Förebyggande hembesök

– en möjlighet att påverka äldres tandvårdskontakt?

MARS 2013

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Förord

Man kan inte undvika det naturliga åldrandet men det går att stärka det friska och skjuta upp funktionsnedsättningar. Med förebyggande insatser kan äldre personers livskvalitet och hälsa förbättras. En god munhälsa är en viktig faktor som har stor betydelse för den allmänna hälsan. En frisk, och välfungerande mun är en förutsättning för att tillgodogöra sig och njuta av måltider. Även för ens sociala relationer är det viktigt med välskötta tänder. En god munhälsa hos befolkningen är ett angeläget mål ur ett folkhälsoperspektiv. Med stigande ålder ökar risken för allmänna hälsoproblem och så även för en försämrad munhälsa. Regelbunden tandvårdskontakt och förebyggande tandvård är viktig för att äldre skall kunna bevara en god munhälsa. Tyvärr förlorar många äldre den regelbundna kontakt med tandvård som man haft tidigare i livet. Konsekvensen är ofta en successivt försämrad munhälsa med exempelvis infektioner, värk och tandförluster.

Folkhälsokommitténs sekretariat och Centrum för äldretandvård, Folktandvården Västra Götalandsregionen samt institutionen för odontologi, Göteborgs universitet har inlett ett samarbete med syfte att öka förutsättningarna för en god munhälsa hos de äldre i Västra Götaland. Denna rapport beskriver resultatet av detta samarbete.

Tillsammans med 10 kommuner och stadsdelar har en studie genomförts, för att undersöka hur tandvårdskontakten hos äldre som tackar ja till ett förebyggande hembesök, ser ut. Rapporten visar att de som tackar ja till ett sådant erbjudande i hög utsträckning fortfarande har kvar en regelbunden kontakt med tandvården. Både de äldre och den kommunala personal som genomförde hembesöken såg det ändå som positivt och angeläget att frågor om munhälsa och tandvårdskontakt togs upp i samband med det förebyggande hembesöket.

Studien har genomförts av Ingela Grönbeck-Lindén vid Centrum för äldretandvård och Maria Berhé vid Folkhälsokommitténs sekretariat med stöd av Agneta Eriksson och Anne Svensson vid Folkhälsokommitténs sekretariat.

Mariestad, mars 2013

Johan Jonsson

Folkhälsochef
Folkhälsokommitténs sekretariat

Göteborg, mars 2013

Lars Gahnberg

Övertandläkare, professor
Centrum för äldretandvård och
Institutionen för Odontologi

Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund ... 3
2. Syfte och frågeställningar ... 5
3. Betydelse ... 5
4. Material och metod ... 6
   4.1 Studiepopulation och metod ... 6
   4.2 Etisk prövning ... 7
5. Resultat ... 7
   5.1 Fördelning av enkätsvaren – vilka personer har deltagit? ... 7
   5.2 Allmänt hälsotillstånd ... 8
   5.3 Munhälsa och tandvårdskontakt ... 8
   5.4 Upplevelser kring genomförandet ... 10
6. Diskussion ... 11
   6.1 Förändringar av syftet och frågeställningarna ... 11
   6.2 Frågeställningarna ... 11
   6.3 Rätt forum och rätt målgrupper? ... 13
7. Reflektion och slutsatser ... 14
8. Referenser ... 16

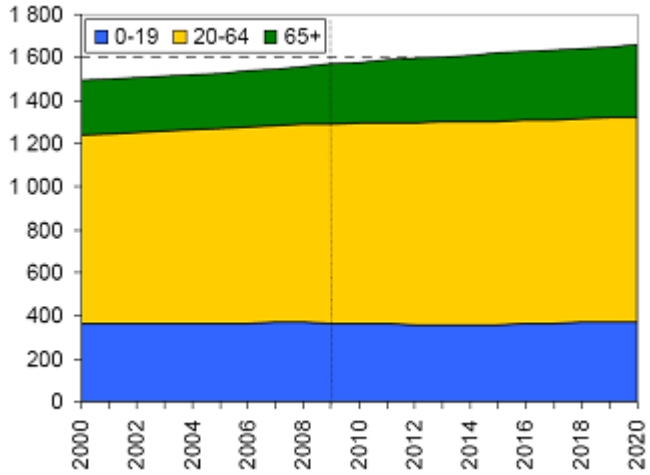
Bilaga 1 – Samtalsenkät

Bilaga 2 – Telefonintervju

1. Inledning och bakgrund

En tydlig global trend är att andelen och antalet äldre ökar i de flesta länder. Denna utveckling har uppmärksammats sedan slutet av 1990-talet. Av världens befolkning är cirka 600 miljoner 60 år och äldre. Världshälsoorganisationen (WHO) uppskattar att denna siffra kommer att fördubblas på 15 år[i]. Denna globala trend syns också i Sverige. År 2011 var andelen över 65 år 19 procent av den svenska befolkningen och beräknas utgöra 25 procent av befolkningen år 2060.[ii]

Figur 1: Befolkningsutveckling i Västra Götaland



I Västra Götaland utgjorde andelen över 65, år 2010, 18 procent av befolkningen. I antal handlar det om cirka 285 000 invånare. I figur 1 visas en befolkningsutvecklingen för Västra Götaland, där det tydliggörs att det är just gruppen äldre som ökar och fortsätter att öka i jämförelse med övriga åldrar.[iii]

Av den äldre befolkningen, över 65 år, fortsätter en större andel att bo kvar hemma allt högre upp i åldrarna, med enstaka insatser från kommunen. I 2011 års statistiksammanställning från Statistiska centralbyrån (SCB) konstateras följande:

- Den största delen av den äldre befolkningen har och klarar ett självständigt boende, men andelen äldre som bor hemma med dagligt stöd från andra, ökar.
- Andelen personer 65 år och äldre som beviljats någon insats från kommunens hemtjänst eller hemsjukvård ökade mellan år 2000-2008, från åtta till tio procent.
- Andelen personer 65 år och äldre som bor i särskilda boendeformer minskade under samma år från åtta till sex procent.[iv]

