

Munhälsa hos äldre som invandrat till Sverige



**Eva Olerud
Marie-Louise Hagman Gustavsson
Pia Gabre**

**En rapport från Kunskapscentrum för äldretandvård,
Folktandvården, Uppsala län**

Kontaktuppgifter

Eva Olerud
Kunskapscentrum för äldretandvård
Folktandvården
Prästgatan 11
752 28 Uppsala
E-post: eva.olerud@lul.se
Telefon 018-611 04 20

Marie-Louise Hagman Gustavsson
Kunskapscentrum för äldretandvård
Folktandvården
Prästgatan 11
752 28 Uppsala
E-post: marie-louise.hagman.gustavsson@lul.se
Telefon 018-611 01 04

Pia Gabre
Kunskapscentrum för äldretandvård
Folktandvården
Prästgatan 11
752 28 Uppsala
E-post: pia.gabre@lul.se
Telefon 018-611 64 89

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Varför belyser vi området?	6
Fler blir äldre	6
Fler äldre med fler tänder	7
Allmän hälsa och munhälsa	7
Livskvalitet och oral livskvalitet	8
Oral hälsa och sociala relationer	8
Oral livskvalitet	9
Större risk för mun- och tandsjukdomar hos äldre	9
Äldre personer med utomnordisk bakgrund	9
Äldre immigranternas munhälsa och tandvårdsvanor	11
Projektets syfte	11
Material och metod	12
Planering och design	12
Deltagare	12
Intervjuer	12
Klinisk undersökning	14
Kliniska variabler	14
Anamnes, hälsa och självupplevd munhälsa	16
Datainsamling, statistisk analys	16
Etisk prövning	17
Resultat	18
Intervjuer	18
Erfarenhet av tandvård	19
Attityder	19
Hinder	20
Prevention av orala sjukdomar	21
Kliniska undersökningen	23
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	27
Slutsatser	30
Tack	30
Referenslista	31
Bilagor	34
Bilaga 1	34
Bilaga 2	37
Bilaga 3	39
Bilaga 4	41

Sammanfattning

I Sverige har friska och aktiva äldres munhälsa förbättrats de senaste decennierna. Detta har lett till att fler äldre har kvar sina naturliga tänder. Den äldre befolkningen ökar i Sverige och även bland de med utländsk bakgrund. Svaga socioekonomiska förhållanden utgör ett hinder för regelbunden tandvård och ökar risken för sämre munhälsa. De flesta äldre utrikesfödda har invandrat i unga år. De som har invandrat vid 45 års ålder eller senare har betydligt svårare att integreras i det svenska samhället. Kunskapen om äldre immigranternas munhälsa, tandvårdsvanor och tandvårdskonsumtion är bristfälliga.

Äldre har ökad risk för att drabbas av sjukdomar som kräver medicinering. Läkemedelsanvändning orsakar ofta muntorrhet. Muntorrhet medför svårigheter att äta, upprätthålla god munhygien och ökar risken för karies. Förebyggande åtgärder som adekvat fluoranvändning, förbättrad munhygien och goda matvanor kan minska risken för munsjukdomar.

Studien består av två delar; intervjuer och klinisk undersökning. Den syftar till att bedöma äldre immigranternas tandvårdskonsumtion, munvårdsvanor, attityder och kunskap om munsjukdomar och munsjukdomarnas prevention.

En kvalitativ forskningsansats, med individuella intervjuer, användes för att få en djupare förståelse av immigranternas erfarenheter, åsikter och kunskap om munhälsa. Tretton immigranter, sju kvinnor och sex män, i åldrarna 60 - 88 år intervjuades. Intervjuerna ägde rum på träffpunkter för äldre immigranter där de träffades regelbundet. Tolk erbjöds och intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys och meningsbärande enheter definierades och kodades. Fyra kategorier identifierades: *Erfarenhet av tandvård*, *Attityder*, *Hinder* och *Sjukdomsprevention*. Immigranterna beskrev en blandning av akut och regelbunden tandvård och var ofta missnöjda med den tandbehandling de hade fått. Munhälsan ansågs viktig och det var viktigt att ha ett eget ansvar för sin munhälsa. Hinder för att uppnå god tandhälsa utgjordes av svag ekonomi, språkproblem och bristande förtroende. Den dagliga munvården utfördes med traditionella munvårdshjälpmiddel från hemlandet och/eller med vanlig tandborste.

I den kvantitativa undersökningen registrerades antal tänder, avtagbara proteser, karies, tandköttsinflammation och tandlossning, salivsekretion och plack mängd. Även allmänsjukdomar och läkemedel registrerades. Från träffpunkterna deltog fjorton män och tjugooått kvinnor med en medianålder på 71,5 år.

Sjutton procent av deltagarna var tandlösa. De som hade naturliga tänder hade i genomsnitt 22,3 tänder. Kvinnorna hade färre tänder än männen och det var vanligare att de hade avtagbara proteser. Tre av fyra personer hade karies och 63 % hade tandköttsinflammation. Två av tre borstade tänderna två gånger dagligen och 60 % hade besökt tandläkare de senaste två åren.

Bakgrund

Varför belyser vi området?

I Sverige har friska och aktiva äldres munhälsa förbättrats under de senaste decennierna. Detta har gjort att tandlöshet har blivit ovanligt även hos äldre. Munhälsan hos äldre immigranterna kan dock skilja sig från andra svenskar i samma ålder och forskning inom området är därför angeläget. Det finns få studier om äldre immigranternas självupplevda orala hälsa och dessa personers tandvårdsvanor och tandvårdskonsumtion.

I Tandvårdslagen (Socialdepartementet 1985:125) slås det fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Studiens huvudsyfte är därför att skapa en ökad förståelse av äldre immigranternas munhälsa som hittills är dåligt utforskat.



Figur 1. Välbesökt informationsträff inför studien.

Fler blir äldre

Antalet äldre personer ökar både i Sverige och i resten av världen (United Nations, 2014) och under de senaste 100 åren har Sverige dessutom fått en förändrad åldersstruktur. Med ökad medellivslängd och lägre barnafödande har vi i dagsläget en åldersfördelning där en allt större andel tillhör den äldre delen av befolkningen. År 2013 var 12 procent yngre än 10 år, medan 19 procent av befolkningen var 65 år eller äldre. Idag beräknas medellivslängden för nyfödda, flickor till 83,6 år och för pojkar till 79,7 år (SCB 2014).

Många äldre är friska långt upp i åldrarna men åldrandet är en komplex och ytterst individuell process. Försämrade syn, hörsel, allmän motorik och finmotorik, social isolering och minskad initiativkraft utgör ett hot mot ett självständigt liv (Nordenram & Nordström, 2000). Demenssjukdomar ökar med åldern (SBU 2006) och blir därför ytterligare ett hot mot

självständighet och oberoende. Folkhälsoinstitutets undersökning om självskattad hälsa redovisar att självupplevd ohälsa är tio gånger vanligare hos människor med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i övrigt (Boström, 2008).

En studie i Uppsala, Västmanland och Gävleborgs län av äldre personer med måttliga och stora hemtjänstinsatser, visade att en stor del av de äldre led av hjärtkärlsjukdomar och de använde i genomsnitt sju mediciner var. En mindre del av de äldre led av diabetes eller hade haft lunginflammation under det senaste året. Få individer angav att de hade begränsad rörlighet i munnen, men fler uppgav att rörligheten i händerna var begränsad (Strömberg et al., 2012).

Fler äldre med fler tänder

Friska och aktiva äldres munhälsa har förbättrats under de senaste decennierna. Andelen tandlösa åttioåringar har minskat från 56 % 1983 till 7 % 2013 (Norderyd et al., 2015b). Studier av äldres munhälsa har i första hand fokuserat på friska äldre, men det finns några rapporter som beskriver skillnad när det gäller munhälsa mellan friska befolkningsgrupper och omvårdnadsberoende. Personer som bor på äldreboenden eller har stora omvårdnadsinsatser har sämre munhälsa än aktiva äldre (Petersen & Yamamoto, 2005). Av de som bor på äldreboenden eller har hemtjänstinsatser och har kognitiva och funktionella nedsättningar är 41 % tandlösa (Vilstrup et al., 2007).

Strömberg och medarbetare (2012) visar i studien av äldre personer med måttligt och stort omvårdnadsbehov att antalet tänder i medeltal var 11,7 i gruppen med måttligt omvårdnadsbehov och 9,8 i gruppen med stort omvårdnadsbehov. Andelen individer med 20 tänder eller mer var 25,8 % i gruppen med måttligt och 18,0 % i gruppen med stort omvårdnadsbehov. I båda grupperna var förekomsten av tandlöshet hög. En tredjedel av personerna var tandlösa och mer än hälften använde avtagbara proteser. Totalt hade 10 % av deltagarna implantat.

Allmän hälsa och munhälsa

Munhälsan kan påverkas av allmänsjukdomar, men det är även så att sjukdomar i munnen påverkar den allmänna hälsan. Förekomst av munproblem kan orsaka smärta, infektioner och nutritionssvårigheter (Nordenram et al., 2001; van der Lacker et al., 2012). Exempel på infektioner är vårdrelaterade lunginflammationer som är en vanlig dödsorsak med trolig bakteriespridning från munhåla och svalg (van Lacker et al., 2012). Även parodontal sjukdom är en munsjukdom som har samband med bakterieförekomst i munhålan och dessutom med flera allmänsjukdomar, bl.a. diabetes, reumatoid artrit och kardiovaskulär sjukdom (Buhlin et al., 2002; van der Maarel Wierink et al., 2011). En förbättrad munhygien har därför möjligheten att positivt påverka allmäntillståndet hos den äldre patienten. Dålig allmänhälsa påverkar den orala hälsan och försämrade oral hälsa påverkar livskvaliteten (Locker et al., 1989; Heydecke et al., 2002). Undernäring är vanlig bland äldre i Sverige och bristande munhälsa är en vanlig orsak till viktnedgång hos sköra äldre (Sullivan et al., 1993). Det är av

stor betydelse för välbefinnandet att kunna äta och dricka utan att det känns obehagligt och munvård har en viktig funktion för att kunna uppfylla detta (SKL 2014).

Livskvalitet och oral livskvalitet

Många äldre personer lever med olika sjukdomar och funktionshinder. Livskvalitet förklaras i Nationalencyklopedin, 2010 och SBU:

”Livskvalitet, ett viktigt och omstritt begrepp i medicinsk etik och hälsoekonomi. Man skiljer mellan yttre mätbara betingelser och subjektiva upplevelser. Dålig hälsa är t.ex. inte per definition lika med dålig livskvalitet, men kan naturligtvis starkt bidra till att minska en persons livskvalitet” (Nationalencyklopedin, 2010).

”Livskvalitet är ett brett och sammansatt mått på individens egen värdering av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Enligt WHO handlar livskvalitet om individens uppfattning av sin livssituation i relation till rådande kultur och normer, och i förhållande till sina egna mål, förväntningar, värderingar och intressen. Det är definitionsmässigt en personlig upplevelse som påverkas av förändringar i livssituationen och som varierar med tiden.

Även om hälsan har stor betydelse för livskvaliteten, spelar andra delar av tillvaron givetvis också roll: familj och umgänge, arbete och fritid, ekonomi, boende, utbildning, samhörighet med andra människor och så vidare.

