



*"Folktandvården tar ett steg  
i taget för en bättre äldretandvård"*

# Äldretandvård

## Ramdokument

## Innehåll

Förord.....	4
Inledning.....	5
Syfte.....	5
Hälsa .....	6
Etik.....	6
Etiska principer .....	6
Prioriteringar .....	7
Vårdambitionsnivå .....	7
Bemötande .....	8
Äldreomsorg.....	8
Närstående och omsorg .....	8
Kognitiv sjukdom .....	8
Senior Alert.....	9
Uppsökande verksamhet nödvändig tandvård .....	9
Hemtandvård - mobil tandvård.....	9
Hälsofrämjande och förebyggande verksamhet på populationsnivå .....	10
Vårdplanering av äldre .....	10
Oberoende äldre .....	10
Sköra äldre.....	11
Beroende äldre .....	11
Att bibehålla tandvårdskontakt.....	11
med sköra äldre.....	11
Riskbedömning .....	11
Odontologisk riskbedömning .....	11
Medicinsk riskbedömning .....	12

Sjukdomar och läkemedel .....	14
Kost.....	14
Risk för försämrad munhälsa vid nutritionsbehandling .....	14
Förslag på åtgärder.....	14
Undernäring .....	14
Vårdprogram .....	15
Nationella riktlinjer för vuxentandvård.....	15
Metoder för patientinformation .....	17
Karies .....	17
Parodontit.....	20
Implantat - Mucositis - Periimplantit.....	21
Muntorrhet.....	21
Halitos.....	22
Oral candidiasis.....	23
Bettfysiologi.....	23
Protetik.....	23
Slutord .....	25
Referenser .....	25

# Förord

Den goda munhälsoutvecklingen i Sverige har lett till en befolkning med allt fler äldre individer som har sina egna tänder kvar. Andelen helt tandlösa blir färre. Men förutom det positiva blir detta paradoxalt även ett hot mot munhälsan hos den äldre befolkningen. Åldrandet innebär att många i varierande grad drabbas av funktionsnedsättning och sjukdomstillstånd. Konsekvenserna medför en ökad risk för munsjukdomar.

Det är därför mycket viktigt att tandvården, i samverkan med andra verksamheter i regional, kommunal och privat regi, tar sig an denna utmaning och ger rätt vård och omsorg utifrån givna förutsättningar.

Vi måste göra rätt saker på rätt sätt med fokus på den äldre individen. Det är angeläget att resurser prioriteras mot dem med störst vårdbehov.

Ramdokumentet är avsett att ge en vägledning för hur vi på bästa sätt ska ta hand om våra äldre patienter, så att munhälsan även bland dessa utvecklas i positiv riktning. Även om ramdokumentet fokuserar på äldres munhälsa och tandvård kan principerna användas på andra patientgrupper som på grund av olika funktionsnedsättningar kan anses som sköra. Ramdokumentet skrevs 2013 av en arbetsgrupp på uppdrag av Svensk Folktandvårdsförening och baserades på ”RamWux Senior 2013” som utarbetats av Folktandvården Dalarna. 2021 publicerades Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård. Personer som behöver särskilt stöd, till exempel på grund av kognitiv svikt, multisjuklighet eller skörhet tillhör de nya grupper som omfattas av riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2022). Vi har ersatt demenssjukdom med kognitiv sjukdom enligt DSM- 5. Då kognitiv förmåga blir ett mer centralt begrepp som inte bara omfattar minnesfunktioner utan även andra kognitiva domäner som exekutiva funktioner, uppmärksamhet, språk med mera.

## Textgranskning har skett av:

- Övertandläkare Markus Höglund, Folktandvården Östergötland
- Docent Pia Gabre, Folktandvården Uppsala

## Uppdatering 2023 har skett i en arbetsgrupp bestående av:

Annette Nordström, äldrestrateg Folktandvården Stockholm  
Ylva Nilsson, övertandläkare, Folktandvården Skåne  
Ewa Bisztyga, övertandläkare Folktandvården Örebro län

## Inledning

En strategiplan för äldres tandvård är nödvändig eftersom befolkningen blir allt äldre. År 2021 var 5 procent av befolkningen 80 år eller äldre. År 2040 beräknas 8 procent av befolkningen höra till denna åldersgrupp (SCB 2021). Det här är en åldersgrupp som ökat mer än befolkningen som helhet.

För att beskriva den åldrande individens behov av stöd och hjälp för att klara den dagliga tillvaron används ofta begreppen "oberoende", "skör" och "beroende". Från att vara helt oberoende av stöd och hjälp ökar detta behov successivt hos många äldre. I livets senare del är det vanligt att vara beroende av stöd och hjälp större delen av dygnet. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit visar att befolkningen behåller sina egna tänder allt högre upp i åldrarna och vårdbehovet kommer med stor sannolikhet att öka.

Munhälsa har länge åsidosatts inom den globala hälsovården och sällan prioriterats. Detta trots att orala sjukdomar är mycket vanliga kroniska tillstånd som drabbar 3,5 miljarder människor globalt och flera studier beskriver kopplingen mellan god munhälsa och god allmän hälsa. (WHO, 2022).

Sett i relation till den demografiska utvecklingen krävs mer medicinsk kompetens och mer kunskap inom äldretandvården för att kunna hjälpa fler av våra äldre svårt sjuka patienter. Sedan den 1 juni 2018 finns en ny odontologisk specialitet som heter orofacial medicin och ämnet gerodonti ingår i denna specialitet. (Lindmark et al, 2019)



Vi ser en åldrande befolkning där allt fler får behålla sina egna tänder och där en större andel är sköra och beroende av hjälp i sitt dagliga liv. Det innebär en stor utmaning för tandvården, äldreomsorgen och övriga aktörer kring den sköra och sjuka/ beroende äldre individen, inte minst eftersom de personella resurserna minskar inom just dessa områden. Tandvården bör vara en självklar del inom äldrevården och äldreomsorgen. Nya modeller för samverkan behöver skapas och utvärderas. Kommuner, regioner och privata aktörer behöver samarbeta runt individen utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande synsätt, som ett led i att bevara en god livskvalitet hela livet.

### Syfte

Syftet med detta dokument är att uppmärksamma och skapa en samsyn vad gäller tandvård för äldre.

### ***Ambitionen för Folk tandvården i Sverige, avseende äldretandvård, är:***

- En god munhälsa och jämlik tandvård till alla äldre utifrån den enskilda individens behov och önskemål.
- En god munhälsorelaterad livskvalitet - till exempel att kunna tala, tugga, svälja, vara

smärtfri och ha tillfredsställande estetik - hos alla äldre.

- Tandvården ska vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

## Hälsa

Välbefinnande och god livskvalitet som mål för en behandling talar om för oss att det är hela människan vi ska se, där munhälsan är en del av helheten. Perspektivet hos människor förändras genom åren. Äldre har med sig många erfarenheter som påverkar inställningen till livet. Yngre människor värderar hälsobegreppet på ett annat sätt än vad äldre människor gör.

Världshälsoorganisationen har definierat hälsa som "ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och svaghet" (World Health Organisation, 1946). Många äldre skulle sannolikt inte uppleva sin hälsa som god om WHO:s definition är riktmärke, men den äldre människan har ofta ett mer så kallat "salutogent" tänkande, det vill säga betonar det som är funktionellt och friskt. Hälsan kan upplevas som god, trots en eller flera sjukdomar och/eller funktionsnedsättning och detta gäller även munnen.

