

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



Ramdokument

Äldretandvård



Folktandvården Sverige

Innehållsförteckning

Inledning	4
Syfte	4
Hälsa	4
Etik	5
Etiska principer	5
Prioriteringar	6
Vårdambitionsnivå	6
Bemötande	6
Äldreomsorg	6
Uppsökande verksamhet - nödvändig tandvård	7
Senior Alert	7
Hemtandvård - mobil tandvård	7
Hälsofrämjande och förebyggande verksamhet på populationsnivå	8
GerioWeb	8
Vårdplanering av äldre	8
Oberoende äldre	8
Sköra äldre	8
Beroende äldre	9
Att bibehålla kontakt med sköra äldre	9
Riskbedömning	9
Odontologisk riskbedömning	9
Medicinsk riskbedömning	10
Sjukdomar och Läkemedel	11
Kost	11
Risk för försämrad munhälsa vid nutritionsbehandling	11
Förslag på åtgärder	11
Vårdprogram	11
Nationella riktlinjer för vuxentandvård	11
Metoder för patientinformation	11
Karies	12
Parodontit	15
Implantat - Mucositis - Periimplantit	16
Muntorrhet	17
Halitos	17
Oral candidos	18
Bettfysiologi	18
Protetik	19
Slutord	20
Referenser	21

Förord

Den goda munhälsoutvecklingen i Sverige har lett till en befolkning med allt fler äldre individer med ökande antal egna tänder. 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 drabbas i varierande grad av funktionsnedsättning och sjukdomstillstånd. Konsekvenserna medför en ökad risk för munsjukdomar.

Det är därför mycket viktigt att tandvården, i samverkan med andra verksamheter inom landsting, 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”¹ som utarbetats av Folktandvården Dalarna.

Uppdatering 2017 har skett i en arbetsgrupp bestående av:

- Vårdutvecklare Birgitta Nordström, Folktandvården Dalarna
- Verksamhetschef Spec.tv Monica Palmö, Folktandvården Blekinge
- Utvecklingschef Anna-Karin Wagner, Folktandvården Västmanland AB
- Övertandläkare Orofacial Medicin Bo Pettersson, Folktandvården Östergötland

Textgranskning har skett av:

- Professor Lars Gahnberg, Region Västra Götaland
- Professor Pia Gabre, Folktandvården Uppsala

Sveriges Folktandvårdsförening

Inledning

En strategiplan för äldres tandvård är nödvändig eftersom befolkningen blir allt äldre. Cirka tjugo procent av Sveriges befolkning 2016 (2,0 miljoner) är 65 år eller äldre ². År 2030 kommer antalet att ha ökat till 2,4 miljoner ³. 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. Flera studier, till exempel Dalarnas studie ”EpiWux” ⁴, visar att befolkningen behåller sina egna tänder allt högre upp i åldrarna och vårdbehovet kommer med stor sannolikhet att öka.

Sett i relation till den demografiska utvecklingen svarar inte dagens tandvårdsutbildningar mot det behov av kompetens inom äldretandvård/gerodonti som kan förutses. Även hälso- och sjukvårdens utbildningar behöver ett ökat inslag av kunskap om munhälsa och munvård.

Vi ser en åldrande befolkning med allt fler 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 äldreården och äldreomsorgen. Nya modeller för samverkan behöver skapas och utvärderas. Kommuner, landsting 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 hälso- och sjukvårdsrelaterad 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 (WHO) har definierat hälsa som ”ett tillstånd av fysisk, psykisk

och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och svaghet”⁵. 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 lyssna på patientens önskemål, tänka sig in i patientens livssituation. 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 en människa betraktas som värdig och okränkbar oberoende av hennes funktion, oavsett om hen är fattig eller rik, frisk eller sjuk, gammal eller ung etc. Integritet är något alla människor har. Autonomi - förmågan till självbestämmande - kan variera med ålder/sjukdom. Personer med demens 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 principer⁶:

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.

Rättvisepincipen:

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 demens ska behandlas. Patienten kan med handling och kroppsspråk tydligt visa att hen inte vill ha tandvård medan omgivningen upplever att den demenssjuke 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 vill minska 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 7. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder ska vara prioriterade

Vårdambitionsnivå

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

Efter varje undersökning av en patient bör behandlaren, tillsammans med patienten eller den anhörige/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.

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 i sin egen behandling. Äldre patienterna bör mötas med god tidsmarginal för ett gott omhändertagande.