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet omfattar de aspekter av den allmänna livskvaliteten som påverkas av hälsan. Detta är av intresse i klinisk forskning när man vill undersöka effekten av olika vårdåtgärder på patienternas livskvalitet, och inte bara på symtomen och överlevnaden. Hälsorelaterad livskvalitet mäts även i befolkningsstudier för att planera och följa upp folkhälsoinsatser.” (www.SBU.se)

Oral hälsorelaterad livskvalitet är ett relativt nytt begrepp men som har rönt ett stort intresse. Den har sitt ursprung i konceptet livskvalitet och att oral hälsa har en särskild inverkan på livskvaliteten i stort. Det finns rapporter om att oral hälsa är en faktor av stor betydelse för allmän hälsa och att en allmän ohälsosam situation påverkar oral hälsorelaterad livskvalitet negativt (Locker, 1989; Inglehart & Bagramian, 2002; Heydecke & Gobetti, 2002). Detta är en viktig fråga vad gäller äldre och särskilt omvårdnadskrävande äldre. Förekomsten av tandlösa äldre individer har minskat under senare år (Norderyd et al., 2015b) men det innebär samtidigt en högre förekomst av orala problem hos sjuka och omvårdnadskrävande äldre (Loesche & Lopartin 1998, Petersen & Yamamoto 2005).

Oral hälsa och sociala relationer

Studier har gjorts för att undersöka samband mellan sociala relationer och oral hälsa. Resultaten visade att personer som bor ensamma oftare har få tänder, tandluckor och proteser. De gör även rent tänderna mer sällan jämfört med andra (Avlund et al., 2003). I en studie på Kungsholmen i Stockholm analyserades om sociala relationer påverkar den orala hälsan bland generellt friska personer över 80 års ålder. Resultatet visade att de som bodde ensamma löpte en större risk att drabbas av karies jämfört med dem som kontinuerligt bodde med någon och även de personer som var missnöjda med frekvensen av sina sociala kontakter hade mer karies (Avlund et al., 2003). En engelsk studie av personer, som bor kvar i sitt ordinära boende, visar att personer som lever ensamma oftare har helprotes och söker tandvård endast

akut till skillnad från dem som lever tillsammans med någon. De som lever med en familjemedlem har fler tänder och oftare regelbunden tandvård än de som lever ensamma (McGrath & Bedi, 2002).

Oral livskvalitet

År 1999 fick omvårdnadsbehövande äldre laglig rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet, det reformerade tandvårdsstödet (Socialdepartementet, 1998). Rättigheten är baserad på hur stort behov av hjälp i det dagliga livet en person har och om det finns behov av tandvård erbjuds den till en låg kostnad. Det primära målet för detta tandvårdsstöd är att öka livskvaliteten och att äldre ska kunna tugga och äta. En ökad tuggförmåga ökar möjligheten till en bättre nutrition (Saunders et al., 2008). När vi talar om oral hälsa relaterat till livskvalitet måste vi också definiera oral hälsa och oral hälsa i olika grupper av patienter. Locker et al., (2002) rapporterar i en studie som är gjord på ett äldreboende att problem i munnen hade signifikant effekt på välbefinnande och tillfredsställelse med livet hos de boende, samtidigt som de hade en hög förekomst av kroniska fysiska, mentala och psykiska funktionshinder.

Större risk för mun- och tandsjukdomar hos äldre

Antalet äldre människor ökar i antal (United nations 2014), samtidigt som allt fler äldre behöver omvårdnad. Under senare år har antalet tandlösa minskat (Norderyd et al., 2015b). Fler äldre har kvar sina naturliga tänder. Därmed kan man förvänta sig att de kommer att behöva mer tandvård i framtiden. De äldre har oftast många restaurationer i munnen som behöver följas upp och underhållas.

Äldre har ökad risk för att drabbas av munsjukdomar och det gäller både friska och omvårdnadsberoende äldre (Hänsel Pettersson et al., 2003; Strömberg et al., 2012) En viktig orsak är att äldre ofta drabbas av muntorrhet och detta medför en kraftigt ökad risk för karies, men kan också innebära svårigheter att äta, svälja, tala, dålig andedräkt och munsveda. Läkemedel är den viktigaste orsaken till att äldre drabbas av muntorrhet (Närhi et al., 1992). Den ökade kariesrisken kan kompenseras med förbättrade kostvanor, munhygien och användning av det förebyggande läkemedlet fluor (Jensen et al., 2012). Det finns rapporter om att äldre har sämre munhygienvanor än yngre (Hänsel et al., 2003) och att detta gäller för både oberoende och beroende äldre, något som är särskilt olyckligt eftersom äldre har betydligt fler faktorer som ökar risken för att drabbas av sjukdomar i munnen.

Äldre personer med utomnordisk bakgrund

Från att Sverige var ett utvandringsland från mitten av 1800-talet och fram till 1925, blev Sverige ett invandringsland efter andra världskriget. Under 1950- och 60-talet behövde Sverige arbetskraft och människor från våra nordiska grannländer och från Syd- och Mellaneuropa flyttade till Sverige för att arbeta. Under 1980-talet ändrade invandringen

karaktär och domineras av flyktinginvandring och följdinvandring av nära anhöriga (SCB 2004; Nilsson 2004).

Den äldre befolkningen ökar i Sverige och även de med utländsk bakgrund (SKL 2008). De flesta utrikes födda, 65 år och äldre, har invandrat i unga år. Av drygt 201 000 utrikes födda personer över 65 år har drygt 60 procent invandrat före 35 års ålder medan endast 6 procent har invandrat vid 65 år eller senare (SCB Välfärd 2013). Drygt hälften av alla utlandsfödda kommer från Norden och omkring 10 procent från ett utomeuropeiskt land (SKL 2008).

Utrikes födda som invandrat till Sverige vid 45 års ålder eller senare har en betydligt lägre pension är de som invandrat före 25 års ålder och inrikes födda. Många har enbart garantipension, vilket innebar år 2010 7 526 kronor/månad för ensamstående och 6 713 kronor/månad för sammanboende. Andelen med bara garantipension bland utrikes födda män är 30 procent och bland inrikes födda män 13 procent (SCB 2013).

Ett flertal studier tar upp problem med integration och hälsa. I en artikel i Läkartidningen 2013 skriver Faraidoun Moradi " Att invandrare i Sverige mår sämre både fysiskt och psykiskt har olika orsaker. En kan vara konsekvenser av migrationsprocessen. De nya omställningarna i livet gör att den som är nyanländ har sämre förutsättningar att prioritera sin hälsa. Många invandrare har inte möjlighet att ta del av resurserna inom hälso- och sjukvården. Det kan i sin tur bero på dels bristande kunskaper om det svenska sjukvårdssystemet, dels språksvårigheter. Problematiken kan förstärkas av att har en otillräcklig förståelse för invandrades hälsoproblem och vårdbehov."

Många invandrare uppsöker bara sjukvården vid akut sjukdom (Igenes och Stenberg, 2008). Kvinnor med utomnordisk bakgrund uteblir mer än dubbelt så ofta som svenskfödda kvinnor till mammografiundersökning (Lagerlund et al., 2002).

Orala sjukdomar har ett starkt samband med socio-ekonomiska faktorer. En konsekvens av detta är att munstatus och utnyttjande av tandvård varierar kraftigt. Personer med dagligt omvårdnadsbehov har svårigheter att få sina tandvårdsbehov tillgodosedda (Holm-Pedersen et al, 2005). Det ojämna utnyttjande av tandvård återfinns bland äldre såväl som hos allmänheten i övrigt (Tsakos et al., 2011; Listl 2011, 2012). Dåligt socioekonomisk status, hög ålder och behov av hjälp i det dagliga livet utgör ett hinder för regelbunden tandvård (Holm-Pedersen, 2005).

För att förhindra oral sjukdomsprogression är förebyggande tandvård, profylax, ytterst angeläget. Det finns effektiva preventiva metoder för att förhindra munsjukdomar. Professionen känner väl till dessa metoder medan allmänhetens kunskapsläge är sämre, särskilt hos äldre (Jensen et al., 2012). Äldre personer har dessutom mindre vana att själva kontrollera tandstatus och upptäcka munsjukdomar, vilket kan visa sig i att färre äldre borstar tänderna två gånger dagligen (Jensen et al. 2012; Norderyd et al., 2015a) och många äldre äter sötsaker mellan måltiderna varje dag (Norderyd et al., 2015a). Det är därför angeläget att äldre har regelbunden kontakt med tandvården för förebyggande tandvård och att behandling av mun sjukdomar kan ske på ett tidigt stadium. Hittills har inga studier publicerats som beskriver äldre immigranternas munhälsa. I Sverige bodde 2010 cirka 100,000 personer äldre än

64 år och som immigrerat från länder utanför Norden. Äldre immigranter lever ofta under ofördelaktiga socioekonomiska omständigheter (SCB 2010).

Äldre immigranternas munhälsa och tandvårdsvanor

Rapporterna om immigrerade barns munhälsa är många och det finns även några rapporter om unga vuxnas tandhälsa. Ett flertal rapporter belyser att personer med invandrarbakgrund har sämre hälsa än personer födda i Sverige men stora variationer finns inom grupperna. Sjukvård efterfrågas vid akut sjukdom, men mer sällan efterfrågas profylax och intervention (Lagerlund et al., 2002; Hjern, 2012). En kanadensisk studie av äldre kinesiska immigranternas kunskaper och beteenden kring oral hälsa visar att de har stora kunskapsbrister och en misstro mot västerländsk hälsovård (Smith et al., 2013). På California State University gjordes en intervjustudie av mexikanska kvinnor i åldrarna 49 – 87 år om deras kunskaper och kulturella uppfattning om oral hälsa och barndomsupplevelser av tandvård. De flesta av kvinnorna hade inte varit till tandvården eller fått någon information om tänder och munhälsa som barn. Missuppfattningar om förebyggande vård, uppfattningen att man bara går till tandvården när man har ont och ekonomi var de primära orsakerna till att inte besöka tandvården (Miltiades, 2013). Lundegren (2012) visade ett samband mellan sämre munhälsa och att vara född i ett annat land än Sverige och att inte ha universitets/högskoleutbildning, samt att patientens uppfattning om sin munhälsa påverkades av patientens socio-ekonomiska bakgrund.

Immigranter exkluderas ofta i studier för att de saknar tillräckliga kontakter med det svenska samhället eller för bristande kunskaper i svenska språket. Det finns inga studier om munhälsan och tandvårdsvanor hos äldre personer med invandrarbakgrund i Sverige och kunskap saknas om deras egen uppfattning om tandvård och munhälsa. Äldre immigranter är en heterogen grupp med många olika nationaliteter och erfarenheter. Man kan förvänta sig att deras kunskap om och attityder till tandvård och munhälsa varierar stort.

Projektets syfte

Studien ska belysa äldre personer som invandrat till Sverige som äldre från andra länder än de Nordiska ur följande perspektiv:

- tandvårdsvanor och egenvårdsvanor
- egen uppfattning om tandvård och munhälsa
- kunskap om munsjukdomar och möjlighet att förebygga ohälsa
- kunskap om ekonomiska tandvårdsstöd
- de äldres uppfattning om hur
 - tandvård ska erbjudas,
 - egenvård ska kunna utföras regelbundet
- hur munstatus ser ut
- tandvårdskonsumtion

Material och metod

Planering och design

Studien planerades januari 2014 som ett projekt bestående av två delar – individuella intervjuer och klinisk undersökning med deskriptiv analys. Det sammanvägda resultatet ska belysa projektets syfte. Data insamlades således med hjälp av intervjuer och kliniska undersökningar. Auktoriserad tolk erbjöds vid alla möten med deltagarna och användes vid de flesta intervju- och undersökningstillfällena.