Det är nödvändigt att ha ett personcentrerat förhållningssätt. Vad är viktigt för patienten? Den enkla lösningen är ofta den optimala lösningen. Att försöka bevara det som finns kvar i munnen kan många gånger räcka för att patienten ska uppleva fullgod oral livskvalitet. Rent samhällsekonomiskt är det mer fördelaktigt att arbeta hälsofrämjande och förebyggande än att behandla sjukdom. Det innebär också mindre lidande för patienten.

## Etik

Etik är moralens teori. Moralen är etik i praktiken - insikten om vad som är rätt och fel.

Grundläggande inom etiken är det okränkbara människovärdet - integriteten. En humanistisk människosyn innebär att människan betraktas som värdig och okränkbar oberoende av funktion, hälsotillstånd, ekonomisk status, ålder, kön eller etnicitet. Integritet är något alla människor har rätt till. Autonomi - förmågan till självbestämmande - kan variera med ålder/sjukdom. Personer med kognitiv svikt har full integritet men begränsad autonomi. Denna måste därför vikarieras av någon anhörig eller annan som står patienten nära, så kallad "vikarierande autonomi".

### Etiska principer

Dagens vårdetiska diskussioner bygger på fyra etiska principer (Beauchamp et al, 2013).

#### **Autonomiprincipen:**

Självbestämmande. Patienten kan alltid vägra en behandling men kan inte kräva en viss behand-

*"Det är nödvändigt att lyssna på patientens önskemål, tänka sig in i patientens livssituation"*

ling eftersom varje patient skall behandlas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

#### **Icke-skada-principen:**

Patienten får inte skadas eller hotas av onödiga risker. Med patientens samtycke får man "skada eller tillfoga smärta" endast under förutsättning att det är det bästa sättet att främja liv och hälsa.

### **Godhetsprincipen:**

Man ska göra gott mot varandra, i synnerhet mot en lidande människa.

### **Rättvis principen:**

Alla människor har rätt till lika vård oavsett ålder, kön, social ställning, samhällsnytta etc.

Det kan uppstå konflikt mellan de olika etiska principerna till exempel när personer med kognitiv sjukdom ska behandlas. Patienten kan med handling och kroppsspråk tydligt visa att hen inte vill ha tandvård medan omgivningen upplever att personen med kognitiv sjukdom har stort behov på grund av värk, infektioner m.m. Väljer man att utföra behandlingen ger man godhetsprincipen företräde före autonomiprincipen. Även icke-skada-principen ges här företräde eftersom det på sikt minskar patientens lidande.

Etiska dilemman kan dyka upp i många olika situationer. Generellt vid behandlingsplanering för sköra och äldre gäller det att försöka förstå att behov och värderingar förändras med ålder och sjukdom. Som behandlare gäller det att tänka över och väl motivera sina skäl till att behandla – eller att avstå från behandling.

## **Prioriteringar**

Som en följd av den medicinska och sociala utvecklingen lever människor längre idag. Det gäller även de som har svåra sjukdomar. Det finns därför anledning att fundera över hur vi fördelar och satsar våra resurser. Enligt utredningen "Vårdens svåra val" ska prioriteringar göras i enlighet med människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Socialdepartementet, 1995). Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder ska vara prioriterade.

## **Vårdambitionsnivå**

För varje patient ska det finnas ett mål för behandling, en behandlingsstrategi och en terapiplan (Socialstyrelsen 2022).

Efter varje undersökning av en patient bör behandlaren, tillsammans med patienten eller den närstående/vårdpersonal, besluta vilken vårdambitionsnivå som är aktuell. Vilka är önskemålen? Vad är lämpligt och möjligt att genomföra med utgångspunkt från patientens allmänna hälsa?

Målet med behandlingen kan ligga på olika nivåer beroende på patientens tillstånd. Hos "normalpatienten" är målet oftast att förbättra, men hos en svårt sjuk patient kan målet vara att lindra eller fördröja. Vårdambitionsnivån ska dokumenteras i journalen.

### **Det finns olika vårdambitionsnivåer:**

Målet är att **förbättra**. Oral hälsa eftersträvas. Patienten skall ha fullständig behandling. Symtom på sjukdom accepteras inte.

Målet är att **bevara**. Bibehållandet av en förhållandevis god oral hälsa eftersträvas. Mindre symtom på sjukdom accepteras, men inte att dessa symtom förvärras.

Målet är att **fördröja**. Acceptans av att relativt grava sjukdomssymtom förekommer, liksom att dessa långsamt förvärras, utan att akut smärta eller akut infektion uppstår.

*"För varje patient ska det finnas ett mål för behandling, en behandlingsstrategi och en terapiplan"*

Målet är att **lindra**. Eftersträvan är att endast avhjälpa smärta och lindra de ogynnsamma tillstånd i munhålan som påverkar patienten. Något som det lagts stor vikt vid i de nya nationella riktlinjerna (2022).

## Bemötande

Det goda mötet inom tandvården uppstår då vi samtalar med patienten på jämställda villkor och respekterar patienten. Äldre kan vara långsammare i tanke och handling. Låt dessa få tid på sig att ta sina egna beslut för att bli oberoende och motiverade till sin egen behandling. Äldre patienter bör mötas med god tidsmarginal för ett gott omhändertagande.

Mötet med och bemötandet av patient och anhörig är en viktig del i behandlingen för att få ett bra resultat.

Ett professionellt förhållningssätt innebär att vi har utförandekunskap, empati, lyhördhet och är aktivt reflekterande. Det betyder inte att patienten behöver förstå sin behandlares vårdplanering, men hen ska få all information om sin munstatus, skötsel och behandlingsalternativ för att själv kunna fatta sina egna beslut så långt detta är möjligt.

## Äldreomsorg

Äldreomsorgen sköts idag i offentlig regi och av privata vårdbolag. Äldreomsorgen är uppdelad i särskilt boende, ordinärt boende och/eller växelvård. De som bor kvar i sitt hem får hjälp med omvårdnaden av antingen anhörig, hemtjänst och/eller hemsjukvård. För personer med stöd enligt LSS och andra med funktionsnedsättning finns boendeformer där offentliga eller privata aktörer utför insatser efter brukarens behov. Det blir många aktörer kring de äldre som behöver kunskap om munhälsan och dess betydelse för äldres livskvalitet och välbefinnande. Det krävs också

att samtliga har kännedom om de olika tandvårdsstöd som finns.

## Närstående och omsorg

Anhörigomsorgen ökar i Sverige (Socialstyrelsen 2020) och för många närstående förändras livet radikalt då en äldre närstående blir sjuk och i behov av vård och omsorg. Närståendes insatser är ofta en förutsättning för att vård i hemmet och patienters egenvård ska fungera (Ernhts-Bravell et al, 2020). Trots detta har närståendes roll i den nära vården inte uppmärksamats i tillräcklig utsträckning. Att ta på sig omvårdnadsansvar för en äldre sjuk person utan att ha en adekvat utbildning är inte en lätt uppgift. Som tandvårdspersonal är det av största vikt att förstå de närståendes situation för att kunna ge rätt stöd. Närstående kan vara i behov av grundläggande utbildning i munhälsa och munvård och hjälp att samordna tandvårdskontakter. Det är även viktigt att tandvården når ut med information om tandvårdsstödet till berörda patienter. Vidare behöver tandvårdspersonalen rutiner och kompetens för att identifiera närstående som är i behov av stöd eller som kan komma att behöva det längre fram (Riksrevisionen 2014; Socialstyrelsen, 2020; Socialstyrelsen, 2021).

