothia, Stockholm.
- Nordström G. (1995) Oral health and dietary habits in an elderly city population. Thesis. Umeå universitet, Umeå.
- Paulsson G. (2000) Caring for oral health in the elderly. Knowledge, conceptions and attitudes among nursing personnel. Thesis. Malmö Högskola, Malmö.
- Renvert S., Persson G. (2001) Parodontit hos äldre. Tandläkartidningen 1: 52-56.
- Rothenberg E., Johansson I. (2001) Äldres matvanor i ett socialt, medicinskt och odontologiskt perspektiv. Tandläkartidningen 2: 20-29.
- Rothenberg E. (1999) Undernäring hos äldre kan undvikas med rätt kost. Vårdfacket 4: 48-51.
- Sandberg G.E., Sundberg H.E., Fjellström C.A., Wikblad K.F. (2000) Type 2 diabetes and oral health. A comparison between diabetic and non-diabetic subjects. Diabetes Research and Clinical Practice 50: 27-34.
- Sandberg G.E., Sundberg H.E., Wikblad K.F. (2001) A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. Acta Odontologica Scandinavica 59: 28-33.
- Sjögren K. (1995) Toothpaste technique. Thesis. Odontologiska fakulteten, Avdelningen för cariologi, Göteborg.
- Skogsberg E., Lindh T. (2000) Mat och mun i Mark. Rapport från projekt i Marks kommun.
- Socialdepartementet DS 1997:16. (1997) Tandvårdsförsäkring i omvandling. Stockholm.
- Socialdepartementet SOU 1998:2. (1998) Tänder hela livet - ett nytt ersättningsystem för vuxentandvården. Stockholm.
- Socialdepartementet. (1998) Reformerat tandvårdsstöd 1997/98:12. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1996) Munvård på lika villkor. En omvårdnadsfråga. Sos Ädel -50. Rapport. Nordstedts, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1998) Rapport från arbetsgrupp med uppgift att beskriva uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade. Dnr 02-5059/98.
- Socialstyrelsen. SoS rapport 2000:11. (2000) Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm.
- Socialtjänstlagen. SFS 1980:620.
- Steen B. (1994) Malnutrition hos äldre patienter. Läkartidningen 91: 26-27.
- Steen B. (1996) *Nutrition in old age and its implications for oral health care. In Holm-Pedersen P, Löe H (eds). Textbook of Geriatric Dentistry. 2nd ed. Munksgaard, Köpenhamn, sid. 187-192.*
- Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet. (2000) *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade- uppföljning. Cirkulär 2000, SK Dnr 2000/2888, Lf Dnr 1196/00.*
- Tandvårdslagen. SFS 1985:125.
- Tandvårdsförordningen. SFS 1998:1338.
- Westergren A., Hallberg I.R., Ohlsson O. (1999) Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. Dysfagi. Scandinavian Journal of Caring Sciences 13: 272-282.
- Westergren A., Karlsson S., Andersson P., Ohlsson O., Hallberg I.R. (2001) Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. Journal of Clinical Nursing 10: 257-269.
- Wolf B. (1992) Munvård på sjukhem- ett etiskt dilemma. Uppsats. Teologiska institutionen, Lunds universitet, Lund.
- Wårdh I. (1995) Munvård hos äldre. Ett omvårdnadsproblem. Svensk sjukhustandläkartidning 3: 37-42.
- Wårdh I., Andersson L., Sörensen S. (1997) Personnel attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. Gerodontology 14: 28-32.
- Wårdh I., Berggren U., Andersson L., Sörensen S. (2001a) Oral health care – not a primary concern for dependent elderly but for the nursing staff, in manus.
- Wårdh I., Hallberg L.R.-M., Berggren U., Andersson L., Sörensen S. (2001b) Dental auscultation for nursing personnel as a model for oral health care education. Development, baseline and six-month follow-up assessments, submitted.
- Öhrn K. (2001) Oral health and experience of oral care among cancer patients during radio- or chemotherapy. Thesis. Uppsala University, Uppsala.
- Ödlund Olin A., Österberg P., Hådel K., Armyr I., Jerström S., Ljungqvist O. (1996) Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 20: 93-97.