Mötet 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 uppdelade 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.

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 ⁸ och anvisning om tillämpning ges av Socialstyrelsen.

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 om munhälsa/ munvård.

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 ⁹. 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). Syftet är bland annat att identifiera problem i munhålan och tydliggöra individuellt behov av munvårdsåtgärder.

Hemtandvård – mobil tandvård

Mobil tandvård är ett komplement till den stationära tandvårdsmottagningen. Syftet är att kunna ge ett enklare utbud av munhälsovård och tandvård då livsbetingelserna avsevärt försvårar eller gör det omöjligt att ta sig till en tandvårdsklinik. För sköra och sjuka patienter innebär det att tröttsamma resor, väntetider och onödigt oro kan undvikas vilket är särskilt viktigt för personer med kognitiva brister.

Mobil tandvård gör att särskilt förebyggande

”Det goda mötet inom tandvården uppstår då vi samtalat med patienten på jämställda villkor och respekterat patienten”



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 ¹⁰.

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 fluorsköljning på äldreboenden på olika håll i landet. 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 landsting/kommun. 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 och 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 och landsting träffas två gånger per år för informations- och erfarenhetsutbyte samt rapportering om olika projektarbeten.

I några regioner och landsting har Äldretandvårds- eller kunskapscentra skapats, med fokus på projekt och kunskapsöverföring riktade till såväl tandvård som annan landstingsverksamhet 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.

GerioWeb

Som stöd för tandvårdsprofessionen finns GerioWeb. GerioWeb används dels som en nationell plattform där föreläsningar eller motsvarande material läggs ut, dels som lokala forum där enskilda patientfall läggs in och diskuteras vid telefonmöte eller andra digitala diskussionsformer, oftast under ledning av sjukhusandläkare. GerioWeb är spritt till de flesta regioner och landsting.

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 allmänhälsa 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 anhöriga 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 tandvårdsprom-

blematik är betydligt större än hos oberoende äldre ¹¹. 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/ uppsökande verksamhet.

Munhälsan hos denna grupp är ofta bristfällig ¹². Problematiken är mestadels komplex och stora krav ställs på att den odontologiska behandlingen anpassas till patientens allmäntillstånd och livssituation. 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. Att förlora sin tandvårdskontakt när en skörhet inträder i livet kan få stora negativa konsekvenser för såväl munhälsa som för allmänhälsan.

Att skapa rutiner på kliniken för att förhindra förlorad tandvårdskontakt är därför av stor vikt. På Folk tandvårdsföreningens hemsida ¹³ finns exempel på en sådan klinikrutin.

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 till 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. Riskbedömningen ska också ligga till grund för beslut om vilken prevention patienten är i behov av – dels på kliniken och dels i det egna boendet - 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) ¹⁴ i sex riskklasser. 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 allmän-sjukdom, 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 multisyjuka och konsumerar en stor mängd mediciner. Det är viktigt att alltid ha en aktuell medicinlista. Som ett medicinskt stöd till tandvårdspersonal rekommenderas "Tandvårdens läkemedel"¹⁵.

Kost

Det är viktigt att vi i tandvården uppmärksammas 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 svåröfrenliga 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:¹⁶.

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 ätsvarigheter

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 fluortandkräm

- Skölj eller badda tänderna med fluorlösning
- Regelbunden kariesprevention hos tandvården

Vårdprogram

Nationella riktlinjer för vuxentandvård

Socialstyrelsen utgav 2011 "Nationella Riktlinjer för Vuxentandvård"¹⁷. Dessa är i första hand avsedda för vuxna med gott allmäntillstånd.

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.

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 sjukdomsrisik rekommenderas patientcentrerat 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 risk-

faktorer 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 patient-centrerade 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. Försämrad 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”

försämrad 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 kariesprofylax, är att borsta tänderna två gånger/dag med tandkräm som innehåller 1 450 ppm fluor. 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. Nationella riktlinjer för vuxentandvård har inte muntorrhet som tillstånd och rekommenderar därmed inte användning av sugtabletter eller tuggummi med fluor. Dessa produkter bör ändå övervägas som rekommendation till sköra och äldre med risk för karies och samtidig muntorrhet¹⁰.

Vid förhöjd kariesrisk och begynnande karies-skador med risk för progression kan ett individuellt program utformas för patienten baserat på en orsaksutredning innefattande exempelvis medicinsk, social och odontologisk anamnes, munhygien, kolhydratintag, salivfaktorer, medicinering, fluoranvändning. Basen i programmet är utökad fluoranvändning. De nackdelar som förlängd oral clearance innebär kan till viss del kompenseras av att även fluor stannar kvar i munhålan längre¹⁸.