## Kognitiv sjukdom

Munhälsan försämras hos personer med kognitiv sjukdom och risken ökar redan tidigt i sjukdomsförloppet (Fereshtehnejad et al, 2018). Därför behöver det uppmärksammas mer och vara en del av helhetsbedömningen vid utredning av kognitiv sjukdom och omvårdnad. Många personer med kognitiv sjukdom har problem med att äta. Problemen kan till exempel bero på muntorrhet eller dålig tandstatus, som kan leda till undernäring och smärta. Socialstyrelsen rekommenderar därför diagnostik av munhälsa och ätproblem, med



strukturerade bedömningsinstrument, för personer med kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2022)

## Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för omsorgen och hälso- och sjukvården. Syftet är att förbättra och säkra kvaliteten i äldres vård och omsorg. I Senior Alert bedömer omvårdnadspersonal risken för undernäring, fall, trycksår, ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion. Vid munhälsobedömning används ett instrument "ROAG" Revised Oral Assessment Guide (Senior alert). Syftet är bland annat att identifiera problem i munhålan och tydliggöra individuellt behov av munvårdsåtgärder.

## Uppsökande verksamhet nödvändig tandvård

Personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har rätt till intyg om nödvändig tandvård och erbjuds uppsökande verksamhet. Anvisningar om vilka villkor som ska vara uppfyllda och vad som ingår i nödvändig tandvård regleras av svensk lag och anvisning om tillämpning ges av Socialstyrelsen (Svensk författningssamling 2019:1033).

Vid uppsökande munhälsobedömning ges förutom en bedömning av munhälsan även en individuell muntlig och skriftlig instruktion i munvård till den person som besöks eller till anhörig/ vårdpersonal som sköter personens munhygien. Vid behov ska även kontakt med tandvård rekommenderas/ erbjudas. Tandvården ska erbjuda utbildning till vårdpersonal i munhälsa och munvård.

## Hemtandvård - mobil tandvård

Mobil tandvård är ett komplement till den stationära tandvårdsmottagningen. Socialstyrelsen rekommenderar att hemtandvård bör erbjudas de patienter vars hälsotillstånd försvårar eller gör det omöjligt för dem att ta sig till en tandvårdsklinik. Risken finns annars att de förlorar sin regelbundna tandvårdskontakt (Socialstyrelsen 2022).

"Det goda mötet inom tandvården uppstår då vi samtalar med patienten på jämställda villkor och respekterar patienten"



Mobil tandvård gör att särskilt förebyggande insatser kan bli tillgängliga för fler äldre. Vid mobil tandvård finns, som vid all typ av vård, ett absolut krav på patientsäkerhet, kvalitet, smittskydd, vårdhygien och tandvårdspersonalens ergonomi. Vilken typ av vård som kan erbjudas i patientens boende beror på den mobila utrustningens möjligheter. Vården ska vara av samma tekniska kvalitet som om den utförts på en mottagning. Detta gäller även kravet på smittskydd och vårdhygien och de eventuellt övriga miljökrav som respektive kommun ställer på verksamheten.

## Hälsofrämjande och förebyggande verksamhet på populationsnivå

Kunskap om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder riktade mot individ är stor och väl implementerad i tandvården. Även på populationsnivå genomförs aktiviteter för de äldre, exempelvis sker fluoridsköljning på äldreboenden på olika håll i landet. Daglig fluoridtillförsel i grupp kan ge fler möjlighet att få fluorid och kan därmed förebygga karies (Socialstyrelsen 2022). För att arbeta hälsofrämjande och få spridning av kunskap finns olika arenor att arbeta utifrån, t.ex. pensionärsföreningar, anhörigföreningar, invandrarföreningar, Röda Korset, religiösa samfund m.m.

Viktigt är också att skapa samverkan mellan olika personalgrupper t.ex. inom region/kommun. I de nationella riktlinjerna påpekas vikten av att inkludera tandvård i patientens vårdplan när patienten ska gå över från sjukvård till kommunal omsorg (Socialstyrelsen 2022). Att ödmjukt möta varandra med en förståelse för varandras verksamheter är viktigt i samverkan. Samverkanspartners runt den äldre individen är t.ex. biståndshandläggare, MAS,

gode män, omvårdnadspersonal m.fl. Här kan tandvården stötta med specialkompetens och med utbildning med målet att skapa det bästa nätverket och omhändertagandet av den äldre individen. Kunskapsspridning är en del av nycklarna till framgång och kunskapsspridning kan ges till olika intressegrupper och den äldre befolkningen.

Det pågår utvecklingsarbete avseende äldretandvård, både nationellt och lokalt. Nationellt finns ett forum på initiativ av Svensk Folktandvårdsförening, där företrädare för alla regioner träffas två gånger per år för informations- och erfarenhetsutbyte samt rapportering om olika projektarbeten. I några regioner har äldretandvårds- eller kunskapscentra skapats, med fokus på projekt och kunskapsöverföring riktade till såväl tandvård som annan regional verksamhet samt kommunal omvårdnad. Målet är att med ökad insikt hos vårdutförare kunna ge förutsättningar för en fortsatt positiv utveckling av oral hälsa hos den äldre befolkningen på populationsnivå.

## Vårdplanering av äldre



Oberoende

Skör

Beroende

### Oberoende äldre

Oberoende äldre är den största gruppen av äldre. Denna grupp klarar själva sitt dagliga liv utan stöd och hjälp av andra och upprätthåller vanligen en god tandvårdskontakt, sköter sin egenvård och har ofta en hög hälsomedvetenhet. Prognosbedömning kan dock vara svår. Med stigande ålder ökar risken för förändringar i allmänhälsan som snabbt kan återspeglas i ökad oral sjukdomsutveckling utan att individen själv är medveten om den ökade risken för oral ohälsa. Även egenvården kan börja svikta bland annat på grund av tilltagande trötthet.

## Sköra äldre

De sköra individerna (oberoende av ålder) har successivt ett allt större behov av stöd och hjälp för att klara sitt dagliga liv. Dessa patienter är ofta multisjuka och medicinerar med ett stort antal farmaka. Förmågan att utföra egenvård börjar svikta och munhälsan prioriteras inte som tidigare. Denna grupp har ofta hjälp av hemtjänst eller hjälp och stöd av närstående men uppfyller inte kriterierna för att få nödvändig tandvård.

Kunskapen om munhälsan hos denna grupp är begränsad men data tyder på att förekomst av munsjukdomar och komplicerad tandvårdspromatik är betydligt större än hos oberoende äldre (Strömberg et al 2012). Många av de sköra patienterna väljer att avboka sina tandvårdsbesök och ber att få höra av sig själva.

## Beroende äldre

Dessa äldre är beroende av andra under större delen av dygnet för att klara sitt dagliga liv. Majoriteten bor i särskilt boende men trenden går mot att en allt större andel får vård och stöd i det egna hemmet. De flesta fyller kraven för att få intyg om nödvändig tandvård/upsökande verksamhet.

Munhälsan hos denna grupp är ofta bristfällig. Problematiken är mestadels komplex och stora krav ställs på att den odontologiska behandlingen anpassas till patientens allmäntillstånd och livssituation (Strömberg et al, 2012). Tandvården måste samverka med andra aktörer för att skapa goda förutsättningar för en god munvård och munhälsa.

## Att bibehålla tandvårdskontakt med sköra äldre

Det är av stor betydelse för munhälsa och livskvalitet att den äldre personen bibehåller sin tandvårdskontakt. För dessa individer är det viktigt att etablera goda vanor med optimal fluoridtillsförel och försöka bibehålla en god tuggfunktion. Att förlora sin tandvårdskontakt när en skörhet inträder i livet kan få stora negativa konsekvenser för såväl munhälsa som för allmänhälsa. Socialstyrelsen rekommenderar ett systematiskt arbetssätt för att upprätthålla tandvårdskontakten med de äldre personer som lämnar återbud till sina besök. Denna rutin har upprättats i flera regioner (Socialstyrelsen 2022).