TANDSTATUS

Kryssa i alternativ i tandstatus

Har enbart egna tänder	Har egna tänder samt delprotes	Har egna tänder samt delprotes i en käke, Saknar egna tänder men har helprotes i den andra käken
Saknar egna tänder och tandersättningar helt	Saknar egna tänder helt men har helprotes i en eller båda käkarna	Implantat finns

Datum				
Röst				
Läppar				
Munlemhinnor				
Tunga				
Tandkött				
Tänder				
Protes				
Saliv				
Sväljning				
Vikt				
Signatur				

Lokalisation	Metod	Graderad symtombeskrivning			Åtgärd vid symptom
		1	2	3	
Röst	Tala, lyssna	Normal röst	Torr, hes, smackande	Svårt att tala	Konsult läkare
Läppar	Observera	Lena, ljusröda, fuktiga	Torra, spruckna, munvinkelragader	Såriga, blödande	Konsult läkare, remiss tandläkare
Munslemhinnor Avlägsna ev protes	Använd belysning och munspegel. Observera: hö kind, insida läpp överkäke, vä kind, insida läpp under-käke, gom, munbotten	Ljusröda, fuktiga	Röda, torra eller områden, beläggning blåsor	Sår med eller utan blödning	Konsult läkare, remiss tandläkare
Tunga	Använd belysning och munspegel. Observera	Ljusröd, fuktig med papiller	Inga papiller, röd torr, beläggning	Sår med eller utan blödning, blåsor	Konsult läkare, remiss tandläkare
Tandkött	Använd belysning och munspegel. Observera	Ljusrött och fast	Svullet, rodnat	Spontan blödning	Hjälp med munhygien, ev remiss tandhygienist
Tänder	Använd belysning och munspegel. Observera	Rena, ingen synlig beläggning eller matrester	Beläggning eller matrester lokalt, trasiga tänder	Beläggning eller matrester generellt trasiga tänder	Hjälp med munhygien, ev remiss tandhygienist, trasiga tänder: remiss tandläkare
Protes	Observera	Rena och fungerande	Beläggning eller matrester, dåligt fungerande	Används ej	Hjälp med proteshygien, proteser dåligt fungerande eller används ej: remiss tandläkare
Saliv	Dra med munspegel längs med kindens insida	Glider lätt	Glider trögt	Glider inte alls	Hjälp med munhygien, munspegel glider trögt: salivstimulerande medel, munspegel glider inte alls: salivsättningsmedel
Sväljning Relaterat till smärta och muntorrhet	Svälja, observera och fråga	Obehindrad sväljning	Obetydliga sväljproblem	Uttalade sväljproblem	Konsult läkare

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

BEGREPP

Individuellt anpassade hjälpmedel för munvård

De hjälpmedel som avses ska vara individuellt anpassade till vårdtagarens behov och ge vårdtagaren möjlighet att själv kunna sköta sin dagliga munvård.

Den individuella anpassningen innebär att hjälpmedlet måste konstrueras särskilt eller byggas om för att passa den enskildes behov. Eltandborste i standardmodell, grepp/handtag/skaft i standardmodell eller annat hjälpmedel som finns på marknaden anses inte vara ett individuellt anpassat hjälpmedel.

Mobil tandvård

Med mobil tandvård avses tandvård som utförs annorstädes än i stationär tandvårdsklinik. Mobil tandvård kan bedrivas på olika nivåer, antingen med komplett flyttbar tandvårdstrustning eller med enklare tandvårdsutrustning för att klara av t.ex. enklare fyllningsterapi, avlägsnande av tänder eller tandrötter, protesjusteringar samt all form av förebyggande munhälsovård.

Munbedömning

Med munbedömning avses inspektion och dokumentation av röst, läppar, munslemhinna, tunga, tandkött, tänder, proteser, saliv, sväljningsförmåga samt aktuell vikt. Munbedömning utförs av sjuksköterska och kan dokumenteras och utföras med ledning av ett munbedömningsinstrument.

Munbedömningsinstrument

Munbedömningsinstrument är ett protokoll som avses att användas av sjuksköterskor. Instrumentet omfattar bedömning av tillstånd och funktioner i munhålan och dess vävnader. Se ovan. Munstatus registreras i en graderad skala från 1 (frisk/normal) till 3 (grava problem). Munbedömningsinstrumentet är en journalhandling och förvaras i omvårdnadsdelen av patientjournalen.

Munhälsobedömning

Med munhälsobedömning avses inspektion av munhålan hälsa och omfattar en inspektion av munhåla, tänder, tandersättning och bedömning av behov av daglig munvård samt en kort individuell munhygieninstruktion. Behovet av nödvändig tandvård ska fastställas och tandvårdskontakt förmedlas.