Deltagare

Kontakt togs med träffpunkter för äldre med invandrarbakgrund i Uppsala, två som drevs av kommunen och två som drevs av ideella organisationer. Syftet med träffpunkterna är integration i det svenska samhället. Ett flertal av personalen på träffpunkterna kom från det gamla hemlandet och fungerade som kulturkommunikatörer. Träffpunkterna besöktes av forskargruppen och personalen fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och design. Personalen informerade därefter immigranterna på deras hemspråk när de besökte träffpunkterna.

Inklusionskriterierna för att delta i studien var:

- ≥ 60 år
- immigrerat till Sverige från ett land utanför Norden
- accepterat att delta i munundersökning på en tandläkarmottagning i Uppsala
- accepterat att delta i intervju vid en Träffpunkt

Exklusionskriterier

- kognitiva begränsningar som omöjliggjorde kommunikation

Alla deltagare på träffpunkterna som tackade ja till deltagande inkluderades i studierna och det var 44 immigranter som accepterade erbjudandet att delta. Tretton immigranter intervjuades och fyrtiotvå immigranter undersöktes kliniskt.

Intervjuer

Syftet med studien var att skapa en förståelse av äldre immigranternas munhälsa och munvårdsvanor, kunskap och attityder till munvård. En kvalitativ forskningsmetod användes för att skapa en djupare förståelse för bakomliggande orsaker till det som skulle studeras.

Kontakt togs med föreståndarna på träffpunkter för äldre immigranter och dessa fick noggrann information om studien av forskningsgruppen. Föreståndarna gav sedan deltagarna på träffpunkten en första muntlig information om studien. De som visade intresse för att delta i studien fick skriftlig information av föreståndaren. Som ett första steg lämnades ett förenklat informationsbrev om studien till de personer som var villiga att delta. När personen gett

klartecken om deltagande till föreståndaren fick personen det fullständiga informationsbrevet (Bilaga 1) av föreståndaren som sedan kontaktade de forskare som genomförde studien. Vi valde att ge information i två steg där det första steget var förenklat och skrivet på lätt svenska eftersom de flesta försökspersonerna hade begränsade kunskaper i svenska. Det fanns även möjlighet för försökspersonerna att få tolkhjälp för att översätta det man inte förstod. Om personerna var fortsatt intresserade bokades tid och plats för intervju. I samband med att tid bokats inhämtades skriftligt samtycke från försökspersonerna.

För att få ett bra strategiskt urval inkluderades äldre av båda könen, olika utbildningsnivåer och från skilda länder. Intervjuerna genomfördes vid träffpunkterna för att personerna skulle känna största möjliga komfort. Deltagarna erbjöds reseersättning för att underlätta deltagande.

Deltagarna fick själva avgöra om de ville ha tolk. Före intervjun fick tolken en skriftlig information om studiens syfte. Intervjuaren och observatören hade inte någon relation till försökspersonerna. Nio personer intervjuades med auktoriserad tolk och fyra personer avböjde tolk då de ansåg att de kunde svenska språket tillräckligt bra.

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide där ämnen för samtalet beskrevs, men inga specifika frågor slogs fast. Designen med en intervjuguide användes för att de intervjuade själva skulle få tala fritt och därmed belysa ett utforskat område (Bilaga 2). Intervjun bestod av inledande frågor avseende bakgrundsdata som namn, ålder och födelseland. Därefter följde öppna frågor om rörande personens uppfattning om den egna munhälsan, egenvård och tandvårdsbesök. Varje intervju tog 30-45 minuter.

Intervjuerna spelades in på mp3-spelare men inga personuppgifter lagrades på filerna, enbart personens förnamn användes. Intervjuerna skrevs ut ordagrant. De inspelade intervjuerna var avidentifierade i utskrivet skick. Den enda personinformationen som fanns tillgänglig var kön och ålder. Den sekreterare som anlätades för utskriften hade erfarenhet av att hantera kvalitativa data och hade ingen bindning till projektet eller de i projektet inblandade.

Intervjuerna inleddes med två pilotintervjuer som analyserades av intervjuarna och en erfaren handledare. Intervjuerna utvärderades med avseende på genomförande och informationsutbyte. Frågeguiden modifierades efter pilotintervjuerna och detta gjordes även efter senare intervjuer om nya perspektiv framkom. Intervjuaren skrev loggbok efter varje intervju för att notera särskilda händelser vid bokning och genomförande eller efter intervjun. Frågeguiden reviderades även efter varje intervju om nya perspektiv framkommit.

Tretton intervjuer analyserades av författarna. Var och en läste, oberoende av varandra, samtliga intervjuer flera gånger. Texten analyserades med innehållsanalys, manifest och latent. Både den manifesta och den latent innehållsanalysen är tolkningar men skiljer sig i djup och abstraktion (Graneheim & Lundman, 2004). Uttalanden om munvårdsvanor, attityder och kunskap markerades i texten. Uttalandena jämfördes för att få fram likheter och skillnader. Data kodades systematiskt till meningsbärande fraser och identifierades i sitt sammanhang.

Innehållsanalysen gjordes i tre steg:

- Genomläsning, varvid meningsbärande enheter eller nyckelord identifierades, s.k. kodning
- Liknande enheter eller nyckelord sammanfördes till kategorier med mera abstrakt rubricering. Kategorierna mätades, dvs. fylldes med underkategorier tills rubriceringen syns väl belyst.
- Slutligen söktes samband mellan kategorierna och om möjligt underliggande teman, så att en djupare förståelse för det studerade fenomenet erhöles.

Utsagor och påstående sorterades i manifesta och latenta kategorier som inkluderade tolkningar av underliggande påståenden på olika abstraktionsnivåer. Kategorierna evaluerades och materialet uppdaterades så att konsensus uppnåddes.

Klinisk undersökning

Föreståndarna på träffpunkterna informerade deltagarna muntligt och skriftligt. Personen som accepterat deltagande kontaktades av forskarna som genomförde studien och tid bokades för undersökning. I samband med att tid bokats inhämtades skriftligt samtycke från försökspersonerna. Den kliniska undersökningen genomfördes vid Folk tandvården i Uppsala. Undersökningen var kostnadsfri och deltagarna fick reseersättning.

En tandläkare (EO) och en tandhygienist (MLGH) vilka båda har mångårig erfarenhet av äldretandvård, genomförde undersökningarna gemensamt. Undersökningarna genomfördes med spegel, två sorters sonder (en för kariesregistrering och en med millimetermarkering för fickdjupsmätning) och operationsbelysning. Röntgenundersökningen bestod av OPG som kompletteras med intraorala bilder där inte tandstatus kunde bedömas på OPG. Den kliniska undersökningen föregicks av att en medicinsk och odontologisk anamnes togs upp med hjälp av strukturerade frågor som ställdes till patienten vid besöket. Alla data samlades i ett studieprotokoll (Bilaga 3). Vid behov användes tolk.

Undersökningen på tandkliniken journalfördes i elektronisk journal (T4) på samma sätt som annan tandvård. Röntgenbilder lagrades i den elektroniska patientjournalen. Vissa data från den kliniska undersökningen överfördes till ett studieprotokoll. Studieprotokollen samt svaren på använda enkäter överfördes till en datafil där patienterna kunde identifieras under analysperioden med data tillgängliga för forskargruppen.

Kliniska variabler

De kliniska variabler som användes i studien var följande:

Antal tänder

Antal rotförsedda tänder registrerades. Rotrester med funktion i bettet inkluderades i totalantalet, men angavs även separat. För att rotresten skulle anses ha funktion i bettet skulle den vara infektionsfri, utan aktiv karies och inte vara helt eller delvis täckt av slemhinna. Förutom detta noterades även icke funktionella rotrester (Simons et al., 2001) och antal implantat.

Tandproteser

Hel- och delproteser i över respektive underkäken registrerades liksom implantatstödda avtagbara proteser.

Karies

Manifest och sekundär karies angavs med tanden som enhet. DFT, DT och Dsek T beräknades enligt kriterier beskrivna av Baume (1962) och Koch (1967). D står för decayed, dvs. kariesad, F betyder fyllning och T betyder tand. Karies i anslutning till en fyllning eller en artificiell krona registrerades som karies liksom en rot utan krona men med karies.

Tandköttsinflammation och tandlossningssjukdom

Fickdjup

Antal tänder med ficksonderingsdjup ≥ 6 mm, mätt mesialt, buccalt och distalt registrerades. Dessutom registrerades antal tänder med mobilitet av olika grader och blödningsindex.

Mobilitetsgrad

Genom att med fingrarna röra på tandkronan i bucco-lingual riktning noteras mobilitet på varje tand (SkaPa 2007):

Nivå 1, horisontell mobilitet av kronan på tanden 0,1-1 mm.

Nivå 2, horisontell mobilitet av kronan på tanden > 1 mm.

Nivå 3, vertikal mobilitet av tanden 0.2-1 mm.

Blödningsindex

Registrering av blödning utfördes på tre ytor på varje tand, mesial, buccalt och distalt. Indexet Modified Sulcus bleeding med fyra nivåer (1-4) användes (Green and Vermillion 1964). Blödning registrerades omedelbart efter fickdjupsmätning. För att kunna registrera samtliga kriterier för graden av inflammation användes ficksond, som fördes med ett lätt tryck mot gingivan runt tandytan. Antalet tänder med respektive nivå av blödning registrerades enligt nedanstående kriterier.

1. Ingen blödning vid sondering längs den marginal mjukvävnaden intill tanden
2. Isolerade synliga punkter av blödning vid sondering
3. Sammanhängande blödning vid sondering
4. Riklig blödning vid sondering

Plackindex och slemhinneindex

Förekomst av plack registrerades genom att använda plack- och slemhinneindexet MPS (Henricsson et al., 1990; Henriksen et al., 1999). MPS är användbart för grupper av både betandade och tandlösa äldre individer. För att mäta MS skall proteserna tas ut.

Kriterier för mucosal score M:

1. Normalt utseende på gingiva och mucosa.
2. Mild inflammation.
3. Moderat inflammation.
4. Grav inflammation

Kriterier för plaque score (PS):

1. Svårupptäckt plaque
2. Små mängder av knappt synligt plaque.
3. Moderata mängder av plaque.
4. Stora mängder av sammanhängande plaque.

Matrester ska inte identifieras som plaque.

Salivation

Ett ungefärligt mått på salivation registrerades genom att använda ett friktionsmått. En torr munspegel ströks över kindslemhinnan och om spegeln fastnade på slemhinnan angavs ”Torr” i protokollet. Gled spegeln utan att fastna angavs ”Icke torr”(Henricsson, 1990).

Tuggfunktion

Antalet tandområden med tandkontakt i motstående käke registrerades med Eichners index (Bilaga 4).

Anamnes, hälsa och självupplevd munhälsa

Persondata

Ålder och kön registrerades. Som ålder angavs det antal år som personen skulle fylla under innevarande år.

Socialanamnes

Antal år som personen varit bosatt i Sverige registrerades.

Medicinsk anamnes

Förekomst av hjärtsjukdom, diabetes, rörelseinskränkning och antal mediciner registrerades.

Mobilitetsanamnes

Användningen av förflyttningshjälpmedel som rollator och rullstol registrerades.

Egenvård

Tandborstningsfrekvens och användning av fluortandkräm noterades. Hur ofta man utförde rengöring mellan tänderna och om andra fluorprodukter än tandkräm användes registrerades.

Besvär från tänder och proteser

Tand- och protesbesvär registrerades.

Tandvårdskonsumtion

Tandvårdskonsumtion och besöksmönster noterades. Dessutom registrerades det senaste tandvårdsbesöket, liksom var tandvården utförts.

