

Inger Wårdh, Eeva Widström, Dorte Jeppe-Jensen, Kirsten Solemdal och Lars Gahnberg

Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering

Gerodonti är ett ungt ämne som utvecklats i takt med att antalet betandade äldre i höga åldrar ökat och därmed behovet av ett speciellt omhändertagande av de äldres orala hälsa. Ämnesområdet har ännu inte funnit sina bestämda former avseende utbildning, organisation eller finansiering och variationen mellan olika länder är stor. Även inom länderna varierar utbildningen mellan olika lärosäten och organisationen inom olika områden, så också i viss mån finansieringen. Artikeln ger samhällsodontologiska aspekter på ämnesområdet som fått en ökande betydelse då målgruppen utgör en allt större del av befolkningen och den odontologiska patientstocken. Gruppen äldre är heterogen och omfattar allt från friska vuxna till omvårdnadsberoende och sjukhemsboende. Det innebär stora utmaningar både avseende teoretiska kunskaper och färdigheter i den kliniska situationen samt att säkerställa väl fungerande vårdkedjor och ekonomiska stödsystem för att möjliggöra en god oral hälsa livet ut.

Gerodonti är ett ungt ämne som utvecklats i takt med att antalet betandade äldre i höga åldrar ökat och därmed behovet av ett speciellt omhändertagande av de äldres orala hälsa. Begreppet fanns egentligen inte förut utan äldres

Författare

Inger Wårdh, associate professor, ph.d., Institutionen för odontologi och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

Eeva Widström, professor, övertandläkare, ph.d., National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland och Institute of Clinical Dentistry, Faculty of Health Sciences, UIT, The Arctic University of Norway

Dorte Jeppe-Jensen, tandlæge, særlig odontologisk rådgiver, Tandlægeforeningen, Politisk support og kommunikation, København, Danmark

Kirsten Solemdal, ph.d., Institute of Clinical Dentistry, Faculty of Health Sciences, UIT, The Arctic University of Norway

Lars Gahnberg, professor, ph.d., Institutionen för Odontologi Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården Västra Götalandsregionen, Sverige

oral hälsa ombesörjdes med att framställa och sköta avtagbara plattproteser samt utföra munvård på tandlösa personer i livets slutskede. I Sverige och Norge integrerades ämnet i den protetiska undervisningen i avtagbar protetik för tandläkarstudenter. Munvård undervisades på sjuksköterske- och undersköterskeutbildningar men gällde då i huvudsak palliativ vård och intensivvård.

Någon särskild organisation för de äldres tandvård ansågs inte heller behövas då man utgick från att de flesta äldre var tandlösa. Av samma skäl, fanns det heller inget större intresse av att föra statistik över tandhälsa och utförd tandvård för personer över 65 år. Detta är idag ett bekymmer, då vi önskar ett bättre underlag för de äldres tandhälsoutveckling, speciellt som antalet kvarvarande tänder i högre åldrar t o m visat sig vara en prediktor för överlevnad (1). Det finns dock lokala studier som pekar på en stor positiv förändring i tandhälsan, både generellt och bland de äldre (2).

Danmark och Finland har landsomfattande kliniska epidemiologiska studier om vuxenbefolkningens tandhälsa (3–5) och i Sverige har ett kvalitetsregister (SKaPa = svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, www.skapareg.se) med registerbaserad information om tandvårdsutnyttjande hos över 5 miljoner invånare byggts upp. Därifrån vet man att de äldre är en mycket heterogen grupp där tandvårdsbehovet och – beteendet varierar stort beroende på sociala och demografiska bakgrundsvariabler. De äldres tandhälsa påverkas också av fysiologiska åldersförändringar, allmän hälsa och funktionsförmåga. Gränsen mellan friskt och sjukt är ibland flytande. Äldretandvård omfattar således en stor och heterogen patientgrupp där de stora utmaningarna ligger hos sjuka äldre

Huvudbudskap

- Gerodonti är ett ungt ämnesområde. Ämnesområdet har ännu inte har funnit sina bestämda former avseende: utbildning, organisation och finansiering
- Det är stor variation mellan och inom olika länder

med ett växande behov av tand- och munvård men en minskande vårdefterfrågan.