## Riskbedömning

### Odontologisk riskbedömning

Precis som för andra patientgrupper är det angeläget att göra en odontologisk riskbedömning av den äldre patienten. Den samlade odontologiska risken kan delas upp i risk för att utveckla sjukdom (främst karies och parodontit) och risk för skador av teknisk art. Riskfaktorer och friskfaktorer får vägas samman tillsammans till en slutlig bedömning av den unika patienten.

”Precis som för andra patientgrupper är det angeläget att göra en odontologisk riskbedömning av den äldre patienten”

Här ska även vårdambitionsnivån tydliggöras och dokumenteras. Bedömningen ligger till grund för aktuell terapiplanering och för behandlingsplanering över tid (vårdplan), till nästa tänkta revisionsundersökning. Vid beslut om revisionsintervall är det viktigt att ta hänsyn till risken för ohälsa i munnen. Status kan snabbt förändras om skörhet inträder.

Riskbedömning är ett viktigt verktyg för att fastställa revisionsintervallet för undersökning, samt förebyggande och regelbunden tandvård. Det bör påpekas att det inte är åldrandet i sig som gradvis försämrar tänderna, utan tandsjukdomar som karies och parodontit som snabbt kan utvecklas i samband med nedsatt allmän hälsa. Med åldern kan en person bli skör och prevalensen av medicinska och orala sjukdomar öka. Därför bör även friska äldre undersökas mer frekvent (Statens offentliga utredningar 2021). Riskbedömningen ska också ligga till grund för beslut om vilken prevention patienten är i behov av, dels på kliniken och dels i patientens egenvård. Viktigt är också att patientens och/ eller anhörigas värderingar beaktas. Speciellt sköra och beroende äldre kan vara i behov av utökade åtgärder både på klinik och i hemmet. För de sköra och beroende äldre behövs även en medicinsk riskbedömning för att tandvård ska kunna utföras patientsäkert.

### **Medicinsk riskbedömning**

I medicinska sammanhang riskbedöms patienternas hälsotillstånd enligt ASA, American Society of Anaesthesiologists i sex riskklasser (Morris et al, 2019). Denna riskbedömning är speciellt användbar i kontakt med läkare, inför eventuell narkos, premedicinering eller lustgasanvändning. Med hjälp av en noggrann anamnes kan man med god säkerhet riskklassificera sina patienter. Riskbedömning enligt ASA har modifierats till fem riskklasser för att kunna användas i tandvården. Det viktigaste är att utskilja patienter tillhörande klass tre och fyra eftersom det här finns risk för

att hälsan påverkas vid en tandvårdsbehandling. Innan dessa patienter behandlas bör behandlande läkare kontaktas, se tabell nedan där de fem riskklasserna beskrivs.

## Medicinsk riskbedömning

Klass	Betydelse för tandvård
1. Frisk patient	Ingen
2. Patient med mindre allvarlig allmänsjukdom, till exempel väl reglerad hypertoni, välinställd diabetes mellitus eller lindrig astma	Normalt liten betydelse, ökad vaksamhet krävs
3. Patient med allvarlig allmänsjukdom som medför inskränkningar i livsföringen men inte i arbetsförmågan, hjärt-insufficiens, infarkt senaste året, svår astma, hypertoni med klart förhöjt diastoliskt blodtryck, dåligt reglerad diabetes mellitus, pågående allvarlig infektion	Vid omfattande behandling bör behandlande läkare konsulteras. Begränsa behandlingarna och undvik stress
4. Patient med allvarlig allmänsjukdom som innebär ständigt livshot, t.ex. aktuell hjärtinfarkt, gravt hjärtfel, avancerad hypertoni, diabetes mellitus eller allvarlig njursjukdom	Konsultera behandlande läkare, endast akuttandvård polikliniskt. Omfattande ingrepp bör utföras på sjukhus
5. Patient som beräknas avlida inom ett dygn	Ingen tandvård är aktuell. Däremot är det viktigt att rengöra och fukta slemhinnor - palliativ munvård. Oral komfort i livets slutskede

## Sjukdomar och läkemedel

För att ge sköra och äldre patienter en trygg och säker tandvård krävs, förutom odontologisk kunskap hos tandvårdspersonal, även medicinsk kunskap. Många patienter är multisjuka och konsumerar en stor mängd mediciner. Det är viktigt att alltid ha en aktuell medicinlista. Som ett medicinskt stöd till tandvårdspersonal rekommenderas Tandvårdens läkemedel 2022.

## Kost

Det är viktigt att vi i tandvården är uppmärksamma på sambandet mellan olika former av nutritionsbehandling och hur det ibland kan öka risken för oral ohälsa hos vuxna. Olika sjukdomstillstånd kräver olika former av behandling och ibland specialanpassad kost för att säkerställa näringsintaget. Specialkost kan ibland vara svåröfrenlig med de matvanor och livsmedelsval som rekommenderas för att upprätthålla en god munhälsa. Risker och förslag på åtgärder finns framtagna i samarbete mellan tandvårdspersonal och dietister (Västra Götaland 2015).

### Risk för försämrad munhälsa vid nutritionsbehandling

- Tätare måltider
- Kolhydratrika mellanmål
- Kolhydratrika drycker serverade mellan måltider
- Kolhydratrika kosttillskott och näringsdrycker
- Måltidens längd
- Tiden för att neutralisera den sura miljön förlängs vid:
  - Muntorrhet
  - Nedsatt oral motorik
  - Tugg- och ätsvårigheter

## Förslag på åtgärder

- Styra det kolhydratrika till huvudmål
  - Använda mjölkprodukter och mjölkbaserade näringsdrycker till mellanmål
- Avsluta måltiden med ett glas vatten
- Borsta tänderna 2 gånger dagligen med fluorid tandkräm
- Skölj eller badda tänderna med fluoridlösning
- Regelbunden kariesprevention hos tandvården

## Undernäring

Undernäring kan vara ett dolt hälsoproblem som smyger sig på nästan obemärkt, framför allt hos äldre. Munhälsan påverkar förmågan att äta, dricka och svälja. Oral ohälsa och sväljsvårigheter kan därmed öka risken för undernäring (Hägglund P et al, 2019). Undernäring kan försämra den allmänna hälsan med avseende på motorik och kognitiv förmågan. Detta kan i sin tur påverka förmågan att sköta den dagliga munhygien. Personal inom tandvård, sjukvård och kommunal omsorg har därför en viktig roll i att upptäcka tidiga tecken på undernäring hos framför allt äldre (Socialstyrelsen, 2022). Vid bristande tuggfunktion som kan bidra till malnutritionen bör bettrehabiliterande åtgärder övervägas (Van der Pols-Vijlbrief et al, 2014). I mars 2023 tog Socialstyrelsen fram ett kunskapsstöd: "Att förebygga och behandla undernäring" (Socialstyrelsen 2023). Där betonas vikten av en god tandhälsa för att människor ska kunna tillgodogöra sig näring.

## Vårdprogram

### **Nationella riktlinjer för vuxentandvård**

De nationella riktlinjerna är ett verktyg i vår strävan efter att bedriva ”God Vård”, vilket enligt Socialstyrelsen är vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt i rimlig tid. Vården ska ha ett hälsoorienterat fokus, vilket bland annat innebär förebyggande av karies- och parodontal sjukdom. Det är inte möjligt, eller ens önskvärt, att utforma standardiserade behandlingsriktlinjer till alla patienter. Individuella rekommendationer får istället skapas utifrån bedömning av patientens hela situation och behov.