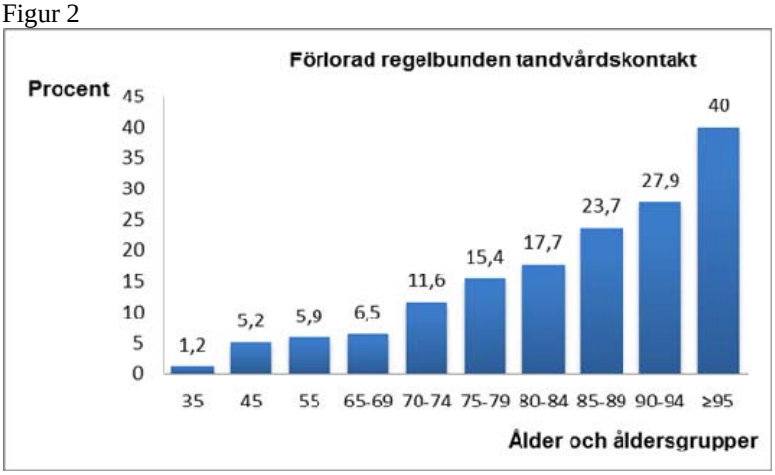
Denna demografiska förändring är betydelsefull ur många perspektiv och hälsoperspektivet är ett sådant. Ålderdom innebär inte automatiskt ett sjukdomstillstånd, utan som en del i att åldras finns stadier som oberoende och fri, ett ökat beroende och skörhet och slutligen vara beroende av omfattande omsorg. Ur ett förebyggande perspektiv är det intressant att arbeta inom de första två faserna, innan beroendet är omfattande. Att arbeta förbyggande för en god hälsa innebär bland annat att arbeta med munhälsan. Sambandet mellan oral och allmän hälsa blir mera påtagligt med stigande ålder. Sjukdomar och medicinering påverkar mun och tänder. En dålig munhälsa påverkar även den allmänna hälsan betydligt[v]. Det finns flera rapporter som visar på sambandet mellan munhälsa och lungsjukdomar, sjukdomar i hjärta/kärl samt diabetes[vi]. Ett dåligt tandstatus bidrar till svårigheter med näringstillförsel, samvaro med andra, med tal och att svälja.[vii] Att inte kunna tugga riktigt eller ha problem med att svälja, kan leda till val av lättuggad och inte fullt så näringsrik kost, med undernäring som följd. Det

finns ett mycket starkt samband mellan munhälsa och livskvalitet. För ett allmänt välbefinnande och en god social samvaro betyder en frisk mun mycket.[viii]

Med ökat behov av stöd och hjälp i vardagen ökar också behovet av stöd och hjälp med tandvård och munhygien.[ix] Den orala hälsan hos äldre förändras i och med åldrandet. De flesta har idag sina egna tänder i behåll och många av dessa tänder är kraftigt restaurerade med tekniskt komplicerade konstruktioner. Detta ställer stora krav på fortlöpande skötsel.[x] Många äldre har en ökad risk att utveckla problem med den orala hälsan. Muntorrhet associerad till medicinering, förändring av kostvanor, svårigheter att sköta hygienen kring komplicerade protetiska konstruktioner är exempel på några av de vanliga svårigheter som äldre möter.[xi]

Det är en utmaning för tandvården att anpassa vården till den äldre patienten. Att ge en god vård samt hjälpa till med profylaktiska åtgärder kommer att ta allt mer av tandvårdens tid i anspråk och kräva anpassning av lokaler samt utbildning av tandvårdens personal.[xii] Regelbundna undersökningar, profylaktiska åtgärder, god munhygien och regelbunden tandvård anses vara grunden till en god munhälsa.[xiii] Många tandläkare rapporterar att åtskilliga äldre patienter förlorar kontakten med tandvården. Att lämna återbud eller att ”glömma” sin bokade tid är vanligt bland äldre patienter. Detta stöds av en nyligen presenterad studie, som visade att 21 procent av 80-åringar och äldre förlorade sin regelbundna kontakt med tandvården (fig2).[xiv]

Figur 2



Källa: Grönbeck-Lindén, I et al 2011

De förebyggande hembesöken är ett av regeringens prioriterade utvecklingsområden inom vård och omsorg av äldre. Förebyggande arbete har stöd såväl i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2§c) samt i socialtjänstlagen (SoL3kap.1§). Förebyggande hembesök hos äldre innebär att personal från kommun och/eller landsting söker upp de som är 75 år eller äldre. I vissa kommuner kan personer under 75 också tillfrågas. De personer som erbjuds förebyggande hembesök omfattas inte av äldreomsorg eller hemsjukvård/hemtjänst.

Målsättningen med besöken är att förebygga framtida ohälsa och att förebygga skador i hemmet som till exempel fallolyckor. Det handlar också om att informera om de samhällsresurser som finns att ta del av samt att erbjuda hjälp och lotsning utifrån behov. Ett alternativ till hembesöken kan vara informationsträffar i grupp.

Förebyggande insatser kan bidra till ett hälsosamt liv, att man som äldre känner sig mer trygg och kan bo kvar längre i sin hemmiljö. Genom att individen är välinformerad om vart man ska vända sig för att få hjälp och stöd, klarar man sig längre på egen hand.[xv]

Mot ovanstående bakgrund beslutade Folkhälsokommitténs sekretariat och Folktandvården i Västra Götalandsregionen att samverka i ett projekt för att studera om äldre har kontakt eller tar ny kontakt med tandvården, genom att inkludera frågor om munhälsa i samband med förebyggande hembesök.

Samverkansparter

Västra Götalandsregionens Folktandvård, Centrum för äldretandvård (CÄT), Institutionen för odontologi och Folkhälsokommitténs sekretariat var de regionala verksamheterna i samverkansprojektet, vilket genomfördes i samarbete med kommuner och stadsdelar i Västra Götaland. Kommuner och stadsdelar samlade in allt material till studien som pågick under nästan ett års tid.

Folkhälsokommittén har som uppdrag att vara initiativtagare och utveckla folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen. I enlighet med den folkhälsopolitiska policyn som antogs av Regionfullmäktige 2009, handlar det om att främja hälsa och förebygga sjukdomar utifrån hälsans bestämningsfaktorer. Även Folktandvården har ett omfattande uppdrag att genomföra främjande och förebyggande åtgärder. Med ”frisk i munnen hela livet” som vision arbetar Folktandvården mot att alla invånare ska ha så god munhälsa som möjligt. Via utmaningen ”åldras med livskvalitet” i den folkhälsopolitiska policyn har Folktandvården, CÄT, Institutionen för odontologi och sekretariatet, funnit en arena för samverkan.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka om frågor kring munhälsa tillsammans med information om tandvård och tandvårdskontakt vid förebyggande hembesök har en positiv effekt på äldres kontakter med tandvården. Studien försökte ge svar på följande frågor:

- Hur stor andel av de 75- åringar och äldre i de medverkande kommunerna och stadsdelarna som tackat ja till förebyggande hembesök, har respektive saknar tandvårdskontakt?
- Om regelbunden tandvårdskontakt saknas - vilka är orsakerna?
- Finns det samband mellan socioekonomiska faktorer och tandvårdskontakt?
- Hur stor andel av de tillfrågade seniorerna 75 år och äldre, etablerar en tandvårdskontakt efter hembesöket?