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

Karies, basåtgärder	
Fluortandkräm cirka 1 500 ppm Fluor 2 ggr/dag	Högst prioriterat är att hitta en rutin där tandborstning med fluortandkräm 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 eller aminfluorid.
Fluorsköljning 0,2 % dagligen	I instruktionerna rekommenderas sköljning minst en minut. Det är dock i stort sett lika effektivt med kortare sköljtid (20 sek) ¹⁸ , 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 ¹⁸ .

Karies, tilläggsåtgärder	
Minska sockerintag	Minska sockerintag om det är högt. Tandvårdens kostrekommendationer måste stämma överens med hälso- och sjukvårdens.
Minskad intagsfrekvens	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.
Fluortandkräm 1 500 ppm fluor 3 gånger/dag	Tandkräm med 1 500 ppm fluor 3 gånger/dag kan ersätta högfluortandkräm (5 000 ppm Fluor) 2 gånger/dag om högfluortandkräm inte bedöms lämplig ¹⁹ . Även att massera tandkräm som en salva på tandraderna den tredje gången ger liknande effekt. Massera 1 cm tandkräm med fingret mot tändernas buccalytor. Tandkrämen behålls i munnen under två minuter innan den spottas ut ¹⁹ .

<p>Högfluortandkräm 5 000 ppm Fluor</p>	<p>På marknaden finns en högfluorhaltig tandkräm (Duraphat). 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. Duraphattandkräm kan förskrivas på recept och ingår i högkostnadsskyddet för läkemedel.</p> <p>Högfluortandkräm bör bara användas till patienter som kan spotta ut tandkrämen efter borstning.</p>
<p>Fluorlack 2 eller fler gånger/år</p>	<p>Till kariesriskpatienter med funktionsnedsättning samt beroende äldre bör man fluorlacka minst 4 gånger per år ¹⁷. Kariesaktiva patienter bör få fluorlack vid varje besök. Effekt fås även om det inte går att få helt plackfritt eller torrt vid fluorlackningen ²⁰.</p>
<p>Fluorgel i skena</p>	<p>Har bra effekt men kräver god kooperation från patienten.</p>
<p>Natriumfluorid + klorhexidingel i skena alternativt på mellanrumsborste</p>	<p>Används en kombinationsgel ska fluorkoncentrationen vara 0,3 % NaF och klorhexidin 0,2 %.</p>
<p>Fluorsalva alt. fluorlösning 0.2% på kindslemhinnan</p>	<p>Slemhinneadhererande salva med 0,1 % fluor att lägga i omslagsvecket på natten ²¹. Kan beställas från apoteket som ex-temporeberedning.</p> <p>Alternativt: Gnugga kindslemhinna, tunga och läpparnas insida med en muntork indränkt med 0,2% NaF under cirka 20 sekunder ¹⁸.</p>
<p>Klorhexidinskölj/gel/skena</p>	<p>Klorhexidin som kariesbehandling rekommenderas enbart som gel i individuell skena efter att höga tal av mutanstreptokocker konstaterats. Till äldre som inte koopererar vid munvård kan klorhexidin användas regelbundet vid tandborstning, även under långa perioder, för att minska förekomsten av tandköttsinflammation. Tillförsel av fluor på ett effektivt sätt måste dock alltid säkras.</p>

Sugtabletter/tuggummi med >0,25 mg fluor

Rekommenderas i första hand till muntorra patienter. Produkterna har låg effekt jämfört med andra fluorprodukter, men kan vara ett alternativ för att stimulera salivsekretionen. Dock bör en komplettering göras med någon fluorprodukt som har bättre effekt enligt ovan¹⁷.

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 mellanrumsborste som då ska vara doppad i natriumfluorid + klorhexidangel. Alternativt går det att rengöra med en muntork indränkt med 0,2 % fluorlösning.

Vissa saliversättningsprodukter innehåller alltför lite fluor, 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 fluorprofylax, därför bör en komplettering med fluorprodukter göras.

Parodontit

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 upptäckts tänkbara samband mellan olika allmänsjukdomar som diabetes, stroke, hjärtinfarkt och pneumoni.