Socialstyrelsen publicerade 2022 en ny version av nationella riktlinjer för tandvård (Socialstyrelsen 2022). De nya rekommendationerna understryker hur viktiga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder är. Personer som behöver särskilt stöd, till exempel på grund av kognitiv svikt, är en av de nya grupperna som omfattas av riktlinjerna. Riktlinjerna betonar vikten av samverkan mellan kommunerna och övriga aktörer, det systematiska arbetet för att äldre ska ha en fast tandvårdskontakt och även att vid rehabiliterande tandvård komma överens med patienten eller en närstående om vårdambitionsnivån (förbättra, bevara, fördröja, lindra) inför behandling. Tabellen nedan visar rekommendationer till tandvården och prioriteringsgrad.

<b>Id</b>	<b>Främja munhälsa hos vuxna som behöver särskilt stöd och ...</b>	<b>genom att ...</b>	<b>Prioritet</b>
78	har svårt att själva sköta sin dagliga munvård	erbjuda vård- och omsorgspersonal långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård, kombinerad med praktisk träning och handledning – i samverkan med kommunen.	2
76	har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt	arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakten vid återbud eller uteblivet besök.	2
79	får vård som behöver samordnas med tandvården	samverka med övriga aktörer i vårdkedjan kring patienten.	3
81	behöver rehabiliterande tandvård	komma överens med patienten eller en närstående om vårdambitionsnivån inför rehabilitering (enligt principerna förbättra, bevara, fördröja, lindra).	3
80	<ul style="list-style-type: none"> <li>har ett diagnostiserat tillstånd eller en sjukdom i munnen (exempelvis rotrester eller parodontit, stadium I – II), men inga eller bara lindriga symtom</li> <li>är sköra och har en total livssituation som medför att de inte gagnas av behandling</li> </ul>	avvakta med behandling (exspektans)	3
77	har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt	ge tandvård i boendemiljön.	4
82	har dålig andedräkt (halitosis)	behandla med zinkpreparat, som tillägg till den dagliga munvården.	4
83	bor på ett vård- och omsorgsboenden	ge fluorid i grupp, dagligen, som tillägg till den dagliga munvården.	5
86	<ul style="list-style-type: none"> <li>har karies</li> <li>inte klarar vanlig lagning (fyllningsterapi)</li> </ul>	exkavera (ta bort kariesskadan) med handinstrument: atraumatic restorative treatment (ART).	6
<b>Id</b>	<b>Behandla endast i undantagsfall vuxna som behöver särskilt stöd och ...</b>	<b>med ...</b>	<b>Prioritet</b>
88	Har något av följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>karies eller ökad risk för karies</li> <li>gingivit eller risk för gingivit</li> </ul>	klorhexidinpreparat, dagligen.	10



### **Praktisk vårdplanering innebär att:**

1. Kontrollera vad de nationella riktlinjerna rekommenderar som bästa behandling, beroende på aktuella diagnoser (tillstånd).
2. Göra en bedömning om denna rekommendation är tillämplig för den enskilde patienten. Vilken är vårdambitionsnivån? Anpassa behandlingen efter patientens förutsättningar.

### **Metoder för patientinformation**

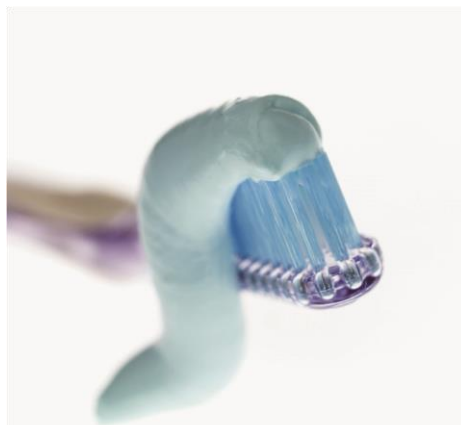
Till patienter med god munhälsa rekommenderar Socialstyrelsen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling. Till patienter med munsjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal. Den viktigaste och svåraste delen inom odontologin är att förhindra uppkomst av skador. I de nationella riktlinjerna betonas särskilt vikten av patientens egen medverkan vid sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Tandvårdens uppgift är därför att identifiera eventuella riskfaktorer och friskfaktorer, avseende till exempel munhygien, sockerintag eller tobaksbruk, och stötta patienten i hans hälsoarbete.

Sköra äldre är en patientgrupp som det ofta är svårt att nå. Att motivera en patient till förbättrad munhygien, när hen har många andra och större besvär i livet kan vara både svårt och känsligt. Det gäller att vara lyhörd för patienten och gärna arbeta efter principerna för patientcenterade samtal om man ska kunna bibehålla och/eller förändra inarbetade vanor.

Beroende äldre har rätt att få hjälp med sin munhygien och här får tandvården fokusera på att informera/motivera vårdpersonal och anhöriga.

### **Karies**

Karies är den vanligaste sjukdomen i munhålan hos sköra och beroende äldre, speciellt hos de personer som har andra sjukdomar. Orsaken är bland annat muntorrhet, vilket minskar munhållans försvar. Många äldre har också blottade tandhalsar med risk för svårbehandlad rotkaries. Försämrade oral motorik, framför allt i kombination med muntorrhet, ger förlängd s.k. "oral clearance", det vill säga längre sockertid i munhålan. Risken för ogynnsamma matvanor och



**"Många äldre drabbas av karies, speciellt de äldre som har sjukdomar"**

försämrade munvård uppstår ofta när de fysiska, sociala och psykiska förhållandena ändras. Med en nedgång i den allmänna hälsan följer till exempel ofta en stor trötthet.

### Vårdprogram - karies

Basen för egenvård när det gäller kariesprofilax, är att borsta tänderna två gånger/dag med tandkräm som innehåller 1 450 ppm fluorid. I riktlinjerna förutsätts att alla borstar med fluortandkräm enligt ovan. Så kan möjligen vara fallet med de oberoende äldre, men gäller inte för samtliga sköra eller beroende.

Vid förhöjd kariesrisk och begynnande kariesskador med risk för progression kan ett individuellt program utformas för patienten. Detta bör baseras på en orsakstudering innefattande medicinsk, social och odontologisk

anamnes. Basen i programmet är utökad fluoridanvändning. De nackdelar som förlängd oral clearance innebär kan till viss del kompenseras av att fluorid stannar kvar i munhålan längre (Nordström et al, 2013).

Enligt de nationella riktlinjerna är fluorsköljning med 0,2% natriumfluorid (NaF), användning av högfluortandkräm och fluoridgel i skena de mest effektiva egenvårdsinsatserna. Som klinikbaserad åtgärd har fluoridlackning 2-4 gånger per år hög effekt.

<b>Karies, basåtgärder</b>	
Fluoridtandkräm cirka 1 500 ppm Fluorid 2 gånger/dag	Högst prioriterat är att hitta en rutin där tandborstning med fluoridtandkräm utförs 2 gånger per dag under 2 min med 2 cm tandkräm. Detta är själva grunden, övriga åtgärder ses som en komplettering. Fluortandkräm får i de nationella riktlinjerna högsta möjliga rekommendation, 3, oavsett om fluoren är i form av natriumfluorid, natriummonofosfat.
Fluoridsköljning 0,2 % dagligen	I instruktionerna rekommenderas sköljning minst en minut. Det är dock i stort sett lika effektivt med kortare sköljtid (20 sek) (Nordström et al, 2013), vilket kan underlätta för patienten som har svårt att kooperera. Samma effekt som sköljning fås genom att gnugga kindslemhinna, tunga och läpparnas insida med en muntork indränkt med 0,2% NaF under cirka 20 sek (Nordström et al, 2013).
<b>Karies, tilläggsåtgärder</b>	
Minska sockerintag	Minska sockerintag om det är högt. Tandvårdens kostrekommendationer måste stämma överens med hälso- och sjukvårdens.