Artikeln målsättning är att ge perspektiv från Norge, Finland, Sverige och Danmark avseende:

- hur utbildning i gerodonti bedrivs
- om och i så fall hur tandvård för äldre är organiserad
- vilka eventuella ekonomiska stödsystem som finns för äldres tandvård

Utbildning – se Tabell 1

Tandläkarutbildningarna

I Norge finns tandläkarutbildning vid universiteten i Oslo, Bergen och Tromsø. I Oslo består undervisningen i gerodonti av klinisk träning med patientbehandling på universitetskliniken med stöd av föreläsningar, seminarier, problembaserad undervisning (PBL) och demonstrationer. På sista terminen sker både skriftlig och muntlig slutexamination. I Bergen har man dessutom en separat sektion för Gerodontologi med anställd professor och egen gerodontologisk klinik som drivs i samarbete med den offentliga tandvårdsorganisationen. I Tromsø får studenterna fem föreläsningar på sjätte termin, åtta föreläsningar på åttonde termin och under termin nio och tio ges ytterligare fyra föreläsningar. Under hela sjunde terminen har studenterna verksamhetsförlagd utbildning och får då förutom en videoföreläsning tillsammans med sin handledare besöka ett sjukhem. I början av termin åtta, presenterar alla ett geriatriskt patientfall och examination sker på sista terminen.

I Finland ger alla fyra tandläkarhögskolorna undervisning i gerodonti. I Uleåborg (Oulu) och Kuopio sker undervisningen i samband med parodontologi och i Helsingfors och Åbo med protetik. I Kuopio ges en enpoängskurs (poäng = högskolepoäng, ETCS) under det tredje året och en tvåpoängskurs under det femte året som då också inkluderar besök på äldreboenden med undersökning av de boende.

I Sverige kan man utbildas till tandläkare på fyra universitet/

högskolor. Vid Karolinska institutet är gerodonti en separat kurs om 4,5 poäng under det femte året. Ämnet är huvudsakligen teoretiskt men ett obligatoriskt kliniskt pass ingår, med möjlighet att undersöka och/eller behandla omvårdnadsberoende, geriatriska patienter under handledning. Kursen examineras via uppgifter under obligatoriska seminarier och det kliniska passet samt med en hementamen. På övriga tandläkarprogram är ämnet integrerat i övrig undervisning rörande vuxentandvård. I Göteborg ges två dagars teoretisk utbildning i gerodonti på termin nio inom ett block som behandlar patienter med särskilda behov.

I Danmark bedrivs tandläkarutbildning vid Köpenhamns universitet och vid Århus universitet. I Århus ges en 5-poängskurs i gerontologi på termin 7. Kursen består av föreläsningar och examinationen är skriftlig med en extern censor. I Köpenhamn är den teoretiska undervisningen i gerontologi integrerad i ämnesområdena cariologi, parodontologi och samhällsodontologi vilket gör att antalet poäng inte kan anges. Gerontologi ingår i examinationen av respektive ämnesområde. Både i Århus och i Köpenhamn är den kliniska undervisningen integrerad i övrig patientbehandling där äldre utgör en väsentlig andel av patienterna.

Tabell 1. Översiktlig sammanställning av innehållet i de nordiska tandläkar- och tandhygienistutbildningarna

Tandläkarutbildningen	Norge	Finland	Danmark	Sverige
Klinisk undervisning på universitetsklinik	Oslo Bergen		Köpenhamn Aarhus	
Auskultation/klinisk träning vid extern klinik	Tromsø	Kuopio		KI, Stockholm
Teoretisk undervisning som eget ämne	Oslo Bergen Tromsø		Aarhus	KI, Stockholm
Teoretisk undervisning integrerat i annat ämne		Uleåborg Kuopio Helsingfors Åbo	Köpenhamn	Umeå Göteborg Malmö
Separat examination	Oslo Bergen Tromsø		Aarhus	KI, Stockholm
Tandhygienistutbildningen				
Klinisk undervisning på universitetsklinik	Bergen Tromsø	Helsingfors		
Auskultation/klinisk träning vid extern klinik			Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg
Teoretisk undervisning som eget ämne	Bergen Tromsø	Helsingfors	Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg Kristianstad
Teoretisk undervisning integrerat i annat ämne				Malmö Umeå
Separat examination	Bergen Tromsø		Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg

Tandhygienistutbildningarna

Den norska tandhygienistutbildningen är tre år. I Bergen undervisas gerodontologi under hela tredje studieåret som en egen klinisk och teoretisk kurs med avslutande examen. I Tromsø ges studenterna under andra året en 10 poängs kurs som innefattar äldretandvård med föreläsningar, seminarier, klinisk patientbehandling och auskultationer. Kursen avslutas med en skriftlig tentamen.

Den finska motsvarigheten till tandhygienist kallas munhygienist och utbildningen är 3,5 år. Som exempel kan nämnas att i Helsingfors läser studenterna 8 poäng gerodonti, uppdelat på fem veckors teori och tre veckors praktik.

