Hälsoodontologiska enhetens rapportserie
Rapport 2:2022

Jessica Persson
Catharina Hägglin



Tandhygienist i kommunal verksamhet -TAIK

En intervention med munhälsofrämjande insatser för den äldre befolkningen

Rapport 2:2022 – Slutrapport

Vad?

Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK) är en intervention där tandhygienister har integrerats i kommunal verksamhet för att arbeta strategiskt med munhälsofrågor med målet att främja en god munhälsa i den äldre befolkningen.

Varför?

Professionell munhälsoexpertis saknas inom kommunal verksamhet. Syftet var därför att skapa ett koncept där TAIK skulle:
- Säkra kompetens inom munvård
- Säkra kvaliteten vad gäller munvård i vård och omsorg
- Vara sakkunnig i munhälso- och tandvårdsfrågor.

Hur?

Fem tandhygienister arbetade halvtid som icke-kliniska munhälsokonsulter i fyra kommuner i Västra Götaland under fyra års tid. Effekten studerades med hjälp av verksamhetsstatistik, intervjuer och enkätundersökningar. Jämförelse har gjorts med två kontrollkommuner.

Resultat

TAIK innebär ett förändringsarbete som skapar förutsättningar för ömsesidig förståelse mellan tandvård och kommunal verksamhet samt möjliggör samverkan för att säkra den åldrande befolkningens munhälsa. TAIK-konceptet har blivit en infrastruktur för munhälsofrämjande insatser i kommunal verksamhet.

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid Hälsoodontologiska enheten Folktandvården Västra Götaland

En rapport från Hälsoodontologiska enheten ska:

- vara relevant för praktiskt verksamma och politiker inom tandvård, vård och omsorg,
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda,
- vara utvecklingsorienterad,
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området,
- innehålla beskrivning av bakgrund, material/metod och ha en genomarbetad analys,
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling,
- före publikation granskas av personer med hög kompetens inom aktuellt område.

© Hälsoodontologiska enhetens rapportserie
Första upplagan november 2022
ISBN: 978-91-987059-1-1

Hälsoodontologiska enheten
Folktandvården Västra Götaland
Regionens hus Göteborg
Bergslagsgatan 2
411 04 Göteborg

Rapporten finns nedladdningsbar under fliken: ”Äldres munhälsa - publikationer och rapporter” på https://folktandvarden.vgregion.se/cat

Innehållsförteckning

Förord 6
Ordlista 7
Sammanfattning 11
Abstract 12
Bakgrund 14
Introduktion 14
Munhälsa 14
Senior alert och ROAG 15
Samhällets ekonomiska stöd till tandvård för vuxna 16
Dagens tandvårdsstöd 16
N-tandvård 16
F-tandvård 17
S-tandvård 17
Arbetsintegrerat lärande 17
Syfte och mål 18
Syfte 18
Övergripande mål 18
Specifika mål 18
Metod 19
Från idé till projekt 19
Finansiering 20
Deltagande kommuner 20
Organisation 21
Nyckelpersoner 22
Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS 22
Tandhygienist i kommunal verksamhet - TAIK 22
Projektledare och utvärderingsansvarig 24
Uppdrag 24
Specifika uppdrag 25
Projektdokumentation 25
Utvärdering 25
Etisk prövning 26
Resultat – Del I, Verksamhetsstatistik 27
Utbildningar och andra dialogformer 27
Utbildning och information 27
Vård- och omsorgspersonal 27
Gymnasial- och högskoleutbildning 28
Personliga assistenter, personal vid daglig verksamhet och gruppboende LSS 28
Personal med behörighet att utfärda ”Intyg om nödvändig tandvård” 28
God man 29
Munsnack(s) – en utbildning via matig macka 29
Mässor 29
Pensionärs- och patientföreningar, Apotek 30
Informationsmaterial 32
Presentation och avrapporteringar 34
Strategiskt arbete inom vård och omsorg 34
Arbete med rutiner och andra dokument 34
N-intyg 35
Antalet inkommande mejl till TAIK 36
Ringar på vattnet av TAIK-projektet 36
Kostnadsberäkning för TAIK-projektet 38

Resultat Del II - Effektutvärderingar 39
I. Nyckelpersoners erfarenheter av projekt TAIK – en kvalitativ studie..... 39
II. ROAG i projekt TAIK 45
A. ROAG-utbildning TAIK ……..46
B. ROAG i TAIK- respektive kontrollkommunerna ……..50
C. ROAG i TAIK-kommun Borås ……54
III. Strömkarlen – ett pilotprojekt inom hemtjänst i Trollhättans Stad 55
IV. Kunskap och attityder hos vård- och omsorgspersonal vad gäller munhälsa/munvård – en enkätstudie ……...59
V. Kvalitetssäkring av munvårdskort på särskilt boende 65
Diskussion 72
Diskussion – metod..... 72
Diskussion – resultat..... 75
Covid -19 och dess inverkan på projektet 76
Erfarenheter och reflektioner 77
Positiva erfarenheter 77
Att tänka på vid implementering av TAIK, våra erfarenheter 77
Projektets betydelse 79
Tack! 80
Referenser 81
Bilagor
Bilaga 1. Kortversion av presentation vid konferens 2022-03-10 …… 85
Bilaga 2. Blankett: Riskbedömning ROAG …… 97
Bilaga 3. Projektplan TAIK …… 99
Bilaga 4. Deltagare i TAIK-organisationens olika grupper …… 109
Bilaga 5. Exempel på innehåll vid månatliga team-möten TAIK …… 112
Bilaga 6. Nya och reviderade rutiner i TAIK-kommunerna …… 114
Bilaga 7. Frågeformulär: Pilotprojekt Strömkarlen …… 115
Bilaga 8. Enkät: Munhälsa och munvård inom omvårdnaden …… 116
Bilaga 9. Granskningsformulär vid kvalitetssäkring av munvårdskort …… 118

Förord

Att bli äldre innebär i de allra flesta aspekter något väldigt positivt – att utvecklas och samla på sig allt fler erfarenheter. Det är bland annat därför som begreppet årsrika används allt oftare som en beskrivning av den äldre befolkningen. Idag och framöver förväntas Sveriges befolkning bli årsrika i en allt högre utsträckning. Detta innebär givetvis fantastiska möjligheter – individer får lägga fler år till sina liv, samtidigt som det ställer ökade krav på framtidens hälso- och sjukvård och tandvård. Allt fler åldras med komplexa vårdbehov, och vården blir allt mer specialiserad. Samverkan och samarbete mellan organisationer och professioner är viktiga faktorer i framtidens vård och omsorg. Kommun och region har ett gemensamt ansvar för de årsrikas hälsa, där självklart även munhälsan ingår, men det är inte lika självklart att kompetensen kring munhälsan finns i den kommunala omsorgen. Kunskapen om den kommunala verksamheten och dess förutsättningar är inte heller självklart känd inom tandvården och det är lätt att förstå att det kan skapa barriärer som drabbar dem vi är till för.

Folktandvården Västra Götaland arbetar hälsofrämjande. Att bidra till hälsa och livskvalitet hos årsrika patienter och invånare har ett särskilt fokus i vår verksamhet.

Folktandvården har därför tillsammans med tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen tagit initiativ till att genomföra projektet TAIK – tandhygienist i kommunal verksamhet. TAIK bygger på en idé om att integrera professionell tandvårdskompetens i kommuners verksamhet. Under drygt fyra år har tandhygienister från Folktandvården haft sin arbetsplats i kommunens lokaler och blivit en del av de tvärprofessionella team som ska tillgodose den årsrika befolkningens omvårdnadsbehov. Det är tydligt att detta har inneburit en ömsesidig kunskapsutveckling och under projekttiden har en rad konkreta åtgärder prövats för att skapa förutsättningar för bästa möjliga munhälsa under livets senare del.

Vår förhoppning är att de erfarenheter och resultat som presenteras i denna rapport kan tas till vara och inspirera till arbetssätt som bryter ner de barriärer, faktiska såväl som upplevda, som kan finnas mellan kommunal omsorg och regional hälso- och sjukvård, vad gäller tandvård. Vi behöver pröva nya arbetssätt, samverka mer och bygga en infrastruktur som kan säkra en god munhälsa även för de årsrika. TAIK är ett sådant arbetssätt, som skapar värde för den äldre befolkningen och som vi ser fram mot att utforska vidare.

TAIK-projektet har kunnat genomföras tack vare ett stort engagemang och hög kompetens från många inblandade, både inom de berörda kommunerna och Folktandvården. Ett stort tack till er alla! Utan er vilja och ert mod att förändra skulle projektet inte blivit som det blev. Ett särskilt tack till Jessica Persson, projektledare, och Catharina Hägglin, utvärderare, som ansvarat för detta värdefulla arbete med både projekt och rapport.

Angelica Lundgren Bielinski (m)
Ordförande Tandvårdsstyrelsen

Ann-Charlotte Sundelin
Tandvårdsdirektör

Ordlista

Anhörigstöd

Stöd för en person som vårdar eller stödjer närstående. Anhörigstöd arbetar med att utveckla, informera om och erbjuda olika former av direkt stöd till anhöriga.

CÄT – Centrum för Äldretandvård

Centrum för äldretandvård (CÄT) är Sveriges första kunskapscentrum med fokus på äldre personer och är en del av Folktandvården Västra Götaland. CÄT är en icke-klinisk verksamhet och fungerar som en regional resurs till stöd för offentlig och privat tandvård, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt för den äldre personen.

Biståndsenheten

Biståndsenheten stödjer i att identifiera behov av stödinsatser för invånare i kommunen.

Biståndshandläggare

Arbetar på uppdrag av kommunens socialtjänst, handlägger ärenden gällande olika former av bistånd och hjälpinsatser inom ramen för det kommunala ansvaret.

Genomförandeplan

Vård- och omsorgsplan som beskriver hur beslutade insatser praktiskt ska genomföras för den äldre.

God man

God man är underställd kommunens Överförmyndare. Om en person på grund av sjukdom eller av annan anledning behöver hjälp med att sköta sin ekonomi eller behöver hjälp med att bevaka sin rätt i personliga frågor, kan en God man utses av Tingsrätten. De huvudsakliga arbetsuppgifterna består framför allt av att bevaka huvudmannens rätt, förvalta huvudmannens egendom och sörja för huvudmannens person.

Hemsjukvård

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande.

Hemtjänst

Bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad (ordinärt boende).

Hemvård

Ett paraplybegrepp som omfattar vård och omsorg i den enskildes bostad (ordinärt boende).

HSL – Hälso- och sjukvårdslag

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innehåller grundläggande regler för all hälso- och sjukvård. Lagen är i allt väsentligt utformad som en ramlag och anger mål för hälso- och sjukvården och krav på god vård.

Intygsbeställning N-tandvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utse funktioner som beställer N-tandvårdintyg till berättigade personer. Dessa funktioner kan variera och vara till exempel biståndsbedömare, sjuksköterskor, LSS-handläggare med flera. Intygsbeställningen administreras av Tandvårdssamordning Koncernkontoret, Västra Götaland.

LSS – Lag om stöd och service

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor. Lagen ska garantera att personerna får den hjälp de behöver i det dagliga livet.

Mariestadsprojektet

Mariestadsprojektet var ett treårigt pilotprojekt där en tandhygienist var anställd halvtid i Mariestads kommun under åren 2013 – 2016.

MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Det är lagstadgat att minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) arbetar i kommunal verksamhet och bland annat säkerställer att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Munhälsobedömning

Munhälsobedömning är benämningen på den screening som legitimerad tandvårdspersonal genomför i samband med tandvårdens uppsökande verksamhet (se även Nödvändig tandvård). Det är inte likställt med en fullständig tandvårdsundersökning.

Munvårdskort

Dokument som upprättas av tandvårdspersonal när en munhälsobedömning genomförts antingen i ordinärt boende eller på särskilt boende (se även munhälsobedömning). Munvårdskortet beskriver munstatus samt rekommenderad daglig munvård och är ett stöddokument för personer med N-tandvård, vård- och omsorgspersonal och tandvårdspersonal.

Mötesplatser – en form av kommunal verksamhet

Mötesplatser/träffpunkter/dagverksamhet anordnar diverse sociala aktiviteter för olika målgrupper, till exempel för äldre personer.

N-tandvård – Nödvändig tandvård

Rätt till N-tandvård har personer med bestående behov av omfattande vård och omsorg eller som har insatser enligt LSS. Det innebär att patientavgifter för tandvård är samma som i hälso- och sjukvården och inkluderas i högkostnadsskydd och frikort. Fritt vårdval gäller, vilket innebär att det är fritt att välja vårdgivare. Tandvården kan utföras såväl på en stationär klinik som i boendet.

Omsorgsförvaltningen

Den förvaltning som erbjuder olika stödinsatser inom ramen för kommunal verksamhet till äldre personer och individer med funktionsvariationer.

Ordinärt boende

Ordinärt boende kan vara boende i villa, radhus eller lägenhet. Ordinärt boende innebär att en person med kommunala insatser inte bor på särskilt boende.

Palliativ vård

Palliativ vård ges under en persons sista tid i livet när bot inte kan ges. Målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Primärvård

Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Ramlag

Innehåller grundläggande värderingar, helhetsprinciper och riktlinjer där lagstiftaren mer sätter mål än detaljstyr vad som ska göras. Till exempel Hälso- och sjukvårdslag (HSL), Tandvårdslag (TVL) och Socialtjänstlag (SoL).

ROAG – Revised Oral Assessment Guide

ROAG är ett strukturerat munbedömningsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonal, med ett preventivt fokus på munhälsa. Det ingår i kvalitetsregistret Senior alert (se nedan).

Samverkan

Övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst, gemensamt syfte.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där riskbedömning och registrering utförs inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Bedömningarna genomförs av vård/omsorgs- eller hälso- och sjukvårdspersonal på personer ≥ 65 år inom kommunal och regional verksamhet till exempel på särskilda boenden, demensboenden, korttidsboenden, vid sjukhusvistelse eller hemsjukvård. Med hjälp av Senior alert kan kommuner och regioner/landsting utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den.

SIP – Samordnad Individuell Plan

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med vård-/omsorgstagare om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från sluten hälso- och sjukvård.

SKaPa – Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit

SKaPa är ett svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit med journaldata från både folktandvårdskliniker och privattandvård.

Sköra äldre personer

Med sköra äldre personer avses individer som, ur beroendesynvinkel, befinner sig mellan att vara funktionellt oberoende och funktionellt beroende (ha stort omvårdnadsbehov). Indelningen grundar sig på behovet av omsorg och inte på kronologisk ålder eller odontologiskt tandvårdsbehov.

SOL – Socialtjänstlag

Socialtjänstlagen (2001:153) handlar om rättigheter till socialbidrag, vård och omsorg och innehåller regler för hur samhället ska hjälpa de som behöver, men inte kan få hjälp av någon annan. Socialtjänstlagen är en ramlag.

SäBo – Särskilt boende

Särskilt boende är ett boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för personer med behov av särskilt stöd. Kallas även vård och omsorgsboende (VoBo).

TAIK – Tandhygienist i Kommunal verksamhet

Projektnamn för Tandhygienist i Kommunal verksamhet. Även benämning på yrkesrollen för de fem tandhygienisterna i projektet.

Tandvårdssamordning Koncernkontoret VGR

Tandvårdssamordning Koncernkontoret är konkurrensneutrala och har hand om övergripande tandvårdsfrågor i Västra Götaland och ansvarar för strategi och långsiktiga frågor. De administrerar dessutom till exempel särskilt tandvårdsstöd och ansvarar för intygsbeställningen.

TvL – Tandvårdslag

Tandvårdslag (1985:125) reglerar tandvården och är en ramlag.

Uppsökande verksamhet

Tandvårdens uppsökande verksamhet är en del av regionens tandvårdsstöd (N-tandvård).

VGR – Västra Götalandsregionen

VoBo – Vård och omsorgsboende

Vård och omsorgsboende är ett boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för personer med behov av särskilt stöd. Kallas även särskilt boende (SäBo).

Sammanfattning

Syftet med projektet Tandhygienist i Kommunal verksamhet (TAIK) var att skapa ett koncept där icke-kliniska tandhygienister är en integrerad del i kommunal verksamhet för att säkra kompetens och kvalitet vad gäller munvård i vård och omsorg, samt vara sakkunniga i tandvårdsfrågor med målet att främja en god munhälsa för den äldre befolkningen.

Resan med TAIK startade redan år 2012 och baserades på ett utvecklingsarbete inom Centrum för äldretandvård (CÄT), Folktandvården Västra Götaland. I ett pilotprojekt anställdes en tandhygienist på halvtid i Mariestads kommun 2013 – 2016. År 2018 lanserades TAIK i större skala i Västra Götaland. Inledningsvis skulle projektet pågå till och med 2021, men förlängdes ett år.

I projektet anställdes fem tandhygienister på halvtid som icke-kliniska munhälsokonsulter (TAIK) i kommunerna Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan. I Borås anställdes två tandhygienister beroende på ett större befolkningsunderlag. TAIKs insatser riktas till respektive kommuns hela äldre befolkning, funktionellt oberoende, sköra, såväl som beroende. Två kontrollkommuner, Alingsås och Uddevalla, med likartad befolkningsprofil som TAIK-kommunerna har ingått i projektutvärderingen. Funktionen TAIK har varit neutral i förhållande till Folktandvården och privat tandvård.

Målgruppen äldre utgör en heterogen grupp där många har stor risk för försämrad munhälsa. Oral ohälsa påverkar livskvaliteten negativt. Hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården är kartlagda och väl kända, till exempel olika lagar, olika ledning, olika journalsystem, olika kultur och bristande kunskap om varandras förutsättningar. Den kommunala omsorgen har identifierats som en viktig arena för att stödja strukturer kring daglig omvårdnad gällande munhälsa. Munhälsan tenderar dock att bli osynlig i omsorgen, samtidigt som den enskilde ofta förlorar sin tandvårdskontakt. TAIK skapades för att övervinna dessa hinder.

Att integrera en ny funktion i kommunal verksamhet för att säkra ett munhälsoperspektiv innebär ett omfattande förändringsarbete. Resultaten visar att TAIK har medfört kvalitetsförbättringar vad gäller rutiner för munvård och munhälsa, samt en uttalad ökning av N-intyg och antalet ROAG-bedömningar jämfört med kontrollkommunerna. Dessa resultat skapar förutsättning för en positiv utveckling av munhälsan hos äldre i TAIK-kommunerna. En kvalitativ intervjustudie visar även att TAIK har blivit en infrastruktur för munhälsofrämjande insatser riktade till målgruppen 65 år och äldre. TAIK har blivit den resurs och självklara del i kommunal verksamhet som det var tänkt, en brobyggare. Konceptet rekommenderas att integreras i andra kommuner och då anpassas efter det arbetssätt som kommunen har.

TAIK har framför allt främjat den äldre befolkningens munhälsa indirekt. Det handlar inte om att ge tandvård utan om att organisera vård och stötta de som sköter den dagliga omsorgen. Detta gör TAIK-konceptet unikt och nytänkande. Utfallsmått avseende äldre personers munhälsa eller deras upplevelse av TAIK har inte inkluderats i redovisningen, eftersom förebyggande och hälsofrämjande munhälsoarbete kräver längre uppföljningstid.

TAIK-projektet avrapporterades vid en konferens den 10 mars 2022. I Bilaga 1 bifogas en kortversion av den presentation som gavs vid detta tillfälle. Föreliggande rapport redovisar projektverksamhet från 1 okt. 2018 till 30 sept. 2022.

Tandvårdsstyrelsen i Västra Götaland har avsatt medel för att fortsätta TAIK som en driftsorganisation under 2023. Målet är att behålla nuvarande TAIK-kommuner och att utvidga med ytterligare 1-2 kommuner. Förhoppningen är att TAIK på sikt ska kunna implementeras som en ordinarie verksamhet, vilket förutsätter engagemang och finansiering från kommunerna.

Abstract

The aim of the Dental Hygienist in a Municipal Organization (TAIK) project was to create a model in which non-clinical dental hygienists serve as an integral part of a municipal organization in order to ensure oral health competence and quality in healthcare and nursing care, and to provide expertise on dental care issues with the goal of promoting healthy ageing with an integrated oral health perspective.

The TAIK journey began back in 2012 and was based on a development project at the Center for Gerodontology (CÄT), Public Dental Service, Region Västra Götaland. In a pilot project, a dental hygienist was employed on a part-time basis in the municipality of Mariestad from 2013 to 2016. The project was launched on a larger scale in Västra Götaland in 2018. The project was initially set to run through 2021, but was then extended for one further year.

In the project, five part-time dental hygienists were employed in 2018 as non-clinical oral health consultants (TAIK) in the municipalities of Borås, Kungälv, Skövde and Trollhättan. Two dental hygienists were employed in Borås, given its larger population base. TAIK's interventions targeted the entire older adult population (≥ 65 år) of each municipality, including independent, frail, and dependent individuals. Two control municipalities with population profiles similar to those of the TAIK municipalities were included in the project evaluation. TAIK's function has been neutral in relation to the National Dental Service and private dental care.

The target group, older adults, is a heterogeneous one in which many are at high risk of poor oral health. Poor oral health has an adverse effect on quality of life. Obstacles to collaboration between the healthcare and dental care systems have been identified and are well known. These include different laws and regulations, different management systems, different patient record systems, different cultures, and a lack of familiarity with one another's conditions and circumstances. Municipal nursing care has been identified as an important arena for supporting structures surrounding daily nursing care as it pertains to oral health, and yet oral health tends to be invisible in nursing care, even though the individual often loses contact with their dental care services. TAIK was introduced in order to overcome these obstacles.

Integrating a new function into a municipal organization to ensure an oral health perspective entails an extensive change management process. The results show that TAIK has led to quality improvements in terms of routines for oral care and oral health, as well as a pronounced increase in N certificates (financial support/aid concerning dental care for individuals with substantial care needs in their daily life), and in the number of Revised Oral Assessment Guide (ROAG) assessments in the Senior alert quality register compared to the control municipalities. These are results that create favorable conditions for positive progress in the oral health of older adults in the TAIK municipalities. A qualitative interview study also shows that TAIK has become an infrastructure for oral health-promoting initiatives directed at the target group of people aged 65 and over. TAIK has become a resource and a natural part of the municipal organization, a bridge-builder, just as was intended. The TAIK model is flexible, adaptable and offers major development potential. It is recommended to be integrated into other municipalities and adapted based on the working methods used in each one.

The TAIK project has mainly promoted oral health among the senior population indirectly. It is not concerned with providing dental care, but rather with organizing care and supporting those who do provide the daily care. This makes the TAIK project unique and innovative. Neither outcome metrics regarding the oral health of older adults nor their experience of TAIK have been included in the report, as preventive and health-promoting oral health care requires lengthy follow-up times.

The TAIK project was reported on at a conference on March 10, 2022. A summary of that presentation

is provided in Appendix 1. The present report describes the project activities from October 1, 2018 to September 30, 2022.

The Dental Board in Västra Götaland has allocated funding for TAIK to continue as an operational organization in 2023. The goal is to retain the current TAIK municipalities and expand by 1–2 additional municipalities. The hope is that it will be possible to implement TAIK as a standard operation in the long run, which will require commitment and funding from the municipalities.

Bakgrund

Introduktion

Såväl nationellt som i flertalet andra länder innebär den demografiska utvecklingen att andelen och antalet äldre personer i samhället beräknas öka de närmaste tioårsperioderna (1, 2). Prognosen för Västra Götaland (VG) är inget undantag från övriga riket - år 2020 fanns det ca 90 000 personer som var äldre än 80 år i VG, denna andel beräknas öka med 50% till år 2030 (1, 2).

De flesta äldre personer har en god hälsa och är oberoende av stöd och hjälp för att klara den dagliga tillvaron. Mot slutet av livet minskar dock ofta förmågan att klara sig själv. Vanligen sker denna förändring gradvis under flera år för att så småningom övergå till en situation där den äldre personen är beroende av stöd och hjälp större delen av dygnet. Perioden mellan att vara oberoende till att vara helt beroende brukar betecknas som den ”sköra” (Fig. 1) (3). Med ett ökat behov av stöd och hjälp minskar ofta förmågan hos många äldre att klara sin egenvård. Det är angeläget att säkra goda munvårdsvanor och relevanta förebyggande åtgärder i god tid innan förmågan till egenvård börjar svikta. Dessutom är det viktigt att fånga upp och ge stöd till dem som börjar få svårigheter att klara sin egen munvård (Fig. 1).



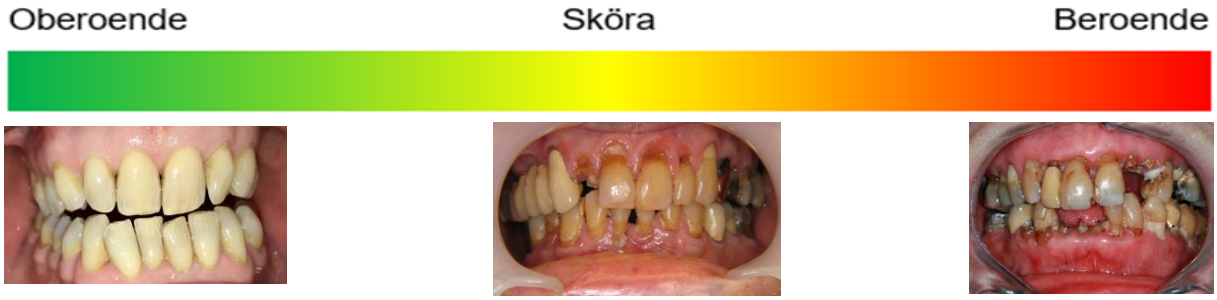
Figur 1. Åldrandet beskrivet som en process från oberoende (grön), skör (gul), till beroende (röd) utifrån munvårdsperspektivet.