Inom ramen för studien undersöktes upplevelsen av att tala om munhälsa, utifrån de personer som genomförde de förebyggande hembesöken eller informationsträffarna. Dessutom planerades en hälsoekonomisk beräkning över sambandet mellan förbättring av munhälsan i förhållande till kostnader för interventionen.

3. Betydelse

Genom tidigare studier finns kunskap om att många äldre förlorar sin tandvårdskontakt. Samtidigt är en regelbunden tandvårdskontakt en av de viktigaste förutsättningarna för en god munhälsa, vilket bidrar till ett hälsosamt åldrande och god livskvalitet. Att i ett tidigt skede förebygga och fånga upp dem som förlorat sin tandvårdskontakt är en vinst för både individen och samhället.

4. Material och metod

4.1 Studiepopulation och metod

Erbjudande om att delta i studien skickades under hösten 2011 till samtliga 48 kommuner och 10 stadsdelar i Västra Götaland. Av dessa tackade 11 ja till att medverka i studien. De deltagande kommunerna var Essunga, Färgelanda, Götene, Strömstad, Tanum, Trollhättan och Uddevalla. Stadsdelarna var Askim/Frölunda/Högsbo, Centrum, Västra Göteborg samt Örgryte/Härlanda. Under projektets gång var det endast Essunga som inte genomförde studien.

Underlaget i studien utgjordes av enkätsvar från de seniorer 75 år och äldre som tackat ja till erbjudandet om förebyggande hembesök eller likvärdiga informationsmöten i grupp. Totalt skickades 500 enkäter ut till de deltagande kommunerna och stadsdelarna.

Enkäten genomfördes som ett semistrukturerat samtal med tio stycken frågor i en frågeguide till hjälp. Kommunens eller stadsdelens ”uppsökare”[1] inkluderade frågorna i sitt vanliga frågebatteri vid de förebyggande hembesöken. Forskningspersonsinformation, samtyckesformulär, förslag på tandvårdskontakter samt informationsbroschyr ”Frisk i munnen hela livet” medföljde frågeformuläret.

De fyra första frågorna rörde civilstånd, kön, tidigare yrke, samt boendeform. Dessa frågor försökte fånga in personens ekonomiska och sociala situation, då det finns ett samband mellan låg socioekonomisk ställning och en försämrad hälsosituation[xvi] samt en sämre tillgång till specialiserad hälso- och sjukvård[xvii]. Frågan om civilstånd har relevans, då det finns en skillnad i munhälsa bland dem som lever som änkor/änklingar och/eller har skiljt sig, i jämförelse med dem som fortsätter leva i en parrelation.[xviii]

Två frågor berörde allmänhälsa och har använts i andra studier och enkäter. Frågan ”hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd” är en global fråga. Den är validerad och bygger på antagandet om att en person kan uppleva sin hälsosituation som god trots att personen ifråga har ett flertal sjukdomar och en generellt ”dålig” hälsobild.[xix xx]

Den andra frågan om antal och vilka receptbelagda mediciner, gav en kompletterande bild och fingervisning om personens sjukdomsbild. Muntorrhet är en vanlig biverkning i de fall där personen äter flera mediciner.[xxi]

Fyra frågor rörde tandhälsa/tandvård. ”Hur bedömer Du din munhälsa idag” är en validerad fråga från Västra Götalands riskbedömningsverktyg. De resterande frågorna handlade om tandvårdskontakt. Vid samtliga hembesök erbjöds deltagarna information om munhälsa tillsammans med aktuella kontaktuppgifter till tandvården i närområdet. De som uppgav att de inte hade en regelbunden tandvårdskontakt, men önskade att de haft det, fick ett eller två uppföljande samtal. Dessa uppföljningsfrågor finns också redovisade i bilaga 1.

Varje grupp frågor hade en öppen fråga.

I bilaga 1 bifogas den samtalsenkät som användes antingen under det förebyggande hembesöket eller efter en informationsträff i grupp.

[1] Det vill säga de personer som genomför de förebyggande hembesöken eller informationsträffarna.

Träffar, intern utbildning och telefonintervjuer
Personal från de kommuner och stadsdelar som deltog erbjöds utbildningar och information dels om studiens syfte och upplägg och dels om betydelsen av en god munhälsa, nutrition, muntorrhet och liknande. Under projektets gång genomfördes fyra träffar tillsammans med personal från de kommuner och stadsdelar som deltog i projektet.

Utöver fyra projektträffar genomfördes enskilda telefonintervjuer (bilaga 2) med de personer som genomfört de förebyggande hembesöken och/eller informationsträffarna i varje deltagande kommun och stadsdel. Under intervjun behandlades upplevelser kring att tala om munhälsa i samband med de förebyggande hembesöken, behovet av utbildning och huruvida projektet hittat rätt målgrupp/arena. Dessa intervjuer spelades inte in och därför presenteras inga citat.

4.2 Etisk prövning

Studien har etiskt prövats och godkänts hos Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg, 2011-12-19. D nr 1014-11.

5. Resultat

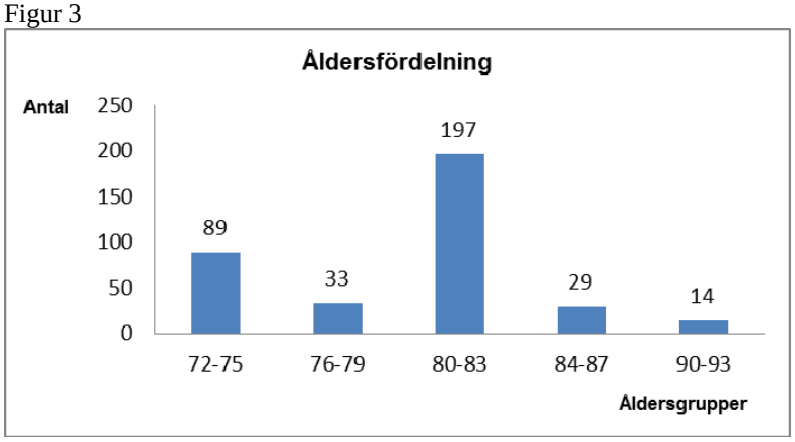
5.1 Fördelning av enkätsvaren – vilka personer har deltagit?