Den svenska tandhygienistutbildningen är tvåårig med möjlighet till ett tredje påbyggnadsår och en kandidatexamen men troligen blir tandhygienistutbildningen snart treårig. I Göteborg ges en kurs på fem poäng för grupper med särskilda behov med inriktning mot omsorgsberoende äldre under påbyggnadsåret, samt klinisk praktik på tre poäng. I Malmö ges en kurs på 15 poäng för patienter från utsatta grupper under påbyggnadsåret. I Umeå ges under andra året en kurs om 2,5 poäng och under påbyggnadsåret 15 poäng för vuxna med särskilda behov – uppsökande verksamhet. Vid högskolan i Kristianstad får studenterna under andra året en kurs med fokus på åldrandet om 7,5 poäng. Den följs sedan upp under påbyggnadsåret med en kurs för patienter med särskilda behov om 15 poäng. Vid Karolinska institutet är gerodonti ett moment om 3 poäng under påbyggnadsåret, uppbyggt på liknande sätt som för tandläkarstudenterna.

Den danska tandhygienistutbildningen kallas formellt en Professionsbachelor i tandvård och är en 3-årig utbildning. Utbildningsprogrammet är gemensamt i Århus och i Köpenhamn. På termin 5 ges en 15 poängskurs med temat «Tandvård för individer med särskilda behov». I denna kurs är omsorgs- och äldretandvård särskilda fokusområden. Kursen är tvärprofessionell med både teoretisk och praktisk undervisning samt avslutas med prov. Förutom denna kurs ges undervisning i gerontologi i relevanta ämnesområden. Praktik kan förekomma inom omsorgstandvård och vid vårdhem.

Postgraduate utbildning

Norska tandläkare måste genomgå minst 150 timmars efterutbildning fördelat under fem år, med rekommendationen 30 timmar per år. Godkända kurser väljs fritt av enskild tandläkare. Våren 2016 innehöll den efterutbildning som Tannlegeforeningen arrangerar en modul med gerodontologi och oral medicin. I Finland finns också postgraduate utbildning i ämnet.

Gerodonti är ingen specialitet i Sverige men en diplomkurs ingår i specialistutbildningen i protetik som i mån av plats också är tillgänglig för andra intresserade tandläkare. Sverige har dock under många år haft sjukhustandläkare som även behandlat geriatriska patienter. De senaste åren har flera landsting velat utveckla denna kategori av specialkunniga allmäntandläkare och bekostat specialistutbildning i orofacial medicin, där gerodonti ingår. Utbildningen leder oftast till tjänster som är likvärdiga

med övriga offentligt finansierade specialisttjänster. Socialstyrelsen utreder nu om detta ska bli en formell specialitet (6). För tandhygienister finns sedan två år tillbaka en uppdragsutbildning i äldretandvård vid Karolinska institutet som är likvärdig med den kurs som ges under påbyggnadsåret. Målgruppen är tandhygienister som har en äldre, kortare utbildning och de som valt att inte gå påbyggnadsåret.

Flera kursarrangörer ordnar också kurser i ämnet och den odontologiska riksstämman som varje år hålls av Svenska Tandläkarsällskapet, har inslag med äldretandvård.

Många tandläkare och tandhygienister väljer också att vidareutbilda sig i form av en magister- eller masterexamen. Här finns möjlighet att välja en gerodontisk inriktning på uppsatsarbetet. De senaste åren har också allt fler doktorsavhandlingar inom ämnet lagts fram, vilket gäller de flesta nordiska länderna.

I Danmark har det hittills inte varit något speciellt fokus på gerontologi i efterutbildningskurser för tandläkare. Tandläkarföreningen har dock fattat beslut om att temat för föreningens 2-dagars symposium 2018 skall vara «Den äldre patienten».

Sedan 2014 har tandhygienister haft möjlighet att söka en diplomutbildning som innehåller en valfri del inom ämnesområdet «Omsorgstandvård». Denna del i utbildningen utgör 5 ECTS och avslutas med examen. Dessutom genomfördes 2016 en temadag med inriktning på äldretandvård. Bägge dessa utbildningar har anordnats i Århus.

Utbildning för icke odontologiska yrkesgrupper

I Norge ges frivillig undervisning i oral hälsa på nästan alla utbildningar till undersköterska. En vetenskaplig rapport poängterar dock att både kvalitet och kvantitet är otillräcklig för att möta det växande munvårdsbehovet. Evidensbaserade guidelines efterfrågas (7).

Oral hälsa är inget stort ämne på svenska grundutbildningar till vårdrelaterade yrken. Oftast ges endast frivilliga föreläsningar utan examination och praktik. Några tandhygienistprogram har gemensamma undervisningsinslag med sjuksköterskestudenter. En ökad efterfrågan kan dock märkas, där fokus ligger på den äldre patienten. Våren 2016 organiserades en uppdragsutbildning i oral hälsa för sjuksköterskor av Karlstads universitet på 7,5 poäng.

Det svenska tandvårdsstödet för omvårdnadsberoende personer innehåller också undervisning till vårdpersonalen. Den ingår i ett upphandlat koncept och brukar bestå av en timmas teori och praktisk undervisning i samband med hembesök för munhälsobedömning.