Datainsamling

Insamlingen av data påbörjades november 2014 och avslutades september 2015. Resultaten från den kliniska undersökningen registrerades och intervjuerna transkriberades till en datafil.

Följande protokoll användes:

Protokoll 1: Frågeguide (Bilaga 2)

Protokoll nr 2: Protokoll klinisk undersökning och anamnes (Bilaga 3)

Statistisk analys

All insamlad data inmatades i en datamatrix. Matrisen var indelad i 44 kolumner, en för varje variabel och 42 rader (totalt 1848 inregistrerade data). En kvalitetskontroll av inmatad data gjordes av var fjärde person och visade en felmarginal på 0,002% (=3 rättningar). Deskriptiv resultatanalys visas i frekvenstabeller och uppdelade efter kön. Eftersom kunskap saknades om munhälsa hos äldre invandrare kunde inte studien designas för att visa skillnader mellan grupper, utan huvudsyftet var att beskriva gruppens munstatus. Analysen av skillnaderna mellan män och kvinnor måste därför tolkas med försiktighet. Kontinuerliga variabler analyserades med Mann-Whitneytest. Kvalitativa data analyserades med Fisher's exact test. P-värde < 0.05 valdes som statistiskt signifikant.

Etisk prövning

Studien godkändes av Lokala etikprövningsnämnden, Uppsala universitet (No.2014/395) och genomfördes inom Folktandvården, Uppsala län. Underskrivet samtycke (Bilaga 1) erhöles från försökspersonerna före deltagandet i studien. Försökspersonerna hade rätt att, utan angiven orsak, avbryta deltagandet utan att det påverkade framtida behandlingar.

Ett visst mått av personligt intrång fanns i studien. Intervjupersonerna fick frågor som är personliga angående erfarenheter av tandvård, attityder och besöksvanor. För att minska denna risk lades särskild tonvikt vid att intervjun präglades av ett respektfullt förhållningssätt. I intervjuerna användes tolk vilket kan innebära ett etiskt dilemma. Samtidigt som tolk är nödvändigt för att intervjupersonerna skall förstå frågorna som ställs och kunna få möjlighet att ge nyanserade svar, kan en tredje part i samtalet öka integritetsintrånget. För att minska risken accepterades det inte att familjemedlemmar tolkade utan auktoriserade tolkar anlätades. Både intervjuaren och tolken har tystnadsplikt.

Intervjuerna riktade sig till äldre och i den gruppen kan det finnas personer där de kognitiva funktionerna börjar svikta och detta ställer alltid högre krav på samtycke i studier. Det är dock av stor vikt att äldre personerna själva får ge sin synpunkt på hur det är att få tandvård och hur deras ålder med begynnande funktionsnedsättningar påverkar detta. De kliniska undersökningarna kunde ge obehag men dessa får anses ringa.

Deltagandet i studien innebar även fördelar för försökspersonerna. De fick en kostnadsfri fullständig undersökning av mun och tänder och information om munsjukdomarna och hur dessa kan undvikas. De fick information om egenvårdsåtgärder som kan förebygga sjukdom anpassade till individuella förutsättningar. De fick även information om de ekonomiska tandvårdsstöden i Sverige.

Den kliniska undersökningen var kostnadsfri. I samband med den kliniska undersökningen kunde behandlingsbehov identifieras som behövde åtgärdas. Kostnaden för efterföljande behandling fick försökspersonen betala enligt gällande prislista. I vissa fall hade personen rätt till landstingets tandvårdsstöd och kunde efter studien få behandling till hälso- och sjukvårdsavgift.

Resultat

I hela studien deltog fyrtiofyra personer. Av dessa intervjuades tretton personer och fyrtiotvå personer undersöktes. Mediantiden de hade bott i Sverige var 19 år. Nästa alla immigranter hade en grundläggande skolutbildning på fem år medan en tredjedel hade universitetsutbildning. Två immigranter hade inte någon skolutbildning alls. Samtliga kvinnor beskrev att de var hemmafruar. En tredjedel uppgav att de var tjänstemän och en person uppgav att han var lägre tjänsteman. Bakgrundsdata redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i studien.

Ålder och antal år i Sverige anges i år, övriga i procent.

Andel kvinnor	62 %
Ålder, median (spridning)	72 (59-88) år
Antal år i Sverige, median (spridning)	19 (1-49) år
Utbildning	
0 år	15 %
1-7 år	46 %
Universitet	30 %
Okänt	8 %
Arbetat som	
Hemmafru	54 %
Lägre tjänsteman	8 %
Tjänsteman	30 %
Okänt	8 %
Födelseland	
Iran/Irak	38 %
Afrikas horn	46 %
Balkan	8 %
Asien	8 %

Intervjuer

Tretton personer, 6 män och 7 kvinnor, intervjuades. Åldersspannet varierade mellan 60 och 88 år (medianåldern 70 år). Fem personer kom från Irak/Iran, sex personer kom från Afrikas horn, en person från Balkan och en person från Asien.



Figur 2. Analysarbetet pågår.

Vid analysen av intervjuerna trädde följande kategorier fram: Erfarenhet av tandvård, attityder, hinder och prevention av munsjukdomar.

Erfarenhet av tandvård

Denna kategori var sammansatt av subkategorierna *Tandvårdskonsumtion*, *Erfarenhet Upplevelse och Nyttan av tandvård* (Tabell 2).

Tandvårdskonsumtion

Försökspersonerna beskrev sina erfarenheter av tandvård i hemlandet och i Sverige. Några hade gjort tandvårdsbesök i hemlandet, medan andra mötte en tandläkare för första gången i Sverige. Ingen av försökspersonerna hade någon erfarenhet av regelbunden tandvård från hemlandet. Tandläkarbesök gjordes endast när akuta besvär uppstod. Några av försökspersonerna uppgav att tandläkarbesök gjordes endast vid akuta besvär även i Sverige, samtidigt som flera av försökspersonerna uppgav att de kallades regelbundet till tandläkare som revisionspatienter.

...”man får en kallelse från tandläkare...att man skall komma och undersöka tänderna...då har du inte ont men du går dit i alla fall”...(intervju nr 6)

Upplevelse

Informanterna beskrev ofta tandvårdsbesök, som de genomgått, i negativa termer. Tandborttagningar beskrevs som smärtsamma och detta hade påverkat deras erfarenhet av tandvård. Smärtan som hade föregått tandbehandlingen beskrevs som svår liksom även behandlingen. Det fanns en rädsla för smärtsamma tandvårdsupplevelse vilket ledde till att flera av informanterna uttalade rädsla för tandbehandling.

...”som jag upplevt tandbehandling....man blir rädd”... (intervju nr 4)

De fanns även personer som beskrev tandbehandling, egenvård eller tandläkarbesök, som något positivt och att man blev smärtfri.

...”ibland gör det ont här... jag brukar borsta ordentligt och det hjälper”... (intervju nr 11)

Nyttan av tandvård

Ett fåtal beskrev tandvårdsbehandlingen i positiva termer. Istället beskrev de att behandlingen inte hade gett det resultat som de hade förväntat sig. Även om några personer var nöjda, så uppfattades avtagbara proteser negativt. Sammanfattningsvis kan det konstateras att tandvården i hemlandet och i Sverige hade samma problem- det var svårt att göra avtagbara proteser som patienten kunde acceptera.

...”Jag kan inte äta mat med det problem jag har med mina tänder (proteser)...så fort jag hostade eller nös så trillade den av...känner mig så svag och hungrig för jag kan inte äta normalt”...(intervju nr 1)

Attityder

TVå subkategorier identifierades i denna kategori; Munhälsa och Ansvar och delaktighet.

Munhälsa

Flera av informanterna lyfte fram att munhälsan är nödvändig för god allmänhälsa och välmående.

...”Munnen är dörren till hela kroppen”... (intervju nr 11) och ...”Människan är frisk om man har bra tänder”...(intervju nr 10)

Det fastslogs även att tänderna var viktiga för att man skulle kunna äta all slag mat. Flera personer uttryckte att munhälsan var viktig för att man skulle bli respekterad i samhället och utseendet och vikten av att ha vita friska tänder betonades. Deltagarna diskuterade även sina släktingars tandstatus och flera personer oroade sig över barnbarnens orala hälsa.

Ansvar och delaktighet

Flera personer konstaterade att det var deras egna tandvårdsinsatser som hade resulterat i god munhälsa.

...”och nu när jag är åttiotre år så är det som jag har gjort själv som gör att jag har de tänderna som jag har”...(intervju nr 6)

Andra berättade att de inte accepterade tandläkarens terapiförslag utan önskade att en annan behandling skulle utföras. Ytterligare några uttryckte att de inte fick bestämma själva utan att tandläkaren eller sociala myndigheter bestämde vilken tandvård som skulle utföras.

Hinder

I denna kategori fanns tre subkategorier: *Ekonomi, Språket och Förtroende*

Ekonomi

Samtliga tyckte att tandvård är dyrt i Sverige. Det fanns ingen konsensus angående tandvårdskostnaden i hemlandet, men det fanns personer som tyckte att det kostade mycket även där och de som ansåg att tandvård var billigt i hemlandet. Höga kostnader var en barriär för att få bra tandvård, speciellt för dem som endast hade pension.

...”om man har pengar så går det bra att gå och laga tänderna, annars, vad skall man göra?”... (intervju nr 8)

Språk

Flera personer sa att språksvårigheter kunde vara en barriär vid tandbehandling. Behandlingen underlättades om de hade en tandläkare som talade deras modersmål. Tolk fanns inte alltid tillgänglig.

...när man har tandläkarbesök så brukar man inte ha någon tolk och i och med att den här tandläkaren är persisktalande så blir det lättare...(intervju nr 1)

Förtroende

Flera personer beskrev avsaknad av förtroende för tandvården. I hemlandet antogs det att tandvården inte alltid var av god kvalitet och man hade inte heller förtroende för den hygieniska standarden.

...”hygienen var inte bra...så vi var rädda för att smittas med något eftersom dom inte använde riktigt rena instrument...vi ville inte gå till tandläkaren på grund av det”..(intervju nr 5)

De fanns även flera personer som inte hade förtroende för svensk tandvård. De trodde att friska tänder borrades upp och lagades och att tandläkare föreslog att friska tänder skulle tas bort. Andra tyckte att tandvården i Sverige var bättre än i hemlandet.

Prevention av orala sjukdomar

Denna kategori bestod av tre subkategorier: *Kunskap*, *Kunskapskällor* och *Egenvårdsvanor*.

Kunskap

Kunskapsluckorna var stora när det gällde orsak till munsjukdomar, men ett fåtal personer hade viss begränsad kunskap.

...”Vi brukade äta hård mat så att jag tränar tänderna”... (intervju nr 12)

Några personer relaterade försämrad munhälsa till matvanor och söta matvaror exemplifierades som ett dåligt matval. Flera personer kände till vikten av att avlägsna bakterier från tänderna. Kunskap fanns även om att bakterieplack måste avlägsnas för att förhindra karies och dålig andedräkt.

...”Man håller rent i munnen för att inte bli sjuk. Om man inte borstar så kommer det att lukta illa i munnen”... (intervju nr 7)

Kunskapskällor

Deltagarna beskrev två vägar för kunskapsöverföring när det gäller att göra tänderna rena. De berättade om tekniker för god munhygien som de hade lärt sig från hemlandet när de växte upp och vad de hade lärt sig när de kom till Sverige. Vissa personer ansåg sig självlärda medan andra angav att traditionella munvårdsvanor hade lärts inom familjen.