Antal inkomna svar var 364, två föll bort då respondenterna ångrade sig. Totalt analyserades 362 frågeformulär, fördelat på 225 stycken kvinnor och 137 stycken män. 337 besök utfördes som förebyggande hembesök och de resterande 25 stycken var gruppträffar. Några kommuner och stadsdelar - i Göteborg, ändrade under studiens gång arbetssätt och gjorde inte så många förebyggande hembesök som planerats från början. Gruppträffar och gemensamma informationsmöten användes bara i Göteborg.

Bland dem som tackat ja till ett förebyggande hembesök eller informationsträff var det även en del som valde att inte delta i studien.

De tillfrågade var mellan 72-93 år, de allra flesta i gruppen 80-83 år (fig 3). Vilken åldersgrupp som var i fokus för de förebyggande hembesöken eller informationsträffarna varierade mellan kommuner och stadsdelar vilket förklarar spridningen vad gällde ålder.

Figur 3



Fördelningen utifrån frågan om civilstånd var; 51 procent gifta, 31 procent änka eller änkling och 18 procent ensamstående eller särbo. Av dem som deltog i studien hade 25 procent en högskoleutbildning, eller ett tidigare yrke som anses likvärdig med eftergymnasial utbildning.

Den största andelen svarande bodde i villa, 38 procent. Trettiotre procent bodde i hyresrätt och 29 procent i bostadsrätt.

5.2 Allmänt hälsotillstånd

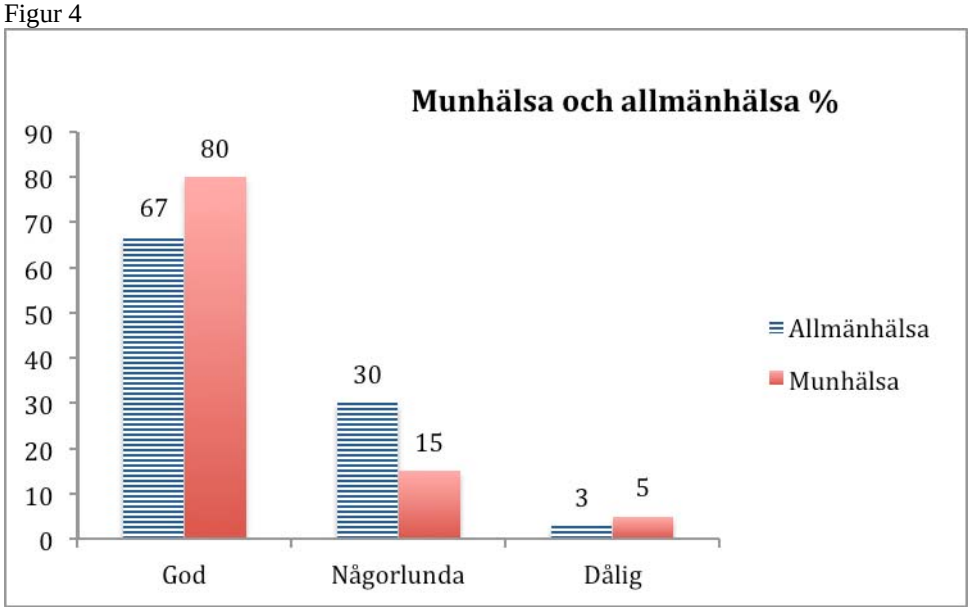
Respondenterna använde i genomsnitt 4 receptbelagda mediciner.

Den allmänna hälsan upplevdes som god eller mycket god. 67 procent ansåg att allmänhälsan var god, 30 procent upplevde den som någorlunda och endast tre procent ansåg att de hade en dålig allmänhälsa.

5.3 Munhälsa och tandvårdskontakt

När det gäller upplevd munhälsa så liknar det förhållandena ovan. 80 procent sa sig ha en god eller mycket god munhälsa, 30 procent svarade någorlunda och fem procent upplevde munhälsan som dålig (fig4).

Figur 4



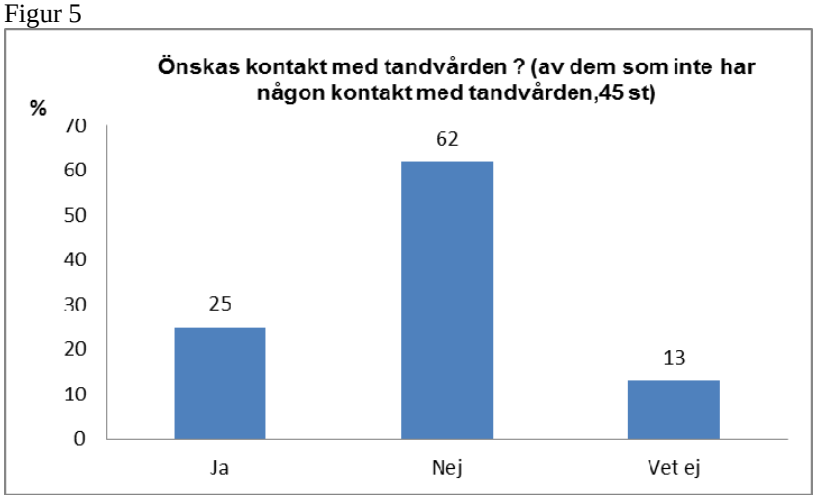
På frågan hur munhälsan förändrats de senaste åren svarade de flesta, 65 procent, att förhållandet i munnen var detsamma och 21 procent upplevde att det blivit sämre. En mindre grupp på 14 procent tyckte att munhälsan hade blivit bättre, och då oftast i samband med större behandlingar som implantat eller efter behandling av tandlossning. I kommentarer beskrev respondenterna att detta kändes mycket bra.

87 procent av respondenterna sa sig ha en regelbunden kontakt med tandvården och de allra flesta blev kallade en gång per år till tandläkare eller hygienist. Flera kommenterade att detta kändes bra, att man gärna vill komma en gång per halvår eller år och att det var skönt att själv slippa hålla reda på när det senaste tandvårdsbesöket varit.

För dem som inte hade en regelbunden tandvårdskontakt ställdes frågan om det var någonting man önskade. Av de 45 individer som inte hade en kontakt med tandvården svarade de flesta att de var nöjd med situationen som den var. De kontaktade själva tandvården vid behov eller om något akut inträffade. Orsaken till att de inte hade kontakt med tandvården var i de flesta fall att de hade en helprotes eller att det varför dyrt. Det var många kommentarer om att tandvården är dyr och att man därför drar sig för att gå till tandläkaren. I figur 5 finns sammanställningen av denna fråga och av de 25 procent som önskade en regelbunden tandvårdskontakt var det många som efter studiens första uppföljningstillfälle inte ville bli

kontaktade/påminda en andra gång. Situationen var oftast oförändrad och orsaker som att det var för dyrt nämndes även här.