Bilaga 2

Munhälsobedömning utförs i individens boende eller i anslutning till boendet av legitimerad tandvårdspersonal och dokumenteras i journal.

Munhälsovård

Med munhälsovård avses åtgärd, utförd av eller på rekommendation av tandvårdspersonal, som strävar efter att bevara eller uppnå en god munhälsa.

Munvård

Med munvård avses daglig omvårdnad av munhålan slemhinnor, tänder, tunga och läppar utförd av individen själv med assistans av omvårdnadspersonal eller närstående.

Munvårdskort

Med munvårdskort avses ett dokument där resultatet av munhälsobedömningen antecknas. Landstinget beslutar om munvårdskortets utseende. Munvårdskort är att betrakta som ett arbetsmaterial och en kommunikationshandling. Detta förvaras hos vårdtagaren, men en kopia kan med fördel förvaras hos tandvården.

Orofaciala hjälpmedel

Med orofaciala hjälpmedel avses hjälpmedel för att underlätta ätande och drickande, hjälpmedel för stimulering och träning av munmotorik och hjälpmedel för att underlätta vid t.ex. utförande av tandvård.

Uppsökande verksamhet

Med uppsökande verksamhet avses munhälsobedömning, utbildning av vårdpersonal och erbjudande om nödvändig tandvård. Syftet med den uppsökande verksamheten är att identifiera och ge äldre och funktionshindrade möjlighet att bevara eller uppnå en god munhälsa.

ADRESSLISTA BESTÄLLARENHETER

Bilaga 3

Frösön, Jämtlands läns landsting
Adress: Landstinget, Tandvårdsförvaltningen,
Box 602, 83223 Frösön
Telefon: 063-147582

Gävle, Gävleborgs landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen,
80188 Gävle
Telefon: 026-155932

Göteborg, Västra Götalandsregionen
Adress: Beställarenheten,
Tandvården, Regionens hus,
40544 Göteborg
Telefon : 031- 630500

Halmstad, Hallands läns landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen,
Box 517, 30180 Halmstad
Telefon: 035-134800

Härnösand, Västernorrlands
landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen, 87185
Härnösand
Telefon: 0611-80088

Jönköping, Jönköpings läns landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen, Box 1024,
55111 Jönköping
Telefon: 036- 325324

Kalmar, Kalmar läns landsting
Adress: Landstinget, Tandvårdsförvaltningen,
Box 601, 39126 Kalmar
Telefon: 0480-84216

Karlskrona, Blekinge landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen,
37181 Karlskrona
Telefon: 0455-88170

Karlstad, Värmlands läns landsting
Adress:
Landstinget, Tandvårdsavdelningen,
65182 Karlstad
Telefon: 054-614000

Kristianstad, Region Skåne
Adress: Tandvårdsförvaltningen,
Axel Kleimers väg 2
29133 Kristianstad
Telefon: 044-133000

Linköping, Östergötlands läns
landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdskansliet, Box 1124,
58191 Linköping
Telefon: 013-227084

Luleå, Norrbottens läns landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen,
97118 Luleå
Telefon: 0920-78323

Nyköping, Sörmlands läns landsting
Adress: Landstinget,
Ledningsenheten,
61188 Nyköping
Telefon: 0155-245736

Stockholm, Stockholms läns
landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsstaben, Box 6416, 11382
Stockholm
Telefon: 08-6875550

Säter, Landstinget Dalarna
Adress: Beställarenheten för
tandvård, Box 350, 78327 Säter
Telefon: 0225-494211

Umeå, Västerbottens läns landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen,
90189 Umeå
Telefon: 090-7857195

Uppsala, Uppsala läns landsting
Adress: Landstinget,
Beställarfunktionen, Box 602,
75125 Uppsala
Telefon: 018-176000

Visby, Gotlands läns landsting
Adress: Gotlands kommun,
Tandvårdsenheten, Box 1283,
62023 Visby
Telefon: 0498- 269901

Västerås, Västmanlands läns
landsting
Adress: Landstinget,
Beställarkansliet, 72151 Västerås
Telefon: 021-174846

Växjö, Kronobergs läns landsting
Adress: Landstinget, Folk tandvården,
Tandvårdsförvaltningen,
Klostergatan 16 B, plan 3,
35231 Växjö
Telefon: 0470-588860