Munhälsa

Nationellt sett kan det konstateras att andelen äldre personer som helt saknar egna tänder minskat kraftigt de senaste decennierna (5, 6). Sveriges äldre befolkning har idag vanligtvis många kvarvarande tänder, vilka ofta är kraftigt restaurerade eller försedda/ersatta med kronor, broar eller andra mer eller mindre komplicerade konstruktioner. I medeltal har antal kvarvarande tänder i åldersgruppen 80år och äldre på tio år ökat med fyra tänder till 21,5 tänder år 2020 och nästan var tionde person ≥ 80 år har tandimplantat (5). Detta kan ses som ett mått på förbättrad hälsa och ökad livskvalitet, men innebär samtidigt en förhöjd risk att drabbas av mun- och tandsjukdomar (7, 8). Särskilt snabbt riskerar en god munhälsa att raseras när den äldre individen blir skör eller funktionellt beroende (9 -11). Att drabbas av oral ohälsa som till exempel muntorrhet, dålig andedräkt, värk, infektioner och få svårt att tugga, äta och svälja, kan påverka livskvaliteten och allmänhälsan (12, 13).

Vid ohälsa är det vanligt att kosten blir mer sönderdelad, klibbig och kolhydratinnehållande för att spara och ge energi. Det är även vanligt med många läkemedel, av vilka ett stort antal har muntorrhet som biverkan. Förmågan att sköta munhygien minskar dessutom ofta när krafterna avtar och hälsan försämras (14). Kombinationen av bristande förmåga att sköta sin munhygien samt ökat antal risk-faktorer återspeglas ofta i en försämrad tandhälsa (Fig. 2) (15, 16). Sammantaget ställer detta stora krav på förmågan att utföra den dagliga munhygienen, vare sig man sköter den själv eller är beroende av hjälp. Dessvärre visar studier att omsorgspersonalen ofta upplever munvården som svår och obehaglig (17). Orsaken kan vara att de äldre personerna inte kan kooperera eller att personalen har för lite kunskap och kompetens i ämnet, samt att tydliga riktlinjer och rutiner saknas (18, 19).

Sammantaget innebär detta en hög risk för lidande för den enskilde och en stor utmaning för tandvården, men även för andra delar av samhället, såsom omsorgen. Forskning visar även att ökad kronologisk ålder innebär en risk att förlora en tidigare regelbunden tandvårdskontakt (20).



Figur 2. Åldrandet beskrivet som en process från oberoende (grön), skör (gul), till beroende (röd) där möjlig konsekvens av ökad risk för ohälsa i munnen symboliseras av tre tillstånd.

Tandvård för äldre personer med en sviktande allmänhälsa är resurskrävande och svår, samt förenad med stora kostnader för samhället (21). Detta understryker behovet av att finna former för förebyggande munhälsoarbete inom vård och omsorg. Forum för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård saknas i hög utsträckning. Hinder för samverkan har kartlagts i en rapport av Socialstyrelsen 2019 (22). Socialstyrelsen beskriver hälso- och sjukvård och tandvård som två separata system med:

- olika finansiering
- olika ledning
- olika styrning
- olika journalsystem
- olika kultur
- avsaknad för strukturer gällande samverkan
- kunskapsbrister och utbildningsmoment där kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa saknas.

Socialstyrelsen konstaterar också att tandvården inte integreras i pågående och befintliga processer inom hälso- och sjukvården gällande att skapa nytta för patienter.

Bland befolkningen som är över 85 år har drygt 80% två eller flera kroniska sjukdomar (23). Nationella riktlinjer för skilda medicinska tillstånd, som är vanligt förekommande bland äldre personer, betonar på olika sätt hur viktigt det är att munhälsoperspektivet inkluderas i vårdkedjor inom hälso- och sjukvård. Till exempel belyser nationella riktlinjer för diabetesvård hur individer med diabetes bör hänvisas till tandvård för regelbundna tandvårdsundersökningar (24). Särskilt av vikt bedöms detta vara för sköra äldre personer. Nationella riktlinjer avseende vård och omsorg vid demenssjukdom samt nationella riktlinjer för vård vid stroke beskriver också hur viktigt det är att munhälsoperspektivet inkluderas (25, 26).

Senior alert och ROAG

Senior alert (SA) är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention. Syftet med SA är att förbättra vård och omsorg av äldre personer genom att på ett systematiskt sätt registrera och vidta åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, blåsdysfunktion och ohälsa i munnen samt uppföljning efter rehabiliterande insatser (27). Bedömningen utförs av vård- och omsorgspersonal och sker vid inskrivning på särskilt boende, i hemsjukvård eller vid regional hälso- och sjukvård. Därefter genomförs bedömningarna fortlöpande minst en gång om året.

För att göra en riskbedömning används validerade instrument för respektive område. För att bedöma ohälsa i munnen används ROAG (Revised Oral Assessment Guide) (27, 28). ROAG säkerställer en systematisk bedömning av tillståndet i munnen vad gäller munhygien, slemhinnor, tandstatus, muntorrhet, sväljförmåga och eventuell smärta. Riskbedömningen görs på en tregradig skala. Vid behov genomförs åtgärder som följs upp. I Bilaga 2 finns bedömningsblankett för ROAG med åtgärdsplanering bifogad. Målet med ROAG-bedömning är att munhälsoproblem ska upptäckas i ett tidigt skede eller helt kunna undvikas, samt att munhälsan ska bli en naturlig del av omvårdnadsarbetet (27). Hälften av äldre personer på särskilt boende hade 2016 minst en ROAG-registrering i SA (29).

ROAG-bedömningar förutsätter att vård- och omsorgspersonal har genomgått en systematisk utbildning som utarbetats av Senior alert. Resultat från studier indikerar dock på att det sker en underregistrering av munhälsoproblem i SA, vilket kan tyda på att utbildningen i riskbedömning med ROAG kan behöva förbättras och förankras i verksamheten (29, 30).

Samhällets ekonomiska stöd till tandvård för vuxna

Dagens tandvårdsstöd

Nuvarande tandvårdsstöd till vuxna är komplicerat i fråga om inriktningar, målgrupper och personkretsar. Det finns både *ett statligt stöd* som administreras av Försäkringskassan och ett *regionalt stöd* till vissa patientgrupper, som i VGR administreras av Tandvårdssamordning Koncernkontoret.

Det statliga tandvårdsstödet omfattar från 2021 alla folkbokförda vuxna från 24 år ålder. Det består av tre delar: Allmänt tandvårdsbidrag (ATB), Särskilt tandvårdsbidrag (STB) och Högkostnadsskydd (31).

De delar av tandvårdsstödet som bedöms och administreras av regionerna är riktade stöd till specifika patientgrupper och diagnosgrupper (32):

- Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, N-tandvård
- Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, F-tandvård
- Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid, S-tandvård

Majoriteten av den äldre befolkningen tar aldrig del av det regionala tandvårdsstödet utan enbart det statliga stödet. Det mer förmånliga regionala stödet kräver att den äldre personen är skör, funktionellt beroende eller sjuk.

N-tandvård

N-tandvård är ett ekonomiskt tandvårdsstöd för individer med omfattande och långvarigt omsorgsbehov och/eller med insatser inom LSS (33). Individer som omfattas av N-tandvård har en ökad risk för orala sjukdomar och får:

- Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift hos valfri tandvårdsaktör (folktandvård, privattandvård).
- Erbjudande om årlig munhälsobedömning i sitt hem av en tandhygienist, inkluderande bedömning av tandvårdsbehov samt individuellt upprättade munvårdsrekommendationer (munvårdskort).

Dessutom ingår erbjudande om årlig utbildning i munhälsa till omsorgspersonal som stödjer den äldre personen i vardagen.

Personer i Västra Götaland, som är berättigade till N-intyg, ska identifieras av kommunal verksamhet som beställer intygen via Tandvårdssamordning Koncernkontoret, vilka utfärdar intyg. Därefter

ansvarar Folktandvården Västra Götaland för att genomföra uppsökande tandvård till de personer som tackar ja till en munhälsobedömning samt genomföra utbildningar i munhälsa för omsorgspersonal som önskar detta. Regelverket är nationellt men kan variera något mellan olika regioner (34).

För att de som är berättigade ska nås av uppsökande verksamhet och N-tandvård krävs ett nära samarbete mellan olika aktörer såsom kommun, tandvård och regionernas beställarenhet. Trots goda intentioner med tandvårdsstödet har det visat sig att många berättigade personer inte identifieras, vilket framför allt gäller ordinärt boende (21, 35). Detta resulterar i att personer inte får det ekonomiska stöd eller det stöd beträffande munhälsa/munvård de har rätt till.

F-tandvård

Personer med stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå behandling i tandvården på grund av vissa diagnoser (36) kan ha rätt till intyg om F-tandvård. Patienter med intyg om F-tandvård betalar tandvård enligt hälso- och sjukvårdstaxan. En kartläggning av Tandläkartidningen visade 2016 att bara drygt en av fem personer som uppskattas ha rätt till F-tandvård fick det (37).

S-tandvård

Patient kan beviljas S-tandvårdsstöd för medicinskt motiverad tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid. Patienter med intyg om S-tandvård betalar tandvård enligt hälso- och sjukvårdstaxan. För fullständig information om berättigande till S-tandvård och regler hänvisas till Vårdgivarwebben VGR (38).

Arbetsintegrerat lärande

Sammantaget, utifrån de samhälleliga utmaningar som beskrivits ovan - en ökande andel äldre som åldras med flera kroniska sjukdomar och med fler tänder, ställs nya krav på både dagens och framtidens hälso- och sjukvård och tandvård (39). När det gäller att säkra ett hälsosamt åldrande ur ett munhälsoperspektiv är flera olika organisationer och professioner involverade (socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård). Det betyder bland annat att nya metoder inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård behöver planeras, testas och utvärderas. TAIK som plattform och infrastruktur för samverkan mellan olika arenor och mellan olika specialister/professioner möjliggör att en form av arbetsintegrerat lärande kan ske. Infrastrukturen möjliggör samverkan som utgår från de äldre personernas förutsättningar samt organisationers och professioners behov.

Gällande lärande så kan man betrakta det som en del av förändringsarbete, och lärande beskrivs till exempel som:
”...en förändring av de ögon varigenom vi betraktar världen omkring oss” (40). Lärande betraktas inte enbart vara en individuell process, utan lärande sker via relationer och interaktioner i olika sammanhang (41). Lärande som begrepp inbegriper kunskap, men även sådana begrepp som vilja och egenmakt (empowerment).

Det lärande som sker genom integrering av teoretiska och praktiska lärsituationer, inom TAIK-projektet kan kallas arbetsintegrerat lärande – att lära sig på arbetet (42, 43). Definitionen av arbete är brett och inkluderar skilda former av betalt och obetalt arbete, och även arbetslivsanknutna erfarenheter.

Syfte och mål

Syfte

Syftet med projektet var att skapa ett koncept där icke-kliniska tandhygienister är en integrerad del i kommunal verksamhet för att:

- Säkra kompetens inom munvård
- Säkra kvaliteten vad gäller munvård i vård och omsorg
- Vara sakkunnig i munhälso- och tandvårdsfrågor.

Tandhygienistens roll var neutral i förhållande till folktandvård och privattandvård.
Insatserna riktades till hela kommunens äldre befolkning (≥ 65 år), oberoende, skör, såväl som beroende.

Övergripande mål

Det övergripande målet var att främja en god munhälsa för regionens äldre befolkning.

Målsättningen var att TAIK skulle vara en resurs och en självklar del i den kommunala verksamheten.

Specifika mål

- Att munvårdsbehov alltid beaktas vid biståndshandläggning och vårdplanering.
- Att kvalitetssäkrade munvårdsrutiner ska finnas inom kommunens vård och omsorgsverksamhet.
- Att äldre personers tandvårdskontakt säkras.
- Att samarbete avseende munhälsa med relevanta aktörer inom kommunal verksamhet och hälso- och sjukvård etableras.
- Att förståelse och kunskap ökar, och samsyn skapas kring rutiner och strategier avseende äldretandvård hos tandvårdens lokala aktörer.

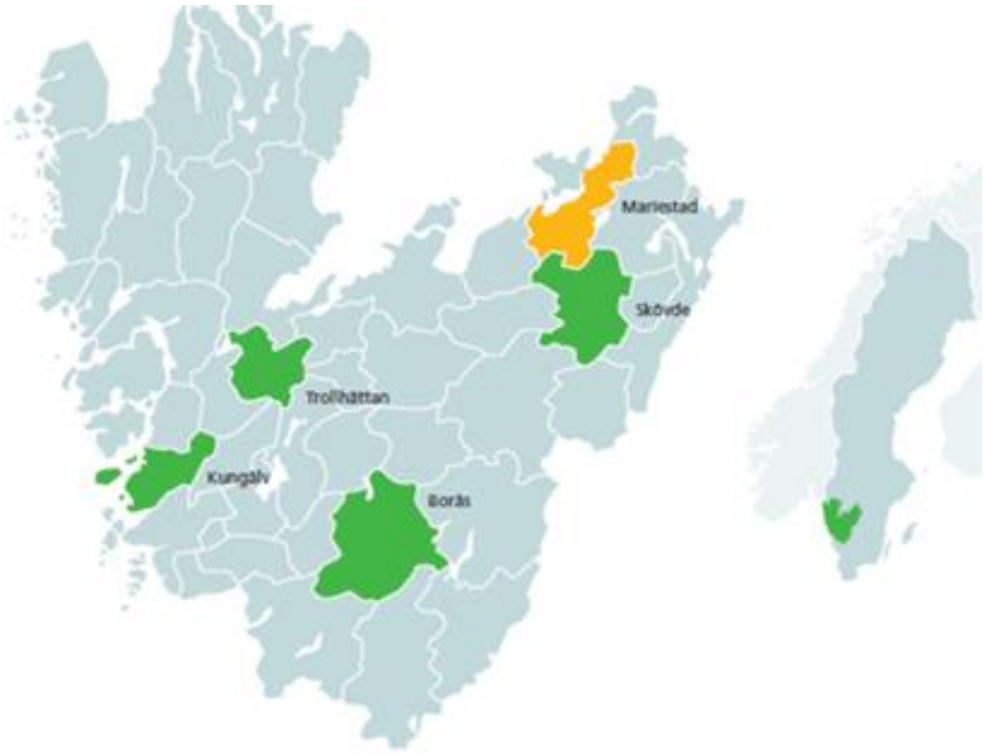
Metod

Från idé till projekt

Idén till Tandhygienist i Kommun (TAIK) kom från en arbetsgrupp inom Centrum för äldretandvård, CÄT, 2012 som fått uppdraget att skapa förslag för en ”Kraftsamling i en kommun”. Målet var att hitta ett arbetssätt som skulle utveckla, stärka och öka kunskapen om munhälsa och munvård inom området äldretandvård. Hur skulle man i ”den bästa av världar” få till stånd en organisation och verksamhet för att öka kunskap om sammanhanget mellan allmänhälsa – munhälsa – livskvalitet? Arbetsgruppens förslag blev att kommunen skulle anställa en tandhygienist som skulle arbeta som en munhälso-konsult och arbeta övergripande med munhälsofrågor med ett specifikt fokus på populationen 65 år och äldre.

Projektet startade 1 oktober 2013 och avrapporterades 2017 vid en konferens i Mariestad. Resultaten finns tillgängliga i en rapport (4). Projektet var ett pionjärprojekt som ledde till en ömsesidig kunskapsutveckling mellan tandvård och kommunal verksamhet och en rad konkreta munhälsofrämjande åtgärder. Trots goda resultat saknades förutsättningar för en förlängning eller implementering i ordinarie verksamhet vid denna tidpunkt.

Tandvårdsstyrelsen i VGR gav 2018 i uppdrag åt Folktandvården Västra Götaland (VG) att genomföra ett nytt TAIK-projekt inkluderande fler kommuner; Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan (Fig. 3). Folktandvården gav i sin tur Centrum för äldretandvård (CÄT) i uppdrag att genomföra och utvärdera projektet. Projektplanen finns bilagd (Bilaga 3). År 2021 fattade Tandvårdsstyrelsen ett beslut om att förlänga TAIK-projektet ytterligare ett år, till och med december 2022.



Figur 3. Karta över Västra Götalandsregionen med TAIK-kommunerna markerade med grönt. Mariestad, där pilotprojektet genomfördes, markerat med gult.

Finansiering

Tandvårdsstyrelsen i VGR har avsatt medel och gett Folktandvården i uppdrag att genomföra projektet. Projektet har skett i nära samarbete, och med stöd av kommunerna.

Finansiering eget kapital: 2 700 000 kr/år
Dessa medel har använts för att finansiera fem tandhygienister à 50%, en projektledare 100% och en utvärderare/forskare 25%, samt kostnader för förbrukningsmaterial, kurser mm.

Deltagande kommuner

TAIK-projektet har bedrivits i samverkan med kommunal verksamhet i kommunerna, Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan (Tabell 1). Tanken var att 4 - 5 medelstora kommuner skulle ingå i projektet. Flera kommuner med lämplig befolkningsstruktur kontaktades av Folktandvården med information och förfrågan om att ingå i TAIK-projektet. Fyra kommuner, tre medelstora och en något större, svarade positivt och projektet startade oktober 2018.

Kontrollkommuner blev Alingsås och Uddevalla. Dessa två kommuner tillfrågades eftersom de på lite olika sätt matchade TAIK-kommunerna. Uddevalla hade en liknande befolkningsstruktur som Borås och Trollhättan gällande utrikesfödda, utbildningsnivå och medianlön och Alingsås liknade mer den i Kungälv, medan Skövde i dessa avseenden hamnade någonstans mitt emellan (Tabell 1).

I Kungälv, Skövde och Trollhättan anställdes en TAIK halvtid i vardera kommunen. I den betydligt större kommunen Borås anställdes två TAIK på var sin halvtid.

Tabell 1. Befolkningsstruktur/underlag från år 2018 för TAIK-kommunerna Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan samt kontrollkommunerna Alingsås och Uddevalla. Källor: Kolada, SKR; ekonomifakta.se, SEB; Tandvårdssamordning Koncernkontoret

	Borås	Kungälv	Skövde	Trollhättan	Alingsås	Uddevalla
Invånarantal	112 178	45 086	55 729	58 728	41 070	56 259
Antal invånare ≥ 65 år	21 322	8960	10 672	11 021	8 969	11 584
Befolkning ≥ 65 år, (%)	19	20	19,5	19	22	21
Invånare ≥ 80 år, (%)	5,3	5,6	5,3	5,1	5,7	6,0
≥ 65 år på SäBo, (%)	3,7	4,2	4,2	4,6	3,9	4,7
≥ 80 år på SäBo, (%)	11,0	12,5	12,4	12,8	11,9	13,3
≥ 65 år med hemtjänst[1], (%)	8,4	6,5	6,9	7,1	6,8	7,5
≥ 65 år med N-intyg, (%)	6,4	6,6	7,1	6,7	6,9	8,4
Förvärvsintensitet (%)	81	87	82	78	84	80
Utrikesfödda (%)[2]	27,4	12,7	18,6	26,2	14,9	21,3
Eftergymnasial utbildning[3] (%)	38,3	41,5	41,9	40,4	41,6	38,3
Mediannettoinkomst, kr/år	237 400	268 900	247 000	234 200	255 400	235 900

[1.] Mer omfattande hemtjänst. Exkluderade är brukare som endast har trygghetslarm, matdistribution, avlösning eller ledsagning.
[2.] I åldersgruppen 18 – 64. [3.] I åldersgruppen 25 – 64.

TAIK skulle ha sin arbetsplats i kommunal verksamhet och tillhöra en förvaltning som arbetade för äldres vård och omsorg. Ett önskemål från Folktandvårdens sida var att arbetsplatsen skulle placeras i närheten av de nyckelpersoner till exempel MAS, som TAIK skulle arbeta nära med. Tabell 2 visar antalet anställda i respektive kommun samt antal anställda i respektive förvaltning, samt personalomsättning 2021.

Tabell 2. Antal anställda (N) i respektive kommun och förvaltning samt personalomsättning i procent (%) inom vård och omsorgsverksamhet 2021.

	TAIK-kommuner				Kontrollkommuner	
	Borås	Skövde	Trollhättan	Kungälv	Alingsås	Uddevalla
Anställda i kommunen (N)	10 785	5103	5200	5216	4504	7255
Anställda i äldreförvaltningen där TAIK är placerad (N)	2550	1743	2300	2343	2040	2053
Personalomsättning, SäBo (%)	8,6	12,2	9,8	11,5	11,8	8.3
Personalomsättning, ordinärt boende (%)	10,9	14,5	8,3	9,3	15	8.6

Organisation

Varje månad hade TAIK och projektledare TAIK projektmöten i respektive kommun med nyckelpersoner inom kommunal verksamhet som skulle stödja projektet från kommunalt håll, företrädesvis medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). I Bilaga 4 ser ni samtliga nyckelpersoner beskrivna. Genom dessa kontinuerliga, månatliga möten i projektgrupperna (Fig. 4), skapades en gemensam plattform för att främja den äldre befolkningens (≥ 65 år) hälsa, samt utvärdera TAIK-aktiviteter och sätta nya mål. Regelbundna avrapporteringar har skett i ”kommunala arbetsgrupper”. I dessa grupper har representanter från förvaltningsledning suttit och bidragit med ett övergripande perspektiv.



Figur 4. Organisationsskiss över TAIK-projektet.

I Bilaga 4 redovisas vilka som ingick i TAIK-organisationens olika grupper (Fig. 4).

Nyckelpersoner

Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS

I TAIK-projektet är MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) av central betydelse och var en av flera nyckelpersoner. MAS är en lagstadgad funktion och det ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen arbeta minst en MAS i varje kommun som säkerställer att (44):

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Genom den övergripande förståelse och det samlade ansvar som MAS har gällande kommunal hälso- och sjukvård har MAS på ett naturligt sätt blivit en nyckelfunktion i TAIK-projektet. TAIK-projektets upplevelse var att MAS har upparbetade kontaktnät och en samlad bild kring arbetet med att säkra och främja en god och jämlik hälsa i kommunen.

Tandhygienist i kommunal verksamhet - TAIK

I TAIK-projektet var givetvis TAIK en annan av nyckelpersonerna. I projektet var TAIK en legitimerad tandhygienist, vilket är ett yrke vars kompetens vilar på tre områden (45):

- Munhälsa i teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning
- Samverkan och ledarskap.

Tandhygienister har kompetens att diagnostisera sjukdomarna karies, parodontit (tandlossningssjukdom) och gingivit (tandköttsinflammation). Utbildningen och yrket har starkt fokus på hälsofrämjande och förebyggande vård.



Bild 1. Från vänster, Elisabeth Söder, TAIK och Josefina Söderström, MAS, Skövde kommun.

I detta projekt har TAIK arbetat halvtid som icke-klinisk munhälsokonsult inom kommunal verksamhet och halvtid som klinisk tandhygienist inom Folktandvården. Samtliga TAIK har sökt sin tjänst inom projektet genom anställningsförfarande enligt Folktandvårdens praxis. Kompetensutveckling har skett på olika sätt för respektive TAIK, främst genom olika former av arbetsintegrerat lärande. Bild 2 visar TAIK-teamet oktober 2018.



Bild 2. Från vänster: Monica Ringdahl, TAIK Borås Stad, Annsofi Brattbäck Atzori, TAIK Trollhättans Stad, Victoria Östlund, TAIK Kungälvs kommun (föräldraledig mars 2021 – april 2022), Beatrice Odenö (okt. 2018 – dec. 2021), TAIK Borås Stad, Elisabeth Söder, TAIK Skövde kommun.
Emma Johansson, TAIK Borås (jan 2022-), se Bild 4.
Sofia Bertilsson (vikarie TAIK i Kungälv mars 2021– feb. 2022), se Bild 5.

Inom TAIK-teamet har det interna lärandet understötts av månatliga team-dagar där gemensam strukturerad reflektion varit en viktig del. Tillsammans har teamet satt ord på kunskap och erfarenheter – ”Vad har man varit med om sedan sist, vilka situationer har känts bra eller mindre bra, vad säger teori om olika frågeställningar”? Bilaga 5 beskriver exempel på innehåll i team-möten som skett inom ramen för TAIK-projektet.

För att kunna förstå kommunal verksamhet och särskilt processer kring biståndshandläggning har TAIK genomgått Socialstyrelsens kurs Individens Behov I Centrum (IBIC). Det är ett arbetssätt som ska ge stöd för att skapa en gemensam syn på hur människan fungerar i det dagliga livet. Arbetssättet ska ge vägledning i att beskriva och dokumentera uppgifter om personens resurser, behov, mål och resultat. Tanken var att skapa en förståelse för biståndshandläggarnas grundläggande arbetsprocess för att därigenom bättre kunna diskutera och synliggöra munhälsobehov vid biståndshandläggning. Samtliga TAIK deltog våren 2022 i Sveriges kommuner och regioners utbildning ”Att driva omställningen till Nära vård”. TAIK-teamet har varit ett kreativt team där samtliga har bidragit, vuxit och varit modiga på många sätt.

Projektledare och utvärderingsansvarig

Ytterligare nyckelfunktioner i TAIK-projektet har varit projektledare och utvärderingsansvarig (Bild 3). Samarbetet har möjliggjort en nära samverkan mellan praktik och forskning vilket har bidragit till en kreativ och innovativ miljö - en bra grogrund för lärande. Projektledare har deltagit i samtliga forum för samverkan inom TAIK-projektet (Fig. 4) och utvärderingsansvarig har deltagit vid projektgrupp FTV och Styrgrupp FTV samt CÄT. I ett nära samarbete har utvärderingsansvarig och projektledare planerat teamdagar och kommunikationsinsatser samt utvärderingsinsatser inom projektet. Genom att delta i många olika sammanhang har projektledare och utvärderingsansvarig dessutom haft en ständig omvärldsbevakning och kunnat prioritera olika insatser i projektet.

I detta projekt har projektledaren arbetat heltid under största delen av projekttiden och utvärderingsansvarig deltid (25%). Projektledaren är tandhygienist med ledarskapsutbildning och har haft tät kontakt med övriga nyckelpersoner i projektet och haft en funktion som övergripande, sammanhållande länk utifrån projektets syfte och mål. Utvärderingsansvarig är tandläkare och forskare inom odontologisk äldreforskning. Vederbörandes erfarenheter av att även ha varit utvärderingsansvarig i Mariestadsprojektet har inneburit en styrka i projektet, inte minst som en brobyggare av erfarenheter från pilotprojektet till det större projektet.