De sista åren ges dock allt mer undervisning knutet till kvalitetssäkringssystemet Senior Alert, där munbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) ingår (8). Senior Alert är avsett att användas av vårdpersonal i alla vårdsammanhang för personer 65 år eller äldre (9).

Under de senaste åren har man i Danmark haft ett ökande fokus på betydelsen av en god munhälsa. I omvårdnadsutbildningarnas grundbok finns ett kapitel om munvård som utarbetats av en tandläkare (10). I utbildningsförordningen från 2015 anges

att det i utbildningsvärderingen ingår en bedömning om elevens förmåga att tillämpa hygieniska principer, inklusive munvård, för att förebygga smittspridning. Arbetsmarknadsutbildningen (AMU) erbjuder en efterutbildningskurs, «Förebyggande vuxentandvård i omvårdnadsarbetet» för omvårdnadspersonal. På sju högskolor som utbildar sjuksköterskor ingår enligt utbildningsledarna munvård som en obligatorisk del inom ämnesområdet grundläggande sjukvård. Munvård är också inkluderad i sjuksköterskeutbildningens kliniska del, speciellt vad gäller äldre och sjuka patienter.

Organisation

I Norge finns 19 Fylken som driver den offentliga tandvården och har ansvar för tandvård till äldre i sitt respektive område. Ansvaret är reglerat i «Lov om tannhelsetjensten» från 1984 (11). Berättigade till kostnadsfri tandvård inom den offentliga tandvården är de äldre som är boende på institution eller har hemsjukvård och där behovet av institutionsboende eller hemsjukvård har en varaktighet av minst 3 månader. Tandvården ges i allmänhet av den offentliga tandvården men möjlighet finns för Fylkeskommunen att teckna avtal med privatpraktiserande tandläkare. Det finns inte några begränsningar av den vård som får ges men den skall anpassas till individens medicinska status och behov samt den äldres önskemål.

Institutioner och hemsjukvård är kommunernas ansvar och det är kommunen som skall informera de äldre om rättigheten att få fri tandvård. Fylkeskommunerna har olika former av avtal med kommunerna och regelbundna avstämningmöten med kommunerna hålls. De övriga äldre hänvisas till privat tandläkare i likhet med den övriga befolkningen och de flesta betalar sin tandvård helt och hållet själv.

I Finland finns det 317 kommuner som driver den offentliga tandvården vid hälsocentralerna. De äldre får liksom övriga vuxna söka tandvård hos den offentliga tandvården eller alternativt hos privatpraktiserande tandläkare. Bastandvård (ej protetik) hos privattandläkare subventioneras av folkpensionsanstaltens sjukförsäkring. Det finns även s k kliniska tandtekniker som erbjuder behandling med hel plattprotes. Det finns en vårdgaranti som innebär att den offentliga tandvården måste erbjuda akut omhändertagande inom högst tre dagar och undersökning/ behandling inom sex månader. Remissmöjlighet finns till specialister vid sjukhus eller inom privat vård. I praktiken har hälsocentralerna uppsikt över äldreboenden och hemsjukvårdspatienternas munvård, även om enbart barn får särskilt prioriteras i tandvården.

I Sverige finns 21 stycken landsting/regioner. Landstingen har ett lagstadgat ansvar (12) att erbjuda s k uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre som har ett omfattande behov av vård och omsorg. Den uppsökande verksamheten innebär att en tandhygienist genomför en munhälsobedömning i den äldres boende och ger vårdpersonal utbildning om munvård. Den nödvändiga tandvården innebär tandvård som bedöms nödvändig för ett funktionellt och estetiskt fungerande bett utan smärta och infektion. Vid behov av omfattande behandlingar görs en pröv-

ning av bedömningstandläkare som är anställda av landstinget/regionen. Den uppsökande verksamheten upphandlas genom anbudsförfarande. Både offentliga och privata vårdgivare kan lämna anbud. För den nödvändiga tandvården är den äldre fri att välja privat eller offentlig vårdgivare.

Merparten av äldre danska invånare får sin tandvård inom privat tandvård. Om de äldre har fysiska eller psykiska funktionshinder kan kortare revisionsintervall och förstärkt förebyggande vård vara aktuellt i enlighet med nationella kliniska riktlinjer (13).

Äldre med nedsatt hälsa eller omfattande fysiskt eller psykiskt funktionshinder som inte kan behandlas inom allmäntandvård hänvisas till omsorgstandvården i hemkommunen (14). Sedan 1994 är Danmarks 98 kommuner skyldiga att erbjuda omsorgstandvård inklusive förebyggande tandvård. Berättigade till omsorgstandvård är bl.a. personer som bor på vårdhem och personer som bor i eget boende eller på äldreboende och vars förmåga till egenvård är så nedsatt att de kan jämföras med dem som bor på vårdhem. Kommunen kan erbjuda omsorgstandvård med hjälp av offentligt anställda eller privata tandläkare. Omsorgstandvården bedrivs ofta i patientens hem med mobil utrustning.