<p>Minskad intagsfrekvens</p>	<p>Minskad intagsfrekvens om det är möjligt. Många sköra och beroende äldre behöver all näring de kan få och behöver kanske äta flera mellanmål. Var speciellt uppmärksam på nattliga intag - om de inte kan undvikas bör sköljning med 0,2% NaF ske efteråt.</p>
<p>Fluorid tandkräm 1 500 ppm fluor 3 gånger/dag</p>	<p>Tandkräm med 1 500 ppm fluorid 3 gånger/dag kan ersätta högfluorid tandkräm (5 000 ppm Fluorid) 2 gånger/dag om högfluorid tandkräm inte bedöms lämplig (Tanuta et al, 2009). Att massera tandkräm som en salva på tandraderna den tredje gången ger en liknande effekt. Massera 1 cm tandkräm med fingret mot tändernas buccalytor. Tandkrämen behålls i munnen under två minuter innan den spottas ut (Tanuta et al, 2009).</p>
<p>Högfluorid tandkräm 5 000 ppm fluor</p>	<p>På marknaden finns två högfluoridhaltiga tandkrämer (Duraphat och Morningside). Tubens mynning är trång, vilket medför risk att för lite tandkräm används, något som förstärks av att tandkrämen är dyr. Två strängar bör läggas för att få tillräcklig mängd på tandborsten. Högfluorid tandkräm kan förskrivas på recept och ingår i högkostnads skyddet för läkemedel. Högfluorid tandkräm bör bara användas till patienter som kan spotta ut tandkrämen efter borstning.</p>
<p>Fluoridlack 2 eller fler gånger/år</p>	<p>Till kariesriskpatienter med funktionsnedsättning samt beroende äldre bör man fluoridlacka minst 4 gånger per år (Gabre et al 2013). Kariesaktiva patienter bör få fluoridlack vid varje besök. Effekt fås även om det inte går att få helt plackfritt eller torrt vid fluoridlackningen (Gabre et al, 2008).</p>
<p>Fluoridgel i skena</p>	<p>Har bra effekt men kräver god kooperation från patienten.</p>

Fluoridgel (Top Dent 0,42% fluorid)	Kan användas i stället för högfluorid tandkräm vid muntorrhet om 5000 ppm fluorid tandkräm inte tolereras pga exempelvis sveda.
-------------------------------------	---

### **Anpassning**

Vid munvård av äldre som inte koopererar, till exempel patienter med demens, och som inte vill/kan öppna munnen får arbetssättet anpassas. Det kan gå att via mungipan komma åt buckalt ifrån med en tandborste med tandkräm. Alternativt går det att rengöra med en muntork indränkt med 0,2 % fluoridlösning.

### **Parodontit**

#### ***Vårdprogram – parodontal sjukdom***

Parodontit är en inflammatorisk och i många fall kronisk sjukdom. Parodontit föregås av gingivit. Uppemot 40-60 % av befolkningen >60 år har någon form av parodontal sjukdom och 10-20 % har en avancerad form av parodontit. Parodontit är en multikausal sjukdom där det under senare år diskuterats tänkbara samband mellan olika allmänsjukdomar som diabetes, stroke, hjärtinfarkt och pneumoni. Olika faktorer kan påverka den parodontala sjukdomen, exempelvis tobaksbruk, genetiska faktorer eller en överdriven inflammationsreaktion. Parodontal infektionssanering är en viktig åtgärd i såväl munhälso- som allmänhälsomässig aspekt. Behandlingen vid parodontal sjukdom syftar till att uppnå infektionskontroll.

”Vid behandling av äldre som inte koopererar, till exempel patienter med kognitiv sjukdom, och som inte vill eller kan öppna munnen får arbetssättet anpassas”

## Implantat - Mucosit - Periimplantit

patienten har svårt att samarbeta vid

Parodontal sjukdom, basåtgärder	
Egenvård	Som bas för parodontal behandling är patientens egenvård det viktigaste, det vill säga att rengöra tänderna med rätt teknik och anpassade hjälpmedel 2 gånger/dag och att använda mellanrumshjälpmedel 1 gång/dag (Gabre et al, 2013). Tobaksdiskussion där målet är att sluta med tobak.
Operativ tandvård	Extrahera icke behandlingsbara tänder. Mekanisk ickekirurgisk infektionsbehandling (scaling). Eventuell parodontalkirurgi. Individuellt anpassad recidivprofylax.
Utvärdering/uppföljning	Uppföljning av behandlingsresultat och ställningstagande till eventuell förändring av recidivprofylax.

Mucosit innebär inflammation i slemhinnan runt implantatet medan periimplantit dessutom inkluderar förlust av ben runt implantatet. Behandlingen inriktas på infektionskontroll, där patientens egenvård är det viktigaste. Förmågan till egenvård avtar med tilltagande funktionsnedsättning till följd av åldrande och/eller sjukdom. Eftersom en etablerad inflammation kring implantat (periimplantit) leder till en mer aggressiv sjukdomsutveckling jämfört med konventionell parodontit kan detta medföra avsevärda behandlingsproblem.

### **Undersökning – diagnostik mucosit/periimplantit**

Viktigt är att iaktta om svullnad och/ eller rodnad finns. Ofta finns inga synbara tecken på patologi trots att fördjupade fickor runt implantat förekommer. Det är då viktigt att sondera. Lätt sonderingstryck kring implantat rekommenderas för att upptäcka patologi. Blod, pus samt sonderbara gängor kan vara tecken på periimplantit. Diagnostiken försvåras om

undersökning. Patienter som har ett tobaksbruk och/ eller tidigare haft parodontitproblem har högre risk för periimplantit.

### **Vårdprogram - mucosit/periimplantit**

Förutom åtgärder som beskrivs under "Parodontal sjukdom" gäller följande vid behandling av mucosit/periimplantit.

- Åtkomlighet säkras för rengöring av implantatets samtliga ytor kring den protetiska konstruktionen.
- Avlägsna bakteriellt plack och mineraliserade beläggningar med handinstrument avsedda för implantat alternativt ultraljud.

### **Muntorrhet**

Med stigande ålder minskar salivsekretionen, speciellt hos kvinnor. Muntorrhet upplevs inte förrän sekretionen har minskat med hälften eftersom den smörjande delen av saliven brukar

fungera tillfredsställande högt upp i åldrarna. Det märks inte att volymen minskat.

En vanlig orsak till muntorrhet är biverkning från mediciner. Det finns idag över 200 läkemedel som har registrerad muntorrhet som en vanlig biverkning. Risken för muntorrhet bör alltid uppmärksammas i samband med läkemedelsbehandling, inte minst vid polyfarmaci dvs. intag av minst fyra olika läkemedel (Thomson, 2015), då man sett ett samband mellan muntorrhet och antalet läkemedel snarare än vilka läkemedel. Ju fler läkemedel, desto större är risken för muntorrhet. Läkemedelskonsumtionen ökar med stigande ålder, så det är ett vanligt problem för många äldre att drabbas av muntorrhet (Liu et al, 2012). Det är viktigt att både sjukvård och tandvård uppmärksammar detta problem. Information och instruktion angående salivstimulerande och saliv ersättande medel ska ges. Insatser för att minska muntorrhet ska alltid finnas i åtanke när vi planerar vård för våra sköra och äldre patienter.