Bild 3. Från vänster Jessica Persson, projektledare och Catharina Hägglin, utvärderingsansvarig. Foto från Kvalitetsmässan 2022.

Uppdrag

TAIK skulle i sitt uppdrag ha en neutral roll gentemot vårdgivare inom tandvården och i första hand utgöra en resurs till alla kommuninvånare 65 år och äldre, till vård- och omsorgspersonal, vårdcentraler, tandvård, apotek, patientorganisationer, biståndshandläggare m.fl. TAIK skulle arbeta brett och på olika sätt bidra med sina insatser i folkhälsoarbetet. Kommunikation och dialog är centralt i TAIK-uppdraget. TAIK ingick i nätverk med fokus på äldre personers munhälsa och skulle där bidra med kompetens och kunskapsutveckling.

Den huvudsakliga uppgiften för TAIK var att verka hälsofrämjande och förebyggande och skapa nya förutsättningar för en god munhälsa i livets senare del. Avsikten var att arbetet skulle ha en positiv effekt på äldre personers livskvalitet och hälsa samt medföra en minskad belastning på tandvård, hälso- och sjukvård och den kommunala omsorgen.

Specifika uppdrag

- Samarbeta med biståndshandläggare så att munvårdsbehov beaktas vid biståndshandläggning och vårdplanering
- Kvalitetsutveckla, kvalitetssäkra rutiner och följa upp munvård inom kommunal vård- och omsorg
- Vara rådgivande och sakkunnig gentemot vårdcentraler, gode män, brukare och deras anhöriga
- Samverka med folkhälsoplanerare avseende kommunens hälsofrämjande verksamhet
- Vara resurs och sakkunnig för MAS, biståndshandläggare och övrig kommunal personal i tandvårdsfrågor
- Samverka och kommunicera med tandvårdens lokala aktörer
- Samordna sin verksamhet med den uppsökande verksamhet som tandvården bedriver i kommunen, t. ex. avseende utbildningsinsatser
- Utbilda i munhälsa och munvård för kommunens vård- och omsorgspersonal
- Utbilda i munhälsa och munvård vid kommunens eventuella tandsköterske- och gymnasiala vårdutbildningar, om det efterfrågas
- Utbilda vård- och omsorgspersonal i riskbedömningsinstrumentet ROAG inom kvalitetsregistret Senior alert
- Kommunicera och informera om vikten av god munhälsa till pensionärsorganisationer och patientföreningar m. fl
- Verka för och informera om vikten av att bibehållen tandvårdskontakt och bistå vid förlorad tandvårdskontakt
- Vid behov utforma nytt utbildnings- och informationsmaterial eller anpassa befintligt material
- Informera och vara sakkunnig i tandvårdsstödets regelverk
- Vara lyhörd för och anpassa arbetet till den kommunala kulturen
- Vid önskemål och behov informera kommunens politiker om TAIK-verksamheten
- Sammanställa rapporter av pågående verksamhet vid vissa givna intervall.

Projektdokumentation

I ett nytänkande projekt där förändring är en viktig del har det varit viktigt att dokumentera sina insatser. Projektdagbok har kontinuerligt förts av såväl projektledare som av TAIK. Denna har förts dels för att främja egen reflektion, dels för att dokumentera insatser och dels för att möjliggöra uppföljning såsom genomförda utbildningsinsatser, politikerkontakter, folkhälsoaktiviteter samt egna kommentarer för reflektion.

Utvärdering

Utvärdering genomfördes med olika metoder inom ett flertal områden.

Verksamhetsstatistik, bland annat:

- Genomförda utbildningar och antalet utbildade t.ex. omvårdnadspersonal, gymnasial vårdutbildning, biståndsbedömare och gode män
- Genomförda ROAG- (Revised Oral Assessment Guide) bedömningar
- Informationsmaterial - hur mycket och vad har tagits fram?
- Procentuell förändring i intygsbeställning (N-tandvård)
- Antalet inkommande mejl till TAIK

Effektutvärdering:

- Nyckelpersoners erfarenheter av projektet Tandhygienist i kommunal verksamhet – en kvalitativ studie
- ROAG i TAIK- och kontrollkommuner. Effekt-utvärdering. Med hjälp av data från SA Publik rapport jämfördes TAIK- och kontrollkommunerna avseende: antalet/andelen utförda ROAG-bedömningar totalt och ROAG-bedömningar per individ och år samt andel registrerad ROAG-risk, bakomliggande orsak, planerad åtgärdsplan och utförda åtgärder under tidsperioden 2018 – 2021
- Kartläggning av kunskap om och attityder till munhälsa och munvård hos kommunal vård- och omsorgspersonal före och efter införandet av TAIK samt jämförelse med kontrollkommuner utan TAIK. Baseline-data insamlades 2018 med enkät, dels i TAIK-kommunerna och dels i kontrollkommunerna. Efter tre år 2021, gjordes en uppföljande datainsamling i kommunerna
- Strömkarlen – ett pilotprojekt inom hemtjänst Trollhättans Stad. I samverkan mellan TAIK och kommunal hemtjänst utvecklades och testades en modell för att beakta och vid behov inkludera munhälsoperspektivet i hemtjänstens omsorgsprocesser
- I två TAIK-kommuner har kvalitetsuppföljning och dokumentation av rutiner kring munvårdskort på SäBo genomförts. Syftet var att undersöka kortens förekomst, placering samt om produkter till rekommenderade insatser fanns tillgängliga. Kvalitetsgranskningen upprepades efter att återkoppling skett.

Trots att kommunens äldre befolkning varit målgrupp för projektet handlar utvärderingen i första hand om de personer TAIK har haft direktkontakt med. Utfallsmått på äldre personers munhälsa eller deras upplevelse av TAIK har inte kunnat inkluderas i redovisningen. Anledningen är att förebyggande och hälsofrämjande munhälsoarbete kräver längre uppföljningstid än fyra år och i de få fall TAIK har haft direktkontakt med den äldre befolkningen, ses vederbörande sannolikt som en munhälsoexpert - en person som representerar tandvården.

Etisk prövning

Två studier i föreliggande projekt är etikprövade, en enkätstudie (Dnr. 119-14) och en kvalitativ studie (Dnr. 2020-04724). Båda studierna bedömdes att inte omfattas av etikprövningslagen, men rådgivande yttranden erhölls.

Resultat – Del I, Verksamhetsstatistik

"Det kanske inte alltid är så lätt för kommunen heller – var får man in munhälsa? Där bidrar TAIK också, att lyfta in munhälsa på olika arenor, som dom kanske själva inte tänker på."

Citat från en TAIK i intervjustudie

Utbildningar och andra dialogforum

Under projektperioden har TAIK identifierat och samverkat med många olika målgrupper och på olika arenor. Exempel på arenor och målgrupper ses i Tabell 3.

Tabell 3. Ett urval av arenor och målgrupper som TAIK-projektet samverkat med, sorterade utifrån funktionellt åldrande, oberoende – skör – beroende.

Grön – oberoende	Gul – sköra	Röd – beroende
Pensionärsföreningar	Anhörigstödjare	Särskilda boenden
Seniormässor/Äldredagar	Biståndshandläggare	Hemtjänst/ordinära boenden
Gymnasial utbildning, vård och omsorg	Gode män	Palliativ vård
Folkhälsoutvecklare	Vårdcentraler	Korttidsboenden
Dietister	Tandvårdskliniker (FTV + privat)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Sjuksköterskeutbildning	Tandvårdssamordning Koncernkontoret	Socialt ansvarig samordnare (SAS)
Apotek	Demensteam	Uppsökande verksamhet tandvård

Utbildning och information

TAIKs verksamhet har till stor del inriktats mot att fylla ett uppdämt behov av utbildning gällande munhälsa, munvård och tandvårdsstöd till exempelvis vård- och omsorgspersonal, god man och biståndshandläggare och målgruppen 65 år och äldre. Viss TAIK verksamhet har även bestått i att informera och ha dialog med till exempel uppsökande tandvård och med samtliga tandvårdsaktörer i respektive kommun. Totalt har det under fyraårsperioden genomförts knappt 400 utbildnings- och informationstillfällen och ca 6000 individer har fått utbildning eller information under projekttiden (Tabell 5). Avseende ROAG-utbildning hänvisas till sidorna 46 – 50.

Vård- och omsorgspersonal

"När munvård känns svårt" – ett exempel på en utbildningsinsats

TAIK rådgjorde vid start 2018 med MAS i Kungälvs kommun om vad som kunde vara lämplig utbildningsinsats för vård- och omsorgspersonal i kommunen. De enades kring att TAIK skulle presentera sig på samtliga särskilda boenden (SäBo) vid arbetsplatsträffar (APT). Där skulle TAIK samla in åsikter från personal och chefer kring vad de hade för behov gällande munhälsa - vad ville de lära sig? Därefter stämde TAIK av detta med sin kommunala arbetsgrupp. Ämnet för utbildningen bestämdes i enighet till "När munvård känns svårt". Därefter utbildade TAIK vård- och omsorgspersonal vid samtliga kommunala SäBo. Detta skedde i dialog med Folktandvårdens uppsökande tandvård. Det första utbildningstillfället var teoretiskt, där mycket utgick från bedömning med ROAG, men även livskvalitet och hälsa behandlades. Utbildningstillfälle nummer två bedrevs som en form av workshop där integritet diskuterades. Hur ska man utföra munvård på någon som är sjuk i munnen, men kanske inte vill ha munvård? Ska man göra det över huvud taget? Ett exempel på planeringsschema för utbildningstillfälle två presenteras i Tabell 4. Utbildningen har därefter även genomförts inom hemtjänst i Kungälvs kommun, efter viss anpassning till hemtjänstens önskemål och behov.

Tabell 4. Ett exempel på planering inför utbildningsinsats. Planeringsschema för "När munvård känns svårt". Andra utbildningstillfället av två för vård och omsorgspersonal i Kungälv.

Tid (min)	Aktivitet	Material/metod	Ansvar	Varför?
15	Introduktion Omsorgstagarperspektiv. Beskriv ett komplext scenario. Hur vill man själv tas om hand?	Dialog	TAIK	Hälsa alla välkommen Förankra agendan Problematisera ämnet
3	Vad är munvård på någon annan för dig?	Oppen fråga	TAIK	Skapa delaktighet och bidra med perspektiv
2	Tänk på en munvårdssituation i ditt arbete som har varit svår.	Egen reflektion	TAIK	Bygga på egen förståelse
10	Dela in er i grupper om 4 och dela med er av munvårdssituationerna. Välj en att diskutera mer.	Bikupa	Alla	Dela kunskap och erfarenheter
15	Hur löste ni situationen och hur hade ni gjort idag? Finns det något annat sätt?	Presentation	Alla	Gemensam reflektion.
5	Sammanfatta vad som sagts. Återkoppla gärna till liknande andra delar av kroppen för att finna lösningar.	Sammanfattning	TAIK	Sammanfattning och teori
7	Av alla dessa tips vi nu formulerat, vilket vill ni ta med er och prova?	Oppen fråga	TAIK	Skapa handlingsplan
3	Kontaktuppgifter		TAIK	Bibehåll en dialog

Gymnasial- och högskoleutbildning

När det blev känt att TAIK arbetade inom kommunerna efterfrågades utbildningsinsatser vid kommunernas gymnasium och vuxengymnasiets vårdutbildningar (yrkeshögskoleutbildning (YH), vård och omsorg) inom områdena äldretandvård, munhälsa och munvård. Utbildningar har genomomförts såväl teoretiskt som praktiskt.

Sjuksköterskestudenter på Högskolan Väst i Trollhättan har fått utbildning i att utföra ROAG-bedömningar samt föreläsning i vikten av god munhälsa.

Personliga assistenter, personal vid daglig verksamhet och gruppboende LSS

Personal anställda som personliga assistenter och personal anställda inom daglig verksamhet samt anställda på gruppboende LSS har erbjudits information och utbildning om munhälsa och munvård samt tandvårdsstöd. Dessa personalgrupper arbetar inte enbart med äldre personer.

Personal med behörighet att utfärda ”Intyg om nödvändig tandvård”

Personal, som av MAS erhållit behörighet att utfärda N-intyg via Intygsbeställningen (VGR), har vid 40 olika tillfällen erbjudits genomgång av regelverket om utfärdandet av intyg. Det är olika funktioner i olika kommuner som har den här behörigheten. Totalt har 280 sjuksköterskor och biståndshandläggare samt enhetschefer med behörighet att utfärda intyg deltagit. Förutom att ge dessa utbildningar har TAIK även blivit behöriga i kommunernas intygssystem och har fått administrativ behörighet. Det betyder inte att TAIK fått delegation att utfärda N-intyg men att de kunnat följa utfärdandet av N-intyg inom kommunen. Detta har lett till att punktinsatser med individuell uppföljning och handledning vid behov har kunnat ske i stället för/förutom generell utbildning. Vid dessa handledningstillfällen har kommunal personal även utfärdat intyg.

God man

TAIK i Skövde har tagit initiativ till kontakt med kommunens Överförmyndarorganisation för att genomföra utbildning till god man. Vid utbildningen gavs kunskap om vikten av god munhälsa och bibehållen tandvårdskontakt samt om de olika tandvårdsstöden med speciellt fokus på hur högkostnadsskyddet fungerar avseende N-intyg. TAIK i Trollhättan har även bidragit med en text i ett nyhetsbrev som vänder sig till god man. Texten behandlade tandvårdsstöd och vikten av att behålla tandvårdskontakt.

Munsnack(s) – en utbildning via matig macka

Ett tydligt önskemål inom TAIK-teamet var att nå målgruppen ≥65 år på deras villkor och arenor. Dessutom ville man nå oberoende äldre personer för att arbeta preventivt. Tillsammans med dietist anställd av Folktandvården, Lena Ljungkrona-Falk, föddes idéen att samtala kring tandvårdsstöd över en ”matig macka”. TAIK initierade därefter samarbeten med mötesplatser i kommunerna och bjöd in till ”Munsnack(s)”. Det resulterade i tillfällen där TAIK och målgruppen satt ner och diskuterade tandvårdsstöd och vikten av att behålla sin tandvårdskontakt. Dessutom fick TAIK möjlighet att lyssna in hur den åldrande populationen upplevde sina livsvillkor gällande munnen.

Mässor

TAIK har deltagit vid Seniormässor i respektive kommun. Budskapen har huvudsakligen varit att bibehålla eller etablera en regelbunden tandvårdskontakt, samt att informera om olika tandvårdsstöd, informera om projektet TAIK samt lyssna på tankar från målgruppen 65 år och äldre gällande munhälsa och tandvård. På grund av Covid-19 har det blivit färre mässor än vad som ursprungligen hade planerats.



Bild 4. Seniormässa i Skövde, 2022, från vänster Emma Johansson, TAIK Borås och Elisabeth Söder, TAIK Skövde.

Pensionärs- och patientföreningar

På grund av Covid-19 kunde inte TAIK nå ut till pensionärs- och patientföreningar i den omfattning som planerades från början. Under 2019 föreläste dock TAIK enligt plan. Föreläsningarna handlade om tandvårdsstöd, munhälsa och att bibehålla sin tandvårdskontakt.



Bild 5. Sofia Bertilsson, TAIK i Kungälvs kommun 2021.

Apotek

I tre av kommunerna har TAIK vid något tillfälle varit tillgängliga på apotek för att på olika sätt belysa munhälsoperspektiv för såväl kunder som personal. Upplevelsen bland TAIK var att många av apotekets kunder hade goda vanor vad gäller munhälsa och att personalen var duktiga på att informera om munvårdsprodukter och risken för oral ohälsa av vissa läkemedel. När det gällde att prioritera sin tid som TAIK valdes därför att fortsättningsvis i projektet lägga tiden på andra arenor.

Tabell 5. Målgrupp, ämne och arena för TAIK, antal tillfällen och antal utbildade.

Utbildade	Antal tillfällen	Antal utbildade
Vård och omsorgspersonal (sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden etc)		
Information om TAIK, munvård och munhälsa på APT	39	565
ROAG-utbildning inom Senior alert + munvård och munhälsa	81	1412
Uppföljning ROAG-utbildning/munhälsoutbildning	44	486
Kungälv utb munvård och munhälsa	25	343
Intygsbeställare, info om N-tandvård + munhälsa	40	280
Demenssamordnare/team. TAIK och N-tandvård och munhälsa.	6	8
Undersköterskor vidareutbildning demenssjukdomar	1	30
Palliativ munvård	5	79
Anhörig/kost/dokumentationsombud. info munhälsa + tandvårdsstöd	12	163
Personliga assistenter, personal vid gruppboende, LSS		
Information N-tandvård + munhälsa	5	180
Anhörigstöd		
Anhörigträffar, info tandvårdsstöd samt munhälsa	9	118
Kommunala mötesplatser för oberoende 65+		
Populationen 65+, info tandvårdsstöd, munhälsa	18	270
Patientförening		
Patientförening, info tandvårdsstöd samt munhälsa	3	38
Utbildning av elever och studenter		
Sjuksköterskestudenter	9	624
Utbildning gymnasial omsorgsutb		
Elever vid vård och omsorgsutb, munhälsa och munvård.	23	529
Tandsköterskeutbildning, äldretandvård samt erfarenheter från TAIK	9	240
Nyanlända i Sverige - hälsoskola		
Munvård och munhälsa samt tandvårdssystem i Sverige	6	72
Vårdcentral		
Info tandvårdsstöd samt munhälsa och munvård och TAIK	5	86
Apotek		
Apotek	4	106
Lokala Tandvårdsaktörer		
Årliga samverkansmöten TAIK + tandvårdsaktörer	15	116
Nämndmöte med politiker		
Avrapportering TAIK för nämnder	6	99
Folktandvård		
Uppsökande verksamhet, samverkan uppsök + TAIK	12	98
Tandvårdsstöd, info på APT	3	57

Informationsmaterial

TAIK har under projekttiden anpassat och producerat informationsmaterial, broschyrer och bildspel, samt filmer och inlägg på sociala medier. Dessa har på olika sätt använts i anslutning till utbildningar, folkhälsoarbete och informationsträffar (Tabell 6). Materialet har tagits fram i samverkan med nyckelpersoner i kommunal verksamhet samt Centrum för äldretandvård (CÄT) och andra nyckelpersoner som identifierats genom en ständig omvärldsanalys.

Tabell 6. Informations- och utbildningsmaterial som tagits fram och använts i TAIK-verksamhet.

Informations- och utbildningsmaterial	Anpassat eller nyframställt material
Broschyrer	
Målgrupp den äldre personen	Munhälsa i Coronatider
Målgrupp biståndshandläggaren	Munhälsa vid biståndshandläggning
Informationsblad	
Målgrupp hela kommunen	Info om TAIK med kontaktuppgifter
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	Lathund munvård i Coronatider
Bildspel	
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	ROAG – patientfall + workshop gällande ROAG
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	Munvård i Coronatider
Målgrupp vård- och omsorgspersonal, speciellt Borås och Trollhättan	Munvård i Coronatider översatt till finska
Information om kommunal verksamhet, kontext ≥ 65 år, målgrupp tandvård	Introduktionsmaterial
Workshop, körschema	
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	Integritet – när munvård är svårt
Målgrupp intygsbeställare	Aspekter på N-tandvård
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	ROAG-utbildning
Munsnack(s)	Dialog och macka med målgruppen
Ryggsäck*	
Målgrupp vård- och omsorgspersonal vid hemtjänst i Borås	Ryggsäck med munhälsomaterial*
Munspegel och ficklampa att använda vid ROAG	
Målgrupp vård- och omsorgspersonal	Implementerat av TAIK i Borås, Skövde och Trollhättan
Handledningsprogram munvård/munhälsa	
Målgrupp vård- och omsorgselever i hemtjänst	Framtaget för vård och omsorgselever inom Hemtjänsten Skövde kommun

*Ryggsäcken innehåller munhälsomaterial såsom munspegel och ficklampa, men även annat material som kan behövas.



Mediakontakter

TAIK-projektet har medverkat i skilda mediekanaler, bland annat:

- Radio Väst, intervju 2019-02-01
- TTELA (f.d. Trollhättans tidning), 2018-11-09
- Borås tidning, 2018-12-03
- Skaraborgs allehanda, 2019-07-03
- Kungälvsposten, 2020-03-10
- Tandhygienisttidningen, nr 5 2018, nr 3 2019 & nr 4 2021
- Tidningen Vision, 2021-09-29 & 2018-09-24.
- Dental 24, internetmagasin om tandvård, 2021-05-19
- På Bettet, FTVs personaltidning, 2018 nr 3, 2019 nr 3 & 2021 nr 1
- För alla stunder (internt magasin för FTV:s medarbetare), 2021 nr 1
- CÄTs nyhetsbrev, 2020 nr 1, 2022 nr 2
- Anhörigbladet i Skövde, 2019-08-19
- Infobladet Gode man, Trollhättan, 2019-01
- Infobladet Anhörigbladet, Trollhättan, 2019-02
- Vi är VGR – intranät för samtliga medarbetare i VGR, 2021-05-05
- Intranätet i samtliga kommuner + FTV, vid TAIK uppstart 2018.
- Skövde kommuns hemsida, information TAIK 2018-10-31
- Instagram-inlägg i Skövde kommun, v 15 2020
- Instagram-inlägg TAIK Borås Stad 2020-05-08
- Instagram-inlägg FTV TAIK Trollhättan 2022-06-28
- Instagram-inlägg FTV TAIK Skövde 2022-09-27
- Instagram-veckor TAIK i FTV v. 9, 2021 (se Bild 6) & v. 47, 2018
- Facebook Borås Stad, Mötesplatser för seniorer, inlägg 2019-212-03, 2021-06-14, 2021-06-16 & 2021-06-19



Bild 7. TAIK instagramvecka på FTV. Inlägg av verksamhetsutvecklare Peder Stjerndahl, Borås stad.

Presentation och avrapporteringar

TAIK-projektet har presenterats och avrapporterats i många olika sammanhang, nedan följer ett axplock:

- Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg, 2018-10-04
- Vård och äldrenämnden i samtliga TAIK-kommuner, 2019-2022
- Utredningen för jämlik tandvård, 2019-01-31
- International Association of Gerontology and Geriatrics European Region (IAGG-ER), Göteborg 2019-05-23, vetenskaplig poster
- Pensionärsrådet, VGR, 2019
- FOU-dag i Skövde, presentation av projekt, 2019-10-03
- Posterpresentation, FOU Södra Älvsborg 10 år, 2019-12-10
- FOU Södra Älvsborg, AHA-presentation, 2021-03-23
- Odontologisk riksstämma, vetenskaplig poster 2021, muntlig rapport 2019 och 2021
- Kvalitetsmässan, muntlig presentation Svenska Mässan Göteborg, 2022-05-03
- Svensk samhällsodontologisk förening (SSOF), konferens, presentation TAIK-projektet, 2022-05-05
- TAIK-projektet har inkluderats och beskrivits i kommunernas patientsäkerhetsberättelse, 2019-2021
- Resultat och lärdomar från TAIK-projektet, digifysiskt nationellt seminarium, 2022-03-10
- Socialnämndsordförandenätverk gemensamt med socialchefer i Fyrbodal, presentera TAIK, 2022-06-17
- Kontrollkommun Alingsås, presentation resultat TAIK, 2022-09-01.

Strategiskt arbete inom vård och omsorg

Arbete med rutiner och andra dokument

Ett omfattande arbete med att genomlysa rutiner och liknande dokument har genomförts i respektive kommun inom ramen för projektet. Det har varit en dynamisk process, där TAIK och nyckelpersoner inom kommunal verksamhet har initierat en dialog och ett samarbete kring skilda rutiner och övergripande dokument. Av tradition är tandvård och hälso- och sjukvård separata verksamheter (22). Här har TAIK bidragit som plattform för samverkan, och lyft in munhälsoperspektivet i befintliga rutiner och strukturer. På det sättet är ambitionen att synliggöra ansvar och roller och kvalitetssäkra aspekter av munhälsoarbetet inom vård och omsorg. Totalt har TAIK varit med och utvecklat och reviderat 16 rutiner eller andra strategiska dokument gällande munhälsa inom vård och omsorg. Det har varit allt från rutiner avseende N-intyg till riktlinjer inom nutrition. För fullständig information (Bilaga 6).

N-intyg

Utifrån kunskapen att många äldre personer berättigade till N-intyg inte identifieras, så var detta ett fokusområde för TAIK. Under våren 2020 utvecklades samverkan mellan TAIK och kommunal verksamhet vad gällde N-intyg. TAIK blev administrativt behöriga i kommunernas intygssystem. Det i sin tur ledde till att många administrativa ”knutar” kunde lösas och en ökad förståelse kring frågan gällande N-intyg kunde erhållas. Utifrån denna förståelse kunde TAIK rikta insatser där extra stöd eller information tycktes behövas. I två TAIK-kommuner reviderades hela intygsbeställningen på den kommunala sidan.

Som ses i Tabell 8 har N-intygen ökat i samtliga TAIK-kommuner medan de minskat i kontrollkommunerna. Skövde ökade mest, med en ökning på 18%. Särskilt ökade antalet N-intyg i samband med att TAIK blev administrativt behöriga i kommunens intygsbeställning. Denna behörighet innebar att TAIK kunde ta fram ett mätetal gällande N-intyg på SäBo i kommunerna (antal N-intyg i relation till antal vård-/omsorgstagare på SäBo). Utifrån detta kunde antalet N-intygen följas över tid samt även stödja kommunal verksamhet med skräddarsydda insatser för att identifiera individer med rätt till N-intyg.

Kontrollkommunernas minskning följer samma tendens som övriga kommuner i VG med en minskning i antalet N-intyg för personer 65 år och äldre mellan år 2018 och 2021 (Tabell 7).