...”Jag såg att folk använde miswak utan tandkräm och tandborste också, ibland med tandkräm”... (intervju nr 8)

Figur 3. Miswak- en kvist från trädet *salvadora persica* (www.jordklok.se).



I Sverige var skolan den kunskapskälla där flera personer hade lärt sig munhygien. Den kunskapsprocessen delades även av immigranternas barn.

Egenvård

Många personer beskrev att de använde traditionella munvårdsprodukter i hemlandet, vilket avsågs tuggpinnar (miswak) med eller utan tandkräm. Några berättade att de använde tandborste och tandkräm innan de emigrerade till Sverige. En del personer förändrade sin munvårdsvanor i Sverige och använder nu tandborste, tandkräm och ibland tandstickor eller interdentalborstar. Andra beskriver hur de kombinerar traditionella och moderna munvårdsprodukter.

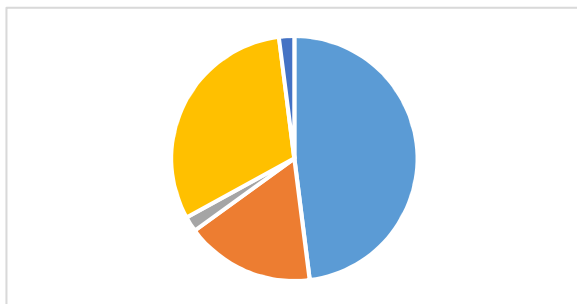
...”Ibland använder jag tuggpinnar utan tandkräm, ibland tandborste med tandkräm. Och tandstickor”... (intervju nr 8)

Koder	Subkategorier	Kategorier
Tandvård som vuxen Akut tandvård Regelbunden tandvård	Tandvårds- konsumtion	Erfarenhet av tandvård
Tandextraktion Smärta Rädsla	Upplevelse	
Ej uppfyllda förväntningar Vikten av tuggfunktion	Nyttan av tandvård	
Positiva effekter på allmänhälsan Att bli respekterad Vikten av släktingars orala hälsa	Oral hälsa	Attityder
Självbestämmande Styra sitt terapival Samhället styr terapivalet	Ansvar och delaktighet	
Dyr tandvård i Sverige Kostnader i födelselandet Stöd från samhället	Ekonomi	Hinder
Tandvårdspersonalen talar hemspråk Tolk är ej tillgänglig Släktingar översätter	Språk	
Bristande tillit till tandvården Kvalitet på tandvården i Sverige	Förtroende	
Konsekvenser av munsjukdomar Avlägsnande av bakteriebeläggningar Matvanor	Kunskap	Sjukdoms- prevention
Sjävlärd Familjen och traditioner Skolan i Sverige	Kunskapskällor	
Tandvårdsvanor i födelselandet Tandvårdsvanor i Sverige Implementering av västerländska tandvårdsvanor	Egenvård	

Tabell 2. Koder, subkategorier och kategorier.

Kliniska undersökningen

Totalt undersöktes 42 äldre immigranter. De flesta var födda i Iran och Afrikas horn men det fanns även personer från Central Asien, Fjärran Östern och Balkan (Figur 4). Majoriteten (64 %) av kvinnorna kom från Iran medan 57 % av männen kom från Afrikas Horn.



Figur 4. Födelseland hos deltagarna i studien.

■ Iran ■ Centralasien ■ Mellan Östern ■ Afrikas horn ■ Balkanländerna

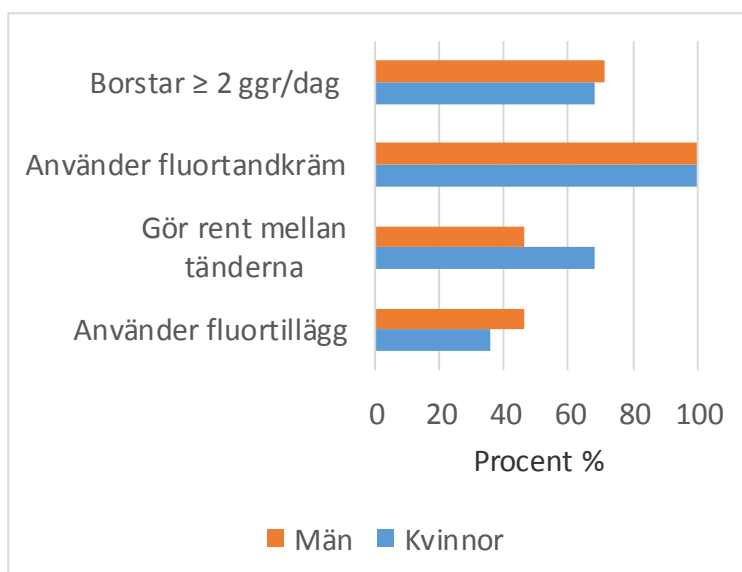
Dubbelt så många kvinnor som män deltog i studien. Medianålder i gruppen var 71,5 år (medelåldern 71,7 år). Kvinnorna var något äldre än männen och hade bott kortare tid i Sverige. Den tid personerna hade bott i Sverige varierade mellan 6 och 49 år. Tre av fyra personer uppgav hjärt-kärlsjukdom och 14 personer hade diabetes. Nästan samtliga personer använde något läkemedel, i medeltal 3-4 läkemedel per person. Få deltagare använde tobak. En tredjedel av kvinnorna hade behov av stöd för dagliga aktiviteter och en tredjedel använde rollator. Endast ett fåtal män behövde samma stöd (Tabell 3).

Tabell 3. Kön, ålder och allmänmedicinskt status hos deltagarna.
Inga skillnader var statistiskt signifikanta.

Variabel	Kvinnor	Män
Ålder, median (spridning)	72,5 (60-85)	70,5 (60-86)
Antal år i Sverige, median (spridning)	20 (6-38)	23,5 (7-49)
Kön, antal (%)	28 (67)	14 (33)
Diabetes, antal (%)	7 (25)	7 (50)
Kardiovaskulär sjukdom antal (%)	22 (79)	10 (71)
Läkemedel, antal med \geq 1 läkemedel (%)	26 (93)	14 (100)
Läkemedel, median (spridning)	3 (0-17)	4 (1-11)
Stöd i dagliga livet, antal (%)	8 (29)	1(7)
Använder rullator, antal (%)	9 (32)	1 (7)
Tobaksanvändning, antal (%)	2 (7)	2 (14)

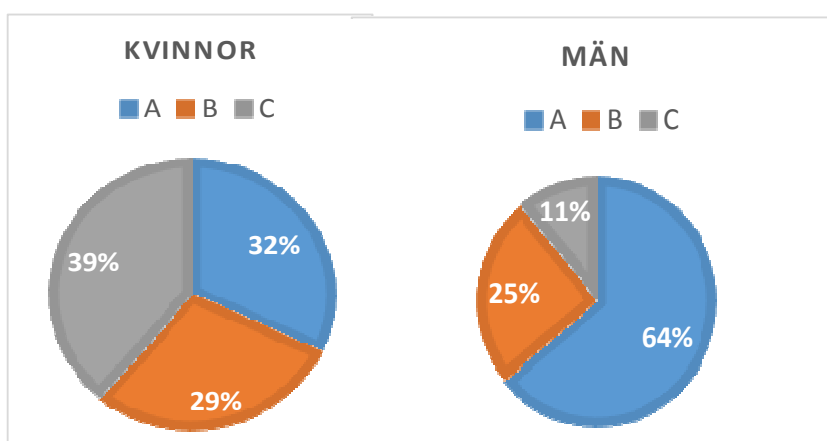
Sextio procent av deltagarna uppgav att de besökt tandläkare de senaste två åren och 66 % uppgav att de hade tand- eller protesproblem (Figur 5). Det var fler män än kvinnor som besökt tandvården och det var även fler män som uppgav problem. Av de personer som hade egna tänder, angav två tredjedelar att de borstade tänderna två eller flera gånger om dagen och

samtliga använde fluortandkräm. Ett fåtal personer använde approximala hjälpmedel. Cirka 40 % angav att de använde andra fluorprodukter är fluortandkräm. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan män och kvinnor (Figur 5).



Figur 5. Munvårdsvanor hos deltagarna. *Beräkning är gjord från antalet individer med egna tänder. Ingen statistisk signifikans. Analysen gjordes med Fisher's exact test.

Prevalensen av tandlöshet var hög – 17 % av de äldre immigranterna saknade naturliga tänder. Medelvärdet av antalet tänder hos de betandade var 22,3 och männen hade flera tänder än kvinnorna ($p < .05$, Tabell 4). Det var också vanligare att kvinnorna hade avtagbara proteser jämfört med männen ($p < .05$, Tabell 4). Eichner's index visade även att det fanns en stark tendens att fler män hade ocklusal kontakt i alla fyra kvadranterna jämfört med kvinnorna, 71% resp. 32% ($p = .053$, Figur 7). Sex kvinnor och en man var helt tandlösa och två personer hade implantat.



Figur 6. Fördelning av individer enligt Eichner's index. A= Ocklusionskontakt i alla fyra kontaktområdena (premolarer och molarer), B= Ocklusionskontakt i 1-3 kontaktzoner, C= Tänder som saknar ocklusionskontakt eller tandlöst ocklusionsområde. Analysen gjordes med Fisher's exact test och visade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan män och kvinnor ($p = 0,053$).

De äldre immigranternas kariesförekomst var hög. DFT-index (karierad och fylld tand) var 5,5-6 och 75 % av dem med egna tänder hade minst en karierad tand (Tabell 4). En fjärdedel av individerna hade tänder med tandköttsfickor ≥ 6 mm medan 63 % uppvisade gingival blödning vid sondering. Tio personer hade plaque score > 1 och nio personer var muntorra. Ingen deltagare hade slemhinneindex > 1 . Det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan könen när det gäller förekomst av karies och parodontit. (Tabell 4).

Tabell 4. Odontologiskt status hos deltagarna.

Variabel	Kvinnor	Män	P-värde
Tandlösa personer, antal (%)	6 (21)	1 (7)	NS
Antal tänder, median (spridning)	22 (3-32)	28 (10-31)	$<0,05$
Personer med ≥ 1 implantat, antal (%)	2 (7)	0	NS
Avtagbar protetik, antal (%)	13 (46)	2 (14)	$<0,05$
DFT, median (spridning)	5,5 (0-19)	6 (0-18)	NS
Individer med DT ≥ 1 , antal (%)	15 (68)	11 (85)	NS
Individer med ≥ 1 med gingival-blödning, antal (%)	12 (55)	10 (77)	NS
Individer med ≥ 1 tand med fickor ≥ 6 mm, antal (%)	3 (14)	6 (46)	NS
Individer med muntorrhet, antal (%)	8 (29)	1 (7)	NS
Individer med plackindex >1 , antal (%)	5 (18)	5 (36)	NS

Diskussion

Denna studie gav äldre immigranter möjlighet att beskriva sina munvårdsvanor och sin uppfattning om oral hälsa. Kunskap saknades om immigranternas uppfattning om oral hälsa och tandvård och en kvalitativ studie användes därför i denna undersökning. Det var vanligt att tandvårdsbesök gjordes vid tandvärk och upplevelsen av besöket var därför förenat med obehag. Kostnad, språksvårigheter och lågt förtroende för tandvård utgjorde hinder för att uppsöka tandvården. Den andra delen av studien utgjordes av en klinisk undersökning. Nästan 20 % av deltagarna var tandlösa, men de med egna tänder hade många tänder i behåll. Majoriteten hade karies, men färre personer uppvisade tandköttsinflammation och tandlossningssjukdom. Tre av fyra borstade tänderna två gånger om dagen och 60 % hade besökt tandvården de senaste två åren.