Figur 5



Inga tydliga samband mellan tandvårdskontakt och bakgrundsvariabler kunde styrkas (tab1).[2]

Tabell 1: Fördelning av tandvårdskontakter

	Tandvårdskontakt	
	Har tandvårdskontakt	**Saknar tandvårdskontakt**
Ålder		
72-75	6	8 (57 %)
76-79	25	4 (14 %)
80-83	170	27 (14 %)
84-87	32	1 (3 %)
90-93	84	5 (6 %)
Civilstånd		
Gifta	162	22 (12 %)
Änka/Änkling	102	12 (10 %)
Ensamst./Särbo	53	11 (17 %)
Utbildningsnivå		
Högskoleutbildning	86	6 (7 %)
Annat	231	39 (14 %)
Bostad		
Villa/hus	130	10 (7 %)
Bostadsrätt	91	10 (10 %)
Hyresrätt	97	24 (20 %)
Allmänt hälsotillstånd		
Bra	222	24 (10 %)
Någorlunda	92	17 (16 %)
Dåligt	3	4 (57 %)
Mediciner		
4 st eller fler	160	25 (14 %)
Färre än 4	157	20 (11 %)

[2] Tabellen visar dock ej en statistisk sambandsanalys, utan är en sammanställning av antalen respondenter utifrån varje underkategori.

5.4 Upplevelser kring genomförandet

I slutet av projektperioden genomfördes tio stycken telefonintervjuer med de personer som genomfört de förebyggande hembesöken. Frågorna som låg till grund för samtalen finns tillgängliga i bilaga två – telefonintervjuguide.

Upplevelser av projektet

Ett syfte med projektet var att identifiera äldre personer eller seniorer som förlorat sin tandvårdskontakt, för att kunna bidra och underlätta för den äldre att återskapa kontakten med tandvården. Om seniorerna som tackade ja till erbjudandet om förebyggande hembesök eller deltog i liknande informationsträffar kan anses vara rätt målgrupp för syftet var en viktig fråga. Här svarade de intervjuade att denna grupp både kunde ses som rätt och fel målgrupp. Många av dem som deltog i studien uppgav att de redan hade en tandvårdskontakt, vilket kan indikera att det var fel målgrupp. Istället lyftes äldre som bor på äldreboenden eller på annat sätt finns inom vård och omsorg, som en lämpligare målgrupp. Å andra sidan menade andra att denna grupp, ur ett förebyggandeperspektiv, var rätt målgrupp. Likväl som att det förebyggande hembesöket innehåller frågor om hur personen generellt upplever hälsan, om personen motionerar eller ej, samt frågor om hur personen klarar av vardagsbestyr, ansåg man att det bör innehålla frågor om munhälsa och kontakt med tandvården.

Av dem som svarade på enkäterna var det 45 stycken (ca 12 %) som uppgav att de inte hade en regelbunden tandvårdskontakt. Till den siffran kan eventuellt några till läggas, då det i intervjuerna framkom att några av de tillfrågade inte deltog i studien för att de saknade en regelbunden tandvårdskontakt och därför avstod från att delta.

I samband med diskussion kring målgrupp, menade de intervjuade deltagarna att många av de äldre trots allt uppskattade att samtala om sin munhälsa.

Det andra området som berördes under intervjuerna, relaterat till upplevelser av projektet, var den utbildning och stöd de som genomförde de förebyggande hembesöken fick. De ämnen som berördes under utbildningarna var:

- Åldrande och munhälsa
- Generella skötselråd angående munhälsa
- Muntorrhet
- Nutrition
- Social samvaro och munhälsa

Under intervjuerna lyftes alla dessa utbildningsområden som intressanta. Några hade större behållning av de mer generella utbildningarna om åldrandet, skötselråd och sociala frågor, medan andra lyfte de mer specifika passen om muntorrhet och nutrition. Trots att utbildningarna ansågs intressanta varierade synen på hur värdefullt det var för dem att få den här kunskapen. En del menade att det på ett personligt plan var intressanta utbildningspass, men att de inte behövdes för att de skulle kunna göra sitt jobb. Samtidigt som andra tyckte att utbildningen hjälpte till att sätta frågan om munhälsa på agendan. Utbildningen bidrog till att frågan fick ökat fokus. Området munhälsa faller ofta bort, menar de, och då kan kontinuerlig påminnelse i form av utbildningar underlätta för att dessa frågor ses som en naturlig del av den allmänna hälsan.

För framtiden

Syftet med de mer framåtsyftande frågorna var att ge dem som genomfört de förebyggande hembesöken en chans att ge sin syn på vilken kunskap och erfarenhet av projektet och studien

som bör spridas. Vissa pekade på andra målgrupper som de ansåg kunde ha större nytta av frågorna, som de inom vård och omsorg och på äldreboenden.

En tanke med projektet var att eventuellt ta fram ett underlag som kan spridas till andra kommuner och stadsdelar som genomför förebyggande hembesök. Under intervjuerna framkom det att detta kanske inte var rätt väg att gå, då det finns så många olika former för de förebyggande hembesöken och de flesta av dem är formade som samtal. Däremot menade de att det finns olika ingångar till samtal kring munhälsa, vilket är någonting att sprida. De tre generella ingångar som lyftes var i samband med samtal kring den allmänna hälsan, i samband med kontakt med hälso- och sjukvården eller i samband med samtal om mat.

Den andra delen handlade om utbildningsbehov och då främst att det var viktigt med den kontinuerliga påfyllnaden och uppdateringarna om munhälsa.

6. Diskussion

Denna studie visar att ungefär tolv procent av dem som fått ett förebyggande hembesök och valt att vara med i studien saknade en regelbunden tandvårdskontakt. De främsta orsakerna till detta var att den äldre hade en helprotes eller upplevde att tandläkarbesök var för dyrt. Bland dem som saknade en tandvårdskontakt var intresset att ha en kontakt med tandvården svalt, endast omkring 25 procent (elva stycken) sa sig önska en kontakt med tandvården. Däremot upplevde ”uppsökarna” att det kändes angeläget att ha med frågor om munhälsa i de förebyggande hembesöken.

Studien visade att den äldregrupp som tackar ja till de förebyggande hembesöken generellt sett mådde väldigt bra. De upplevde även i stor utsträckning sin munhälsa som god. Vilket i sin tur innebar att det var ett fåtal som upplevde sin allmänhälsa eller munhälsa som dålig och i förlängningen gav det ett litet underlag för att studera eventuella förebyggande effekter av hembesöket.