Tabell 7. Antal (n) N-intyg för befolkningen ≥ 65 år i TAIK- och kontrollkommuner samt i VGR totalt (exkl. TAIK-kommunerna). Procentuell skillnad 2018 – 2021 gällande N-intyg för personer ≥ 65 år i TAIK- och kontrollkommunerna.

	2018 (n)	2019 (n)	2020 (n)	2021 (n)	Procentuell skillnad* 2018 - 2021
Borås	1 387	1 387	1 456	1 461	+ 5
Kungälv	609	591	616	654	+ 7
Trollhättan	750	759	726	778	+ 4
Skövde	768	818	871	931	+ 18
Totalt TAIK	**3 514**	**3 555**	**3 669**	**3 824**	**+ 8**
Kontrollkommuner	**1 619**	**1 599**	**1 510**	**1 503**	**- 7**
Alla kommuner i VGR (exkl. TAIK)	**18 931**	**22 632**	**17 982**	**18 195**	**- 4**

Initialt, när projektet startade, hade TAIK inte i uppdrag att bedriva munhälsoutbildning inom ramen för tandvårdens uppsökande verksamhet. Dock tangerade vissa utbildningar samma målgrupp som utbildningarna för uppsökande verksamhet. Detta ledde till att Tandvårdssamordning Koncernkontoret VGR 2019 godkände att vissa utbildningar inom TAIK-projektet fick registreras, redovisas samt erhålla viss ersättning inom ramen för uppsökande tandvård.

Antalet inkommande mejl till TAIK

Antal inkommande mejl kan betraktas som ett tillgängligt mått för att dokumentera och beskriva ökande kontaktytor i TAIK-projektet. Kommunikation mellan TAIK, kommunal personal och allmänhet har mestadels skett via mejl. Under projekttiden har TAIK hanterat totalt 24 948 mejl (fr.o.m. 1 okt. 2018). Antal inkommande mejl ökade under projekttiden, vilket tyder på att TAIK-projektets verksamhet successivt blev mer känd och efterfrågad (Tabell 8).

Tabell 7. Antalet inkommande mejl från projekttiden för samtliga TAIK.

År	Antal inkommande mejl
2018	6 164*
2019	7 465
2020	8 535
2021	8 993
2022	9 365**

*Kompenserat för tre kvartal (1 jan. – 30 sept.) då inte TAIK startat. Antal mejl fr.o.m. 1 okt.: 1541.

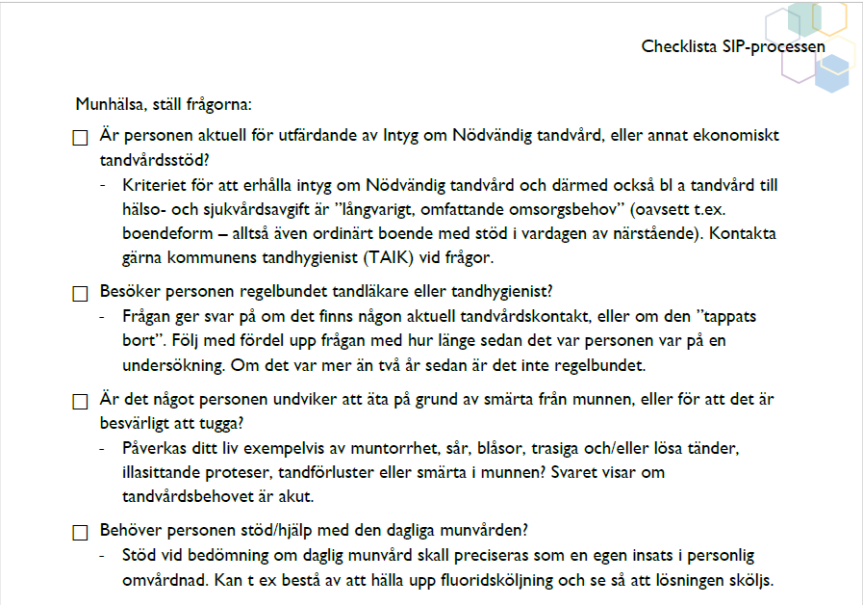
**Kompenserat för det kvartal (1 okt. – 31 dec.) då data inte kunnat samlas in. Antal mejl t.o.m. 30 sept.: 7024.

Ringar på vattnet av TAIK-projektet

TAIK-projektet har likt de flesta projekt haft ett övergripande mål och syfte (sid.18). Mål och syfte har brutits ner i aktiviteter som följts och utvärderats samt beskrivits i föreliggande rapport. Det finns ytterligare effekter och lärdomar att delge från TAIK. För att nå det övergripande målet har olika aktiviteter skapats. Vissa kan anses vara i periferin av uppdrag för TAIK men är på olika sätt med och bidrar till att uppfylla målet med projektet. Nedan listas goda exempel på sådana TAIK-aktiviteter:

- Fyra frågor gällande munhälsa har blivit implementerade i checklista vid SIP (Samordnad Individuell Plan) i hela VGR (Fig. 6)
- Vård- och omsorgspersonal fick förutsättningar för att göra en munhälsobedömning genom att munspeglar och ficklampor införskaffades
- TAIK fick administrativ behörighet i system för intygsbeställningen gällande N-intyg
- Göteborgsregionen (innefattar 13 kommuner) inspirerades att, utöver övriga digitala filmer i introduktionsutbildning för omvårdnadspersonal, även lägga till filmen ”Att hjälpa någon annan med munvård”
- Introduktionsutbildning om kommunal verksamhet har skapats för tandvårdspersonal
- Ett mätetal för uppföljning gällande N-intyg på SäBo har under projektet tagits fram och följts. Mätetalet (antal N-intyg i förhållande till antal boende på SäBo) har följts regelbundet vid projektgruppsmöten samt kommunala arbetsgruppsmöten
- Digital ROAG-utbildning har tagits fram. Målgrupp vikarier inom vård och omsorg och för personal som behöver uppdatera sin kunskap om ROAG
- Samtalsstöd inför att arbeta med munhälsa och utföra en ROAG-utbildning har tagits fram. Detta ledde till att TAIK samt verksamhetsutvecklare i Borås Stad blev utnämnda till månadens Senior alert-profil (se Bild 7)
- Samverkan har lett till att viss utbildning och vissa möten har skett även till annan målgrupp ≥ 65 år, till exempel hälsoskola för nyanlända

- Ett överlämningsdokument mellan Mobil hemtandvård FTV och kommunal omsorg togs fram och testades inom ramen för TAIK Skövde. Det finns nu tillgängligt för Folktandvårdens övriga mobila hemtandvård-team
- TAIK såg till att information om kommunala demenssamordnare fanns tillgängligt i väntrum för patienter vid FTV-klinikerna i Trollhättan
- Tre studier med ambitionen att utforma ett nytt munvårdskort planeras. FOU-medel har sökts och erhållits
- Hösten 2021 identifierade TAIK-projektet ett utvecklingsområde gällande avvikelser som rör munhälsa i kommunal verksamhet och uppsökande tandvård. Arbete fortgår och handlar om att stödja och kvalitetssäkra processen kring avvikelse mellan uppsökande tandvård och kommunal omsorg
- TAIK har stöttat vid datainsamling i diverse forskningsprojekt, till exempel OHAI (Oral hygiene ability index) och ROAG-studier.



Figur 6. Tandvårds- och munhälsofrågor inkluderade i SIP i VGR.



Bild 8. Månadens Senior alert profiler, Beatrice Odenö, TAIK i Borås Stad (2018 – 2021) och Erika Lindvert Björklund, verksamhets-utvecklare och processledare i Borås Stad.

Kostnadsberäkning för TAIK-projektet, 1 okt. 2018 – 30 sept. 2022

Budgeten för projektet under fyra år har varit drygt 11 miljoner, vilket till stor del täckt lönekostnader och sociala avgifter. Kostnaden för projektet inbegriper även lön för projektledare (100% tjänst) och vetenskaplig utvärderare (25% tjänst). Tabell 9 beskriver en kostnadsberäkning för projektet.

Därutöver finns det kostnader kopplade till TAIK verksamhet i respektive kommun som täckts av kommunal verksamhet, alltså kostnader utöver projektkostnad. Exempel på dessa kostnader är lokalkostnad samt dator och mobiltelefon med mera.

Kostnader
Finansiering från Folktandvården Västra Götaland: 2,7 mkr per år
Personalkostnader:
Fem tandhygienister à 50%
En vetenskaplig utvärderare, 25%
En projektledare, 100%, från och med 2021-08-16, 20 - 50%.
Övriga kostnader (såsom förbrukningsmaterial, utbildningsdagar mm).

Tabell 9: Kostnadsberäkning TAIK-projektet, 2018 - 2022.

Utfall tkr	**(tkr)**
Verksamhetens intäkter	**432**
Intäkter*	**432**
Kostnad för personal	**-11 129**
Övriga kostnader	**-210**
Kostnader	**-11 339**
Resultat	**-10 907**
Genomsnittlig nettokostnad/år	**-2 727**

*Ersättning för utbildningar som TAIK höll inom ramen för uppsökande verksamhet, samt ersättning 2019 för lönekostnader när projektledare arbetade 20% som forskningskoordinator.

Resultat Del II - Effektutvärderingar

I. Nyckelpersoners erfarenheter av projekt TAIK – en kvalitativ studie.

Studien i sin helhet finns publicerad: Persson J, Svensson A, Grönbeck Lindén I, Kylén S, Hägglin C. *Aspects of Expansive Learning in the Context of Healthy Ageing – A Formative Intervention between Dental Care and Municipal Healthcare. Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19(3): https://doi.org/10.3390/ijerph19031089

Sammanfattning

Trots att ökad ålder kan innebära ökad risk för sjukdom i munnen finns det få samverkansarenor mellan kommunal hälso- och sjukvård och tandvård. Barriärerna är många, till exempel har identifierats olika finansiering, olika ledning, skilda utbildningar och separata journalsystem. Inom Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK) har en kontinuerlig plattform för samverkan etablerats över flera år. Nyckelpersoner i TAIK-projektet (sex TAIKar och fem MASar) intervjuades därför individuellt gällande sina erfarenheter av projektet. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Studien visade att projektet TAIK är ett förändringsarbete som skapar förutsättningar för ömsesidig förståelse och lärande mellan tandvård och kommunal verksamhet samt möjliggör samverkan för att säkra den åldrande individens munhälsa. TAIK-konceptet har skapat en infrastruktur för munhälsofrämjande insatser inom kommunal verksamhet.

Bakgrund

Andelen äldre invånare i Sverige ökar och de blir äldre än tidigare. Många åldras med komplexa vårdbehov och ökad risk för oral ohälsa. Hälso- och sjukvården blir allt mer specialiserad. Det skapar nya krav på hälso- och sjukvård och tandvård att samverka mellan organisationer och mellan professioner. Genom att utforska nyckelpersoners erfarenheter av TAIK-interventionen förväntas en djupare förståelse av projektet erhållas ur ett såväl interorganisatoriskt som interprofessionellt perspektiv. Det kan i sin tur bidra till att underlätta samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och tandvård, och ge bättre förutsättningar för att skapa en jämlik och Nära vård.

Syfte

Beskriva aspekter av lärande i TAIK-interventionen genom att utforska nyckelpersoners erfarenheter av interventionen.

Metod

Studien har en kvalitativ, induktiv ansats och data insamlades via elva semistrukturerade individuella intervjuer. Urvalet är baserat på nyckelpersonerna för TAIK-projektet som genom sina funktioner i projektet har en gemensam erfarenhet men kan belysa olika perspektiv i verksamheten (tandvård och hälso- och sjukvård).

Djupintervjuer genomfördes med nyckelpersonerna i projektet vintern 2020:

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS (n=5)
Tandhygienister, TAIK (n=6)

Fem reflektionsdokument.

Data har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Fyra kategorier samt tillhörande subkategorier identifierades (Fig. I):

Munhälsoexpertis: Ansvar, Kvalitet, Kontinuitet, Tillgänglighet
Förståelse: Anpassade budskap, Olika perspektiv, Kunskap om åldrandet
Förändring: Lärande, Utveckling, Innovation
Samverkan: Dialog, Personlig relation, Nätverk, Gemensamma mål.

Nedan resultat kommer beskrivas utifrån kategorier och tillhörande subkategorier. Samtliga avsnitt för subkategorier kommer inkludera ett representativ citat från en informant.



Figur I. Identifierade kategorier.

Munhälsoexpertis

Att ha en tandhygienist tillgänglig som resurs inom kommunal verksamhet borgade för att munhälsoperspektivet inkluderades i verksamhetens omvårdnadsprocesser på ett naturligt sätt. Trots att munhälsa beskrevs som en del av den allmänna hälsan kunde munhälsoperspektivet ibland försvinna bland alla andra perspektiv inom kommunal hälso- och sjukvård. Att ha någon som var expert inom ämnet med en fördjupad kompetens gällande munhälsoperspektivet beskrevs som viktigt.

Ansvar

En tandhygienist på plats i kommunal verksamhet beskrevs som en viktig del i arbetet med att definiera och säkerställa ansvar inom kommunal hälso- och sjukvård. Funktionen säkerställde att ansvar blev tydligt definierat och kompletterade de andra yrkesgrupperna som arbetade i kontexten kring den äldre i kommunal verksamhet.

MAS C: ”För munhälsan är ju en viktig del av den vården som kommunal verksamhet bedriver. Den ska ingå – fast på något sätt så tappas den bort. // I och med TAIK-projektet så har munnen kommit upp på kartan.”

Tandhygienisterna reviderade, i samråd med andra nyckelfunktioner i kommunal verksamhet, rutiner och säkerställde att munhälsoperspektivet var närvarande i övergripande strategiska dokument gällande munhälsa.

Kvalitet
TAIK bedömdes påverka kvaliteten på den vård och omsorg utfördes inom kommunal verksamhet. Dels påverkade TAIK kvaliteten i sin roll som expert och utbildare inom munhälsa och dels på en strategisk nivå genom att delta i interprofessionellt arbete med rutiner och planer för att garantera patientsäkerhet.

MAS C: ”Vi har försett sköterskorna med munspeglar och ficklampor för att skapa förutsättningar för dem att göra en munvårdsbedömning. // Så det har ökat kvaliteten i omsorgen gällande munhälsa hos väldigt många vårdtagare.”
Nyckelpersonerna beskrev hur kommunal hälso- och sjukvård såg ett behov av att ha en tandhygienist tillgänglig för att öka kvaliteten för den vård som bedrevs.

Kontinuitet
Att nyckelpersonerna från olika professioner och olika organisationer hade gemensamma avstämningar regelbundet och kontinuerligt var en viktig faktor för verksamheten inom TAIK. Arbetet beskrevs som en dynamisk process som krävde kontinuitet.

TAIK B: ”Min inställning har ju ändrats från att jag ska liksom försöka ändra nånting till att vi ska göra det här tillsammans mer. /…/ Finns man på plats så har man tid, för jag tror inte det är nån enkel lösning som kommer att ske. Man behöver jobba med det [munhälsa inom kommunal verksamhet] hela tiden.”

Möjligheten att kunna stämma av frågor, under en lång period gav en unik inblick i varandras förutsättningar. För komplexa frågor fanns inga enkla lösningar, och en kontinuerlig grund för arbetet genom avstämningarna var en viktig förutsättning.

Tillgänglighet
Arbetssättet med TAIK möjliggjorde att munhälsoperspektivet på ett mer enkelt sätt än tidigare bjöds in i vardagen. TAIK fanns tillgängliga, fysiskt i närheten och man kunde enkelt gå förbi och stämma av en kort fråga. TAIK personifierade tandvård och MAS beskrev att de blev påminda om tandvårdsfrågor bara av att se dem.

MAS A: ”När dom sitter i huset så vet man var man ska gå och fråga. Dom är tillgängliga och dom äter ju lunch här. Det gör det hela mer naturligt på något sätt.”

Tillgängligheten, att vara på plats i kommunen, beskrevs av tandhygienisterna göra det enklare att påverka och förstå vårdprocesser i kommunal verksamhet, ett sammanhang där munhälsa annars inte alltid varit helt tydligt representerat.

Förståelse

Intervjupersonerna beskrev hur TAIK-projektet bidrog till en djupare förståelse för varandras perspektiv. Förståelsen bidrog till att budskap kunde anpassas till mottagaren på ett naturligt sätt. Förståelsen bidrog dessutom till att det blev enklare att påverka villkor för det övergripande målet med att främja hälsa för den åldrande personen.

Anpassade budskap
Att få en förståelse kring varandras verksamheter, genom kontinuerliga möten, gjorde att nyckelpersonerna även fick insikt om varandras olika förutsättningar för arbete kring den åldrande individen. Denna förståelse gjorde det möjligt att anpassa sina budskap ytterligare, och inte hålla en ”standardpresentation” vid samtliga möten.

TAIK B: “Ska man prata med en pensionärsförening så finns det så många olika sätt att nå ut till dem. Allt ifrån att hålla en powerpoint till att göra en tipspromenad eller sitta ner och fika med dem samtidigt som man har dialog.”

Möjligheten till att anpassa budskapen bidrog dessutom till att nya planer och aktiviteter i syfte att stödja ett hälsosamt åldrande formades. Rutiner, checklistor, introduktionsutbildningar och informationsmaterial gällande munvård i Corona-tider var olika exempel på hur man inom projektet anpassade budskap.

Olika perspektiv
Att få en förståelse kring varandras verksamheter, genom kontinuerliga möten, gjorde att nyckelpersonerna fick insikt om varandras olika perspektiv och förutsättningar för arbete kring den åldrande individen. Det underlättade när vårdprocesser skulle kartläggas.

MAS E “Men det gick också åt, inledningsvis på dessa möten, gick det åt otroligt mycket tid till att förstå varandra, liksom. /…/ Vad kan man göra hos varandra?”

Trots att munhälsa ansågs vara en del av den allmänna hälsan så var det inte alltid helt klart hur den bäst inkluderades i kommunala vård- och omsorgsprocesser. Att dela perspektiv utifrån olika organisationer och professioner skapade viktiga lärdomar för att påverka och möjliggöra hälsofrämjande insatser.

Kunskap om åldrandet
En helhetssyn på åldrandets villkor genererades genom TAIK-projektet. Att överblicka och resonera kring förutsättningar för den åldrande individen gav en fördjupad förståelse. Att till exempel möta den äldre personen utanför tandvårdskliniken men fortfarande i tandhygienistrollen beskrevs som en styrka med projektet.

TAIK A1: ”Jag har fått en ökad förståelse kring att åldras. Att bli äldre och att bli omhändertagen. Innan har jag kanske bara sett det från utsidan eller hur jag ska säga, som anhörig eller så. Nu ser jag det med en ökad förståelse.”

Det var i huvudsak tandhygienisterna i projektet som beskrev den här subkategorin. Detta hjälpte dem att säkra munhälsoperspektivet utifrån den äldres villkor.

Samverkan

Populationen 65 år och äldre är en heterogen grupp. Nyckelpersonerna beskrev hur TAIK-interventionen kommit att skapa en infrastruktur för att samverka kring olika behov och med olika arenor inom åldrandet. Tillsammans med olika funktioner och skilda professioner på olika arenor kunde gemensamma mål och handlingsplaner skapas och utvärderas tillsammans, inom ramen för TAIK.

Dialog
Nyckelpersonerna beskrev hur TAIK-projektets aktiviteter byggde på en ständig dialog där man lyssnade av och tog ordet, beroende på sammanhang.

TAIK C: ”Man är inne i ett sammanhang och man får del av – nej men, nu behöver vi mera! Man kan ha en dialog.”

Många beskrev att det var en utmaning att integrera en ny funktion i en befintlig organisation, och att dialogen skapade förutsättningar för att tillsammans komma framåt. Dialogen behövde pågå på

många olika nivåer i kommunen för att skapa bästa möjliga förutsättningar för munhälsofrämjande insatser och strategier.

Personlig relation
Aktiviteter inom ramen för TAIK utgick till stor del från samverkan med olika nyckelpersoner. Att skapa relationer med nyckelpersoner kring den äldre individen beskrevs vara viktigt. Det var en förutsättning för att integrera den nya funktionen, att skapa och bibehålla relationer samt underhålla dessa.

TAIK A1: ”Men just att man sitter i fikarummet och skapar en relation innan mötet, det har varit spännande. Sedan när man möts på möte så har man vågat mötas lite utanför innan”.

Dessa relationer skapade även förutsättningar för och gynnade förändringsarbete samt skapade möjlighet till gemensam reflektion.

Nätverk
Att bygga ett nätverk av kunniga personer inom respektive område, från såväl tandvård som kommunal verksamhet beskrevs som en grundförutsättning för att kunna arbeta tvärprofessionellt och interorganisatoriellt inom TAIK:

TAIK B: ”Vi har ju CÄT och Folktandvården och luta oss mot om man har frågor. Man kan bolla vidare så att det inte bara gentemot kommunen, utan man behöver också stöttning i Folktandvården.”

Nätverk ökade tryggheten till att skapa evidensbaserade strategier och inspirerade till att utveckla och testa nya saker.

Gemensamma mål
TAIK-projektets verksamhet utgick ifrån mål som definierades tillsammans och bröts ner i aktiviteter där såväl tandvård som kommunal verksamhet var involverade. Dessa formulerades tillsammans genom en ständig dialog och gjorde att aktiviteter kunde bygga på tidigare aktiviteter på ett logiskt sätt.

TAIK D: ”Kommunen och TAIK formulerade tre mål, vi skulle öka antalet N-intyg, öka munhälsokunskapen hos vård- och omsorgspersonal och öka antalet ROAG-bedömningar i Senior alert”.

Utifrån det som man lärde sig tillsammans på resans gång formulerades nya mål, som utvärderades och följdes, tillsammans, interprofessionellt och interorganisatoriskt.

Förändring

Att TAIK var ett arbete som involverade förändring på olika sätt var något som återkom i intervjuerna. Förändringen var såväl på individnivå som på organisationsnivå. Samtliga mötte frågor från nya perspektiv som gav dem något att fundera på, och ta ställning till. Dessa frågor utmanade ibland organisationer och ibland nyckelpersonerna. Särskilt utmanande kunde det vara med frågor kring att integrera munhälsoaspekten inom de olika lagarna som reglerade kommunal verksamhet.

Lärande
Nyckelpersonerna beskrev olika dimensioner av förändring gällande
hur en ny profession skulle inkluderas i kommunal verksamhet. Bland annat resulterade TAIK-projektet i ett dagligt lärande. Lärandet beskrevs inte alltid som en enkel resa, utan var komplext och tvetydigt. Att vara pionjär och integrera en ny funktion i en befintlig organisation var ett lärande på många plan, såväl personligt som organisatoriskt.

TAIK B: “Det kanske inte alltid är så lätt för kommunen heller – var får man in munhälsa? Där bidrar TAIK också, att lyfta in munhälsa på olika arenor, som dom kanske själva inte tänker på.”

Lärandet beskrevs stödjas av möjlighet till reflektion och diskussion vid skilda tillfällen under arbetet. Tandhygienisterna beskrev hur de lärde sig av att själva lära ut och undervisa, och därigenom sätta sig in i skilda verksamheters aktiviteter och mål.

Utveckling

Förändringen, som TAIK-projektet innebar, beskrevs även resultera i utveckling. TAIK kunde till exempel beskriva det som en känsla av att ha blivit ”en i gänget”. Många beskrev en personlig utveckling i att våga nya saker, men också en utveckling i att förstå komplexa vårdsystem och kunna utmana dem.

TAIK A2: ”Nu känns vi som vilken verksamhetsutvecklare som helst och det är jämfört med tidigare mycket lättare att göra sig hörd. Innan upplevde jag att ’ja, men ni är tandvårdsmänniskorna, nu kan ju ni ta över allt som är tandvårdsbiten.’ Men det är ju inte det som är poängen. Dom ska ju kunna se på munnen som vilken annan del av kroppen som helst.”

Nyckelpersonerna betonade ofta hur viktigt det var att inkludera munhälsoperspektivet och göra det synligt i övergripande strategier gällande hälsosamt åldrande. Att arbetet i sig skapade möjlighet till ytterligare utveckling och nya frågeställningar och utmaningar.

Innovation

Att inkludera nya perspektiv gällande munnen krävde ofta nytänkande. Att ha förmåga att våga tänka i nya banor och se möjligheter, beskrevs som en del som underlättade arbetet. Projektet bjöd dagligen på nya frågor, stora som små och att vara i det organisatoriska gränslandet gällande komplexa vårdbehov hos den åldrande befolkningen där tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst behövde finna gemensamma vägar.

TAIK B: ”Som TAIK får man vara problemlösare och påhittig. Det är bra att ha en sån sida, för svaret finns inte alltid. Man behöver ha en förmåga att ta sig an saker och försöka lösa dem.”

Många av tandhygienisterna beskrev att det var en ny sida av sin yrkesroll som utvecklades. Att frågorna som de mötte i sin TAIK-roll ofta var av komplex karaktär, och att det inte gick att lösa dessa ”en gång för alla” och att det var viktigt att tänka i nya banor.

II. ROAG i projekt TAIK

Bellander L, Persson J, Brattbäck Atzori A, Odenö B, Ringdahl M, Söder E, Hägglin C.

Sammanfattning

Risken för munsjukdomar ökar kraftigt hos sköra och beroende äldre. En försämrad kognitiv och/eller fysisk förmåga leder ofta till försämrad munhygien och förlorad tandvårdskontakt. Munvård har visat sig nedprioriteras i omvårdnaden av sköra äldre personer och vård- och omsorgspersonal har ofta bristande kunskap i munhälsa.

Inom vård och omsorg av äldre personer används ROAG (Revised Oral Assessment Guide) som är ett validerat riskbedömningsinstrument för munhälsa inom det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Vård- och omsorgspersonal bedömer med hjälp av ROAG munhälsan hos den äldre personen. Vid risk för ohälsa skall profylaktiska åtgärder sättas in, eller så ska remittering till lämplig instans ska ske. Målet är att munhälsoproblem upptäcks i tid och därmed bidra till en god munhälsa hos äldre personer.