Metoddiskussion

Kvaliteten i den kvalitativa studien kan bedömas genom att använda en kritisk utvärdering av den kvalitativa forskningsansatsen (Rowan & Huston, 1997). Tillförlitligheten, som grundade sig på överensstämmelsen av data, erhöles från strukturering av data och analytisk jämförelse. Trovärdigheten kunde uppnås genom deltagarnas variation och erfarenheter samt antal personer i studien. Intervjuaren var inte involverad i personerna tandbehandling vilket innebär att personerna kunde svara ärligt och det underlättade för möjligheten att tala fritt i intervjun. Överförbarheten kunde bedömas genom en noggrann beskrivning av forskningsprocessens

alla delar (Graneheim & Lundman 2004). Citat från deltagarnas intervjuer presenteras i texten för att underlätta läsarens bedömning av resultatens trovärdighet. En svårighet i studien var att tolk användes vid intervjuerna och det fanns därför en risk att tolkens översättning inte helt överensstämde med personens berättelse. Dock, om tolk inte hade använts hade inte gruppen äldre invandrare kunnat delta i studien och gruppens uppfattningar och behov hade inte kunnat bli kända (Lee et al., 2014). Alla tolkar var certifierade. Om anhöriga hade använts som tolkar hade det funnits risk för att deltagarna hade varit styrda i sina uttalanden. Den anhörige, som har en relation till den intervjuade kunde ha olika skäl till att förvränga svaret från den intervjuade. Om forskaren hade kommit från samma språk och kultur som den intervjuade hade kanske svaren blivit mer uttömmande. Tolkproblemet hade ändå kvarstått därför att det i studien fanns människor från flera kulturer och språk vilka inte kunde behärskas av en intervjuare. Den studerade populationen som valdes var personer som deltog i aktiviteter för äldre immigranter. Samtliga personer som accepterade att delta tilläts delta. Kön och ursprungsland visade god spridning.

I den kvantitativa delen av studien var det önskvärt att hitta ett representativt urval för att kunna dra slutsatser om munhälsan hos äldre invandrare. Det var svårt att hitta personer som skulle ingå i studien eftersom det inte fanns register att tillgå. Istället valde vi träffpunkter, som organiserades av kommunen eller ideella organisationer, som de sammanhang där vi kunde få kontakt med den grupp som skulle studeras. Fördelen var att där fanns de personer som överensstämde med valda inklusionskriterier. På träffpunkterna fanns även personal som hade gemensam kulturell och språklig bakgrund som försökspersonerna. Svagheten med denna urvalsmetod var att det inte är möjligt att säkerställa representativiteten hos försökspersonerna. Generaliserbarheten i undersökningen måste därför göras med stor försiktighet. Immigranterna i studien hade bott i Sverige i medeltal 20 år. Det stämmer väl med Statistiska Centralbyråns statistik som anger att 85 % av de som är utlandsfödda 65 år eller äldre har bott i Sverige i 20 år eller mer (SCB 2010). De vanligaste födelseländerna under sent 1980-tal är Iran, Chile och Fjärran Östern. Balkanländerna dominerade under tidigt 1990-tal och under sent 1990-tal dominerade Afrikanska och Asiatiska länder (SCB 2008). Förutom avsaknad av personer från Sydamerika motsvarar personerna i undersökningen väl immigranternas hemländer under aktuell period.

Dubbelt så många kvinnor som män deltog i studien. Det finns fler kvinnor än män med immigrantbakgrund i den aktuella åldersgruppen i Sverige (53 respektive 47 %, SCB 2008). I denna studie är könsskillnaderna större vilket leder till en överrepresentation av kvinnor. En förklaring kan vara att kvinnor har lägre inkomst än män och därför lockades att delta i studien eftersom undersökningen var gratis. En annan förklaring till att det var fler kvinnor än män i studien är att kvinnorna berättade att de var mycket yngre än sina män när de gifte sig. De kvinnor som deltog i studien var nu nästan samtliga änkor. Flera av immigranterna som deltog i mötena på Träffpunkterna valde att inte delta i undersökningen. Orsakerna till detta är okända, men det kan bero på att de inte orkade besöka tandklinikerna, att de inte upplevde något tandvårdsbehov, att de redan hade varit hos tandläkaren eller att de skämdes för sitt tandstatus. Det kan inte heller uteslutas att språket utgjorde ett hinder som ledde till osäkerhet om att undersökningen var gratis eller att den äldre personen var osäker på hur de insamlade

uppgifterna skulle användas. Andra studier påvisar att det finns misstroende mot västerländsk sjukvård bland immigranter (Smith et al., 2013).

Resultatdiskussion

Personerna i studien gav uttryck för att den orala hälsan är viktig för nutritionen, men de beskrev även vikten av oral hälsa som ett viktigt socialt fenomen, där ett gott tandstatus är en klassmarkör. I en svensk nationell studie från 2009, uppgav 35 % av människor födda utanför Europa att deras tandhälsa var god, jämfört med 70 % av hela populationen (Socialstyrelsen 2010). I samma undersökning, uppgav 16 % av de som var födda utanför Europa att de hade svårt att tugga mat med tuggmotstånd, jämfört med 2 % av dem som bedde i Sverige. Det var fyra gånger vanligare att människor födda utanför Norden inte kunde njuta av en måltid på grund av tuggproblem än de som var födda i Sverige (Socialstyrelsen 2010). Många av försökspersonerna rapporterade att de hade kroniska sjukdomar. Tre av fyra uppgav att de hade kardiovaskulära sjukdomar, vilket är lika stor andel som rapporterats i en studie av äldre med hemtjänst och med en medelålder på 84 år. I denna studie medicinerade alla utom två personer dagligen, men medianvärdet av mediciner var lägre än i ovan nämnda studie. Antalet personer som använde tobak var lågt. Hjern (2012) har rapporterat ett högre tobaksbruk bland personer med invandrarbakgrund, ungefär 40 % av männen använde tobak jämfört med 15 % av dem som är födda i Sverige. En tredjedel av kvinnorna fick hjälp med dagliga aktiviteter, medan endast en man rapporterade detta. I en rapport från Socialstyrelsen 2012 hade 25 % av kvinnorna och 15 % av männen i åldern 65-74 år kroniska sjukdomar som medförde krämpor (Lennartsson & Heimersson, 2012). I rapporten var det 3-4 gången vanligare att personer med immigrantbakgrund bedömde sin hälsa som dålig, ett resultat som liknar Socialstyrelsens rapport om munhälsa från 2010 där 35 % av personer födda utanför Europa tyckte att de hade bra munhälsa jämfört med 70 % i hela populationen (Socialstyrelsen 2010).

Det fanns en större andel tandlösa i den här studien än vad som rapporterats i hela befolkningen. Norderyd et al., (2015) rapporterade 1 % tandlöshet hos 70-åringar och 3 % med avtagbara proteser, att jämföra med 17 respektive 33 % i denna studie. Om man hade egna tänder hade man lika många som befolkningen i stort. Även andra studier har visat att personer som inte var födda i Sverige hade färre kvarvarande tänder (Lundegren, 2012) och oftare avtagbara proteser (Socialstyrelsen 2010). Färre individer med immigrantbakgrund hade implantat jämfört med hela befolkningen (5 respektive 16 %). Den största skillnaden jämfört med hela befolkningen uppvisade kvinnorna med immigrantbakgrund då dessa hade färre tänder, oftare avtagbara proteser och färre oklusala kontakter i motsatt käke jämfört med män med immigrantbakgrund. Majoriteten av de undersökta hade karies, men samtidigt färre restaurationer. Medianvärdet för DFT var 5,5 bland de äldre med immigrantbakgrund jämfört med medelvärdet 16,6 i hela populationen. Även Lundegren (2012) redovisade i sin studie att personer födda utanför Sverige hade färre fyllningar, men i motsats till den studien fanns inte högre förekomst av parodontal sjukdom i vår studie. Två tredjedelar av deltagarna i vår studie hade minst en tandköttsficka som var 6 mm eller mer, medan studier av hela befolkningen visat att 62 % av deltagarna hade minst en tandköttsficka djupare än 5 mm (Norderyd et al., 2015).

Flera studier har visat att människor med utländsk bakgrund mer sällan har regelbunden tandvård och att förebyggande hälsovård inte prioriteras (Lagerlund et al., 2002; Socialstyrelsen, 2010; Militiades, 2013). Vanligtvis är regelbunden tandvård relaterad till socio-ekonomiska faktorer och ålder (Holm-Pedersen et al. 2005; Tsakos et al., 2011; Listl 2011, 2012). I denna studie beskriver personerna att de inte hade regelbunden tandvård i sina födelseländer eller att de sökt tandvård endast vid akuta besvär/tandvärk. Efter de hade flyttat till Sverige berättar några personer i studien att de nu gör regelbundna tandvårdsbesök, medan andra beskriver att de besöker tandvården mer sällan. Socialstyrelsen (2010) beskriver att 76 % av de som var 80 år eller äldre hade besökt tandvården de senaste två åren jämfört med 84 % av hela populationen. Rapporten beskrev också att var femte 80-åring avstod tandvårdsbesök på grund av dålig ekonomi och bland dem som var i behov av tandvård och fortfarande avstod, uppgav 40 % att orsaken var att de saknade pengar (Socialstyrelsen 2010). Av personer som var födda utanför Europa hade 43 % avstått tandvård trots att de hade tandvårdsbehov, jämfört med 6 % av dem som var födda i Sverige. Bland personerna som deltog i den kliniska studien uppgav 60 % att de hade besökt tandvården under de senaste två åren. Resultatet stämmer väl med flera andra studier som rapporterar att personer födda utanför Sverige är mindre benägna att ha regelbunden tandvårdskontakt och att förebyggande vård inte prioriteras (Holm-Pedersen et al., 2005; Petersen & Yamamoto, 2005).

Oral hälsa och tandvårdskonsumtion är starkt relaterad till socioekonomiska faktorer och ålder (Holm-Pedersen et al., 2005). I Sverige kan äldre personer som har stora omvårdnadsbehov få ekonomiskt stöd av landstinget för att tillgodose sin tandvård. Emellertid har inte alla som är berättigad till denna förmån fått ta del av den (Holmén et al., 2012). Bland deltagarna i denna studie identifierades en person vara berättigad till denna förmån. När äldre immigranter avstår tandvårdsbesök ökar risken för att de inte får de ekonomiska stöd för tandvård som de är berättigade till. En ansträngd ekonomi blir då en onödig barriär för att få tandvård. Det kan inte uteslutas att brister i tandvårdens organisation kan vara en medverkande faktor till det låga tandvårdsutnyttjandet bland äldre immigranter. Tandvården kan misslyckas i fysisk tillgänglighet, språkbarriärer eller kunskapsbrister och attityder hos personalen. Äldre personer och personer med invandrarbakgrund kan då prioriteras lägre än andra patientgrupper (Holm-Pedersen et al., 2005; Petersen & Yamamoto, 2005).