6.1 Förändringar av syftet och frågeställningarna

I och med projektansökan och den etiska prövningen beskrevs syftet och ett antal frågeställningar, vilka presenteras under punkt 2. Dock har det under projektet och studiens gång visat sig att vissa frågor är svåra att få svar på, utifrån studiens målgrupp. Endast ett fåtal av de äldre som var med i studien saknade en regelbunden tandvårdskontakt, vilket gav ett litet underlag för att ge svar på studiens frågeställningar. Ännu en effekt av det oförmodade resultatet var att det inte längre kändes relevant att genomföra en hälsoekonomisk beräkning så som planerats.

Däremot har andra frågeställningar blivit mer aktuella, då utförarnas upplevelser kring samtalen också inkluderats i studien. Diskussioner kring de förebyggande hembesökens effekt och val av målgrupp var på så vis relevanta.

6.2 Frågeställningarna

Syftet med studien och det genomförda projektet var att se om de förebyggande hembesöken var rätt forum för att prata om tandvårdskontakt och munhälsa. Antingen i ett förebyggande syfte eller för att hjälpa dem som förlorat sin regelbundna kontakt. Den här studien kan inte till fullo svara på hela syftet, då tiden är för begränsad för att se eventuella förebyggande effekter. Dessutom visade det sig snabbt att de flesta redan hade en tandvårdskontakt, alternativt var nöjda med att inte ha en.

Däremot gav studien svar på andra frågor och ett underlag för att arbeta vidare med. Studiens ursprungliga frågeställningar var av beskrivande karaktär och sammanfattningsvis kan sägas att av dem som tackade ja till ett förebyggande hembesök var det en mindre andel än väntat som saknade en regelbunden tandvårdskontakt. Andelen tolv procent utan regelbunden tandvårdskontakt kan jämföras med 15-28 procent i en tidigare kartläggningsstudie. Av dem som saknade en regelbunden tandvårdskontakt var antalet som var aktuella för en uppföljning, enligt studiens plan, få och blev ännu färre efter första omgången. Därför är det svårt att säga någonting om den effekt studien och samtalet har haft på dem.

Av de inbjudna seniorerna tackar en viss del ja till ett uppsökande hembesök. Enligt ”uppsökarna” tackar oftast de som är friska och som gärna vill ha besök i sitt hem ja till förebyggande hembesök. Är man på väg mot sjukdom, eller tycker att man inte vill släppa in kommunens personal i sitt hem, tackar man nej. En del av seniorerna tackade nej till att svara på tandvårdsfrågorna för att det var en studie, men ville gärna tala om tänder och munhälsa utan att samtalet fördes in i enkäten. Att sakna tandvårdskontakt kan vara något man skäms över och då är det lättare att säga att man inte vill vara med i studien än att uppge detta. Att ha protes eller att uppleva sin munhälsa som dålig kan också vara en orsak till att inte vilja vara med i studien. Andelen äldre, av dem som erbjöds förebyggande hembesök, som saknade tandvårdskontakt kan därför vara underskattad.

De tolv procent som saknar en tandvårdskontakt kan även jämföras med andra studier kring förebyggande hembesök. Några exempel är från slutrapporten för ”VillGott” i Solna där nio procent uppgav att de inte klarade av sina matinköp utan hjälp, 13-14 procent kunde inte tvätta och städa själva.[xxii] I en annan studie bedömde 13 procent sin hälsa som dålig och fem procent motionerade lite eller inget (en till två gånger i månaden eller mindre).[xxiii] Andelen i de förebyggande hembesöken som antingen bedömer sin hälsa som dålig eller är i behov av stöd i vardagen är inte så omfattande, däremot anses besöken ur ett förebyggandeperspektiv vara bra. Vår studie har inte kunnat svara på frågan om så är fallet med tandhälsa och kontakt med tandvården, men enligt en del ”uppsökare” bör samtal om munhälsa vara en del av det förebyggande arbetet på samma sätt som övriga frågor.

Den mest förekommande orsaken till att tandvårdskontakt saknades var att man inte ansåg sig behöva en. Det på grund av helprotes eller att de inte upplevde några problem för tillfället. En annan förekommande orsak var den ekonomiska situationen, där många upplevde att ett tandläkarbesök var för dyrt.

Den senare orsaken gör det relevant att ställa sig frågan om socioekonomiska faktorer påverkar tandvårdskontakten. Som diskuterades inledningsvis är materialet för begränsat för att kunna göra sådana sambandsanalyser. Det finns studier som tyder på att huvudorsaken kan vara kostnaden, vilket många respondenter har påtalat. En annan aspekt som lyftes vid en intervju med en ”uppsökare” var att den socioekonomiska ställning en person har haft påverkar ens inställning till frågan om tandvård och hur prioriterad den blir. Före detta läkarhustrur eller liknande, från de högre sociala skikten, kan i vissa fall fortsätta att prioritera exempelvis sin tandvård trots att deras nuvarande ekonomiska situation är relativt låg. Detta resonemang stöds av resultaten i en studie av Grönqvist 2012.[xxiv]

Det är dock även en intressant iakttagelse att de som valt att delta i studien och då även tackat ja till de förebyggande hembesöken i större utsträckning hade en regelbunden tandvårdskontakt än vad som rapporterats i en tidigare studie av Grönbeck-Lindén et al.[xxv] Inom studiegruppen var det en ganska stor spridning när det kommer till faktorer som boendeförhållanden, civilstånd och kön. Däremot var inte spridningen av dem som saknar en tandvårdskontakt fördelat helt som väntat. När det kommer till bakgrundsfrågorna visade