ROAG har inkluderats i TAIK-projektet på flera skilda sätt:

- En ny ROAG-utbildning har utvecklats och testats i TAIK-kommunerna under projekttiden. För utbildningsmodell, se nedan: A. ROAG-utbildning, TAIK
- Alla som genomgått utbildningen har tillfrågats om att besvara en utvärderingsenkät. Denna uppvisade ett mycket positivt resultat. För mer information och resultat, se: A. ROAG-utbildning, TAIK
- Effekt-utvärdering. Genom data hämtade från SA Publik rapport jämfördes TAIK- och kontrollkommunerna avseende: antalet/andelen utförda ROAG-bedömningar totalt och ROAG-bedömningar per individ och år samt andel registrerad ROAG-risk, bakomliggande orsak, planerad åtgärdsplan och utförda åtgärder under tidsperioden 2018–2021. De erhållna resultaten visade på en förbättring i TAIK-kommunerna och en försämring i kontrollkommunerna under perioden. För mer information och resultat, se: B. ROAG i TAIK- respektive kontrollkommunerna
- Extra satsning på ROAG och Senior alert i Borås. Mål: 90% täckning av alla som har HSL insats. Resultatet visade en klar förbättring även om inte målet uppnåddes, vilket sannolikt kan hänföras till den under perioden pågående pandemin. För mer information och resultat, se: C. ROAG i TAIK-kommun Borås
- En webb-baserad munhälso-/ROAG-utbildning har tagits fram av TAIK, Beatrice Odenö. Den kan användas t.ex. av sommarvikarier eller för personalen att vid behov uppdatera sig. Tid: Drygt 30 min + kunskapstest. Länk – Kurs: Munhälsobedömning enligt ROAG (vgregion.se)

Att ett vårdpreventivt arbetssätt används leder sannolikt till att kunskapen om munhygien och munhälsa höjs hos vård- och omsorgspersonalen och kan bli en naturlig och självklar del av omvårdnadsarbetet och i förlängningen en friskare äldre individ.

Introduktion ROAG

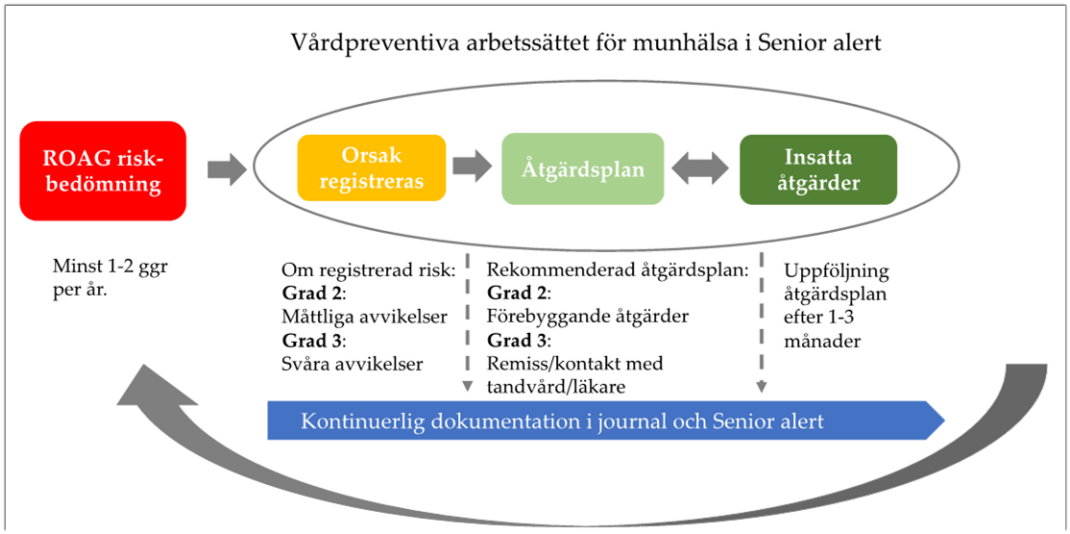
Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett validerat riskbedömningsinstrument för munhälsa och är utformat för att kunna användas av vård- och omsorgspersonal, exempelvis sjuksköterskor och undersköterskor (28, 47, 48). ROAG ingår i det nationella kvalitetsregistret Senior alert (SA). SA används inom äldreomsorgen i hela Sverige, i 288 av Sveriges 290 kommuner (2020). Det används inom vård och omsorgsboenden inklusive demensboenden, korttidsboenden, hemsjukvård och även på sjukhusavdelningar och vårdcentraler. I SA ingår riskbedömning och vårdprevention för trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion, vilka är vanliga riskområden när man blir äldre (27).

Målet är att skador i vården ska undvikas för att garantera en säker och lika vård. Målet med ROAG är att minska ohälsa i munnen hos äldre och att munhälsan ska bli en naturlig del av omvårdnaden (49). Med ROAG kan vård- och omsorgspersonal screena munhälsan hos äldre personer och bedöma om friska eller sjuka förhållanden föreligger inom nio områden: röst, läppar, munslemhinnor, tunga, tandkött, tänder, protes, saliv och sväljning. Graderingen är 0-3 beroende på område.
Grad 0 innebär att området inte är aktuellt att bedöma. Grad 1 innebär att området är normalt eller friskt. Grad 2 innebär måttliga avvikelser som kan förbyggas, dvs åtgärdas av vård- och omsorgspersonal. Grad 3 innebär svårare avvikelser som kräver konsultation eller remiss till tandvård eller läkare.

Bedömningsformuläret finns bifogat i Bilaga 2. Risk för ohälsa i munnen betyder minst en gradering 2 eller 3 inom minst ett område i ROAG (50).

Vid munhälsoproblem/risk i ROAG ska det enligt det vårdpreventiva arbetssättet i SA (Fig. A) registreras:

- Bakomliggande orsak: Trolig orsak till ohälsa i munnen
- Åtgärdsplan: Vilka förebyggande åtgärder som planeras och/eller remiss eller kontakt med tandvård eller läkare
- Utförda åtgärder: Uppföljning bör utföras efter 1 – 3 månader (max 6 månader) då det registreras om åtgärder i åtgärdsplanen blivit utförda



Figur A. Modell gällande användning av ROAG i det vårdpreventiva kvalitetsregistret Senior alert. Bellander L. *et al*. 2021 (50).

A. ROAG-utbildning, TAIK

ROAG-utbildning – bakgrund

Utbildningen i ROAG till vård- och omsorgspersonal utförs ofta av tandvårdspersonal. Vanligtvis är utbildningen i Västra Götaland kort (ca 2 timmar) och enbart teoretisk. Det finns även en kort (6 min) instruktionsfilm i på SA:s hemsida (27). Flera studier har signalerat att ROAG-utbildningen kan behöva utvecklas (29, 50, 51). I TAIK-projektet har därför en ny version av ROAG-utbildning utvecklats som förutom teori även innehåller praktiska moment. Utbildningen innehåller även tillfälle till strukturerad reflektion med stöd av "de Bono", som är en tankemodell som används genom att man enskilt eller i grupp fokuserar på ett problem ur flera olika perspektiv (52). Utbildningen innehåller även ett uppföljningstillfälle på personalens arbetsplats. Uppföljningen ska ge tillfälle till frågor och ytterligare praktisk träning i naturlig miljö.

På grund av Covid-19 pandemin har detta senare moment tyvärr inte kunnat genomföras under delar av projekttiden, eftersom TAIK inte kunnat besöka personalen på boendena.

Inför planering av ROAG-utbildning i TAIK-kommunerna har önskemålen gällande tidsåtgång för utbildningen varierat, men normalt tagit mellan 1,5 - 3 timmar per gång. Modellen beskrivs i Tabell I.

Utbildningarna i ROAG av TAIK utfördes mellan 2019 och 2021 i TAIK-kommunerna Borås, Trollhättan och Skövde. Kungälvs kommun använder ROAG vid palliativ vård, men är inte anslutna till SA och redovisas därför inte i ROAG-avsnittet.

Syfte och mål

Syftet med utvärderingen var att studera hur vård- och omsorgspersonal upplevt den nyframtagna ROAG-utbildningen, om moment kan förbättras eller på annat sätt justeras.

Målet med en breddad ROAG-utbildning är att öka kvaliteten på ROAG-bedömningarna och därmed främja äldres personers hälsa.

Tabell I. Utbildningsmodell för ROAG (– schema).

Tid	Aktivitet	Metod	Vem?	Vad?
5 min	**Introduktion** Syftet med aktiviteten är att skapa förutsättningar för att utbilda i och kvalitetssäkra ROAG-bedömningar. Hälsa välkommen, sätta agendan med lärandemål och presentera sig.	PPT	Enhets-chef	Hälsa alla välkomna. Sätta agendan.
5 min	**Presentation/bryta isen.** Vad heter du? Var jobbar du? Presentationsrunda	Övning	TAIK	Skapa delaktighet
20 min	**Patientfall + info om munhälsa + allmänhälsa +** Mål för kommunen och status just nu	PPT	TAIK	Förankra munhälsan som en viktig del av kroppen. Tydliggör VARFÖR!
30 min	**Skapa gemensam plattform (de Bono).** - Fakta: Vad vet jag om att göra munhälsobedömningar / ROAG? - Känsla: Hur känner jag inför att göra munhälsobedömningar / ROAG? - Risk: Vilka svårigheter tror jag finns med att göra munhälso-bedömningar / ROAG? - Positivt: Vad är bra med att göra munhälsobedömningar / ROAG? Precisera. - Kreativt: Hur kan jag lättast arbeta med munhälso-bedömningar / ROAG i vardagen? Sammanfatta gruppvis.	Övning Blädderblock Förbestämda grupper	TAIK	Skapa gemensam förståelse kring ROAG. Det vi har att förhålla oss till och anpassa utbildningen till.
20 min	**Fika**			
15 min	Avstämning. Har någon viktig punkt kommit fram? Introducera nyttan med ROAG genom att repetera de två patientfallen samt hur viktigt det är med det som sker dagligen. Återkoppla till de Bono samt kommunens rutiner gällande munhälsa	PPT & Blädderblock med svaren från övning enligt de Bono	TAIK	Övergång & inspiration
40 min	**ROAG-information och utbildning**	PPT	TAIK	Enligt standard
20 min	**Praktisk träning.** Göra ROAG på varandra, 2 & 2.	Ficklampa, munspegel och handskar	TAIK	Kvalitetssäkring
5 min	**Avslutande reflektion och sammanfattning.** Sammanfatta vart vi står, vad som framkommit, vad vi enats kring samt återkoppla ev. parkerade frågor.		TAIK	Delaktighet och samförstånd. Uppfyllt syftet? Kommunicera plan framåt.
II.	**Uppföljning på personalens arbetsplats efter 4 – 8 veckor.**		TAIK	Genomgång av genomförda ROAG-bedömningar

Metod

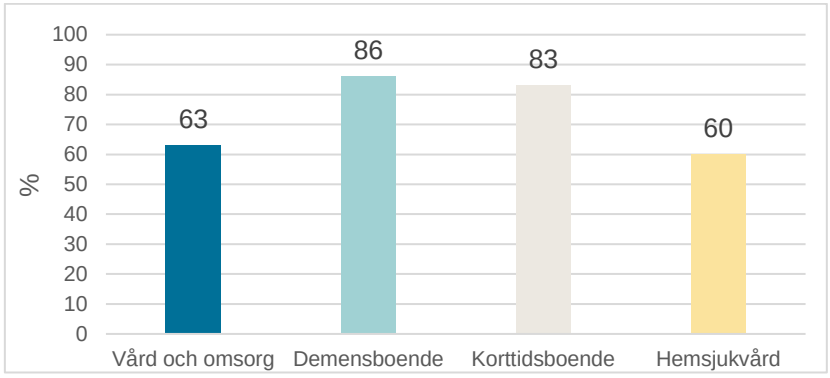
Direkt efter ROAG-utbildningen tillfrågades personalen om att fylla i en utvärderingsenkät. Frågorna framgår av Tabell II och kunde besvaras på en skala från 1-6, där 1 stod för ”Nej, inte alls”/”Dåligt” och 6 för ”I hög grad”/”Mycket bra”. Frågorna i utvärderingsenkäten är inte validerade eller reliabilitetstestade.

I enkäten ingick även tre öppna frågor:

- Vad hade vi kunnat göra annorlunda för att förbättra ditt intryck av utbildningen?
- Vad hade du kunnat göra annorlunda för att förbättra ditt lärande?
- Om du skulle förmedla ett budskap till framtida deltagare – vad säger du då?

Resultat

Totalt har 1215 personer på 59 enheter i TAIK-kommunerna Borås, Skövde och Trollhättan fått den nya ROAG-utbildningen av TAIK mellan februari 2019 och december 2021. Undersköterskor/vårdbiträden utgjorde största andelen, 87%, medan 12% var sjuksköterskor och 2,5% var enhetschefer. I princip alla som genomgått utbildningen besvarade även utvärderingsenkäten. I Figur B framgår att andelen TAIK-utbildade enheter av totala antalet enheter per enhetstyp, var högst på demens- och korttidsboenden.



Figur B. Andel TAIK-utbildade enheter av totalt antal enheter per enhetstyp registrerade i SA.

I Tabell II redovisas svaren på de fyra skattningsfrågorna. Skattningarna var generellt sett höga. Mest nöjda var respondenterna med hur de upplevde utbildningens upplägg (tid, disposition, presentationsmaterial, pauser etc.). Lägst skattade respondenterna hur trygga de kände sig att utföra en ROAG-bedömning, men även där var medelvärde och median hög.

Tabell II. Antal svar (n), medelvärde, standarddeviation (SD), median på utvärderingsfrågor efter ROAG-utbildning i kommunerna, Borås, Skövde och Trollhättan.

	Borås			Skövde			Trollhättan		
	n	Medel-värde (SD)	Median	n	Medel-värde (SD)	Median	n	Medel-värde (SD)	Median
Har ROAG utbildningen gett dig ny kunskap?	531	5,0 (1,03)	5,0	271	4,8	5	371	5,0 (1,10)	5,0
Känner du dig trygg med att utföra ROAG bedömning?	536	4,8 (1,06)	5,0	271	4,7	5	369	4,8 (1,12)	5,0
Känner du dig trygg med att utföra daglig munvård på brukaren?[1]	515	5,0 (1,10)	5,0	271	5,1	5	369	5,2 (0,96)	5,0
Hur upplevde du utbildningens upplägg (tid, disposition, presentations-material, pauser)	537	5,3 (0,93)	6,0	271	5,4	6	369	5,4 (0,86)	6,0

[1.] I vissa utbildningar ingår förutom ROAG även utbildning i basal munvård på annan person (som praktiskt moment), varför denna fråga inkluderats i enkäten [2.] På grund av annan inmatningsmetod i Skövde kunde inte SD beräknas

Svar på de tre öppna frågorna

- ***Vad hade vi kunnat göra annorlunda för att förbättra ditt intryck av utbildningen?***

Av 1215 personer som genomgått utbildningen besvarade 403 frågan d.v.s. 33%. Av dessa tyckte 70% att inget kunde förbättras. Vanliga svar var ”inget”, ”det var helt ok”,” det var bra som det var”, ”det var mycket bra” och ”allt var bra”.

Förbättringsåtgärder föreslogs av 26% av de som besvarade frågan (105 deltagare av 403). Förslagen rörde dels att man önskade mer praktisk träning och dels att få se munhälsobedömningar på film. Det efterfrågades enkla råd och tips för att kunna ge bra munvård och att få testa och informeras om olika munprodukter och hjälpmedel. Flera tog upp att de inte ville utföra munvård på varandra utan önskade att detta skedde på en docka eller en vårdtagare.
Citat: *”…skaffa en docka till praktiska utbildningen. Jag personligen får ta lugnande om jag ska till tandläkaren. Jag skulle aldrig låta någon annan gräva i min mun. Det för mig är ångestladdat och känns som ett övergrepp. MEN jag förstår varför ni vill att vi ska göra det.”*
Det fanns även någon enstaka deltagare som tyckte att den praktiska övningen på varandra hade varit mycket nyttig och givande. Förtydligande: De som inte ville göra munvård på varandra under utbildningen behövde inte. Man hade i stället möjlighet att testa på TAIK, om man ville.

Fyrtiotvå kursdeltagare beskrev att de önskat att kursen hade varit tidsmässigt längre. Det beskrevs att kursen stundtals kändes komprimerad och lite ”stressig”, och av samma anledning att den borde ligga på förmiddagen när man är mindre trött. Några var även missnöjda med att ett APT-möten använts för kursen. På de kurser med kortare kurstid (mindre än 2 tim) ingick ingen fika, vilket togs upp som förbättringsåtgärd (paus, fika, kaffe).

- ***Vad hade du kunnat göra annorlunda för att förbättra ditt lärande?***

Av 1215 personer som genomgått utbildningen besvarade 269 ovanstående fråga, d.v.s. 22%. Av dessa tyckte 46% att inget behövde göras annorlunda. Vanliga svar var ”inget”, ”vet inte”, ”det var bra” och ”nöjd med mitt lärande”.

Mer konstruktiva förslag kom från 51 deltagare som angav att de kunde förbättrat sitt lärande genom att ha förberett sig” (läst litteratur/åhörarkopior), lyssnat bättre och antecknat. Ett par deltagare angav att de velat kunna svenska bättre. Tjugoen av deltagarna angav att de borde ha övat på ROAG-bedömning före utbildningen. Fyrtiotre deltagare hade svarat på något annat än frågan.

- ***Om du skulle förmedla ett budskap till framtida deltagare – vad säger du då?***

Av 1215 personer som genomgått utbildningen besvarade 368 frågan d.v.s. 30%. Av dessa angav 69% (253 deltagare av 368) budskapet till framtida deltagare som mycket positivt – att de verkligen skulle gå utbildningen. Vanliga svar var ”varmt rekommenderar”, ”lärorikt”, ”gå utbildningen!”, ” viktig utbildning!” och ”lyssna och lär”.
Citat: *Mycket bra tillfälle till att fördjupa kunskap vad gäller munhälsa. Framför allt att avgöra, se skillnad på vad som är normalt och inte.*

Andra budskap som gavs var mer instruerande som t.ex. lyssna, ta anteckningar, ställ frågor, var aktiv, våga (göra munvård), var förberedd (läs material, se ROAG-film) och gör ROAG innan.

Reflektion

- Skattningarna på de fyra skattningsfrågorna var höga, vilket indikerar att respondenterna var till synes nöjda med stora delar av utbildningen. Mest nöjda var respondenterna med hur de upplevde utbildningens upplägg. Lägst skattade respondenterna hur trygga de kände sig att utföra en ROAG-bedömning. Det senare understryker vikten av munhälsoutbildning, uppföljningar och tillgång till munhälsoexpertis såsom TAIK.

- Utbildningstillfället borde med fördel vara 2,5 timmar, gärna 3 timmar. Tillfällena där kortare tid fanns till förfogande upplevdes som komprimerade och ”stressiga” och deltagarna efterfrågade längre kurstid. För framtida utbildningar rekommenderas att avsätta tid för att garantera kvalitetsaspekten.
- Flera kursdeltagare tog upp att de upplevde det praktiska momentet när man gjorde munvård på varandra, som jobbigt. Tanken med övningen var att få uppleva hur det är att få assisterad munvård samtidigt som kollegan kan få råd och hjälp i utförandet av munvården. Med tanke på att det så tydligt framgick att många inte önskade visa upp sin kanske inte helt optimala munhälsa för sina kollegor, bör i framtiden fantomdockor införskaffas för att användas vid utbildningstillfällena.
- Nästan 20% angav att de kunnat förbättra sitt lärande om de hade förberett sig genom att läsa in sig på ämnet. I framtiden bör därför lättläst instuderingslitteratur och utbildningstillfällets åhörarkopior att förmedlas innan kursen.
- En rekommendation är även att inkludera en plan för kontinuerlig återkoppling kring de Bono-övningen. Vissa resultat kan behövas ventileras på ett strategiskt, övergripande plan.
- Den planerade uppföljningen efter utbildningsinsatsen, i arbetsvardagen, är viktig och tänkt att bidra till ökad och gemensam förståelse kring att utföra och arbeta med ROAG. Vikten av uppföljningen kan inte nog betonas.

B. ROAG i TAIK- respektive kontrollkommunerna

Syfte

Syftet var att undersöka om den ROAG-utbildning som TAIK genomfört, har haft effekt på resultatet i Senior alert (SA) under tidsperioden 2018 till 2021.

Frågeställningar:

- Har det blivit någon ökning i antalet utförda ROAG-bedömningar och antalet ROAG-bedömningar per individ, samt andel registrerad ROAG-risk, bakomliggande orsak, planerad åtgärdsplan och utförda åtgärder under tidsperioden, för de enheter som utbildas med den nya ROAG-utbildningen i TAIK-kommunerna?
- Är det någon skillnad gentemot kontrollkommunerna angående ovanstående?

Metod

Data har inhämtats från SAs hemsida - ”Publik rapport” (53). Data från SAs samtliga enheter, ”Vård och omsorg”, ”Demens”, ”Korttid” och ”Hemsjukvård” under åren 2018 till 2021 studerades för TAIK-kommunerna Borås, Skövde och Trollhättan, samt kontrollkommunerna Alingsås och Uddevalla. Data för år 2021 hämtades från SA:s publika rapport den 17 december 2021.

De data som hämtades per enhet från SA:s publika rapport var:

”Antal unika individer”, ”Antal ROAG-bedömningar”, ”ROAG-riskprocent”, ”Registrerad orsakprocent”, ”Registrerad åtgärdsplan, procent” samt ”Registrerad utförd åtgärd, procent”. För förklaringar hänvisas till SA Publik rapport (53). Enheter där all SA data (inkl. ROAG-data) saknas eller enheter som saknar registrerade ROAG-bedömningar i SA, har exkluderats i analysen.

Data har bearbetats med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Version 25) och statistiken redovisas i form av frekvenser, procent, medelvärden, standardavvikelse och p-värden. För jämförelse mellan grupper användes Mann-Whitney U-test. Vid alla analyser användes $p = 0.05$.

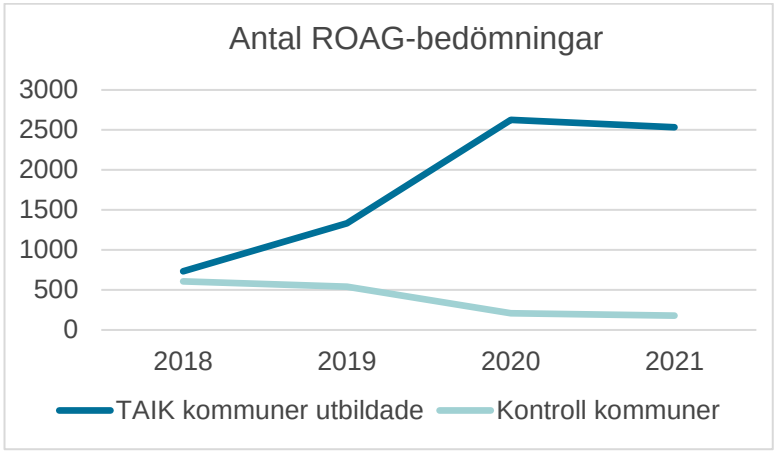
Resultat

Antalet ROAG-bedömningar registrerade i SA mellan 2018–2021 ökade kraftigt för TAIK-kommunerna, medan antalet bedömningar minskade kraftigt i kontrollkommunerna och en viss minskning även kunde ses i Sverige totalt (Tabell III).

Tabell III. Totala antalet ROAG-bedömningar i SA i TAIK- och kontrollkommunerna samt i Sverige totalt. Procentuell skillnad gällande antalet ROAG-bedömningar mellan 2018 och 2021.

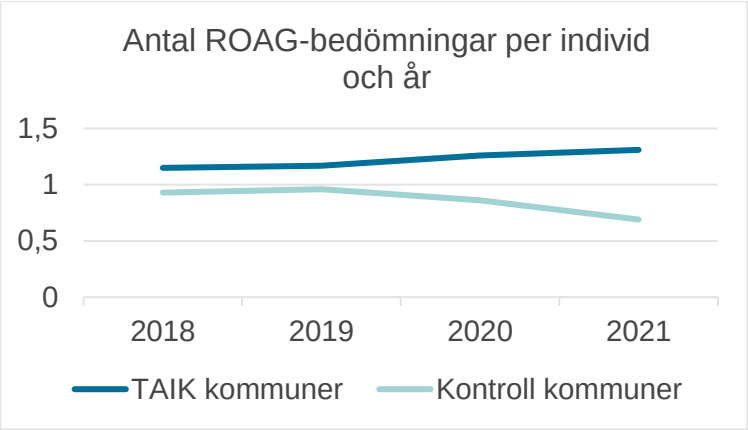
	2018 (n)	2019 (n)	2020 (n)	2021 (n)	Procentuell skillnad 2018 - 2021
TAIK-kommuner	986	1661	3061	3056	**+ 210**
Kontrollkommuner	607	541	207	179	**- 70**
Sverige	127 062	124 405	109 479	112 261	**- 12**

Den kraftiga minskningen av ROAG-bedömningar i SA i kontrollkommunerna beror huvudsakligen på att flera enheter i Uddevalla slutade göra bedömningar i SA efter 2019. I analyserna som redovisas i den text och figurer som följer (sid. 51–54), inkluderas dock bara enheter i kontrollkommunerna som registrerat bedömningar i SA. Vad gäller TAIK-kommunerna redovisas enbart resultat för de enheter som utbildats av TAIK under 2019–2021 med den nya utbildningsmodellen. År 2018 har ingen enhet ännu utbildats av TAIK, men det finns ändå registreringar i SA för några enheter som senare skulle få ROAG-utbildning av TAIK. Antalet ROAG-bedömningar för TAIK-utbildade enheter ökade från 733 (2018) till 2535 enheter (2021) (Fig. C). För TAIK-utbildade enheter var medelvärdet per enhet 2021, 46 bedömningar jämfört med 11 bedömningar per enhet i kontrollkommunerna. En statistisk signifikant skillnad i antal utförda ROAG-bedömningar kunde ses mellan TAIK-utbildade enheter och kontrollkommuner 2020 och 2021 ($p<0,001$).