”Huvudvärk hos äldre utan muskelömheter kan bland annat bero på högt blodtryck eller läkemedelsbiverkan”

Vid försämrade salivproduktion ska salivstimulerande medel rekommenderas i första hand, till exempel sugtabletter eller spray. Vid utebliven salivproduktion finns saliv ersättningsmedel som smörjer och skyddar slemhinnor. Ofta behövs en kombination av dessa produkter där stimulerande medel används

dagtid och ersättande medel till natten (Lindmark et al, 2019). Den subjektiva effekten har stora individuella variationer.

Muntorra patienter har ofta så känsliga slemhinnor att vissa tillsatser i vanlig tandkräm irriterar. På marknaden finns milda tandkrämer utan smak- och färgämnen att rekommendera. Vissa saliv ersättningsprodukter innehåller alltför lite fluorid, sett ur kariesförebyggande aspekt, då de är avsedda att kunna användas obegränsat antal gånger per dag. Risken finns att vårdpersonal felaktigt tror att patienten fått en adekvat fluoridprofylax, därför bör en komplettering med fluoridprodukter göras.

För många individer är muntorrhet ett stort problem som kan påverka det dagliga livet både socialt, psykologiskt och medicinskt/odontologiskt - livskvaliteten påverkas. Socialt för att man undviker att äta tillsammans med andra när det kan vara svårt att svälja. Psykologiska problem kan uppstå när muntorrheten gör att det är svårt att tala. Medicinska och odontologiska problem för att avsaknad av saliv medför att slemhinnor blir sköra, sveda och sår kan uppstå samt risken för karies ökar. Brist på saliv kan bidra till sväljningssvårigheter, ätsvårigheter och smakstörningar, vilket kan leda till undernäring.

### Halitos

Halitos är ett tillstånd med stark dålig lukt från munhålan. Hos sjuka äldre kan det bli ett hinder för anhörig eller vårdpersonal att närma sig individen. Det kan bli ett motstånd för att ge god munvård och här kan man komma in i en ond cirkel. Munvård försummas på grund av dålig andedräkt som får till följd att munvården blir ännu sämre.

Det är inte bara munvården som drabbas utan kanske även den mycket viktiga sociala biten. Närhet och omtanke kan påverkas, kanske en kram inte ges när det luktar illa. I första hand bör man fastställa om den dåliga andedräkten har sitt ursprung i munhålan. Primär åtgärd är

att säkerställa goda munhygienrutiner och bedöma om det föreligger några infektioner. Hjälp kan även tas av medikamentell behandling, som extra åtgärd. Exempel på medel som kan prövas är munsköljningsmedel som innehåller bland annat zink. Då vårdpersonal tycker det är obehagligt att genomföra munvård på grund av dålig lukt kan en initial behandling med munsköljningsmedel underlätta - dränk in en muntork och gnugga mot alla slemhinnor och tänder.

### **Oral candidos**

*Candida albicans* svarar för huvuddelen av orala candidainfektioner och uppträder vid nedsatt resistens. Nedsatt resistens kan orsakas av generellt försvagat immunförsvar på grund av sjukdom. En candidainfektion i munhålan kan i så fall vara första tecknet på generell sjukdom. Oral candidos kan leda till en nedsatt smakupplevelse som är en riskfaktor för undernäring.

Nedsatt resistens kan också orsakas av lokala faktorer i munhålan som undermålig protesfunktion, bristande hygien och nedsatt salivproduktion. Vid protesstomatit är det viktigt att också behandla protesen. Risken för candidos ökar även i samband med antibiotikabehandling. För detaljerad behandling, se t.ex. "Tandvårdens läkemedel" eller "Internetodontologi.se". Viktigt att vara uppmärksam på interaktion på mikonazol och warfarin. Vid utebliven effekt efter behandling mot svamp, kan detta bero på dålig följsamhet av ordinationen. Patientens läkare bör kontaktas för vidare medicinsk utredning, vid utebliven effekt.

Ett tillstånd som ofta uppträder hos äldre och som underbehandlas är munvinkelragader. Det är ofta ett smärtsamt och irriterande tillstånd. Munvinkelragader är ofta infekterade med candida och/eller stafylokokker, men kan också vara ett tecken på bristtillstånd (Lindmark et al 2019).

### **Bettfysiologi**

Det är ovanligt att bettfysiologiska problem uppstår hos äldre, men det förekommer och bör därför uppmärksammas. Muskelspänningar i käkmuskulaturen och artrosförändringar i käkleden är de vanligaste orsakerna.

### **Värk i huvud och käkar**

Huvudvärk hos äldre utan muskelömheter kan bland annat bero på högt blodtryck eller läkemedelsbiverkan. Även låg betthöjd på grund av för låga proteser kan leda till huvudvärk och artrit. Plötslig uppkommen smärta i käken som inte kan härledas till någon tandsjukdom bör alltid kontrolleras med utökad röntgenutredning.

### **Käkledsluxationer**

Hos äldre som har burit proteser under lång tid kan käkleden få ett förändrat utseende där tuberkeln "flackar ut". Det kan leda till upprepade luxationer. Ofta kan problemet lösas med att höja proteserna. Här kan det ibland vara lämpligt att ta kontakt med specialistklinik. Luxationer kan också förekomma i samband med neurologiska sjukdomar och vissa läkemedel.

### **Bruxism**

Äldre som abraderar sina tänder genom tandgnissling och tandpressning kan ha en bakomliggande sjukdom som orsak. Antipsykotisk farmakologisk behandling kan ge ett avvikande rörelsemönster med kraftigt abraderade tänder som följd. Parkinsonpatienter har svårt att styra sin muskelfunktion. Dock är problemet hos dessa patienter vanligtvis att de har svårt att bita ihop, men även tonusökning kan förekomma. Personer med demens kan bruxera sönder både tänder och mjukdelar. I dessa fall är det lämpligt att behandla med en mjukskena som kan tillverkas i en tjockare plast.

### **Protetik**

Vissa äldre patienter har sämre adaptationsförmåga. För protetisk terapi har

åldern i sig ingen betydelse, utan det är det aktuella behovet som styr terapin. Det är viktigt att se över protetiska konstruktioner hos den åldrande patienten så att de optimeras med *avseende* på skötsel och åtkomlighet (Torbjörner & Fransson, 2014). Det kan även vara av stort värde att optimera tuggförmågan genom protetisk behandling på de friska äldre då de i senare faser kommer ha lägre förmåga till adaptation och motivation.

Svårigheter med att tugga näringsriktig kost gör att många äldre anpassar sig och sina kostvanor. En mindre proteinrik kost kan leda till sarkopeni som är en riskfaktor för ökad fallrisk (Elgestad, Stjernfeldt et al, 2020). Man har även funnit att tuggsvårigheter innebär en högre risk för kognitiv svikt (Lexomboon et al, 2012; Paganini-Hill et al, 2012).

### ***Avtagbar protetik***

Adaptation till nya konstruktioner kan för äldre vara svår. Det kan i vissa fall räcka med en rebasering, kopiering av den gamla protesen eller byte av vissa tänder i stället för en helt ny avtagbar protes. Rotrester kan – om god munhygien kan upprätthållas, de är bakterietätt förseglade och de är apikalt utan anmärkning – lämnas under protesen för att behålla ben.

### ***Fastsittande protetik***

En permanent bro är ofta ett gott alternativ, åtminstone för att få en förkortad tandbåge med premolarstöd. Om patienten har nedsatt hälsa, eller vid bett med tveksam prognos, där ingen ytterligare protetik planeras, kan en semipermanent eller långtidstemporär bro utföras.



# Slutord

I förordet nämns att vi befinner oss i en situation med äldre patienter med allt fler kvarvarande tänder och att vi måste göra ”rätt saker på rätt sätt”. Med det i åtanke har Ramdokument Äldretandvård skapats för att visa hur vi ska förhålla oss till och ta hand om våra äldre patienter.