Finansiering

De norska fylkeskommunerna finansieras av staten för en rad åtaganden förutom tandvård. Den statliga ersättningen till kommunerna är inte «öronmärkt» utan respektive Fylkeskommun kan göra olika prioriteringar av de tjänster som Fylkeskommunen erbjuder. Om den äldre (som tillhör de prioriterade grupperna för kostnadsfri vård) avböjer Fylkeskommunens erbjudande och väljer att gå till en annan vårdgivare måste man själv betala hela kostnaden för tandvård. Helfo (national sjukförsäkring) ersätter privata tandvårdskostnader i specialfall då patienten lider av noggrant definierade sjukdomstillstånd eller vissa tand- och munsjukdomar.

Den finska offentliga tandvården finansieras via kommunal skatt, statliga subventioner och patientavgifter. Detta innebär att priserna inom offentlig tandvård är lägre än inom privat tandvård. För privattandläkare och kliniska tandtekniker gäller fri prissättning men den nationella sjukförsäkringen ger ca 15% stöd av kostnaden för bastandvård. Enbart krigsveteraner från andra världskriget har fått och får stöd även för protetisk behandling, men de är få idag, och övriga äldre är inte berättigade till detta stöd.

I Sverige gäller fri prissättning för vuxentandvård samtidigt som det finns ett statligt tandvårdsstöd. Det statliga stödet regleras genom ett detaljerat och komplicerat regelsystem som omfattar både ett s.k. allmänt tandvårdsbidrag (150–300 kr per år) för att stimulera till regelbunden tandvårdskontakt och ett högkostnadsskydd för subventionering av dem som har stort tandvårdsbehov (50% då kostnader överstiger 3000 kr och 85% då kostnaderna överstiger 7 500 kr). Det finns även möjlighet för vårdgivaren att erbjuda ett tandvårdsabonnemang d.v.s. tandvård till en fast årlig avgift som fastställs efter en odontologisk riskbe-

dömning. För närvarande är det framför allt offentlig tandvård som erbjuder tandvårdsabonnemang. Äldre som uppfyller kraven för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt de subventioner som år 2013 bildade «det tredje steget i tandvårdsreformen» betalar i enlighet med hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Resterande kostnad för tandvården finansieras via landstingsskatt. Även individer med sjukdomar som har negativa effekter på munhälsan kan få rätt till tandvård i enlighet med hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Sammanlagt är det beräknat att ca 6% av befolkningen omfattas av dessa förmåner.

För äldre i Danmark är de ekonomiska villkoren för undersökning och behandling desamma som gäller för övriga vuxna och regleras i tandläkaröverenskommelsen (15).

Folkpensionärer kan ansöka i hemkommunen om hälsotillägg eller utökat hälsotillägg för subvention av egenavgiften för tandvård. Tillägget täcker maximalt 85% av tandvårdskostnaden. Villkoret för att få tillägget är att hushållsinkomsten inte överstiger ca 80 000 dkr. Folkpensionärer med speciellt svår ekonomisk situation kan ansöka om ytterligare ett personligt ekonomiskt stöd. Individer som behandlas inom kommunens omsorgstandvård betalar en egenavgift som 2016 var fastlagd till maximalt 490 dkr.

Reflektion

Andelen äldre ökar i de nordiska länderna och även om de flesta äldre är relativt friska och självständiga och kan behandlas som ett ordinarie vuxen Klientel, lever många längre med svåra sjukdomar och tung medicinering. Detta ställer stora och många gånger helt nya krav på tandvården. Därtill är ämnet gerodonti till stora delar obeforskat. Allt eftersom vetenskapliga arbeten och rapporter publiceras kan utbildningen och även den kliniska verksamheten ges en bättre vetenskaplig grund men det tar tid innan nya rön implementeras. Klinisk forskning på äldre personer har att hantera stora bortfall vid långtidsuppföljning och etisk problematik. Vi måste bättre kunna besvara frågan om vad som är nödvändig tandvård speciellt i de svåra situationer när patienten inte längre själv kan fatta beslut eller förstå sin egen situation. Nödvändig för vem? Vad önskar de äldre patienterna själva, när det gäller sin orala hälsa? Är tandvården tillräckligt kunnig och hur kan vi öka den övriga vårdpersonalens kunskaper och motivation.

Sedan 1970-talet har det internationellt diskuterats att införa gerodonti på de odontologiska programmen (16). I dag ges undervisning i gerodonti i alla tandläkar- och tandhygienistutbildningar i de nordiska länderna. Det varierar hur mycket undervisning som ges men troligen är variationen mellan olika institutioner större än mellan olika länder. Varje institution lägger själv upp sin undervisning. Tandhygienisterna förefaller att få mer utbildning i ämnet än tandläkarna då det i tandhygienistprogrammen integreras i kurser som behandlar patienter med särskilda behov och inte i traditionella odontologiska ämnen. Hur detta sedan avspeglar sig i det kommande yrkeslivet, är svårt att avgöra. I Sverige sker dessutom merparten av undervisningen inom tandhygienistprogrammets frivilliga påbyggnadsår.