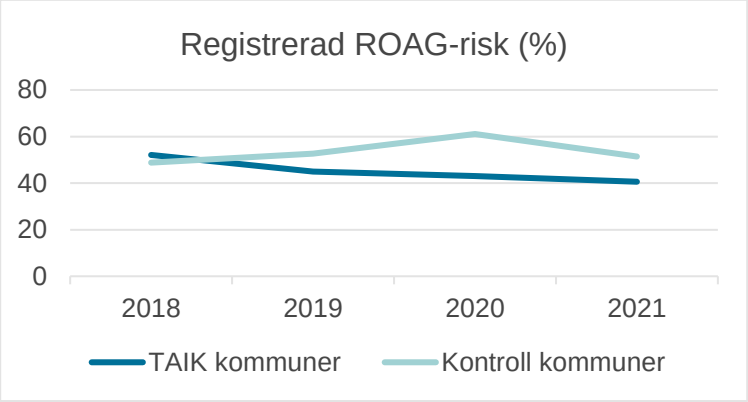
Figur C. Antal ROAG-bedömningar per år (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter i TAIK-respektive kontrollkommunerna.

Antal ROAG-bedömningar per individ och år ökar något för de TAIK-utbildade enheterna där i genomsnitt mer än en bedömning genomförts per individ och år (Fig. D). År 2021 var medelvärdet 1,3 för TAIK-utbildade enheter i jämförelse med kontrollkommunerna där det skett en minskning från 0,93, 2018 till 0,69, 2021. Signifikant skillnad mellan TAIK-utbildade enheter och kontrollkommuner kunde ses för alla åren (2018: $p=0,018$, 2020 och 2021: $p<0,001$). I SA rekommenderas minst en, helst två ROAG-bedömningar per individ och år.



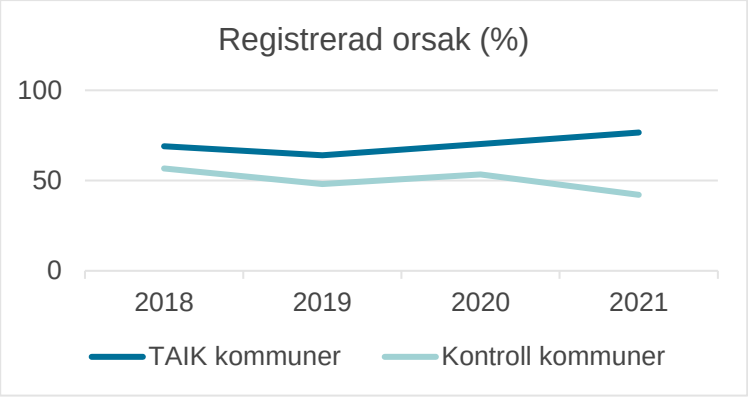
Figur D. Antal ROAG-bedömningar per individ och år (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter och enheter i kontrollkommunerna.

ROAG-riskprocent minskade från 53% till 40% för TAIK-utbildade enheter mellan 2018–2021. I kontrollkommuner varierade ROAG-risken från 49 och 61% (Fig. E). Statistisk signifikant skillnad kunde ses mellan TAIK-enheter som utbildats med den nya utbildningsmodellen och kontrollkommuner 2020 (p=0,013).



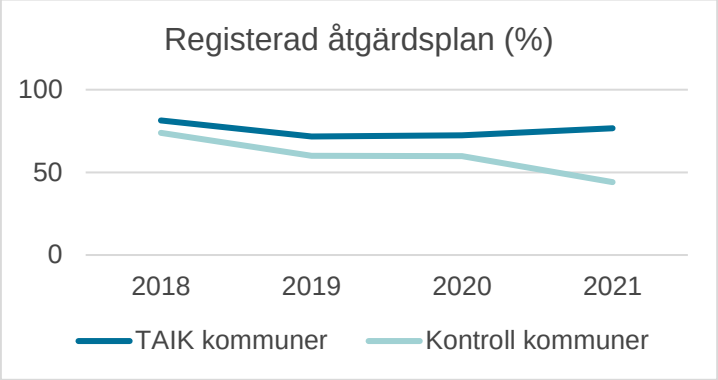
Figur E. Andel registrerad ROAG-risk (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter och enheter i kontrollkommunerna.

Andelen som fått orsak registrerad vid ROAG-risk ökar något för TAIK-utbildade enheter mellan 2018 och 2021, från 69% till 76%, att jämföra med kontrollkommunerna där registrerad orsak är lägre och även minskar från 57% till 42% (Fig. F). Signifikant skillnad mellan TAIK-utbildade enheter och kontrollkommuner kunde ses för 2021: p=0,007.



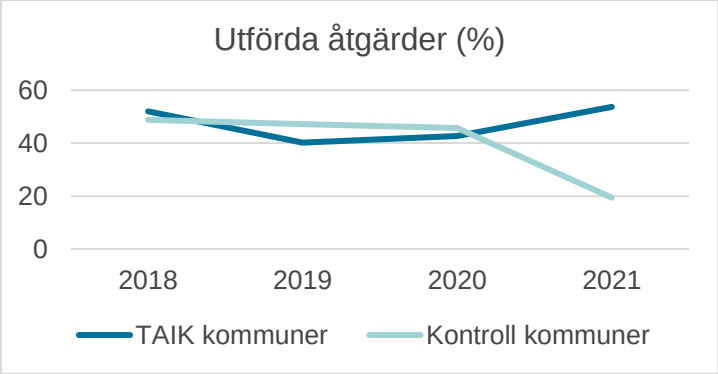
Figur F. Andel registrerad bakomliggande orsak vid ROAG-risk (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter och enheter i kontrollkommunerna.

Registrerad åtgärdsplan minskar något för TAIK-utbildade enheter mellan 2018 och 2021, från 86% till 77% (Fig. G). I jämförelse med kontrollkommuner ligger dock andelen högre för de TAIK-utbildade enheterna varje år. I kontrollkommunerna minskar registreringarna från 74% till 44% under perioden. Skillnaden var statistik signifikant för 2021 (p=0,007).



Figur G. Andel registrerad åtgärdsplan vid ROAG-risk (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter och enheter i kontrollkommunerna.

Andelen som fått åtgärder utförda när risk registrerats i ROAG varierar mellan 38% och 57% för TAIK-utbildade enheter 2018 och 2021 (Fig. H). I kontrollkommuner minskar utförda åtgärder mellan 2018 och 2021 från 49% till 19%. Skillnaden mellan TAIK-utbildade enheter och kontrollkommunernas enheter var statistiskt signifikant för 2021 (p=0,001).



Figur H. Andel registrerade utförda åtgärder vid ROAG-risk (2018–2021) för TAIK-utbildade enheter och enheter i kontrollkommunerna.

Slutsats

ROAG-utbildning genomförd av TAIK visar ett positivt resultat framför allt genom en stor ökning av antalet genomförda ROAG-bedömningar mellan 2020 och 2021. Nästan alla enheter i TAIK-kommunerna som fått utbildning och är registrerade i kvalitetsregistret SA utför nu bedömningar. Detta skiljer sig mycket jämfört med kontrollkommunerna, där endast hälften av enheterna har resultat i SAs publika rapport 2021. Både antalet äldre individer som fått en ROAG-bedömning och antalet bedömningar per individ och år ökar mellan 2018 och 2021 för TAIK-utbildade enheter. Det är positivt att fler ROAG-bedömningar utförs, för att munhälsoproblem tidigt ska kunna identifieras och munhälsan kontinuerligt följas upp.

Resultat av ROAG-bedömningarna visar att det vårdpreventiva arbetssättet i SA (orsaks-utredning, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid upptäckt risk) används i högre utsträckning i TAIK-kommunerna än i kontrollkommunerna. Att ett vårdpreventivt arbetssätt används, som inkluderar munhälsa, leder sannolikt till att kunskapen om munhygien och munhälsa höjs hos vård- och omsorgspersonalen och kan bli en naturlig och självklar del av omvårdnadsarbetet. Att resurser och profylaktiska åtgärder sätts in i tid leder till en friskare äldre individ samt minskade kostnader för samhället.

C. ROAG i TAIK-kommun Borås

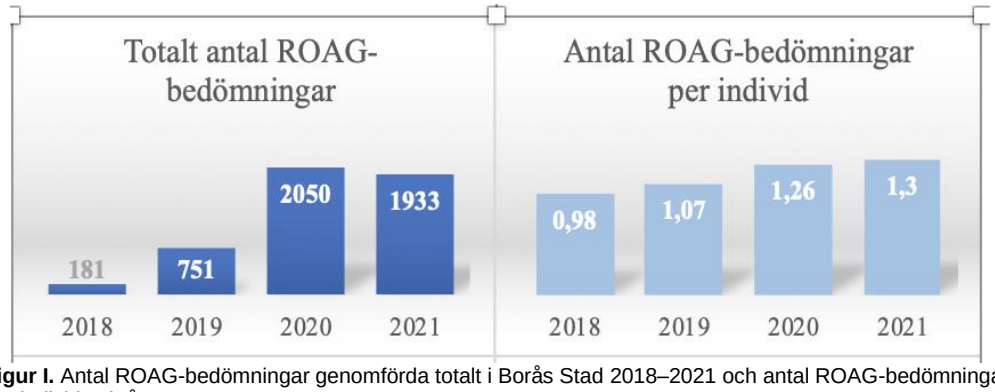
I Borås Stad har det under perioden varit en extra satsning på Senior alert (SA) och ROAG, då kvalitetsregistret använts i liten skala där tidigare. Det har för TAIK i Borås inneburit ett särskilt fokus på ROAG. Målet var 90% täckning av Senior alert med ROAG för alla som har HSL-insats och bor på vård och omsorgsboende.

Resultat

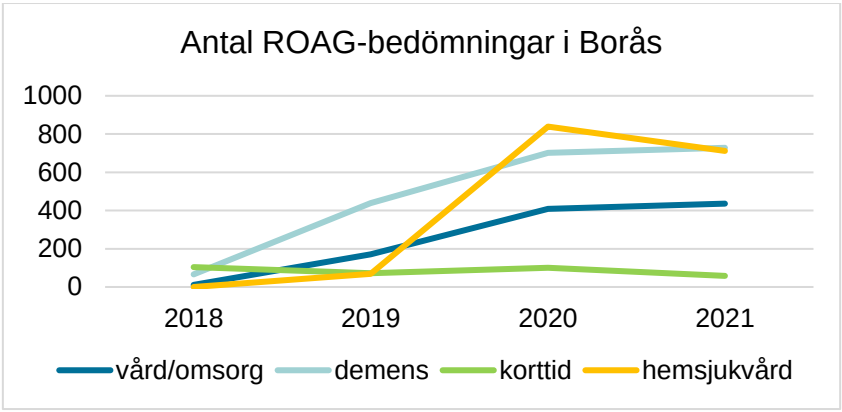
Mellan 2018 och 2021 hade 37 enheter i Borås Stad av 44 möjliga (84%) fått ROAG-utbildning. Antalet vård- och omsorgspersonal som fått ROAG-utbildning var 475. Av totalt 28 enhetschefer deltog 15 i utbildningen.

Både antalet ROAG-bedömningar totalt och antal ROAG-bedömningar per individ och år har ökat (Fig. I). Drygt 10 gånger fler bedömningar utfördes 2020 och 2021 jämfört med 2018. Största var ökningen i antalet ROAG-bedömningar inom hemsjukvård (Fig. J).

Täckningen av Senior alert med ROAG för alla som har HSL insats och bor på vård och omsorgsboende var 15% okt. 2018, 46% okt. 2019, 23% okt. 2020 och 52% okt. 2021.



Figur I. Antal ROAG-bedömningar genomförda totalt i Borås Stad 2018–2021 och antal ROAG-bedömningar per individ och år.



Figur J. Antalet ROAG-bedömningar i Borås per år för varje enhetstyp.

Slutsats

Sammantaget visade resultatet ett gott exempel på samverkan. En ny utbildning togs fram i samverkan där mål och mätetal formulerades. Majoriteten av omsorgspersonal inom vård- och omsorgsboende i Borås stad genomgick ROAG-utbildningen. Utvärdering visar att ROAG-bedömningarna i Borås stad ökade i antal och per individ. Målet på 90% täckning inom vård och omsorgsboende uppnåddes inte på grund av covid-pandemins påverkan på verksamheten.

III. Strömkarlen – ett pilotprojekt inom hemtjänst i Trollhättans Stad

Brattbäck Atzori A, Törneröd H, Persson J, Hägglin C.

Sammanfattning

Följande modell utarbetades i samverkan med hemtjänst i Trollhättans Stad. Syftet var att i samverkan mellan TAIK och kommunal hemtjänst utveckla och testa en modell för att beakta och vid behov inkludera munhälsoperspektivet i hemtjänstens omsorgsprocesser. Sammantaget visade projektet att det är möjligt att skapa en modell för att ta hänsyn till munhälsa inom ramen för hemtjänst, och att hemtjänst är en komplex arena. Strukturen inom hemtjänsten, med äldre personer som har insatser inom hälso- och sjukvårdslagen, men även enbart inom socialtjänstlagen bidrar till att munhälsoperspektivet tenderar att hamna i en gråzon och förbises. Modellen som skapades vid Strömkarlen visade att många äldre personer hade rätt till N-tandvård, och att flera hade förlorat en tidigare regelbunden tandvårdskontakt. Avseende tandvårdsbehov visade det sig att 26% av de inkluderade äldre personerna vid hemtjänsten, hade besvär från munnen. Resultaten indikerar att hemtjänsten som arena är ett fortsatt utvecklingsområde gällande att säkra ansvar och roller vad gäller munhälsoperspektivet och att samverkan kan vara en möjlig väg framåt.

Bakgrund

Trenden går mot att allt fler äldre personer vårdas i hemmet med komplexa vårdbehov. Västra Götalandsregionen (VGR) och kommuner i regionen har i ett samverkansavtal upprättat en gemensam strategi kring munhälsa och N-tandvård (N-tandvård, sid. 16) (54). Där beskrivs hur stöd till munvård ska ingå som en insats inom ramen för den dagliga omsorgen, om det föreligger ett behov för detta och att vid omfattande omvårdnadsbehov har individer rätt till N-intyg. WHO beskriver att behoven i hemvård kan vara av mycket skilda karaktärer – från preventiv, akut, rehabiliterande, till palliativ vård (55). För att säkerställa vårdprocesser inom hemtjänst bör särskild hänsyn tas till den höga personalomsättningen inom hemtjänst (Tabell 2, sid. 21). Hemtjänst definierades tidigt i TAIK-projektet som en arena där stöd för munhälsa till sköra personer förväntades göra stor skillnad i livskvalitet för den enskilde, såväl som att ge samhälleliga hälsovinster. Dock konstaterades att ansvar och roller gällande munhälsoperspektivet på denna arena var vaga. Mot denna bakgrund utvecklade och testade TAIK och hemtjänstområde Strömkarlen i Trollhättans en modell för att beakta munhälsa i hemtjänst.

Syfte

Syftet var att i samverkan mellan TAIK och kommunal hemtjänst utveckla och testa en modell för att beakta och vid behov inkludera munhälsoperspektivet i hemtjänstens omomsorgsprocesser.

Material och metod

Det kommunala hemtjänstområdet Strömkarlen är beläget centralt i Trollhättan. Vid årsskiftet 2019-2020 bestod antalet tillsvidareanställd personal av 31 personer. Vid tidpunkten för projektet hade totalt 90 individer hemtjänstinsatser vid Strömkarlen.

Procedur/modell

Modellen utvecklades gemensamt av TAIK och MAS samt hemtjänst Strömkarlen, och fick följande design:

- Interventionen innebar att brukare med biståndsbeslut ”personlig vård” fick tre munhälsofrågor ställda till sig som berörde förekomst av tandvårdskontakt, smärta i munnen, och behov av hjälp med munvård (Bilaga 7). Dessutom erhöll de en munhälsobedömning (ROAG) (Fig. K)
- Fyra utbildningar togs fram av mellan TAIK och kommunal hemtjänst gemensamt och genomfördes på Strömkarlen:

- Utbildning för biståndshandläggare och gruppledare i munhälsa och om vad som krävs för att ha rätt till N-intyg (120 min)
- Utbildning för enhetschefer inom hemtjänst avseende munhälsa och om vad som krävs för att ha rätt till N-intyg (120 min)
- Utbildning för vård- och omsorgspersonal samt sjuksköterska och gruppledare avseende basal munvård, N-intyg och ROAG-bedömning. Teori och praktik (120 min)
- Utbildning för vikarier, munhälsa, teori och praktik (120 min).

- TAIK skulle vara brobyggare gällande munhälsoperspektivet vid Strömkarlen
  - Månatlig avstämning mellan enhetschef på Strömkarlen, MAS och gruppledare, munvårdsombud samt ansvarig sjuksköterska – munvård etablerades. Lärdomar om hur munhälsoperspektivet kunde bli mer tydlig diskuterades inom hemtjänsten
  - Vid behov närvarade TAIK vid arbetsplatsträffar (APT).
  - TAIK hade löpande dialog med den tandhygienist som arbetade med tandvårdens uppsökande verksamhet på Strömkarlen.

Urval
Urvalet skulle utgöras av de brukare vid hemtjänsten Strömkarlen som hade biståndsbeslut om personlig vård. Av totalt 90 brukare hade 28 (31%) sådant biståndsbeslut och tillfrågades om deltagande.

Övriga urvalet utgjordes av nyckelpersonerna i projektet (se nedan).

Nyckelpersoner och deras funktioner i pilotprojektet:
Enhetschef (EC) hemtjänst
- Deltog vid utbildningstillfälle
- Beställde N-tandvårdsintyg när sådant var berättigat (för individer med insatser inom socialtjänstlagen, SOL)
- Säkerställde så att all berörd personal, inklusive vikarier, genomförde utbildning i ROAG-bedömning samt basal munvård
- Deltog vid regelbundna uppföljningar med TAIK Trollhättan.

Vård- och omsorgspersonal inom hemtjänst
- Deltog i utbildning
- Utförde munvård enligt genomförandeplan
- Deltog vid uppsökande verksamhets munhälsobedömning
- Identifierade sköra individer som var berättigade till N-tandvård
- Förmedlade munvårdsbehov till EC.

Munvårdsombud (vård- och omsorgspersonal med särskilt ansvar för munhälsa), två ombud utsågs bland vård- och omsorgspersonalen.
- Utförde ROAG-bedömningar och dokumenterade i journalsystemet för individer med insatser enbart enligt SOL.
- Deltog i regelbundna uppföljningar med TAIK i Trollhättans kommun.

Gruppledare
- Förutom det ansvar som gruppledaren delade med vård- och omsorgspersonal, ansvarade gruppledaren för att i journalsystemet säkerställa att information från biståndsenheten som rörde munhälsa nådde enhetschef samt munvårdsombuden. Gruppledaren säkerställde även att eventuella åtgärder kring munhälsa fanns dokumenterade i genomförandeplanen.

Sjuksköterska inom hemsjukvård

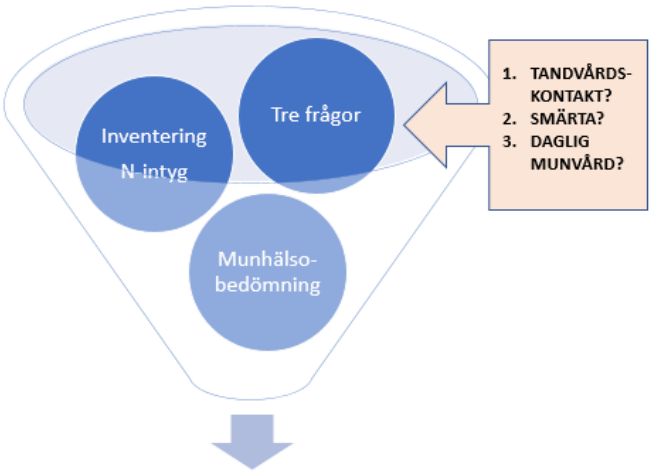
- Deltog i utbildning
- Erbjöd beställning av N-intyg när sådant var berättigat för individer med insatser inom HSL
- Utförde vid behov ROAG-bedömning för individer inskrivna vid hemsjukvård
- Deltog vid regelbundna uppföljningar med TAIK.

TAIK

- Fanns tillgänglig som en konsult/kontakt inom samtliga instanser ovan beskrivna
- Tog fram och medverkade i utbildningar enligt projektgruppens överenskommelse
- Tillhandahöll ett förslag på kort enkät med tandvårds-/munhälsofrågor (Bilaga 7).

Resultat

Samtliga individer vid hemtjänsten Strömkarlen med biståndsbeslut om personlig vård (n=28) tillfrågades av munvårdsombuden om de önskade delta i interventionen. Alla utom en brukare valde att delta.



Figur K. Test och utveckling av modell gällande munhälsobehov inom hemtjänsten Strömkarlen

Tre frågor

- Fyra brukare av 27 (15%) önskade stöd vid daglig munvård
- Nio brukare av 27 (33%) hade förlorat sin tandvårdskontakt och önskade hjälp med att återuppta den
- Sju brukare av 27 (26%) uppgav sig ha subjektiva besvär gällande munnen, såsom ont vid tuggning

Stöd vid daglig munvård kvalitetssäkrades genom att gruppledaren förde in önskan om stöd vid munvård i brukarnas genomförandeplaner. Vid förlorad tandvårdskontakt och/eller subjektiva besvär från munnen kontaktade TAIK respektive brukare varefter gruppledaren bokade tid hos tandvård.

N-intyg

En kartläggning vid projektets start visade att det endast var fyra (14%) av de totalt 28 brukarna med beslut om personlig vård, som hade N-intyg. Efter att TAIK tillsammans med gruppledare, enhetschef och sjuksköterska inventerat behov gällande resterande 24 individer identifierades ytterligare 20 (71%) brukare som kandidater till N-intyg. Intyg beställdes och utfärdades av Tandvårdssamordning

Koncernkontoret VG. Efter kartläggningen hade 24 (86%) brukare N-intyg jämfört med fyra (14%) innan.

ROAG-bedömningar
ROAG-bedömningar genomfördes efter att en inledande teoretisk och praktisk ROAG-utbildning givits av TAIK. De brukare (n=20) med insatser inom ramen för HSL fick ROAG-bedömningen av sjuksköterska. De brukare (n=6) med insatser inom ramen för SOL fick ROAG-bedömningen av munvårdsombuden. ROAG-bedömningarna utfördes dec. 2019 – feb. 2020. En av brukarna var vid tillfället för ROAG-bedömning inlagd på sjukhus och återvände inte till Strömkarlen.

TAIK deltog vid merparten av ROAG-bedömningarna, som en del i ömsesidigt lärande och kvalitetssäkring av utbildningsinsatsen. Detta innebar praktisk träning och handledning av såväl sjuksköterska som vård och omsorgspersonal. Dessutom fick TAIK möta brukare med stort omsorgsbehov inom hemtjänst och ta del av dokumentationsfrågor gällande ROAG.

IV. Kunskap och attityder hos vård- och omsorgspersonal vad gäller munhälsa/munvård – en enkätstudie

Johansson I, Persson J, Hägglin C.

Sammanfattning

Vid sviktande allmänhälsa riskerar munhälsan snabbt att raseras om inte omvårdnads- och tandvårdspersonal samt andra yrkesgrupper i vårdtagarens närhet hjälper den äldre genom ett adekvat omhändertagande. En förutsättning för att kunna erbjuda en god omsorg är kunskap. TAIKs uppgift är bl.a. att vara ett utbildningsstöd och förmedla kunskap kring munhälsa/munvård inom vård och omsorg i kommunen. I en enkätstudie undersöktes om kunskap och attityder kring munhälsa, munvård och tandvårdsstöd hos personal inom kommunal vård och omsorg, förändras efter en intervention med TAIK i kommunal verksamhet. Ett strategiskt urval av vård- och omsorgspersonal i de fyra TAIK- och två kontrollkommunerna besvarade en baseline-enkät 2018, innan TAIK startat sitt arbete, och en uppföljningsenkät tre år senare 2021. I TAIK-kommunerna ökade andelen personal som fått utbildning om munvård/-hälsa mellan baseline och uppföljning medan det i kontrollkommunerna blev en minskning. I TAIK-kommunerna var det dessutom en betydande ökning mellan baseline och uppföljning vad gällde kännedom om N-tandvård, medan det motsatta kunde ses i kontrollkommunerna. Mycket av detta speglar sannolikt TAIKs omfattande utbildningsverksamhet. I uppföljningen i TAIK-kommunerna ökade även andelen personal som tyckte att rutinerna för munvård var ganska/mycket bra. Vilket sannolikt är en effekt av TAIKs samverkansarbete med att revidera och utveckla rutiner för munvård. Sammantaget visar studien att TAIK-verksamheten bidragit till ökad kunskap gällande munhälsa/munvård vilket i förlängningen kan gynna den äldre personen.

Bakgrund

Att äldre personer med omsorgsbehov i allt större utsträckning (6) har kvar sina egna tänder, kan innebära utmaningar för personal inom vård och omsorg. Forskning visar att omsorgspersonal av olika anledningar upplever svårigheter med att bistå den äldre personen med munvård, samt att de har för lite kunskap i ämnet (18, 56-58).

Syfte

Att undersöka om kunskap och attityder kring munhälsa, munvård och tandvårdsstöd hos personal inom kommunal vård och omsorg förändras efter en intervention med TAIK i kommunal verksamhet, samt jämföra utfallet med kontrollkommuner.

Material och metod

Under augusti - september 2018, innan tandhygienisterna tillträtt sina tjänster, insamlades baseline-data via enkäter i TAIK-kommunerna Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan. I kontrollkommunerna Alingsås och Uddevalla skedde datainsamlingen under oktober 2018. Baseline-enkäten finns bifogad i Bilaga 8. Kontrollkommunerna valdes utifrån att de skulle matcha TAIK-kommunerna i så hög grad som möjligt (Tabell 1, sid. 20). Uppföljningsenkäter distribuerades efter 3 år hösten 2021 i TAIK- och i kontrollkommunerna. Enkäterna besvarades anonymt vid båda tillfällena.