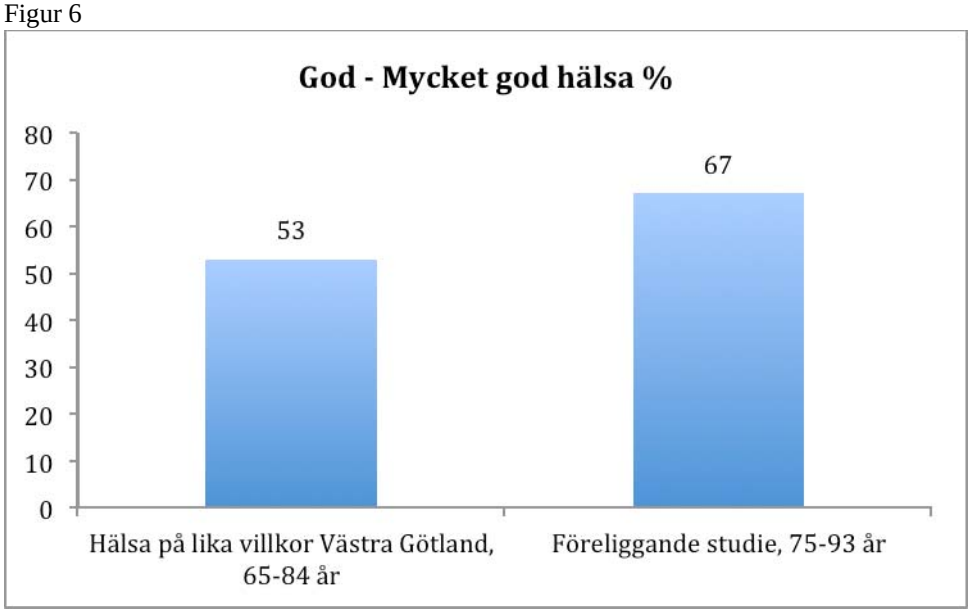
resultatet på att det var fler personer i högre ålder som har kvar sin tandvårdskontakt, vilket går emot tidigare studier. Vi kan ana att civilstatus, boendesituation och utbildning kan ha effekt, men dessa samband är ej signifikanta. Däremot är det här en grupp som generellt sett mår bra, vilket eventuellt kan minska effekten av de socioekonomiska faktorernas betydelse.

6.3 Rätt forum och rätt målgrupper?

Ett annat område som bör diskuteras i relation till studien är om de förebyggande hembesöken är rätt forum för samtal om munhälsa. Under intervjuerna nämndes att det var ett litet antal av dem som nåddes av studien som saknade en tandvårdskontakt. I jämförelse med andra områden som diskuteras i de förebyggande hembesöken är det kanske inte så ovanligt. En stor del av dem som tackar ja till ett hembesök är generellt ganska pigga, vilket studien visar (fig6).

I denna grupp har en hög andel skattat sin hälsa som god eller mycket god, jämfört med åldersgruppen generellt. I den nationella folkhälsoenkäten ställs en liknande fråga och i Västra Götaland var andelen som svarade att hälsan var god eller mycket god nästan 53 procent. Åldersgruppen i hälsoenkäten (64-84 år) skiljer sig från denna studies åldersgrupp (75-93 år), men det gör kanske även resultatet ännu mer tydligt då fokus för studien har varit en ännu äldre målgrupp (fig6).

Figur 6



Några ”uppsökare” menade att en del av bortfallet berodde på att äldre utan en tandvårdskontakt inte ville att det skulle redovisas i studien. Ur ett förebyggande perspektiv kan det därför vara relevant att ändå inkludera munhälsa som en del av ett hälsosamtal. Dessutom menade ”uppsökarna” att det uppfattades som väldigt positivt, bland de äldre, att få prata om sin munhälsa och tandvårdskontakt. Det har varit ett ämne som berört även dem som hade en regelbunden kontakt med tandvården.

Hur ser den grupp som tackar ja till förebyggande hembesök och deltar i studien ut, i en bredare jämförelse? Gruppen har en ovanligt hög utbildningsnivå, 25 procent i jämförelse med cirka 14 procent bland 75-åringar i Sverige generellt.[xxvi] Den höga andel som bor i bostadsrätter eller eget hus kan till viss del förklaras av att flera av de undersökta bor i landsortskommuner där det inte finns så mycket hyreslägenheter. Hyreslägenheter är vanligare i Göteborgstrakten. Även när det kommer till medicin uppvisade den här gruppen en

relativt låg konsumtion[xxvii], men materialet är selekterat så till vida att de som varit med i studien är friska hemmaboende äldre utan någon hjälp från kommun eller stadsdel.

Det är ett generellt problem att nå ut med insatser till grupper som har sämre förutsättningar för god hälsa. I den nyligen antagna[xxviii] handlingsplanen för jämlik hälsa i Västra Götaland syftar några av åtgärdsförslagen till att hitta nya vägar att nå ut med insatser till grupper som generellt sett inte brukar nås. Förebyggande hembesök når i sig inte alla äldre, då det är frivilligt att ta emot hembesöket, men det har varit en intressant aspekt att i den här studien undersöka spridningen deltagarna emellan. På många plan kan studien visa på en bred representativitet. Studien har genomförts i städer, tätorter och glesbygd, samtidigt som det är en bred åldersspridning. Medelåldern i studien var 82 år, vilket är kring den åldern då allt fler förlorar sin regelbundna kontakt med tandvården. Det har även varit en jämn fördelning utifrån boendesituation och civilstånd. Kvinnorna har dock varit överrepresenterade, men där skillnaden till stor del förklaras av könsfördelningen inom åldersgrupperna i allmänhet. Det som var lite avvikande är andelen högutbildade, där vi här såg en viss överrepresentation. En grupp som brukar vara underrepresenterad är äldre invandrare, där bland annat språkförbistringar försvårar för deltagande. I den här studien har dock inte etnicitet varit ett särskilt fokus, men under en av intervjuerna med en ”uppsökare” framgick det att det var flera äldre med annan etnisk bakgrund som inte ville delta. Det kan till viss del bero på att enkäten var på svenska, men en annan faktor var att det upplevdes skamfyllt att antingen ha en dålig munhälsa eller att inte ha råd att hålla en kontakt med tandvården. Detta var en orsak som även lyftes av de äldre som inte hade annan etnisk bakgrund, så det är inte en avgränsad företeelse. Däremot kan det vara värt att notera att just det faktum att det här var en studie där det krävdes formellt samtycke, kan eventuellt ha fungerat som en viss barriär där äldre med annan etnisk bakgrund var mer benägna att avstå. Genom att inkludera samtal om munhälsa och tandvårdskontakt, utan formellt samtycke, kanske denna eventuella barriär försvinner.

7. Reflektion och slutsatser

Bakgrunden till studien var kunskapen om att omkring 20 procent av personer över 80 år har förlorat sin regelbundna kontakt med tandvården. Syftet var att se om de förebyggande hembesöken kunde fungera som en kanal för att identifiera dem som förlorat sin kontakt, förhoppningsvis underlätta för dem att återknyta kontakten med tandvården, samt genom förebyggande insatser undviker att de i riskzonen inte förlorar sin kontakt. En slutsats som kan dras ur studien är svårigheten att veta var den målgrupp vi vill nå med våra insatser kan hittas och var de förebyggande insatserna behöver sättas in.

I den grupp som nåddes av de förebyggande hembesöken var andelen som saknade en tandvårdskontakt lägre än i tidigare studier. Däremot verkade den andel som ändå identifierades vara jämförbar med andra områden som också mäts och diskuteras under de förebyggande hembesöken. Ur ett förebyggandeperspektiv bör vi därför hålla fast vid att frågor kring munhälsa och kontakt med tandvården också ska finnas med i samtalen.