Olika faktorer kan påverka den parodontala sjukdomen, exempelvis genetiska eller en överdriven inflammationsreaktion. Även sociala faktorer, till exempel stress, påverkar liksom tobaksbruk. Parodontal infektionssanerung är en viktig åtgärd i såväl munhälso- som allmänhälso-mässig aspekt. Behandlingen vid parodontal sjukdom syftar till att uppnå infektionskontroll

²².

Den förkortade tandbågen

Begreppet "Den förkortade tandbågen" (premolarbrett omfattande 20 tänder) har kommit allt mer i fokus²³. Anledningen är att fler sköra och äldre har allt fler egna tänder kvar. Samtidigt som denna utveckling är glädjande, kan ett ökat antal tänder, främst molarer, medföra ökade problem för patienten. Vi befinner oss nu och även i framtiden i en situation, där man som terapiform måste överväga fördelen av att avlägsna hårt restaurerade sjukdomsbelastade molarer med patologi till förmån för ett premolarbrett som ger förutsättningar för god munvård.

Fördelarna med en förkortad tandbåge i indicerade fall kan sammanfattas enligt följande; större möjlighet till adekvat egenvård och därmed förbättrad prognos för restbettet, mindre belastning på immunsystemet, ökad oral komfort i de flesta fall, mindre vårdanspråk och kostnader för patient och samhälle.

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

Vårdprogram – parodontal sjukdom

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 mellanrumshjälpmiddel 1 gång/dag ¹⁷ . Tobaksdiskussion där målet är tobaksslut.
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.

Parodontal sjukdom, tilläggsåtgärder	
Kemisk plackkontroll	För äldre som har svårt att klara sin egenvård kan munvården kompletteras med kemisk plackkontroll; sköljning med klorhexidin 0,2 % eller klorhexidingel på tandborste/mellanrumsborste alternativt i gelskena. Tandkräm utan natriumlaurylsulfat ska rekommenderas till patienter som använder klorhexidin ¹⁰ .

Implantat - Mucosit - Periimplantit

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 patienten har svårt att samarbeta vid undersökning. Patienter som har ett tobaksbruk och/ eller tidi-

gare har 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 läkemedel²⁴, 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 muntorrhet²⁵. Det är viktigt att både sjukvård och tandvård uppmärksammar detta problem. Information och instruktion angående salivstimulerande och saliversättande medel ska ges. Insatser för att minska muntorrhet ska alltid finnas i åtanke när vi planerar vård för våra sköra och äldre patienter.

Vid försämrad salivproduktion ska salivstimule-

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

rande medel rekommenderas i första hand, till exempel sugtabletter eller spray.

Vid utebliven salivproduktion finns saliversättningsmedel som smörjer och skyddar slemhinnor. Ofta behövs en kombination av dessa produkter där stimulerande medel används dagtid och ersättande medel till natten^{10, 25}.

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.

Muntorrhet som handikapp

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. Smakstörningar gör att aptiten minskar 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, kanske en kram inte ges, när det luktar illa. I första hand bör man fastställa om den dåliga andedräkten har sitt ursprung från munhålan. Primär åtgärd är att säkerställa goda munhygienrutiner. Hjälp kan även tas av medikamentell behandling, som extra åtgärd. Exempel på medel som kan prövas är munsköljningsmedel som innehåller bland annat zink och klorhexidin. 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. Nedsatt resistens kan också orsakas av lokala faktorer i munhålan som undermålig protesfunktion, bristande hygien och nedsatt salivproduktion. Risken för candidos ökar även i samband med antibiotikabehandling. För detaljerad behandling, se t.ex. ”Tandvårdens läkemedel”¹⁵ eller ”Internetodontologi.se”²⁶. Vid utebliven effekt efter behandling är det viktigt att patientens läkare kontaktas för vidare medicinsk utredning.

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 stafylokocker, men kan också vara ett tecken på bristtillstånd¹⁴.

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 muskelömhets 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 en översiktsröntgen.

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 adaptionsförmåga. För protetisk terapi har åldern i sig ingen betydelse, utan det är det aktuella behovet som styr terapin.

Avtagbar protetik

Adaptation till nya konstruktioner kan för äldre vara svår. Det kan i vissa fall räcka med en rebasering, kopiering av den gamla protesens eller byte av vissa tänder istället 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 protesens 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 Folk tandvården bör ha med sig i det dagliga arbetet med äldre:

- Att ta hand om dessa patientgrupper är ett av Folk tandvårdens högst prioriterade områden.
- Ålder är enbart en siffra, vi betraktar istället 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 istället att tandvården kallar.
- Arbeta hälsofrämjande och förebyggande inom tandvården, men också tillsammans med andra aktörer.
- En god egenvård/munvård är det allra viktigaste för en god munhälsa långt upp i åldrarna.
- Vi ska bidra till att våra äldre patienter ska ha god livskvalitet hela livet, även i livets slutskede. God munhälsa är en viktig del av livskvaliteten genom hela livet.