Örebro, Örebro läns landsting
Adress: Landstinget,
Tandvårdsförvaltningen, Box 1613,
70116 Örebro
Telefon: 019-6027180

08-06-23 REVIDERAD LISTA FÖR LITTERATUR OCH UTBILDNINGSMATERIAL

Bilaga 4

Litteratur	Beställningsadress och telefon
Etik i basal omvårdnad: i någon annans händer. Malmsten K 2007 ISBN 978-91-44-01455-5	Studentlitteratur AB Box 141, 221 00 Lund Telefon 046-31 20 00 Fax 046-30 49 62 E-post: order@studentlitteratur.se
Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Idvall E 2007 ISBN 978-91-7205-519-3 2000	Gothia förlag AB Box 22543 104 22 Stockholm Tel 08-462 26 70 E-post: info@gothiaforlag.se
Mat och kostbehandling för äldre 2001	Livsmedelsverket Box 622, 751 26 Uppsala Telefon: 018-17 55 06 E-post: kundtjanst@slv.se
Mat och näring i ett munhälsoperspektiv. Johansson I, Einarsson S 2005	Vårdalinstitutet www.vardalinstitutet.net Tematiska rum
Munhälsa hos äldre och funktionshindrade. Aronsson K 2006:9 Rapport 1401-5048	Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland Universitetssjukhuset 581 85 Linköping Tel 013-22 88 33 E-post: fhv@lio.se
Munhälsa och orala funktioner hos strokepatienten. Wertsén M 2007	Vårdalinstitutet www.vardalinstitutet.net Tematiska rum
Munvård inom vård och omsorg. Öhrn K, Andersson P 2006 ISBN 91-44-04428-3	Studentlitteratur AB Box 141, 221 00 Lund Telefon 046-31 20 00 Fax 046-30 49 62 E-post: order@studentlitteratur.se
Munhälsa, sjukdom och funktionshinder. Ahlborg B, Sellgren M-L 2007 ISBN 978-91-976819-0-2	Mun-H-Center förlag Box 2046 436 02 Hovås Tel 031-750 92 00 www.mun-h-center.se

Munvård; medicinska aspekter, omvårdnad och rehabilitering i Stockholm-Gotland-regionen. Vårdprogram.
2007

Onkologiskt centrum
Karolinska universitetssjukhuset
Stockholm
Tel 08-517 746 84

Munvård. Praktiska tips och hjälpmedel
Utbildnings CD
Carlsson A, Zellmer M
2000

Mun-H-Center
Box 2046
436 02 Hovås
Tel 031-750 92 00
www.mun-h-center.se

Mål i mun – en artikel om äldre och mat.
Wårdh I
2007
Artikelnr 2007-123-21

www.socialstyrelsen.se

Nutritionsbehandling i samband med
palliativ vård. Ett PM framtaget av
Nätverket Ätande och Näring i
Nordöstra Skåne
2006, reviderad 2007

www.skane.se

Patienten i fokus. Mat och munvård.
Samverkan mellan leg dietister och leg
Tandhygienister Skaraborg/Västra Götaland
2007

THUSAB c/o SRAT
Box 1419
111 84 Stockholm
sthf@srat.se

Svårigheter att äta.
Westergren A.
2003
ISBN

Studentlitteratur AB
Box 141, 221 00 Lund
Telefon 046-31 20 00
Fax 046-30 49 62
E-post: order@studentlitteratur.se

Äldretandvård.
Nordenram G, Nordström G
2000
ISBN 978-91-72052536

Gothia förlag AB
Box 22543
104 22 Stockholm
Tel 08-462 26 70
E-post: info@gothiaforlag.se

MEDVERKANDE I PROJEKT MUNBRAVÅ

Bilaga 5

Projektgrupp

Wolf, Birgitta, projektledare, Sveriges Tandhygienistförening
Andersson, Pia, Högskolan Kristianstad
Björklund, Margreth, Högskolan Kristianstad
Bergman, Stefan, Vårdförbundet Lund
Ljungberg, Karin, Skånes Tandhygienistförening
Prenning, Annelie, Landskrona kommun

Styrgrupp

Lidbrink Marianne, Vårdförbundet, Förbundspolitiska avdelningen
Nyström Ewa, Sveriges Tandhygienistförening
Persson Kerstin, Vårdförbundet, Region Skåne
Silverryd Sophie, SRAT
Wolf Birgitta, Sveriges Tandhygienistförening