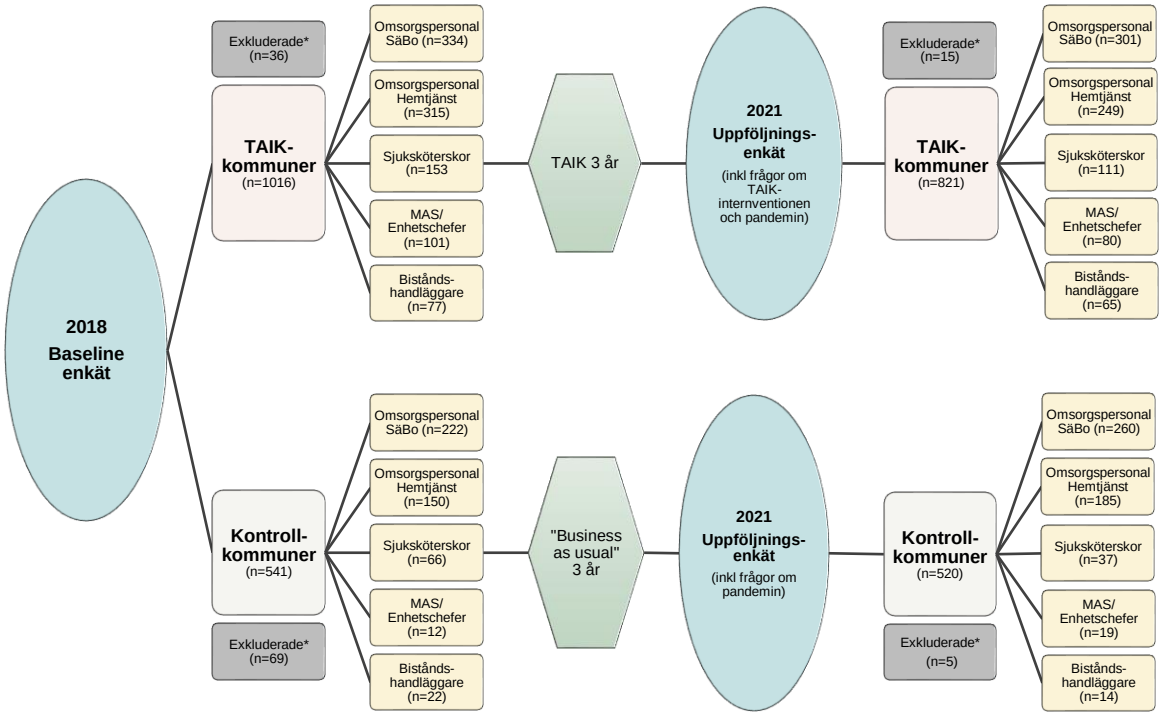
Ett strategiskt urval av enheter gjordes eftersom en enkätstudie som involverade samtliga anställda inom vård och omsorg hade blivit alltför omfattande. De SäBo och hemtjänstgrupper som valdes skulle ligga i tätorten och representera en viss socioekonomisk spridning. Enkäterna distribuerades så långt som möjligt till samma enheter vid båda tillfällena. Det fanns en strävan att ca 300 personal per kommun, skulle besvara enkäten (Tabell A). I varje kommun tillfrågades vård- och omsorgspersonal på SäBo och hemtjänst, sjuksköterskor, samtliga enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska

(MAS), socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och biståndshandläggare, om att delta. Flödesschema för datainsamlingen ses i Figur A.

Tabell A. Antal deltagare fördelat på kommun och yrke vid baseline 2018 och vid treårs-uppföljningen 2021.

	TAIK-kommuner								Kontrollkommuner			
	Borås		Kungälv		Skövde		Trollhättan		Alingsås		Uddevalla	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021
Omsorgspers. i SäBo	133	114	71	80	45	36	85	71	130	115	92	145
Omsorgspers. i hemtjänst	71	54	103	98	65	62	76	35	77	79	73	106
Sjuksköterska	32	32	21	16	33	25	67	38	19	15	47	22
MAS/enhetschef[2]	29	26	14	9	29	29	29	16	11	7	1	12
Biståndshandläggare	27	35	14	2	14	17	22	11	7	4	15	10
Total	292	261	223	205	186	169	279	171	244	220	228	295

[1]Undersköterskor och vårdbiträden [2]Även SAS, MAR



Figur A. Flödesschema för datainsamlingen och antal personer som besvarade enkäten fördelade på TAIK-kommuner, kontrollkommuner, yrkeskategori och exkluderade.
* Exkluderade är personal på korttid/växelvård/LSS och personer som inte angett nuvarande anställning samt personer som uppgett ”Annan anställning” (exempelvis samordnare, koordinator, aktivitetssamordnare och ledningsfunktioner som inte kunnat likställas med MAS/enhetschef).

Resultat

Urval/deltagare
Totalt lämnades 1710 baseline-enkäter ut i TAIK-kommunerna varav 1016 besvarades (59%) och 973 i kontrollkommunerna varav 541 besvarades (56%). Vid uppföljningen lämnades totalt 2611 enkäter ut varav 1341 besvarades (51%) och 1698 enkäter i TAIK-kommunerna varav 821 besvarades (48%) och 913 i kontrollkommunerna varav 520 besvarades (57%).

Reflektion:
Den faktiska svarsfrekvensen är förmodligen högre än ovan angivet eftersom det varit svårigheter att få uppgift om exakt hur många av de tilldelade enkäterna som verkligen delats ut till de anställda på respektive enhet och hur många som därmed fått möjlighet att besvara enkäten.

En majoritet uppgav att de hade arbetat med äldre i ≥ 6 år (TAIK-kommuner: baseline 72%, uppföljning 70%; kontrollkommuner: baseline 76%, uppföljning 72%). Bland omsorgspersonal på SäBo respektive i hemtjänst, bland sjuksköterskor och MAS/enhetschefer var det vid baseline 69-81% som arbetat ≥ 6år inom äldreverksamhet och vid uppföljningen, var det 67-76%. Bland biståndshandläggare var andelen lägre, med 55% vid baseline och 56% vid uppföljningen.

Det var ingen statistisk signifikant skillnad avseende hur länge personalen arbetat inom äldrevård/-omsorg mellan baseline och uppföljning *inom T*AIK- respektive kontrollkommunerna. Inte heller var det någon statistiskt signifikant skillnad *mellan* TAIK- och kontrollkommunerna vare sig vid baseline eller vid uppföljningen. Detsamma gällde när man studerade varje yrkesgrupp för sig.

Reflektion:
De små skillnaderna gällande hur länge personalen arbetat i äldrevård/-omsorg styrker att det strategiska urvalet var likartat vid både baseline och uppföljning i både TAIK- och kontrollkommunerna och även att TAIK- och kontrollkommunerna var väl matchade avseende yrkeserfarenhet avseende äldre.

I uppföljningsenkäten uppgav 88% av omsorgspersonal på SäBo och 82% inom hemtjänst att de arbetat med äldre i kommunen mer än tre år. För sjuksköterskor var andelen 62%, för MAS/enhetschefer 66% medan andelen var 75% för biståndshandläggare.

Reflektion:
Att en majoritet av de som besvarat enkäten hade arbetat mer än tre år inom äldrevård/-omsorg d.v.s. under hela den tid TAIK-projektet pågått, ökar sannolikheten för att det är samma personer som besvarat enkäten vid båda tillfällena.

Utbildning
Merparten av personalen i både TAIK- och kontrollkommunerna uppgav att de hade fått utbildning i munhälsa och munvård (Tabell B). Bland biståndshandläggarna var dock andelen med munhälsoutbildning låg, men i TAIK-kommunerna hade andelen med sådan utbildning ökat signifikant vid uppföljningen. Bland omsorgspersonal inom hemtjänst i kontrollkommunen hade istället andelen som uppgav att de fått utbildning i munhälsa/munvård sjunkit signifikant (Tabell B).

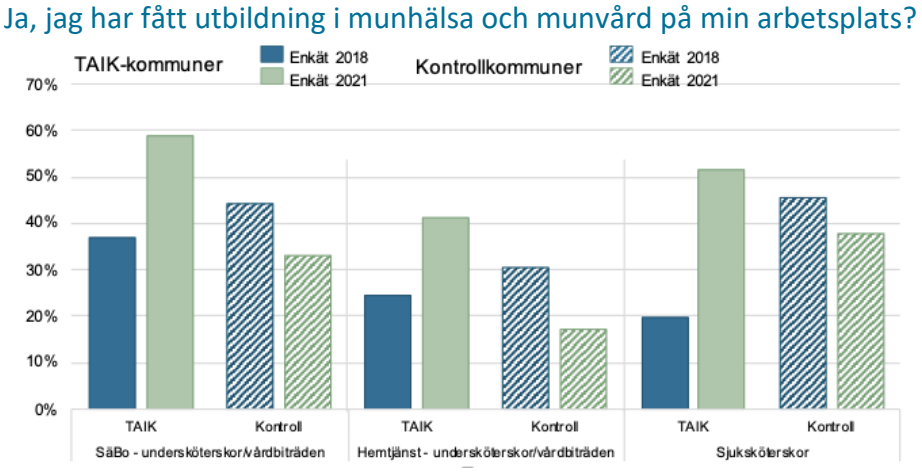
Tabell B. Andel (%) och antal (n) som besvarade frågan om de fått utbildning i munhälsa och munvård med ett ”Ja” fördelat utifrån yrkesgrupp vid baseline och uppföljning i TAIK- respektive kontrollkommunerna.

	SäBo[1]	Hemtjänst[1]	Sjuksköterskor	MAS/EC[2]	Biståndshandläggare
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
TAIK					
Baseline	82 (274)	75 (235)	78 (119)	71 (72)	37 (28)[3]
Uppföljning	80 (233)	74 (181)	82 (91)	77 (61)	68 (13)
Kontroll					
Baseline	81 (179)	73 (109)[4]	83 (55)	83 (10)	45 (10)
Uppföljning	76 (192)	59 (106)	89 (33)	68 (13)	69 (9)

[1.] Undersköterskor/vårdbiträden [2.] MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska), EC = Enhetschefer
[3.] TAIK-kommuner; Biståndshandläggare: p=0,006; [4.] Kontrollkommuner; Hemtjänst: p=0,005

I Figur B redovisas andelen omsorgspersonal (SäBo och hemtjänst) och sjuksköterskor vid baseline och uppföljning, som uppgivit att de fått utbildning i munhälsa och munvård på sin arbetsplats. I TAIK-kommunerna ökade andelen som fått sådan utbildning statistiskt signifikant för alla tre grupperna mellan baseline och uppföljning. I kontrollkommunerna var det däremot en statistiskt signifikant minskning för omsorgspersonal på SäBo och i hemtjänst. I Figur B redovisas inte biståndshandläggare och MAS/enhetschefer eftersom det var få av dessa som besvarat frågan i kontrollkommunerna.

Reflektion:
Resultatet visar på behov av att stärka kunskap och färdigheter inom området munhälsa och munvård hos personalen. En viktig uppgift för TAIK har varit att kompensera bristerna via ett stort fokus på utbildningsverksamhet. Att TAIK lyckats med detta avspeglas i den ökade andelen personal, som i TAIK-kommunerna till skillnad från kontrollkommunerna, angav att de under projekttiden fått munhälso- och munvårdsutbildning på sin arbetsplats. Detta är särskilt glädjande med tanke på att det under halva projekttiden pågick en pandemi.



Figur B. Andelen undersköterskor/vårdbiträden på SäBo och hemtjänst samt sjuksköterskor i TAIK- respektive kontrollkommunerna som vid baseline och vid uppföljningen angav att de fått utbildning i munhälsa/munvård på sin arbetsplats.

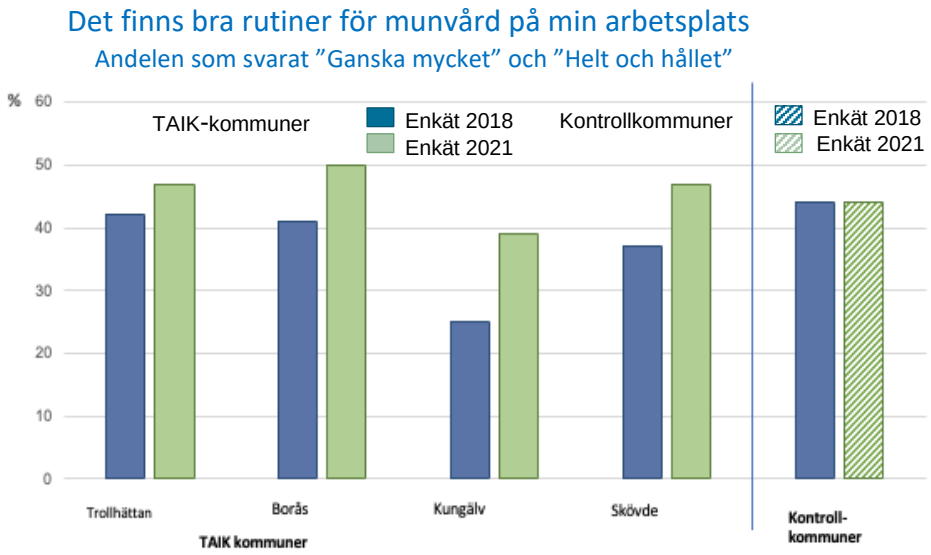
Kunskaps- och attitydfrågor i urval
Vad gäller kunskaps- och attitydfrågorna om munhälsa/munvård (Bilaga 8), så var skillnaderna mellan TAIK- och kontrollkommunerna och även mellan baseline och uppföljning i båda kommunerna små.

Hur ofta tycker du att vårdtagare bör få munvård?
Av samtliga som besvarat baseline-enkäten så ansåg 96% att munvård skulle utföras ≥ 2 gånger om dagen med endast marginell skillnad mellan TAIK- och kontrollkommuner. Uppföljningen 2021 visade ett något lägre resultat, 94%. Sjuksköterskor i både TAIK- och kontrollkommuner, samt vid baseline och uppföljning, svarade i högre utsträckning än övriga yrkesgrupper att munvård bör utföras oftare än 2 gånger per dag (20% för sjuksköterskor jämfört ≤ 10% för övriga yrkesgrupper).

Reflektion:
Att mer än 90% tyckte att munvård borde utföras ≥ 2 gånger per dag var positivt. En femtedel av sjuksköterskorna ansåg till och med att munvård skulle utföras oftare än 2 gånger per dag. Troligen speglar det att sjuksköterskorna i högre grad träffar och arbetar med sjuka vårdtagare med stort vårdbehov, medan undersköterskor/vårdbiträden har en större variation på sina vård/omsorgstagare vad gäller hälsa/ohälsa.

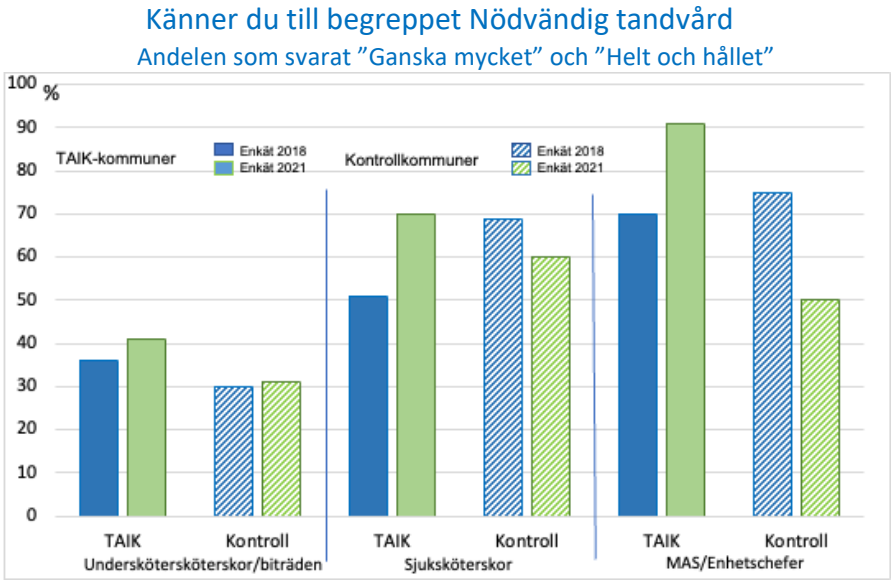
Det finns bra rutiner för munvård på min arbetsplats.
Av samtliga personer oavsett yrkeskategori, som besvarat frågan ”Det finns bra rutiner för munvård på min arbetsplats”, så ökade andelen som upplevde att så var fallet ”*ganska mycket/helt och hållet*” i TAIK-kommunerna mellan baseline och uppföljning, medan ingen förändring kunde ses i kontrollkommunerna. Det bör dock påpekas att i kontrollkommunerna var det redan vid baseline en högre andel än i TAIK-kommunerna, som upplevde att de hade bra rutiner. Svaren gavs på en fem-gradig skala (Bilaga 8)

Reflektion:
TAIKs arbete i samverkan med kommunal vård och omsorg med att revidera och skapa rutiner för munvårdsarbetet tycks ha gett resultat.



Figur C. Andelen enkätbesvarare som ansåg att det ”*ganska mycket” alternativt ”helt och hållet”* fanns bra rutiner gällande munvårdsarbete på arbetsplatsen TAIK-respektive kontrollkommunerna vid baseline 2018 och vid uppföljningen 2021.

Känner du till N-tandvård?
Vård- och omsorgspersonalen tillfrågades om sina kunskaper kring tandvårdsstöden. I Figur D redovisas andelen som uppgav att de kände till begreppet Nödvändig tandvård ”*ganska mycket” alternativt ”helt och hållet”.* Bland undersköterskor/vårdbiträden på SäBo och Hemtjänst sågs endast marginella skillnader i både TAIK- och kontrollkommunerna och generellt var kunskapen kring stödet lägre än hos övriga två yrkeskategorier. Bland sjuksköterskor och MAS/enhetschefer i TAIK-kommunerna var det en hög andel som uppgav att de kände till Nödvändig-tandvård och det hade skett en klar ökning under tre-årsperioden. I kontrollkommunerna var bilden den motsatta (Fig. D)



Figur D. Andelen enkätbesvarare som ”*ganska mycket” alternativt ”helt och hållet”* ansåg sig känna till begreppet Nödvändig tandvård i TAIK-respektive kontrollkommunerna vid baseline 2018 och vid uppföljningen 2021.

Reflektion:
De goda resultaten i TAIK-kommunerna gällande sjuksköterskor och MAS/enhetschefer speglar sannolikt en TAIK-effekt. Kunskapen om N-tandvård är troligen en bidragande orsak till den ökande förskrivningen av N-intyg i dessa kommuner. Mer bekymmersamt är att endast 30-40% av undersköterskor/vårdbiträden väl känner till N-tandvård, liksom att kännedomen om stödet minskat bland sjuksköterskor och MAS/enhetschefer i kontrollkommunen. Sammantaget finns det därmed en risk att många av de som är berättigade till N-intyg inte får ett sådant, vilket kan få negativa följder för deras munhälsa.

Attityder och kunskap kring munhälsa och munvård
Under tre-årsperioden ökade kunskapen om Senior alert, ROAG och N-tandvård. Däremot var förändringarna i attityder och kunskap kring munhälsa och munvård små.

För övrig information kring studien hänvisas till den vetenskapliga artikel som kommer att publiceras i internationell vetenskaplig tidskrift under 2023 (I. Johansson *et al*). Artikeln kommer bland annat redovisa och diskutera resultaten av framför allt enkätens attityd och kunskapsfrågor kring munhälsa och munvård.

V. Kvalitetssäkring av N-intyg, munvårdskort och munvårds-produkter på särskilt boende

Brattbäck Atzori A, Hägglin C, Odenö B, Persson J, Ringdahl M, Törneröd H

Sammanfattning

Munvårdskort (mv-kort) upprättas för de personer som har N-tandvård och dessutom tackat ja till en munhälsobedömning. Mv-korten är därmed ofta rekommendationer som upprättas i samverkan, mellan personen med N-tandvård, kommunal verksamhet och tandvården. För att säkerställa att informationen på mv-korten nådde personerna med N-tandvård, gjordes kvalitetssäkring av mv-kort i två kommuner vid några särskilda boenden, samt en senare uppföljning. Resultatet visar på skillnader mellan boenden och kommuner, både gällande hantering och uppföljning. Det tycks även skilja sig mellan rekommendationer inom tandvården gällande olika produkter vid olika munhälsotillstånd. En hög andel av brukarna på Särskilt Boende (SäBo) hade erhållit N-tandvårdsintyg. Vid uppföljning av mv-kort hade rekommendationer kring munvård i högre grad än vid första kvalitetssäkringen inkluderats i genomförandeplanen. I en av kommunerna hade munvårds-produkter som rekommenderats på mv-korten i hög grad införskaffats och fanns tillgängligt.

Föreliggande förbättringsprojekt blev i hög grad påverkat av pandemin, då såväl återkoppling samt utvecklingsarbete blev lidande på olika sätt. Resultatet är därmed svårtolkat. En slutsats är att utfärdandet och användandet av munvårdskort behöver utvecklas. Kvalitetssäkring är en del i detta arbete för att i längden säkra munhälsa för en skör patientgrupp.

Bakgrund

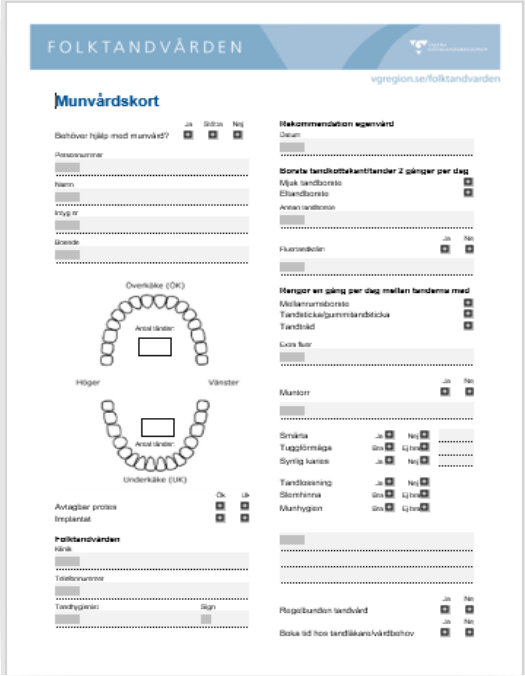
Munvård ingår vid behov i den dagliga omvårdnaden och innefattar tandborstning, rengöring mellan tänderna och att vid behov rengöra, smörja och fukta slemhinnor och läppar. Det är oftast omsorgspersonal som utför munvård och det upplevs ibland som en svår arbetsuppgift (17-19). Hälsofrämjande strukturer kring den dagliga munvården kan vara ett stöd. En sådan hälsofrämjande struktur är tandvårdsstödet N-intyg (8), som erbjuds personer med ett långvarigt, omfattande omvårdnadsbehov och därmed omfattar de flesta som bor på SäBo). N-intyg innebär bland annat ett erbjudande om en årlig munhälsobedömning i hemmet som utförs av tandhygienist eller tandläkare. I samband med munhälsobedömningen upprättas ett mv-kort som visar personens tandstatus, rekommenderade hjälpmedel och produkter samt behov av tandvård, vilket sedan ska fungera som att stöd vid daglig munvård (Fig. I). Det ingår även en bedömning om personen klarar av egen munvård eller behöver stöd/hjälp.

En studie inom CÄT har visat på brister såsom att mv-korten ofta fanns i pärmar på avdelningskontor eller inlåsta i skåp i den äldre personens boende eller inte kunde återfinnas alls (56). Dessutom saknades rekommenderade produkter och hjälpmedel hos cirka hälften av personerna på dessa vård och omsorgsboenden. Detta kan ses som ett tecken på att mv-korten inte fungerar som det stöd de är tänkt att vara.

Detta ledde till att ett kvalitetssäkringsarbete genomfördes inom pilotprojekt TAIK i Mariestads kommun 2015–2016 (4). TAIK följde där upp och dokumenterade rutiner kring mv-kort med syfte att bland annat undersöka kortens förekomst, placering samt om rekommenderade munvårdsprodukter fanns tillgängliga. Därefter skedde återkoppling och uppföljning gjordes ett år senare. Behovet av kvalitetssäkring visade sig vara stort och den ledde till en tydlig förbättring. Kvalitetssäkring blev därför även en del av uppdraget i det nya TAIK-projektet. Kvalitetssäkringsarbetet startade i Borås och Trollhättan hösten 2019. Covid 19 pandemin påverkade dessvärre arbetet så att uppföljningen inte kunde genomföras efter ett år, utan blev fördröjt.

Syfte

Syftet med studien var att genom inventering på SäBo kartlägga nuläget vad gäller förekomst av N-intyg och mv-kort. Vidare mv-kortens och de rekommenderade munvårdsprodukternas tillgänglighet och eventuella förbättringsområden, samt efter återkoppling till boendena, genomföra en uppföljning.


FOLKTANDVÅRDEN

vgregion.se/folktandvarden

Munvårdskort

Ja Skötas Nej

Behöver hjälp med munvård?

Personnummer

Namn

Intyg nr

Boende

Överkäke (ÖK)

Antal tänder:

Höger Vänster

Antal tänder:

Underkäke (UK)

Ök Uk

Avtagbar protes

Implantat

Folktandvården

Klinik

Telefonnummer

Tandhygienist Sign

Rekommendation egenvård

Datum

Borsta tandkött&tänder 2 gånger per dag

Mjuk tandborste

Eltandborste

Annan tandborste

Fluortandkräm Ja Nej

Rengör en gång per dag mellan tänderna med

Mellanrumsborste

Tandsticka/gummitandsticka

Tandtråd

Extra fluor

Munkorr Ja Nej

Smärta Ja Nej

Tuggsvårigheter Ibland Ej bedömt

Syntig karies Ja Nej

Tandlossning Ja Nej

Slemhinna Ibland Ej bedömt

Munhygien Ibland Ej bedömt

Regelbunden tandvård Ja Nej

Boka tid hos tandläkare/vårdbehov Ja Nej

Figur I. Exempel på munvårdskort använt i Västra Götalandsregionen.