Referenser

1. RamWux Senior 2013. Folk tandvården, Landstinget i Dalarna. ISBN: 978-91-637-4132-6. <http://www.ltdalarna.se/folktandvarden>
2. Statistiska Centralbyrån. Statistikdatabas. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860/table/table-ViewLayout1/?rxid=c2f2eaa8-ca92-4e75-9981-e52020f454e5_2017-04-07
3. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning - 2016 - 2060. Sveriges officiella statistik. ISSN Serie BE – Befolkning. Utkom den 13 april 2016. URN:NBN:-SE:SCB-2016-BE18SM1601_pdf
4. Nordström, B., Edman, K. ”EpiWux 2013”. Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård. En tvärsnittsstudie i Dalarna 2008 avseende 35-, 50-, 65-, 75- och 85-åringar samt analys av personalresurser inom tandvården Dalarna”. Rapporten finns tillgänglig på Folk tandvården Dalarnas hemsida: http://www.ltdalarna.se/templates/Base_763.aspx (2017-06-15)
5. World Health Organization. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (2017-06-15)
6. Vårdetiska principer <https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/e-learning/inledning/avschnitt-3-riksdagens-riktlinjer-och-den-etiska-plattformen?l=sv> (2017-06-15)
7. Socialdepartementet. Vårdens svåra val. SOU 1995:5. <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-1995/> (2017-06-15)
8. Svensk författningssamling. Tandvårdsförordningen. SFS 1998:1338. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvards-forordning-19981338_sfs-1998-1338 (2017-06-15)
9. Senior Alert. <http://www.lj.se/senioralert> (2017-04-05)
10. Att förbättra munhälsan hos personer med funktionsnedsättning – barn, vuxna och äldre. Konsensusarbete för effektivare munhälsofrämjande arbete för personer med funktionsnedsättning. Redaktörer: Pia Gabre och Inger Wårdh. ISBN nr: 978-91-976819-7-1. <http://www.nfh-sverige.se/> (2017-08-20)

11. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. 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
12. Nordenram G, Ljunggren G. Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Dis.* 2002;8:296-302.
13. Sveriges Folk tandvårdsförening. Äldretandvård. <http://www.folktandvarden.se/aldretandvard/> (2017-06-18)
14. Clark M, Brunick A. Patient assessment. In: Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation. Rudolph P, editor. St Louis: Mosby Inc, 1999.
15. Tandvårdens läkemedel 2016-2017. Råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården. 18:e upplagan, 2014. ISBN: 978-91-977155-6-0.
16. SKL. Munhälsa. Åtgärder för att förebygga ohälsa i munnen. Sveriges Kommuner och Landsting, 2014. ISBN: 978-91-7585-140-2.
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. ISBN: 978-91-86885-09-0 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-5-1> (2017-03-27).
18. 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.
19. 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.
20. Tanuta LM, Zamataro CB, Del Bel Cury AA, Tabchoury CP, Cury JA. Mechanism of fluoride dentifrice effect on enamel demineralization. *Caries Res* 2009; 43:278-285.
21. Gabre P, Birkhed D, Gahnberg L. Fluoride retention of a Mucosa Adhesive Paste Compared to other Home Care Fluoride Products. *Caries Res* 2008;42:240-246.
22. SBU. Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 169. ISBN 91-87890-96-8.

23. Armellini D, von Fraunhofer JA The shortened dentalarch: a review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2004; 92:531-5.
24. Nederfors T, Isaksson R, Mörnstad H, Dahlöf C. Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult Swedish population-relation to age, sex and pharmacotherapy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:211-6.
25. Liu B, Dion MR, Jurasic 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
26. Orala svampinfektioner. www.internetodontologi.se

Bilder

Foto: Mostphotos, framsida

Foto: Stock.XCHNG, sid 4 och 10

Foto: Folktandvården Jönköpings län, sid 7

Foto: Folktandvården Uppsala län, sid 12



Folktandvården Sverige

www.folktandvarden.se

Ursprungligt dokument 2013
Uppdaterat 2017