Referensgrupp

Björkman Monica, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund
Björlin Olof, Sveriges Pensionärsförbund
Carlson Malte, Pensionärernas Riksorganisation
Dahlsjö Helena, Sjukhustandvården Trelleborg
Ekelund Birgitta, Socialförvaltningen Ängelholm
Johansson Sig-Britt, Tandvårdsnämnden Region Skåne
Lindau-Persson Agneta, Beställarenheten Region Skåne
Lindberg Lena, Socialförvaltningen Trelleborg
Lindblad Jan, Tandvårdsnämnden Region Skåne
Lussetti Gertie, Kommunalarbetarförbundet
Norberg Britt, Folktandvården Ängelholm
Olavi Göran, Folktandvården Region Skåne
Paulsson Gun, Högskolan Halmstad
Persson Lena, Högskolan Kristianstad
Renteria Carol, Primärvården Hässleholm
Rosberg Katarina, Svenska Kommunförbundet
Sundberg Hans, Socialstyrelsen
Tindberg Elna, Riksföreningen Pensionärs gemenskap
Wilhelmsson Jensen Marita, Malmö Vård och Hälso gymnasium

Expertkonsultation

Ahlborg Bitte, Mun-H-Center, Göteborg
Hassel Bo, Folktandvården Skåne
Friman Göran, Filipstad
Nordenram Gunilla, Odontologiska Institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm
Wårdh Inger, doktorand, Västerås

Arbetsgrupp Trelleborg

Malmqvist Anne-Christine, Folktandvården
Stanley Margreth, Hallamöllans äldreboende

Arbetsgrupp Ängelholm

Levin Gullvi, Åsbytorps äldreboende
Rosendahl Inger, Folktandvården

samt

Sjuksköterske- och Tandhygieniststuderande vid Högskolan Kristianstad
Nätverk av tandhygienister representerande samtliga landsting i Sverige

och

Alpharma, Athena Nordic AB, Semper – medverkande i projektets utbildningsverksamhet

För beställning:

BraVå sekretariat, Vårdförbundet, fax: 08 – 411 42 29 eller ingridh.holmer@vardforbundet.se
Pris 55 kr, porto tillkommer

Riktlinjerna finns tillgängliga utan kostnad på föreningen BraVås hemsida www.bravard.nu

Riktlinjerna förvaltas av föreningen Bra Vå – bra vård för äldre, som är en intresseförening sjutton olika organisationer.

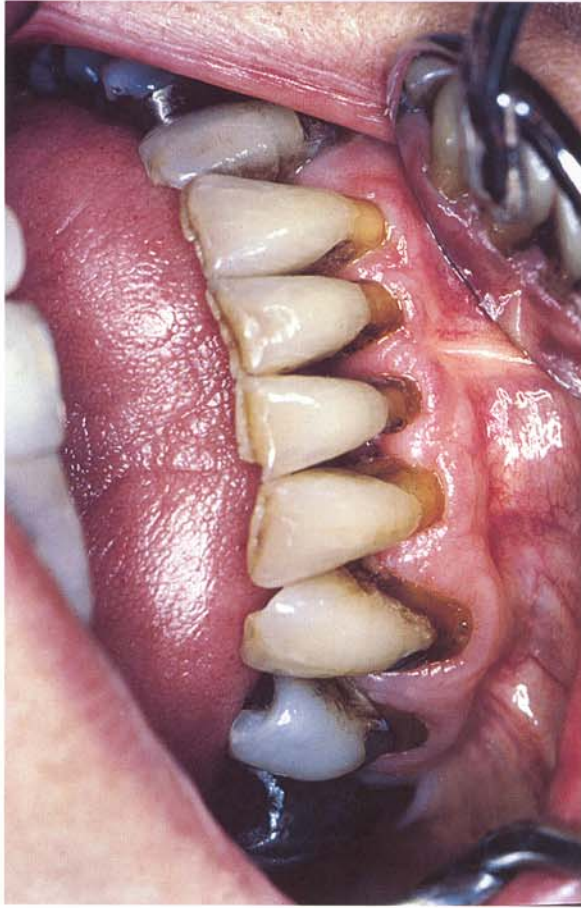


Bild 1. Rotkaries i underkäken.

Foto: Bitte Ahlberg



Bild 2. Kronfrakturer i underkäken.