Generellt sett saknas klinisk praktik. Det är endast ett fåtal länder i världen som erbjuder undervisning i gerodonti, där praktiska moment såsom besök på äldreboenden och mobil tandvård ingår (17). Här är situationen betydligt bättre i de nordiska länderna eftersom samarbetet med den offentliga sektorn ger möjlighet till klinisk träning och diverse studiebesök. I Norge ger både Oslo och Bergen tandläkarstudenterna klinisk träning och i Helsingfors får de blivande munhygienisterna klinik under tre veckor. Det är viktigt att studenterna bl.a får verktyg att hantera de etiska problem som uppstår när behandling ska ges till en person med bristande autonomi, besluts- och kooperationsförmåga, både för att genomgå en behandling och för att ta ansvar för sin orala egenvård. Forskare har påpekat vikten av att föra in ett humanistiskt perspektiv (18) i undervisningen och att erbjuda studenter en tillräcklig mängd av kliniska möten för att säkerställa odontologisk kompetens att självständigt behandla äldre patienter men också för att göra studenterna villiga att behandla denna patientgrupp (19). Det har påpekats risk för att ytliga kontakter med de äldre patienterna, snarare kan verka avskräckande än att uppmuntra till framtida arbete med krävande äldretandvård (20).

En annan möjlighet att förkovra sig i gerodonti under grundutbildningen, är att göra sitt examensarbete i ämnet. Detta gäller både tandläkar- och tandhygieniststudenter. Det gäller dock att tydliggöra ämnet så pass att studenterna uppfattar det som ett aktuellt ämnesområde.

Gerodonti är ingen traditionell specialitet i alla länder och troligen skulle ämnet få högre status med en specialitet. Den svenska Diplomkursen i gerodonti ingår bara i den protetiska specialistutbildningen men borde vara ett obligatoriskt inslag i alla vuxenspecialiteter. Här ska dock påpekas att det svenska systemet med sjukhustandläkare har gjort en stor insats för äldretandvården och tydliggjort behoven för särskilda patientgrupper. De övriga nordiska länderna har inget liknande system.

När det gäller behovet av utbildning i gerodonti, eller oral hälsa i allmänhet, till andra professioner, har många vetenskapliga rapporter skrivits. Det är svårt att nå all vårdpersonal. Olika orsaker, såsom personalbrist vid sjukdom mm, hindrar personalen att delta i undervisningen. En svensk studie visade att ca 65% av den vårdpersonal som borde ha fått undervisning i oral hälsa, hade erhållit sådan (21). Den praktiska delen är svårare att uppskatta. Ofta görs munhälsobedömningar utan vårdpersonal närvarande och då utgår undervisningsmomentet. Det finns också organisatoriska hinder. I Sverige har inte landstingsanställd vårdpersonal rätt till regelbunden munvårdsundervisning. Här är Senior Alert (9) en god nyhet, då systemet gäller alla typer av vårdinstanser.

När det gäller undervisning till vårdpersonal, kan positiva effekter påvisas som också inkluderar förbättrad munhygien hos de äldre (22, 23). Det är dock svårt att uttala sig om effekterna är ett resultat av undervisning eller av tandvårdspersonalens mer praktiskt inriktade insatser, då flera komponenter har funnits med i interventionerna (24). Insatserna bör också upprepas för att ha bestående effekt (25).

Tandvårdssystemen i de nordiska länderna har flera likheter. I samtliga finns både en privat och en offentlig tandvård. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri medan skillnader finns vad gäller tandvården för vuxna (15). Som framgår av beskrivningen ovan finns dock avsevärda skillnader vad gäller organisation och finansiering av äldretandvård trots att samtliga länder är välfärdsstater och har en ökande population av äldre. Det finns sannolikt flera orsaker till dessa skillnader. Politiska och professionella prioriteringar, skillnader i oral hälsa, ekonomi och tradition kan vara några orsaker. Varje system har sina utmaningar/svårigheter:

De norska juridiska regelverken innebär att Fylkeskommunen inte får information om vilka individer som får hemsjukvård. Det gör det svårt att säkra att alla som är berättigade får erbjudande om fri tandvård. Ett annat problem är att rättigheten till fri tandvård är kopplad till institutionsboende eller hemsjukvård och inte den enskilde individens behov av vård.