Andra barriärer som beskrevs i intervjuerna var bristande förtroende för tandvården, både i födelselandet och i Sverige. Några personer tyckte ändå att tandvården var bättre i det nya landet. Resultatet ligger i linje med en studie i Canada där immigranter påtalade misstro mot västerländsk sjukvård (Smith et al., 2013). Studier i UAS har också identifierat misstro hos personer från olika etniska grupper mot vårdgivare (Graham et al., 2004) och människors erfarenhet av sjukvårdssystemet var den främsta orsaken till bristande tilltro (Adegbembo et al., 2006). Äldre människor med immigrantbakgrund i denna studie ansåg att svenska tandläkare behandlade eller tog bort friska tänder. En orsak till detta missförstånd kan vara att immigranterna i Sverige möter tandläkaren tidigare i sjukdomsprocessen. Röntgenundersökning detekterar sjukdom i tidigare stadium än när patienten själv söker vård på grund av symtom i munnen. I födelselandet fick de behandling när det hade problem, när det var uppenbart för både patient och tandläkare att något måste göras. Nyttan med tandbehandlingen ifrågasattes ofta och immigranter med avtagbara proteser var missnöjda. I

en svensk studie från 2009, rapporterade hälften av dem som var födda utanför Europa problem med sina proteser jämfört med en fjärdedel av dem som var födda i Sverige (Socialstyrelsen 2010). Jämfört med fast protetik, har avtagbara proteser kortare hållbarhet och leder till sämre oral hälsorelaterade livskvalitet (Socialstyrelsen 2011). Erfarenheten av tandvård dominerades av smärta och obehag och de äldre immigranterna minne präglades av tandextraktioner.

Informanterna hade begränsad kunskap om orala sjukdomar och hade ofta missuppfattningar om vad som orsakade deras orala besvär. Detta är samstämmigt med vad som framkommit från studier i USA och Canada där kinesiska och mexikanska immigranter också saknade kunskap om vad som orsakar orala sjukdomar (Smith et al., 2013; Militades 2013). De beskrev att de gjorde som man lärt sig i familjen, medan vissa beskrev att de hade lärt sig själva. I den svenska rapporten från 2010, hade 68 % av personerna som var födda utanför Europa fått tillräcklig information om hur de skulle få behålla sina friska tänder jämfört med 92 % av dem som var födda i Sverige (Socialstyrelsen 2010). Flera av de äldre immigranterna berättade i intervjun att de som barn hade lärt sig att använda en tuggpinne, miswak, en pinne av ett speciellt träslag som har förmågan att göra tänderna rena. Några av de äldre immigranterna beskrev att de fortfarande använde sig av traditionella metoder när de rengjorde sina tänder, men att de kombinerade detta med västerländska metoder, som tandborste och tandsticka. Att fortsätta att använda miswak är inte ett dåligt alternativ då studier har visat att miswak har samma plackavlägsnande förmåga som en tandborste (Malik et al., 2014). Ingen av informanterna sa att de besökte tandvården för förebyggande tandvård. Detta är i överensstämmelse med en studie som beskrev att mexikanska immigranter inte förstod fördelarna med förebyggande tandvård (Militades, 2013).

I den kliniska studien beskrev tre fjärdedelar av de äldre immigranterna att de borstade tänderna två gånger om dagen eller oftare. Detta är i linje med resultaten i en studie av äldre med omvårdnadsbehov med en medelålder på 85 år (Strömberg et al., 2012), men sämre än hos 70-åringar i en svensk population där 92 % sa att de borstade tänderna två gånger dagligen (Jensen et al., 2012; Norderyd et al., 2015). I denna studie, liksom i andra refererade studier, angav personerna att de använde fluortandkräm. En av sex personer sa även att de använde mellanrumshjälpmiddel för att göra rent mellan tänderna och detta är något högre än i andra studier.

Kunskapen om äldre invandrares munhälsa är mycket bristfällig, men denna studie har bidragit till att minska kunskapsluckan. Människor med invandrarbakgrund i yngre åldrar har en sämre munhälsa än personer födda i Sverige och för den äldre befolkningen i stort gäller att munhälsan försämras med stigande ålder och särskilt när omvårdnadsberoendet ökar. Många invandrare har inte möjlighet att ta del av resurserna inom tandvården. Det kan bero på bristande kunskaper om det svenska systemet med revisionstandvård och ekonomiska tandvårdsstöd. En annan förklaring kan vara språksvårigheter och att tandvården inte har tillräcklig förståelse för invandrares hälsoproblem och vårdbehov. Det finns goda möjligheter att förebygga munsjukdomar och därför vore det värdefullt att öka kunskapen om munhälsa och tandvårdsvanor hos äldre och deras stödpersoner, samt stimulera till regelbundna besök i

tandvården för äldre personer med invandrarbakgrund. Bra kunskap om varför man får munsjukdomar och hur man genom effektiv egenvård kan undvika att drabbas kan leda till bättre munhälsa och ökad livskvalitet hos äldre med invandrarbakgrund.

Slutsatser

I intervjustudien beskrev de äldre immigranterna:

- En mix av regelbunden och akuttandvård
- Hinder för tandvård är kostnader och språksvårigheter
- Bristande tilltro till tandvård
- Daglig munvård utfördes både med traditionella metoder och/eller tandborste

Den kliniska studien visade att äldre immigranter jämfört med en svensk normalbefolkning:

- Oftare var tandlösa
- Oftare hade en hög förekomst av orala sjukdomar och orala besvär
- Hade lägre tandvårdsutnyttjande
- Utförde munhygien mer sällan

Tack

Projektet har genomförts i Kunskapscentrum för äldretandvård, Folktandvården, Landstinget i Uppsala län.

Referenser

- Adegbembo AO, Tomar SL, Logan HL. Perception of racism explains the difference between Blacks' and Whites' level of healthcare trust. *Ethn Dis* 2006;16:792-8.
- Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:454-62.
- Baume LJ. General principles concerning the international standardization of dental caries statistics. *Int Dent J* 1962;12:65-7.
- Boström G. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning 2008. *Statens folkhälsoinstitut*. Sverige, 2008.
- Buhlin K, Gustafsson A, Håkansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol*. 2002; 29:254-9.
- Graham MA, Logan HL, Tomar SL. Is trust a predictor of having a dental home? *J Am Dent Assoc* 2004;135:1550-8.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-12.
- Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Ass* 1964; 68:7-13.
- Henricsson V. Evaluation of a new device for measuring oral mucosal surface friction. *Scan J Dent Res* 1990;98:529-36.
- Henriksen BM, Ambjornsen E, Axell TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist* 1999;19:154-7.
- Heydecke G, Gobetti JP. Impact of medical conditions on oral health and quality of life. In: Inglehart, MR. & Bagramian, RA. (eds.), *Oral Health-Related Quality of Life* (sid. 105-128). Chicago: Quintessence, 2002.
- Hjern A. Migration and public health. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. *Scand J Public Health* 2012; 40(Suppl 9): 255–67.
- Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey D. Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany. *J Dent Educ* 2005;69:987-97.
- Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I. and Gabre P. Oral health in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology* 2012;29: 503-11.
- Hänsel Petersson G, Fure S, Bratthall D. Evaluation of a computer-based caries risk assessment programme on an elderly group of individuals. *Acta Odontol Scand* 2003;61:164-71.
- Ignes K, Stenberg P. Faktorer som påverkar invandrares hälsa negativt. *Högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap*. Borås, Sverige, 2008.
- Ingelhart MR, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of Life: An introduction. *Chicago: Quintessence Publishing Co., Inc.*, 2002.
- Jensen O, Gabre P, Moberg Sköld U, Birkhed D. Is the use of fluoride toothpaste optimal? Knowledge, attitudes and behaviour concerning fluoride toothpaste and toothbrushing in different age groups in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:175-84.
- Koch G. Effect of sodium fluoride in dentifrices and mouthwash on incidence of caries in school children. *Odontol revy* 1967; 18 (suppl. 12).
- Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening – a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control*. 2002;13:73-82.
- Lee SK, Sulaiman-Hill CR, Thompson SC. Overcoming language barriers in community-based research with refugee and migrant populations: options for using bilingual workers. *BMC Int Health Hum Rights* 2014;14:11.
- Lennartsson C, Heimersson I. Elderly people's health. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 5. *Scand J Public Health* 2012; 40 (Suppl 9): 95–120.
- Listl, S. Income-related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+. *J Dent Res* 2011; 90:717-23.

- Listl, S. Income-related inequalities in denture-wearing by Europeans aged 50 and above. *Gerodontology* 2012; 29:e948-955.
- Locker D. Measuring oral health: Socio-dental indicators. In: *An Introduction to Behavioural Science and Dentistry* (sid. 73-87). London: Tavistock/Routledge, 1989.
- Locker D, Matear D, Stephens M, Jacovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health* 2002;19:90-7.
- Loesche WJ, Lopatin DE. Interaction between periodontal disease, medical diseases and immunity in the older individual. *Periodontol* 2000 1998;16:80-105.
- Lundegren N. Oral Health and self-perceived oral treatment need of adults in Sweden. *Swed Dent J Suppl.* 2012;(223):10-76.
- Malik AS, Shaukat MS, Qureshi AA, Abdur R. Comparative effectiveness of chewing stick and toothbrush: a randomized clinical trial. *N Am J Med Sci* 2014;6: 333-7.
- McGrath C, Bedi R. Influences of social support on the oral health of older people in Britain. *J Oral Rehabil* 2002;29:918-22.
- Miltiades HB. Early childhood experiences, cultural beliefs and oral health of Mexican American women. *Hisp Health care Int.* 2013;11:87-94.
- Moradi F. Ingen integration utan hälsa. *Läkartidningen* 2013;110:CAWH
- Nationalencyklopedin. Livskvalitet, viktigt och omstritt begrepp i medicinsk etik och hälsoekonomi. <http://www.ne.se/livskvalitet> 2016-06-15
- Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. *Aging* 2001;13:370-7.
- Nordenram G, Nordström G. *Äldretandvård.* (sid 57-78). Förlagshuset Gothia AB, Stockholm, 2000.
- Norderyd O, Koch G, Papias A, Anastassaki Köhler A, Nydell Helkimo A, Brahm CO et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 40 years (1973-2013). I. Review of findings on oral care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 2015a;39:57-68.
- Norderyd O, Koch G, Papias A, Anastassaki Köhler A, Nydell Helkimo A, Brahm CO 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* 2015b;39:57-68
- Närhi TO, Meurman JH, Ainamo A, Nevalainen JM, Schmidt-Kaunisaho KG, Siukosaari P, et al. Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76-, 81-, and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland. *J Dent Res* 1992;71:1875-80.
- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:81-92.
- Rowan M, Huston P. Qualitative research articles: information for authors and peer reviewers. *CMAJ* 1997;157:1442-6.
- Saunders MJ, Stattmiller SP, Kirk KM. Oral health issues in the nutrition of institutionalized elders. *J Nutr Elder* 2008;26:39-58.
- SBU. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. *Rapport nr 172.* ISBN: 91-87890-99-2. SBU 2006.
- SBU. Viktigt men svårt mäta livskvalitet. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap> 2016-06-15
- SCB. Efterkrigstidens invandring och utvandring (Nilsson Å). Demografiska rapporter nummer 5. Sverige, 2004.
- SCB. Utrikes födda riskerar låga pensioner. *Välfärd* nr 1/2013. Sverige, 2013.
- SCB Integration – en beskrivning av läget i Sverige. Stockholm, 2008. ISBN 978-91-618-1470-1.
- SCB Integration – utrikes födda i pensionsåldern. Stockholm 2010. ISBN 978-91-618-1578-4 2010
- SCB. Befolkningspyramiden visar Sveriges invånare i olika åldrar. <http://www.sverigeisiffror.scb.se/befolkningspyramiden> 2016-06-15
- Simons D, Brailsford S, Kidd EAM, Beighton D. Relationship between oral hygiene practices and oral status of a group of dentate elderly people living in residential homes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:464-70.
- SKaPa. Kvalitetsindikatorer för karies och parodontit. Konsensuskonferens i saltsjöbaden 11-13 september. ISBN: 9163320916, 9789163320910