Foto: Staffan Nygren

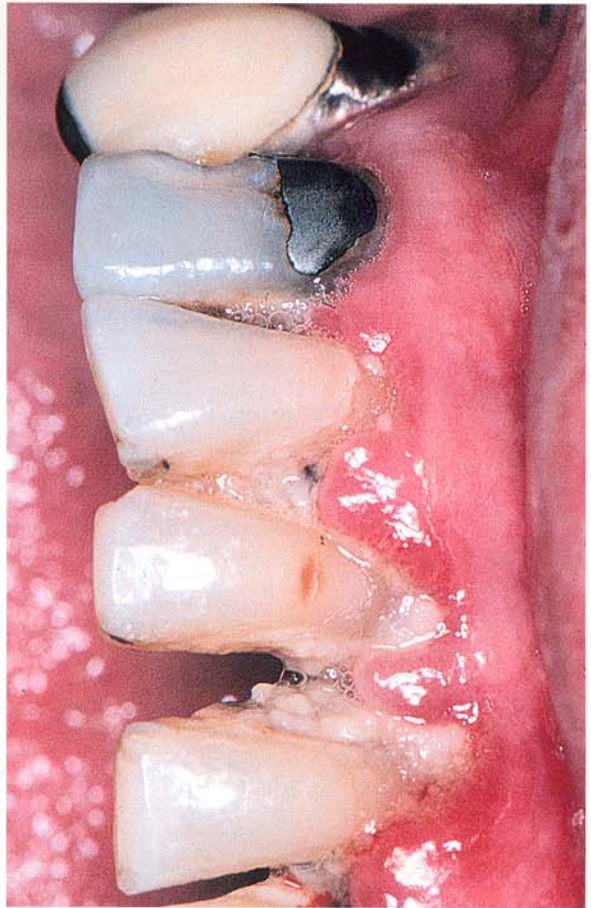


Bild 3. Gingivit i underkäken.



Bild 4. Stomatit med kronisk svampinfektion i gomslemhinnan.

Foto: Staffan Nygren



Bild 5. Parodontit i underkäken.



Bild 6. Akut svampinfektion i underkäken.

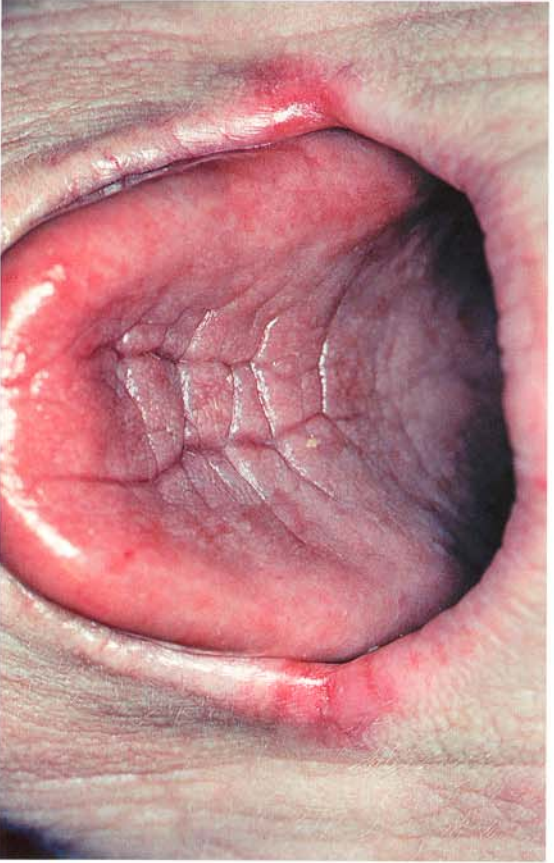


Bild 7. Munvinkelsår och muntorrhet.



Bild 8. Muntorrhet.

Foto: Staffan Nygren

Foto: Staffan Nygren

Foto: Staffan Nygren

Foto: Staffan Nygren

BraVås medlemmar

Akademikerförbundet SSR

Attendo Care

Audionomerna

Carema

Dietisternas Riksförbund

Folktandvården Stockholms län AB

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kommunal

Leg Sjukgymnasters Riksförbund

Norlandia Care

Pensionärernas Riksorganisation

SKTF

Stora Sköndal

Svensk Sjuksköterskeförening

Svenska KommunalPensionärers Förbund

Sveriges Läkarförbund

Sveriges Tandhygienistförening

Vårdförbundet