I Finland har äldretandvård låg politisk prioritet. Även om de äldre vuxna sedan 2002 har varit berättigade till offentliga tandvårdstjänster eller subventionerad bastandvård i privat regi, har hälsocentralerna inte resurser att erbjuda dem regelbunden vård. Protetiska behandlingar utförs endast i begränsad omfattning inom den offentliga tandvården och patienterna hänvisas till tandteknikerna. För att få behandling där, måste man dra ut alla tänder. Den nationella sjukförsäkringen har inte heller ersatt protetik, som är viktigt för de äldre. Därtill har begränsningar genomförts i den nationella sjukförsäkringen under senare år. Stödet för bastandvård var tidigare ca 30% men har från och med 2016 halverats. Inom offentlig tandvård saknas tandvårdspersonal och den personal som finns har ofta sin kompetens mest inriktad på barn- och ungdomstandvård. En omfattande hälso- och sjukvårdsreform planeras. Målsättningen är att skapa en ny nivå med större enheter som ansvarar för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, än den kommunala nivå som finns idag. Hur det nya systemet skall finansieras är dock fortfarande oklart.

I Sverige har äldres munhälsa på senare år uppmärksamats alltmer och inom flera landsting/regioner har det skapats kompetenscentra med fokus på äldretandvård. Det finns ett relativt omfattande ekonomiskt stöd till tandvård för äldre men tyvärr är regelverken för detta stöd så komplicerade att många äldre inte får det stöd som de är berättigade till (26). Medvetenheten bland omvårdnadspersonal om munhälsans betydelse är låg och det finns omfattande behov av kompetensutveckling både hos omvårdnadspersonal och inom hälso- och sjukvården.

I Danmark har systemet för omsorgstandvård kritiserats för att många äldre kommer för sent eller inte alls till tandvården. Den Danska Sundhedsstyrelsen har bedömt att målgruppen för omsorgstandvård är ca 60 000 personer. Under 2012 erhöll knappt 24.000 individer omsorgstandvård. Omsorgstandvården har också kritiserats för att de äldre inte får odontologiskt korrekt och tidsenlig behandling. Allt fler äldre behåller sina egna tänder vilket innebär att behandling med mobil utrustning i det egna hemmet med dåliga ljus- och hygienförhållanden har svårt att uppfylla alla kvalitetskrav.

Kritiken har medfört att ministeriet för prevention och hälsa 2013 genomförde en utredning av omsorgstandvården. Resultatet av denna utredning satte fokus på en rad problem (27). Utredningens rapport konkluderar att täckningsgraden för omsorgstandvården är låg och att kommunerna inte är proaktiva i den utsträckning som krävs. Rapporten pekar också på att de äldre som förväntas själva uppsöka omsorgstandvården, inte klarar detta och att det saknas möjlighet för tandläkare och andra vårdaktörer att remittera till omsorgstandvård.

Vidare konstaterar utredningen att det förändrade sjukdomsmönstret bland dem som söker omsorgstandvård kräver förändringar i regelverken samt att tandvård med mobil utrustning i eget boende innebär stora utmaningar i förhållande till bla behandlingskvalitet.

I rapporten ges en rad olika rekommendationer inklusive att hälsofrämjande och förebyggande arbete bör prioriteras samt att munhälsan hos patienter inom omsorgstandvården bör dokumenteras för planläggning och utvärdering. Baserat på ministeriets rekommendationer arbetas nu på en rad åtgärder för att förbättra omsorgstandvården i Danmark.

Avslutande kommentarer

Den senare delen i livet beskrivs ofta i tre olika stadier som de flesta passerar. Det första stadiet kännetecknas av oberoende av stöd och hjälp, nästa stadium kallas den sköra perioden då individen successivt behöver allt mer hjälp att klara den dagliga tillvaron. Det sista stadiet är den beroende perioden då den äldre behöver stöd och hjälp större delen av dygnet (28). Det är väl känt att en tidigare regelbunden kontakt med tandvården ofta förloras under den sköra perioden (29). Det är en stor utmaning för de nordiska länderna att säkra tandvårdskontakten för de sköra äldre. Det finns många frågor att beakta. Görs en prognosbedömning vid terapiplaneringen av den oberoende äldre patienten med hänsyn taget till sannolika tilltagande funktionshinder? Vill tandläkarna behandla tidskrävande patienter inom vinstdrivande vårdssystem? Den äldre generationen är inte heller van vid att ställa krav på samma sätt som de yngre. Det behövs eldsjälur som lyfter upp frågan i undervisningen, till yrkeskåren, övriga hälsovårdsyrken, patientföreningar, tandvårdschefer och politiker. Alla länder har på något sätt redan uppmärksammat gruppen av institutionsbundna äldre och de som har hemsjukvård, även om vi inte vet så mycket om vårdkvaliteten. I Sverige har man kommit längst med uppsökande vård och ekonomiska subventioner. Kanske behöver man flytta resurser från andra verksamheter och en del av vården måste kanske betraktas som sjukvård för att undvika «katastrofer».