- SKL. Aktuellt på äldreområdet 2008. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2008. ISBN: 9789171643988
- SKL. Munhälsa. Åtgärder för att förebygga ohälsa i munnen. Sveriges Kommuner och Landsting, 2014. ISBN: 978-91-7585-140-2 2014
- Smith A, MacEntee MI, Beattie BL, Brondani M, Bryant R, Graf P, Hornby K, Koybayashi K, Wong ST. The Influence of Culture on the Oral Health-Related Beliefs and Behaviors of Elderly Chinese Immigrants: A Meta-Synthesis of the Literature. *J Cross Cult Gerontol* 2013 28:27-47.
- Socialdepartementet. Tandvårdslagen. SFS 1985:125. Stockholm, 1985.
- Socialdepartementet. Särskild tandvårdsförordning. SFS 1998:1338a. Stockholm, 1998.
- Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Artikelnr 2010-6-5. Stockholm, 2010.
- Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg. Artikelnr 2011-9-2. Stockholm, 2011.
- 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
- Sullivan DH, Martin W, Flaxman N, Hagen JE. Oral health problems and involuntary weight loss in a population of frail elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:725-31.
- Tsakos G, Demakakos P, Breeze E, Watt RG. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *Am J Public Health* 2011;101:1892-9.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. Assessing progress for population worldwide 4 April 2014. New York, 2014.
- van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, de Baat C. Meta-analysis of dysphagia and aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res* 2011;90:1398-1404.
- van Lacker A, Verhaeghe S, Van Hecke A, Vanderwee K, Goossens J, Beeckman D. The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49:1568-81.
- Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Lykke Mortensen E, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007;24:3-13.

Bilaga 1

Munhälsa hos äldre som sent i livet invandrat till Sverige

Bakgrund och syfte

När man blir äldre får man större risk att drabbas av hål i tänderna och tandlossning men genom att sköta tänderna på ett bra sätt kan sjukdomarna ofta förebyggas. I denna studie intervjuas och undersöks äldre människor som invandrat till Sverige om deras erfarenheter av munhälsa och tandvård. Syftet är att tandvården ska lära sig mera om hur vi ska informera och ge rätt tandvård.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om du vill delta i en intervju och en tandläkarundersökning. Vi har valt att fråga personer som är över 60 år och som invandrat till Sverige senare i livet. Läs noggrant igenom denna information och ställ gärna frågor innan du bestämmer dig. Efter intervjun erbjuds du att kostnadsfritt få en tandläkarundersökning på en tandklinik.

Hur går studien till?

Intervjun som beräknas ta ca 30-40 min hålls på en avskild plats som vi gemensamt kommer överens om när vi kontaktar dig. Intervjun kommer att handla om hur du ser på din munhälsa, vad du känner till om munsjukdomar och vilka munvårdsvanor du har. Men vi vill också veta vad som är viktigt för dig och om vad du har för önskemål när det gäller tandbehandling i framtiden. Den som intervjuar dig är en tandläkare och intervjun spelas in på band.

Tandläkarundersökningen görs vid ett annat tillfälle. Du får då komma till en tandklinik och bli undersökt av samma tandläkare som intervjuade dig. Tandläkaren undersöker din mun och dina tänder och tar röntgenbilder som det behövs. Du får veta om det finns behov av behandling och du får information om hur du på bästa sätt kan sköta om dina tänder på egen hand hemma.

Vilka är riskerna?

Studien använder intervjuer för att insamla data. Du får berätta om dina erfarenheter av tandvård och hur du vill ha din tandvård i framtiden. Om du tycker att frågorna känns för närgående kan du när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak. Undersökningen hos tandläkaren går till på samma sätt som vanliga årliga undersökningar.

Finns det några fördelar?

Du får en undersökning utan kostnad. Du får veta om du har munsjukdomar som bör behandlas och du får råd anpassade till just dig om hur du ska sköta om tänderna hemma på bästa sätt för att förebygga sjukdomar.

Hantering av data och sekretess

Dina uppgifter skyddas av Sekretesslagen och Personuppgiftslagen. Dina journaluppgifter kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. En nummerkod kommer att

användas för att koppla ihop rätt person med rätt journal men bara forskarna har tillgång till koden. Intervjun skrivs ut ordagrant av en sekreterare. På bandinspelningarna samt på utskrifterna finns inga personuppgifter som kan härledas till dig, endast kön och ålder framgår på banden och i utskrifterna.

Personuppgiftsansvarig är landstinget i Uppsala län. Enligt personuppgiftslagen (PuL) har du rätt att utan kostnad en gång per år få ta del av de uppgifter om dig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade. Kontaktperson är docent Pia Gabre, tel 018-6116489. Om du önskar få ta del av studiens resultat kan du kontakta någon av de ansvariga som nämns nedan.

Ersättning

Du får ersättning för att du deltar i denna studie i form av en kostnadsfri tandläkarundersökning och munvårdsprodukter. Du får resan betald till tandklinikerna med billigaste färdssätt då undersökningen genomförs. Om undersökningen visar att du behöver tandbehandling får du själv betala behandlingen enligt Folktandvårdens prislista.

Frivillighet

Deltagandet är frivilligt och du har rätt att när som helst, utan angivna skäl, avbryta deltagandet i studien. Om du avbryter deltagandet kommer det inte att påverka din framtida behandling.

Ansvariga

Studien genomförs av Folktandvården i Uppsala län. Den utförs av tandläkare Eva Olerud som arbetar på Kunskapscentrum för äldretandvård, Prästgatan 11 i Uppsala. Huvudansvarig är docent Pia Gabre, cheftandläkare vid Folktandvården i Uppsala.

Frågor kan besvaras av tandläkare Eva Olerud telefon 018-6110104 eller via e-post: eva.olerud@lul.se

Ställ gärna frågor om studien eller om det är något i denna information som du inte förstår! Vid behov använder vi auktoriserad tolk i samtalet.

Med vänliga hälsningar

Eva Olerud

Pia Gabre

Kunskapscentrum för äldretandvård

Folktandvårdens kansli

Folktandvården Seminariet Prästgatan 11

Ulleråkersvägen 21

751 85 Uppsala

750 17 Uppsala

Telefon 018 6110104

Telefon 018 6116489

e-post: eva.olerud@lul.se

e-post: kunskapscentrum.ftv@lul.se

Munhälsa hos äldre som sent i livet invandrat till Sverige

Ja, jag accepterar att delta i studien på ovan angivna villkor.

Datum:

.....

Bilaga 2

Frågeguide

Förnamn

Kön

Ålder

Modersmål

Födelseland

Flyttade till Sverige år

Bott i flera länder än Sverige

Frågeområde 1

Berätta lite om dig själv, om din uppväxt och i vilket land

- Familj
- Bott stad eller på landsbygd
- Utbildning/skolgång
- Arbete/yrke/sysselsättning

Frågeområde 2

Berätta om dina tidiga tandvårdsupplevelser

- Fick lära sig hur tänderna skulle skötas, av vem? Vilka hjälpmedel användes
- Fanns det tandvård i närheten
- Ålder vid första tandvårdsbesöket
- Varför besöktes tandvården, regelbunden tandvård eller enbart akut
- Kostnader för tandvård
- Vad gjorde tandläkaren vid besöket
- Positiva/negativa känslor
- Attityder till tandvård, egna, familjens, allmänt i samhället
- Var tänder viktiga

Frågeområde 3

Vad har du för tankar om tänder och munhälsa, hur är det idag?

- Är tänder viktigt, attityder till tänder och munhälsa idag.
- Regelbundna tandvårdsbesök eller akut/ besöker inte alls tandvården. Anledning?
- Hur vill du ha din tandvård, kan tandvården göra något för att underlätta för dig?
- Fått lära sig hur tänder/proteser ska skötas? Av vem? Är det i så fall samma budskap som tidigare i livet

- Känslan av hur munhälsan är idag
- Hur sköts tänder/proteser idag (frekvens , hjälpmedel, fluortandkräm, annat)?
- Vet varför man gör rent i munnen, varför man använder fluor
- Finns kunskap om tandvårdskostnader och tandvårdsstöd?

Bilaga 3

Protokoll - klinisk undersökning och anamnes

Namn _____

Född år månad dag _____

Datum _____

Kvinna Man

Undersökare _____

Antal rotförsedda tänder ÖK _____ UK _____

Varav fungerande rotrester ÖK _____ UK _____

Icke fungerande rotrester ÖK _____ UK _____

Antal implantat (fixturer) _____ regio _____

Avtagbar protetik:

Hel överkäksprotes Hel underkäksprotes

Partialprotes i ÖK, tandförankrad Implantatförankrad

Partialprotes i UK, tandförankrad Implantatförankrad.

Karies DFT _____ DT _____ D_{sek}T _____

Parod Antal tänder med ficka ≥ 6 mm _____

Blödningsindex Antal tänder Nivå 1 _____ N 2 _____ N 3 _____ N 4 _____

Mobilitet Antal tänder grad 1 _____ Grad 2 _____ Grad 3 _____

Plackindex _____ **Slemhinneindex** _____ **MPS bedömning** _____

Salivation _____ **Eichners index** _____

Övriga fynd tandstatus:

Totalintryck:

Anamnes

Har du /eller har inom det senaste året haft:

	Ja	Nej
Hjärt/kärlsjukdom (BT, stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergier/Överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Används tobak dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du svårt att förflytta dig?

Använder rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mediciner (APO-dos i förekommande fall): _____

Antal år bosatt i Sverige _____

Senaste tandläkarbesöket _____

Var besökte du tandvården? _____

Har du några besvär från tänderna/proteserna? _____

Hur sköter du tänderna proteserna hemma?

Tandborstning dagligen? Hur ofta? _____


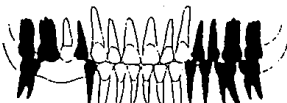

Används fluortandkräm? _____




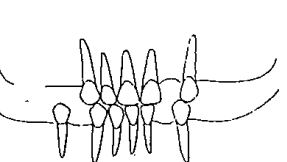
Används hjälpmedel för rengöring mellan tänderna? _____

Används andra fluorprodukter än tandkräm? _____

Måste du ha hjälp med daglig aktivitet? Vad? _____

EICHNER INDEX

- ①  A1: Opposing contacts in all 4 supporting zones (premolar and molar regions)
- ②  A2: Opposing contacts in all 4 supporting zones. Tooth limited space(s) in one arch.
- ③  A3: Opposing contacts in all 4 supporting zones. Tooth limited space(s) in both arches.

- ④  B1: Opposing contacts in 3 supporting zones.
- ⑤  B2: Opposing contacts in 2 supporting zones.
- ⑥  B3: Opposing contacts in 1 supporting zone.
- ⑦  B4: No opposing zone in the premolar and molar regions. Only opposing contacts in the anterior area.

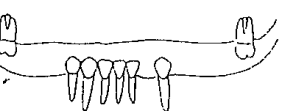
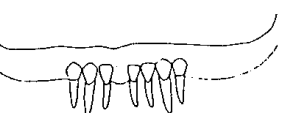


- ⑧  C1: Teeth in both arches. No opposing contacts.
- ⑨  C2: Teeth in only one arch.
- ⑩  C3: Edentulous.
- ⑪  C4: Implantat

Fig. 2. Illustration of the Eichner-Index, which is based on the antagonizing contacts in the premolar- and molar regions.