Avslutningsvis några ord som alla inom Folktandvården bör ha med sig i det dagliga arbetet med äldre:

- Att ta hand om dessa patientgrupper är ett av Folktandvårdens högst prioriterade områden.
- Ålder är enbart en siffra, vi betraktar i stället de äldre som oberoende, sköra eller beroende.
- Vi måste ta oss an de sköra på ett bättre sätt. Det är allt för lätt att de ”tappas/ faller ur” våra listor. Vi bör inte direkt acceptera ”ringer själv” – erbjud i stället att tandvården kallar.
- Arbeta hälsofrämjande och förebyggande inom tandvården, men också tillsammans med andra aktörer.

# Referenser

Beauchamp, T & Childress, J.F (2013). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA.

Elgestad Stjernfeldt, P, Faxen- Irving, G & Wårdh, I (2020) *Masticatory ability in older individuals: A qualitative interview study*. Nov 2020. Gerodontology DOI: 10. 1111/ger. 12515.

Ernst-Bravell, M (red.) & Östlund, L (red.). (2020). *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. Gleerups utbildning AB.

Fereshtehnejad, S-M, Garcia- Ptacek, S, Religa, D, Holmer, J, Buhlin, K, Eriksson, M & Sandborgh- Englund, G (2018) *Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals*. Alzheimer & Dementia 2018, 01;14 (1): 10-19.

Gabre P, Moberg Sköld U, Birkhed D. Simplified methods of topical fluoride administration: effects in individuals with hyposalivation. Spec Care Dentist. 2013; 33: 111 – 7.

Gabre P, Moberg Sköld U, Birkhed D. Simplified methods of topical fluoride administration: effects in individuals with hyposalivation. *Spec Care Dentist*. 2013 May-Jun;33(3):111-7. Referensen visar att förkortad sköljtid liksom att svabba med muntork ger fullgod effekt.

Hägglund. P, Koistinen. S, Olai. L, Ståhlacke. K, Wester. P & Lvevring Jäghagen. E. (2019). *Older people with swallowing dysfunction and poor oral health are at greater risk of early death*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* vol. 47, p. 494-501.

Lexomboon. D, Trulson. M, Wårdh. I & Parker. MG (2012) *Chewing ability and tooth loss: association with cognitive impairment in an elderly population study*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012, 60(10):1951-1956

Lindmark U, Skott P, Stenberg I & Wårdh I. (2019). *Gerodonti. Äldretandvård i teori och praktik*. Stockholm: Gothia Kompetens.

Liu B, Dion MR, Jurassic MM, Gibson G, Jones JA. *Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114:52-60

Morris. S, Clark. M & Brunick. A. (2019). *Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation. 5<sup>th</sup> edition*. Elsevier ISBN: 9780323567428

Nordström A, Birkhed D. Effect of a third application of toothpastes (1,450 and 5,000 ppm F), including a "massage" method on fluoride retention and pH drop in plaque. *Acta Odontol Scand* 2013;71:50-6.

Paganini-Hill A, White SC, Atchison KA. (2012). *Dentition, Dental Health Habits, and Dementia: The Leisure World Cohort Study*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60:1556-63.

Patel. J, Wallace. J, Doshi. M, Yahya. IB, Roseman. P & Srisilapanan. (2021) *Oral health for healthy ageing*. *The Lancet Healthy Longevity* 2021;2:521-527.

RamWux Senior 2013. *Folktandvården, Landstinget i Dalarna*. ISBN: 978-91-637-4132-6. <http://www.ltdalarna.se/folktandvarden> (2023-08-08)

Rignell. L (red.), Mirshahi. S (red.) & Hossein. S (red.). *Tandvårdens läkemedel 2022-2023* 22: uppl. [tandvadens-lakemedel-2022\\_erbb.pdf](http://tandvadens-lakemedel-2022_erbb.pdf) ([regionkronoberg.se](http://regionkronoberg.se)) (2023-09-04)

Riksrevisionen. *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. RiR 2014:9. (2023-09-04)

SCB (2021). *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2021-2040* [https://www.scb.se/contentassets/029afdaf618d456ba73bd64b623c6878/be0401\\_2021i4\\_o\\_br\\_be51br2103.pdf](https://www.scb.se/contentassets/029afdaf618d456ba73bd64b623c6878/be0401_2021i4_o_br_be51br2103.pdf) (2023-09-29)

Saarela RK, Soini H, Muurinen S, Suominen MH & Pitkälä KH. (2013). *Oral hygiene and associated factors among frail older assisted living residents*. *Spec Care Dentist*. 2013; 33(2): 56-61,

Senior alert. Manual för riskbedömningsinstrumentet ROAG och munvårdsåtgärder.  
[https://www.senioralert.se/media/gyl50tu/manual\\_och\\_atgarder\\_roag\\_version2.pdf](https://www.senioralert.se/media/gyl50tu/manual_och_atgarder_roag_version2.pdf)  
(2023-10-16)

Senior Alert. <https://www.senioralert.se/om-senior-alert/>. (2023-09-04)

Sjögren. P, Girestam. CC, Skott. P, Marsson. N, Zimmerman. M & Wårdh. I. (2016).  
*Professional domiciliary oral care for elderly in nursing homes – A randomized controlled pilot trial*. Scientific Research 08; 11, Aug 2016.

Socialdepartementet. Vårdens svåra val. SOU 1995:5.  
<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-19955/> (2023-08-08)

Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020*. Stockholm: 2020

Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi (2021). (2023-08-08)

Socialstyrelsen. Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom. (2021) (2023-08-08)

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning 2022.  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/tandvard/> (2023-08-08)

Socialstyrelsen (2023) Att förebygga och behandla undernäring. Nationellt kunskapsstöd i hälsa och sjuvård och socialtjänst. (2023-08-08)

Statens offentliga utredningar SOU 2021:8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. (2023-08-08)

Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Wårdh I, Gabre. P. (2002). Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 221-9

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2022.  
[http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2023/06/SKaPa\\_2022.pdf](http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2023/06/SKaPa_2022.pdf) (2023-08-08)

Tanuta LM, Zamataro CB, Del Bel Cury AA, Tabchoury CP, Cury JA. Mechanism of fluoride dentifrice effect on enamel demineralization. *Caries Res* 2009; 43:278285.

Thomson. WM. (2015). *Dry mouth and older people*. Australian Dental Journal vol.60 p. 54-63.

Torbjörner. A & Fransson. B (2014). *Protetik i det försvagade bettet: en resa i Henry Beyrons fotspår*. Danskband/flex.

Van der Pols-Vijlbrief. R, Wijnhoven. HA, Schaap. LA, Terwee. CB & Visser. M. (2014). *Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies*. Elsevier vol 18, nov 2014, p. 112-131.

Västra Götalandsregionen (2015) Patienten i focus. Mat och munhälsa.  
Nutritionsbehandling – hur påverkas munhälsan.

Watt. RG, Aida.J. (2022). *Time to take oral health seriously*. The Lancet Healthy Longevity 2022; 3: e727-28).

World Health Organization. (1946). [Constitution of the World Health Organization \(who.int\)](https://www.who.int/about/constitution) (2023-08-07)

World Health Organisation (2022) Oral health. [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1) (2023-10-17).

## **Bilder**

Foto: Mostphotos, framsida

Foto: Stock.XCHNG, sid 5

Foto: Folktandvården Jönköpings län, sid 9

Foto: Folktandvården Uppsala län, sid 17



Ursprungligt dokument 2013

Uppdaterat 2017 och 2023

**Folktandvården**  
SVERIGE