Tack

Vi vill tacka Fylkestandläkare och alla andra, som gett oss värdefull information till denna artikel.

English summary

Wårdh I, Widström E, Jeppe-Jensen D, Solemdal K, Gahnberg L. **Geriatric dentistry – a Nordic perspective on education, organisation and economics**

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 146–52

Geriatric dentistry is a young discipline. It has developed in response to the increase in the older sections of the dentate geriatric population, and with it consequently also the need of special knowledge and skills to take care of the elderly's oral health. The discipline has not yet been established within the dental profession's educational or organisational systems, nor have the economics of this aspect of the demography been worked out. Even within countries education varies between universities and the organisation and funding of geriatric dentistry between different regions. The target group of elders is an increasing proportion of society and dental patients, and the article focuses on the most relevant societal odontological aspects of the discipline. Elders are a heterogeneous group that comprises healthy adults through to dependent residents in nursing homes. This presents many challenges and not just in respect of theoretical knowledge and clinical skills. To secure a good oral health throughout life effective care systems and financial support are also necessary.

Referenser

1. Osterberg T1, Carlsson GE, Sundh V et al. Number of teeth--a predictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic localities. *Acta Odontol Scand.* 2007; 65: 335–40.
2. Norderyd O, Koch G, Papias A et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J.* 2015; 39: 69–86.
3. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M et al, eds. Oral health in the Finnish adult population. Health 2000 survey. In: Publications of the National Public Health Institute (KTL). Helsinki: Hakapaino Oy, 2008; B25.
4. Suominen L, Vehkalahti M, Knuuttila M. Suunterveys. In: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, eds. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 2012; 68: 181–3. Tilgængelig fra: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netto.pdf?sequence=1
5. Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebesøg i Danmark – situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet.* 2010; 114: 480–91.
6. Orofacial medicin. Utbildning på ST-nivå Orofacial Medicin. Tilgængelig fra: http://www.st-orofacial.dinstudio.se/filearea_7.html
7. Mehl AE, Ellingsen ØG, Kjeksrud J et al. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology.* 2016; 33: 233–9.
8. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist.* 2002; 22: 181–6.
9. Edvinsson J, Rahm M, Trinks A et al. Senior alert: a quality registry to support a standardized, structured, and systematic preventive care process for older adults. *Qual Manag Health Care.* 2015; 24: 96–101.
10. Nielsen J, ed. *Sosu – Trin 1.* 2nd ed. København: Munksgaard, 2016: 415–19.

11. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet. Norge, 1984.
12. Socialdepartementet. Tandvårdslag, Socialdepartementet. Sverige, 1985; SFS 2014: 823.
13. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Sundhedsstyrelsen, 2013.
14. Sundhedsstyrelsen. Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje – vejledning. Sundhedsstyrelsen, 2006.
15. Widström E, Agustsdóttir H, Byrkjeflot LI et al. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. *Tandlægebladet.* 2015; 119: 702–11.
16. Slack-Smith LM, Hearn L, Wilson DF et al. Geriatric dentistry, teaching and future directions. *Aust Dent J.* 2015; 60: (1 Supp): 125–30.
17. MacEntee MI. The educational challenge of dental geriatrics. *J Dent Educ.* 2010; 74: 13–9.
18. Wolff MS, Schenkel AB, Allen KL. Delivering the evidence – skill mix and education for elder care. *Gerodontology.* 2014; 31 (Supp 1): 60–6.
19. Dounis G, Ditmyer MM, McClain MA et al. Preparing the dental workforce for oral disease in an ageing population. *J Dent Educ.* 2010; 74: 1086–94.
20. Ettinger RL. A 30-year review of a geriatric dentistry teaching programme. *Gerodontology* 2012; 29: 1252–60.
21. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvements. *Gerodontology.* 2012; 29: 787–92.
22. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci.* 2009; 117: 575–9.
23. Hede B, Elmelund Poulsen J, Christophersen R et al. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet.* 2014; 118: 980–87.
24. Low LF, Fletcher J, Goodenough B et al. A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLoS ONE* 2015; 10: e0140711. doi: 10.1371/journal.pone.0140711
25. Zenthöfer A, Dieke R, Dieke A et al. Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly—a RCT. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41: 261–8.
26. Tandlösa tandvårdsstöd. Analysplan 2015. Myndigheten för vårdanalys. Sverige.
27. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Rapport om serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af omsorgstandplejen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
28. Ettinger RL. Management of elderly patients in the private practice system. *Int Dent J.* 1993; 43: 29–40.
29. Tronje Hansson L, Gahnberg L, Hägglin C et al. Skör och äldre – vad händer med tänder? FoU i Väst/Gr. 2013: 4.

Korrespondance: Inger Wårdh, e-mail: inger.wardh@ki.se

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Wårdh I, Widström E, Jeppe-Jensen D, Solemdal K, Gahnberg L. Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 146–52