Att inte hitta rätt målgrupp är ett generellt problem. Många av de traditionella informationskanalerna når inte alla och det är oftast dem som inte nås som det finns ett intresse att nå ut till. Samtidigt hittar alla kanaler några och ju fler kanaler informationen sprids via, desto fler nås av informationen och insatsen. De förebyggande hembesöken är en sådan kanal för information, men bör inte vara den enda.

För att kunna sprida information om munhälsa, behövs kunskap. Den personal som genomför de förebyggande hembesöken har olika yrkes- och utbildningsbakgrund och många saknar kunskap om tand- och munhälsa. Genom att utbilda personal i allmän munhälsa och ge

kunskap om exempelvis muntorrhet, får personalen en bättre bas att stå på under samtalen. Utbildningsinsatserna bör inte ges enbart till personalen på äldreboenden och liknande, då det är viktigt att nå ut med informationen till äldre i ett tidigt skede. Personal på äldreboenden är garanterade ett utbildningstillfälle per år inom ”Uppsökande tandvård”, därför är det så viktigt att nå alla andra som arbetar med äldre.

Slutligen är de tre ingångarna till ett samtal om munhälsa värdefulla och konkreta rekommendationer. De tre generella ingångar som användes av ”uppsökarna” var i samband med samtal kring den allmänna hälsan, i samband med kontakt med hälso- och sjukvården eller i samband med samtal om mat. Då uppläggen för de förebyggande hembesöken ser ut på olika sätt är det här en enkel erfarenhet att sprida.

Slutsatser:

*) Frågor om munhälsa och tandvårdskontakt bör inkluderas vid förebyggande hembesök

*) Den personal som genomför förebyggande hembesök uppskattar och har behov av utbildning om munhälsa.

*) Tre ”ingångar” till samtal om munhälsa identifierades; a) vid samtal om den allmänna hälsan b) vid kontakt med hälso- och sjukvården samt c) vid samtal om mat.

8. Referenser

[i] Petersen, P. E. & Yamamoto, T. (2005). ”Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme”. Community Dent Oral Epidemiology 2005; 33(2):81-92

[ii] Statistiska centralbyrån (2012). ”10 miljoner redan år 2018”. Pressmeddelande från SCB, nr. 2012:741

[iii] Västra Götalandsregionen (2011). ”Fakta äldre (65 år och äldre)”. Tillgängligt via http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Utmaningar-for-folkhalsoarbetet/Aldrande-med-livskvalitet/Fakta-aldre-65-ar-och-aldre/ (Hämtad 2012-11-22)

[iv] Statistiska centralbyrån (2012). ”Statistisk årsbok för Sverige 2011”, s. 440

[v] Kandelman, D, Petersen, PE. & Ueda, H. (2008). “Oral health, general health, and quality of life in older people". Special Care in Dentistry, 2008; 28(6):224-36

[vi] Holmstrup, P., Klinge, B. & Sigurd, B. (2012). ”Connection between periodontitis an coronary heart disease”. Tandläkartidningen, 2012;104(2):60-3

[vii] Se bl.a. Andersson, P., et al. (2002). “Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients”. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002; 16:311–318.

[viii] McGrath, C. & Bedi, R. (1999). “The importance of oral health to older people’s Quality of Life”. Gerodontology 1999; 16(1): 59-63.

[ix] Fure, S (2001). ”Karies hos äldre”. Tandläkartidningen 2001; 93: 42–50.

[x] Östberg, T., Carlsson, G.E. & Sundh, V. (2000). ”Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975 to 1997, by Statistics Sweden”. Acta Odontologica .Scandinavica 2000; 58(4): 177-182.

[xi] Ettinger, R.L. & Beck, J.D. (1982). “The new elderly: what can the dental profession expect?” Special Care in Dentistry 1982; 2: 62-69

[xii] Department of Health (2005). “Meeting the challenges of oral health for older people: A Strategic review”. Gerodontology 2005; 22(1): 2-48.

[xiii] Vehkalahi, M. & Knuuttila, M. (2008). “Förebyggande vård främjar äldres munhälsa”. Tandläkartidningen 2008;100(2): 70-7.

[xiv] Grönbeck-Lindén, I., et al. (2011). ”Loss of dental attendance among elderly Swedish people”. Poster presentation ECG Gent 2011

[xv] Se bl.a. Nordell, K. (2009). ”Äldres vardag – planerad trygghet eller akut oro. Förebyggande hembesök i Centrum, Linnéstaden och Tuve-Säve”. FoU Väst. Eller Sahlén, K-G., (2008). ”Hälsofrämjande insatser för äldre: förebyggande hembesök en strategi med möjligheter”. Vårdalinstitutet

[xvi] Västra Götalandsregionen (2011). ”Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011”.

[xvii] Järbrink, K., Althoff, K. & Rubenstein, B. (2011). ”Jämlikhet i hälsa och vård på lika villkor”. Västra Götalandsregionen

[xviii] Ekbäck, G. (2008). ”Livshändelser, hälsa och munhälsa – en studie av skiljsmässa, make/makas död och dess relationer till hälsa och munhälsa baserad på en enkätstudie av 65-åringar i två landsting”. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. MPH 2008:12

[xix] Ekbäck, G. (2008). ibid.

[xx] Locker, D. & Gibson, B. (2005). ” Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations”. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(4): 280-288.

[xxi] Nordenram, G. (2002). ”Muntorrhet, en plåga som inte syns”. Läkartidningen 2002, nr 5: vol. 99.

[xxii] Kallin, I. & Bender, B. (2011). ”Slutrapport VillGott – Förebyggande hembesök”. Solna stad: Omvårdsförvaltningen, s. 7

[xxiii] Sahlén, K-G. (2002). ”Hälsa På-projektet”. Umeå universitet: Epidemiologiska institutionen, ss 20-22

[xxiv] Grönqvist, E. (2012). ”Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomstens betydelse”. Försäkringskassan; ISSN 1653-1353.

[xxv] Grönbeck-Lindén, I., et al. (2011). ibid.

[xxvi] Statistik hämtad från Statistiska centralbyrån, Befolkningsstatistik 2011 och Befolkning och utbildning 2011 (Hämtad 2012-12-12)

[xxvii] Statens beredning för medicinsk utvärdering (2009). ”Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?”. SBU Rapportnr: 193

[xxviii] Antogs av Folkhälsokommittén den 6 december 2012, översänd till Västra Götalands regionstyrelse för beslut.