Material och metod

I samverkan med MAS och enhetschefer genomfördes i augusti 2019 en kvalitetssäkring av mv-kort på sex avdelningar på två SäBo i Trollhättan och i februari 2020 på 10 avdelningar på två SäBo i Borås. Kungälv skulle också delta i kvalitetssäkringen, men hann inte komma i gång innan pandemin stängde boendena. Skövde kommun önskade inte delta i detta arbete.

Socioekonomisk spridning eftersträvades i urvalet av boenden. I Borås valdes ett stort och ett litet boende i två socioekonomiska skilda områden. I Trollhättan valdes ett av boendena på grund av att det varit en avvikelseanmälan rörande munhälsa där.

Alla boende som fått munhälsobedömning utförd och därmed skulle ha mv-kort, ingick i kvalitetssäkringen. Därefter skedde en återkoppling (skriftlig och muntlig) av resultaten till varje kvalitetsgranskat SäBo. I samband med återkopplingen genomfördes även en workshop i Trollhättan på respektive SäBo, i syfte att tillsammans skapa handlingsplaner för att säkra rutiner gällande mv-kort och daglig munvård (Tabell 1). En uppföljning genomfördes med samma metodik i september 2021 i Trollhättan och i juni 2021 i Borås. Uppföljningen skulle ha skett efter ett år, men grund av pandemin blev uppföljningen försenad med 13 månader i Trollhättan och fyra månader i Borås.

Den första kvalitetssäkringen genomfördes av TAIK tillsammans med en personal på respektive avdelning. Vid kvalitetssäkringen användes ett granskningsformulär (Bilaga 9). För alla omsorgstagare på avdelningen registrerades bl.a. förekomst av N-intyg, om de var nyinflyttade och om de tackat nej till munhälsobedömning. De omsorgstagare som erhållit en munhälsobedömning av FTVs uppsökande verksamhet och därmed skulle ha ett mv-kort, besöktes så att ytterligare uppgifter kunde samlas in rörande mv-kortet (Bilaga 9).

Inom tre månader efter granskningen gavs en återkoppling av resultaten av kvalitetssäkringen på boendena – vad som fungerade bra på avdelningen och vad som kunde förbättras. Nedan visas ett exempel på hur den skriftliga återkopplingen kunde se ut:

+ Bra med mv-kort i badrummen
+ Bra att munvård dokumenteras i genomförandeplanen
- Rekommenderade munvårdsartiklar saknas ofta. Bra om rutin kan skapas
- Hos flera brukare som har omfattande omvårdnadsbehov stod noterat att de sköter sin munvård själva. Det är rimligt att anta att brukare med omfattande omvårdnadsbehov kan behöva stöd/hjälp med sin munvård i vardagen.

Uppföljningen gick sedan till på samma sätt som vid den första granskningen.

Tabell I. Resultat efter handlingsplan framtagen av personal, chefer samt TAIK.

Vad	Hur	Vem	När
Se till att alla brukare har N-intyg	Ta kontakt med sjuksköterska	Kontaktperson	Vid inflyttningstillfället.
Se till att alla munvårdskort är uppdaterade	Titta i brukarens omsorgspärm	Kontaktpersonen	Nästa team-möte
Få in munvård i genomförandeplanen vid behov.	Kontaktperson	Personen som är ansvarig för genomförandeplanen	Vid behov
Om brukare inte vill utföra munvård	Rapportera till kollega	Omvårdnadspersonal ev. sjuksköterska	Vid aktuell rapportering
Stöd vid munvård	På olika sätt stödja munvård	Personal/Brukare	Morgon och kväll

Resultat

Totalt bodde 155 personer på de fyra kvalitetsgranskade boendena i Trollhättan och Borås 2019/2020 och 148 personer 2021. I Trollhättan utgjordes underlaget av 45 personer 2019, varav 60% var kvinnor, medan 2021 var antalet 48 personer, varav 52% var kvinnor. Medelålder 2019 var 84 år och 2021 82 år. I Borås utgjordes underlaget 2020 av 110 personer, varav 68% var kvinnor. Vid uppföljningen 2021 var det 100 personer, varav 66% var kvinnor. Medelålder 2020 var 84 och 2021 83 år. 2019 fanns för två personer endast uppgift om ålder och kön och 2021 gällde detta en person. Dessa tre ingår inte i de följande dataanalyserna.

Förekomst av N-intyg:
År 2019 hade 87% av de som bodde på de kvalitetsgranskade boendena i Trollhättan N-intyg. Vid kvalitets-granskningen 2021 hade andelen ökat till 92% (Tabell II). I Borås 2020 hade 91% av de boende N-intyg. Vid kvalitetsgranskningen 2021 hade andelen ökat till 94%.

Reflektion:
- Andelen personer på SäBo med N-intyg visade en tendens till att öka vid uppföljningen (p=0,2), men redan vid första granskningen var andelen med N-intyg relativt hög (omkring 90%).

Förekomst av N-intyg i relation till nylig inflyttning på SäBo
Av de 6 äldre personer som bodde på SäBo i Trollhättan och som saknade N-intyg 2019 var bara 1 person nyinflyttad under de senaste tre månaderna. År 2021 var 1 av 4 nyinflyttad. Av de 10 äldre personer som bodde på SäBo i Borås och som saknade N-intyg 2019 var 4 personer nyinflyttade under de senaste tre månaderna och 2021 var 3 av 6 nyinflyttade.
Totalt i Trollhättan och Borås hade vid första kvalitetsgranskningen 76% av de boende fått sina N-intyg inom tre månader efter flytt till boendet och vid uppföljningen var det 80%.

Reflektion:
- De flesta N-intyg utfärdades snabbt när den omsorgsberoende personen flyttade till boendet, men några av dessa kan ha haft N-intyg redan innan.
- För ett antal av de omsorgsberoende vet vi inte anledningen till avsaknad av N-intyg. De kan ha tackat nej till N-intyg, inte erbjudits det eller inte varit berättigade (partner).

Tabell II. Antal (n) äldre personer på sex avdelningar på två SäBo i Trollhättan vid kvalitetsgranskningen 2019 och vid uppföljningen 2021, samt antal och andel (%) som hade N-intyg och mv-kort av de boende.

	Trollhättan				**Borås**			
SäBo	2019		2021		2020		2021	
	n	*%*	n	*%*	n	*%*	n	*%*
Antal omsorgstagare	45		48		110[1]		100[2]	
Har N-intyg	39	*87*	44	*92*	98	*91*	93	*94*
Har mv-kort	27	*60*[3]	37	*77*[3]	66	*67*[3]	30	*32*[3]

[1] För två saknas alla uppgifter förutom ålder och kön. Analyserna görs därför på 108 individer
[2] För en person saknas uppgift om N-intyg. Analyserna görs därför på 99 individer
[3] Andel med N-intyg som har mv-kort

Förekomst av mv-kort
Av de 45 brukarna i Trollhättan 2019 så hade 60% mv-kort. Av de 48 brukarna 2021 så hade 77% mv-kort – en ökning med 17 procentenheter jämfört med 2019 (X^2: p=0.05)(Tabell II). I Borås var situationen en helt annan, 67% med mv-kort 2020, som året efter minskat till 32% (X^2: p<0,001) (Tabell II).

Reflektion:
- I Trollhättan kunde en klar ökning av andelen med mv-kort ses vid kvalitetsgranskningen 2021. Troligen berodde detta på TAIKs återkoppling, workshop och framtagna handlingsplaner och att munhälsobedömningar kunnat göras trots pågående pandemi.
- I Borås hade inte den uppsökande verksamheten gjort några munhälsobedömningar sedan första kvalitetsgranskningen i februari 2020. Därför fanns det bara gamla mv-kort och de som flyttat in under 16 månaders perioden, hade inte fått någon munhälsobedömning och hade därmed inget mv-kort.

Orsak till avsaknad av mv-kort
I tabell III framgår anledningar till att mv-korten kan saknas. En anledning var att de boende inte hade något N-intyg och därmed inte heller kunde få munhälsobedömning av tandvårdens uppsökande verksamhet En annan orsak kan ha varit att de var nyinflyttade (< tre månader på SäBo) och troligen inte hunnit få någon munhälsobedömning. Ytterligare en anledning var att några tackat nej till tandvårdens uppsökande verksamhets munhälsobedömning. Vid uppföljningen i Trollhättan var det ingen som saknade mv-kort av ”Okänd anledning”, medan majoriteten av omsorgstagarna i Borås saknade mc-kort av ”Okänd anledning”. Det har i efterhand framkommit att orsaken till övervägande del berodde på att den tandvårdens uppsökande verksamhet inte kunnat besöka boendena i Borås under pandemin.

Reflektion:
- Vid första granskningen var det lika stor andel som saknade mv-kort i Trollhättan och Borås. I Borås var dock andelen som saknade mv-kort av ”Okänd anledning” betydligt högre än i Trollhättan. Medan ingen saknade mv-kort av ”Okänd anledning” vid uppföljningen i Trollhättan, hade andelen ökat betydligt i Borås. Detta speglar huvudsakligen en avsaknad av munhälsobedömningar i Borås p.g.a. pandemin. Resultaten av den uppföljningen i Borås kan till vissa delar inte användas eftersom kvalitetssäkringen förutsatte att en ny munhälsobedömning gjorts under mellantiden.

Tabell III. Antal (n) och andel (%) personer på SäBo som saknade mv-kort vid kvalitetsgranskningen 2019/2020 i Trollhättan och Borås och i uppföljningen 2021, samt fördelning utifrån olika anledningar till att mv-korten saknades.

SäBo	Trollhättan		Borås	
	2019 n *(%)*	2021 n *(%)*	2020 n *(%)*	2021 n *(%)*
Saknar mv-kort	17 *(38)*	11 *(23)*	42 *(39)*	69 *(70)*
Anledning:				
Saknar N-intyg	6[1] *(35)*	4[1] *(36)*	10[2] *(24)*	6[3] *(9)*
Nyinflyttad	7[4] *(41)*	5[4] *(45)*	8[4] *(19)*	10[4] *(14)*
Nej-tack MHB[5]	-	2 *(18)*	5 *(12)*	-
Okänd anledning	4 *(24)*	-	19 *(45)*	53 *(77)*

[1] Varav en var nyinflyttad för mindre än tre månader sedan
[2] Varav fyra var nyinflyttade för mindre än tre månader sedan
[3] Varav tre var nyinflyttade för mindre än tre månader sedan
[4] Nyinflyttade men har N-intyg
[5] MHB = Uppsökeriets munhälsobedömning

Förekomst av flera och/eller inaktuella mv-kort hos personer med mv-kort

Förekomst av inaktuella mv-kort studerades också vid kvalitetssäkringen. Att de är inaktuella innebär att de inte uppdaterats från föregående kalenderår. I kvalitetssäkringen innebar det att mv-korten var mer än 16 månader gamla. År 2019 i Trollhättan saknades aktuella/uppdaterade mv-kort hos 37% av de med mv-kort (10 av 27). År 2021 saknades aktuella/uppdaterade mv-kort endast hos 5% av de med mv-kort (2 av 37) – en förbättring med 31 procentenheter (X^2: p=0.002).

I Borås 2020 var siffrorna omvända. År 2020 var endast 2 av 61 mv-kort inaktuella (3%) medan 2020 var siffran hela 24 av 30 (80%) (X^2: p<0.001) p.g.a. att tandvårdens uppsökande verksamhet inte kunnat besöka SäBo p.g.a. pandemin. De sex ”aktuella” mv-korten 2021 var samma kort som vid den första kvalitetsgranskningen 2020. De var då nyutfärdade, medan de 2021 hunnit bli ca. 16 månader gamla.

År 2019 fanns det i Trollhättan flera mv-kort med olika datum hos 29% (8 av 28) av, varav det hos fyra fanns både aktuellt och inaktuellt kort och hos andra hälften (n=4) bara inaktuella. År 2021 fanns det flera mv-kort med olika datum hos 14% (5 av 37) av de boende – en förbättring med 15 procentenheter. Hos dessa fem personer med flera mv-kort hade en person både inaktuellt och aktuellt kort, medan de övriga fyra bara hade inaktuella kort.

År 2020 fanns det i Borås flera mv-kort med olika datum hos 30% (18 av 60) av de omsorgsberoende. I uppföljningen 2021 fanns det flera mv-kort med olika datum hos 50% (14 av 28) av de omsorgsberoende – en försämring med 20 procentenheter. Hos 5 av personerna med flera mv-kort hade 1 person både inaktuellt och aktuellt kort, medan de övriga fyra bara hade inaktuella kort.

Reflektion:

I Trollhättan sjönk andelen med inaktuella mv-kort signifikant, medan den ökade i Borås p.g.a. avsaknad av uppsökande verksamhet under pandemin. Nästan en tredjedel av de som hade mv-kort hade flera sådana vid första kvalitetsgranskningen både i Trollhättan och Borås. I uppföljningen 2021 var det betydligt ovanligare med flera mv-kort i Trollhättan. Detta kan ses som ett positivt resultat eftersom det i hälften av fallen där det fanns flera mv-kort, enbart rörde sig om inaktuella kort i flera upplagor och uppdaterat kort helt saknades.

Placering av mv-kort

I Trollhättan 2019 var var och ett av alla mv-kort placerade i en pärm i ett låst skåp i badrummet hos den äldre personen (Tabell IV). Att förvara kortet i badrummet ses som önskvärt eftersom det är där munvården oftast sker, men om det är inlåst blir det ändå inte lätt tillgängligt. Vid uppföljningen 2021 hade en tydlig förändring skett, mv-korten förvarades fortfarande i en pärm, fast nu inlåsta i ett skåp i rummet.

Reflektion:
Återkopplingen på den första kvalitetsgranskningen visade sig inte ha medfört någon förbättring avseende placeringen av mv-korten, vare sig i Trollhättan eller Borås.

Tabell IV. Placering av mv-korten på SäBo Trollhättan 2019 och vid uppföljningen 2021.

	Trollhättan				Borås			
	2019		2021		2019		2021	
Placering mv-kort	n	*%*	n	*%*	n	*%*	n	*%*
Badrum	28[1]	*100*	1	*3*	7	*11*	3	*10*
Övriga bostaden			36[1]	*97*	48	*73*	24	*83*
Samlat i pärm på avd.					10	*15*	2	*7*
Annan placering					1	*2*		

[1.] I brukarpärm inlåsta i skåp

Munvård i genomförandeplanen?
I genomförandeplanen dokumenteras respektive omsorgstagares behov av insatser såsom hjälp med bäddning, munvård m.m. Vid kvalitetssäkringen undersöktes om munvård fanns noterat i genomförandeplanen. I tabell V framgår hur många som vid första och andra kvalitetsgranskningen hade en sådan notering.

I Trollhättan hade ingen genomförandeplan hänvisning till brukarens munvårdskort. I Borås hade ingen genomförandeplan hänvisning till mv-kort vid första kvalitetsgranskningen, men vid uppföljningen hänvisades till kortet i åtta genomförandeplaner (8%).

Reflektion:
I uppföljningen hade notering om munvård införts i genomförandeplanen i signifikant högre utsträckning i både Trollhättan och Borås, vilket troligen är en effekt av kvalitetssäkringen.

Tabell V. Redovisning av i vilken utsträckning noterades i genomförandeplanerna på SäBo i Trollhättan och Borås vid första kvalitetsgranskningen och vid uppföljningen.

	Trollhättan		Borås	
Munvård - notering	2019[1]	2021[1]	2020[2]	2021[2]
i genomförandeplan	n *(%)*	n *(%)*	n *(%)*	n *(%)*
Ja	*15 (34)*	34 *(71)*	48 *(44)*	64 *(65)*

[1] X^2: p=0,001; [2] X^2: p=0,004

Rekommenderade munvårdsprodukter och tillgänglighet
I tabell VI redovisas om de i mv-korten rekommenderade munvårdsartiklarna fanns tillgängliga vid första kvalitetsgranskningen, samt vid uppföljningen. I Trollhättan 2019 saknade 61% av brukarna helt eller delvis de rekommenderade munvårdsartiklarna, medan siffran 2021 sjunkit till 14% (X^2: p =0,002).
Vid första kvalitetsgranskningen, var andelen som helt eller delvis saknade munvårdsprodukter betydligt lägre i Borås 43% jämfört med Trollhättans 61%. Däremot var det inte någon signifikant skillnad i Borås mellan första granskningen och den uppföljande avseende förekomst av munvårdsprodukter (39% jämfört med 43%).

Reflektion:
I Trollhättan hade det i uppföljningen blivit en signifikant ökning jämfört med 2019 avseende om alla rekommenderade munvårdsartiklar fanns tillgängliga. I Borås skedde ingen sådan ökning, men där ska resultaten tolkas med försiktighet med tanke på att inga munhälsobedömningar genomförts under mellantiden.

Tabell VI. Redovisning av i vilken utsträckning munvårdsartiklar rekommenderade i mv-kortet fanns tillgängliga i de boendes lägenheter på SäBo i Trollhättan och Borås vid första kvalitetsgranskningen och vid uppföljningen.

	Trollhättan		**Borås**	
Munvårdsprodukter	2019[1]	2021[2]	2020[3]	2021[4]
Tillgängliga:	n *(%)*	n *(%)*	n *(%)*	n *(%)*
Allt finns	6 *(27)*	30 *(86)*	31 *(57)*	16 *(62)*
Saknas delvis	9 *(41)*	5 *(14)*	20 *(37)*	10 *(39)*
Saknas helt	7 *(32)*	-	3 *(6)*	-

[1] Fem mv-kort saknade svar på frågan; [2] Två mv-kort saknade svar på frågan;
[3] Tolv mv-kort saknade svar på frågan; [4] Fyra mv-kort saknade svar på frågan.

Diskussion

I Västra Götaland har skapats ett koncept, Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK), där tandhygienister är integrerade i den kommunala verksamheten. Projektets övergripande mål var att främja en god hälsa med ett inkluderat munhälsoperspektiv hos den äldre befolkningen. Äldre personer, som är sköra och beroende av hjälp i sitt dagliga liv, har ofta bristfällig munhälsa vilket kan påverka deras livskvalitet och allmänhälsa (7, 8). Inom TAIK är tandhygienisterna sakkunniga i tandvårdsfrågor och kvalitetssäkrar munvårdsrutiner inom kommunal omvårdnad samt stärker kompetensen hos kommunal vård- och omsorgspersonal.

Resultaten visar att TAIK-projektet har bidragit till en gemensam förståelse och ökad kunskap om tandvård, munhälsa och kommunal verksamhet. Projektet har inneburit ett förändringsarbete och resultaten visar att det är viktigt att ha en funktion i kommunal verksamhet som är expert på munhälsa och som kan driva munhälsofrågor på ett professionellt sätt. Funktionen blir en brobyggare som förstår såväl tandvård som kommunal verksamhet vilket i förlängningen kan få stor framtida betydelse för äldres hälsa och livskvalitet. TAIK-konceptet har blivit en infrastruktur för munhälsofrämjande insatser. Projektet har givit värdefulla nya erfarenheter och kunskaper, och nya rutiner och samverkansformer mellan tandvård och kommunal verksamhet har kunnat utvecklas och testas.

En viktig erfarenhet har varit att för ett gott samarbete och samverkan krävs förståelse för varandras roller, förutsättningar och arbetsuppgifter. Projektet har även identifierat ett behov hos tandvården av ökad kunskap om kommunens organisation, politisk styrning, rutiner och lagstiftning. Utvärderingen visar att syftet i hög grad uppnåtts, trots händelser som inte gått att förutse – till exempel en pandemi. Insatser inom TAIK-projektet har skapat förutsättningar för en god munhälsoutveckling för kommunernas äldre befolkning, funktionellt oberoende, sköra såväl som beroende. TAIK-konceptet visar på nya möjligheter att möta både befintliga och framtida utmaningar när det gäller att bevara munhälsan hela livet.

Diskussion resultat

Kunskap, motivation och färdigheter är förutsättningar för att säkra en god munhälsa och att munvård ska bli en självklar del av kommunal vård och omsorg. Genom samverkan och att finnas tillgänglig på plats, har en förståelse för såväl kommunal verksamhet som tandvård kunnat växa. Att diskutera N-tandvård inom en biståndsenhet kräver annan förförståelse hos TAIK jämfört med att hålla en ROAG-utbildning med praktiska och teoretiska inslag för undersköterskor och sjuksköterskor på SäBo. Tillsammans har olika professioner, från olika organisationer skapat strategier och planerat aktiviteter. Resultatet har bl.a. blivit att många utbildningsinsatser har hållits inom ramen för projektet.

Kommunal verksamhet och tandvård har stora möjligheter att påverka munhälsa och livskvalitet positivt. Gemensamt för samtlig personal inom dessa verksamheter är att man har ett ansvar för det man gör, men också för det man underlåter att utföra, oavsett om det är inom omvårdnad, inom bistånd eller på tandvårdsklinik. Att stödja en skör person som behöver hjälp med munvård ingår i god omvårdnad, och förutsättningarna för att säkra detta behöver hela vägen från ledning till vårdmötet hos enskild person definieras, till exempel i tydliga riktlinjer. I TAIK-projektet har totalt 16 riktlinjer och rutiner upprättats och reviderats utifrån ett munhälsoperspektiv. I den enkätstudie (sid. 59) som genomfördes inom utvärderingen av TAIK-projektet, framgår att i man i treårs uppföljningen i TAIK-kommunerna, i högre grad upplevde att det fanns bra rutiner för munvård. I kontrollkommunerna kunde ingen förändring ses. Arbetet med att revidera och skapa rutiner för munvårdsarbetet som TAIK genomfört i samverkan med kommunal vård och omsorg verkar ha gett resultat.

Ett problem som uppdagas i TAIK-projektet liksom i tidigare studier är att vård- och omsorgspersonal uttrycker att vårdtagaren ofta motsätter sig munvård (17, 18). Personalen kan uppleva det som

integritetskränkande att genomföra munvård mot vårdtagarens vilja (56). Då tandvård och hälso- och sjukvård har identifierats ha många hinder för samverkan (22) riskerar denna fråga att hamna i en gråzon och drabba de sköraste personerna i samhället, de med mest risk för ohälsa och störst behov av omsorg. Omsorgspersonal som till exempel vårdar personer med demens-sjukdomar kan behöva ventilera sådana här svåra frågor med en professionell person som förstår komplexiteten. I detta har TAIK en viktig funktion. Utebliven munvård kan medföra betydande konsekvenser för livskvaliteten och ge stora problem i munhålan i form av t. ex karies, infektioner, tandfrakturer och smärta.

I Kungälv tog TAIK-projektet fram och testade en utbildning där TAIK fokuserade på svårigheten då personer motsätter sig munvård. Utbildningen togs fram efter att kommunal omsorgspersonal framfört ett starkt önskemål om detta. TAIK Victoria Östlund faciliterade en workshop med omsorgspersonal som fick dela erfarenheter kring att hantera svåra situationer gällande munhälsa och allmänhälsa. Workshopen var baserad på dialog och byggde på gruppens samlade erfarenheter och kunskaper. I slutet av utbildningar skapades handlingsplaner kring ämnet utifrån ett antal kreativa förslag – exempelvis att efter lunch på avdelningarna erbjuda fluoridsköljning till samtliga betandade personer.

TAIK har deltagit vid Sveriges kommuner och regioners utbildning gällande att driva omställningen till Nära vård [39]. Utbildningen har varit digital och nationell, riktad till såväl Region som Kommun. En reflektion av TAIKarna efter utbildningen var att de, utifrån vad de uppfattade, varit ensamma att representera tandvård i denna kontext. Internt i TAIK-teamet har även diskuterats att de skulle kunna vara en del av Folktandvårdens koncept gällande omställningen till Nära vård. Vid framtida komplexa utmaningar vad gäller specialiserad vård och multisjuka patienter, blir samverkan mellan olika professioner, som förstår och representerar olika organisationer, alltmer viktigt. Att möjliggöra sömlösa övergångar mellan olika vårdinstanser med ett bibehållet munhälsoperspektiv är betydelsefullt, och kan anses vara ett led i att öka personcentrering (60) inom tandvård och hälso- och sjukvård.

TAIK-projektet har visat goda förutsättningar för att bedriva förändring och samverkan. Till exempel har kommunrepresentanter, nyckelpersoner för projektet, deltagit kontinuerligt i regelbundna avstämningar vilket skapat en stabilitet i ett förändringsarbete. Att etablera en ny yrkesroll i en etablerad organisation kan inte annat än benämnas som ett förändringsarbete. Kanske är det inte helt korrekt att skriva ”ett” förändringsarbete, utan snarare förändring på flertalet nivåer och på olika arenor. Genom samverkan och gemensam förståelse formulerades planer mellan tandvård och kommunal verksamhet. Dessa planer skulle inte ha kunnat formuleras innan TAIK-projektet, eftersom man behöver vara tandvård och kommunal verksamhet tillsammans för att identifiera frågan och skapa en plan. Liknande lärande finns beskrivet i litteratur, till exempel skriver (61) om hur olika nyckelpersoner med olika perspektiv kan formulera nya koncept.

I samtliga TAIK-kommuner har N-tandvårdsintyg ökat. Det är ett glädjande resultat som kommer ur samverkan, särskilt med kommunernas MAS. Vid Covid-19-utbrottet år 2020 blev trycket på kommunal verksamhet stort och avlastning behövdes på många fronter. MAS i Kungälv bedömde då att TAIK skulle kunna säkra processer kring N-tandvård genom att få administrativ behörighet till kommunens digitala intygssida. De andra TAIK-kommunerna följde efter och delegerade även de denna syssla till TAIKarna. TAIK kunde därmed logga in på såväl kommunens intygssida som tandvårdens uppsökssida (Uppsök 2011, FTV) och därmed löstes många administrativa knutar. TAIK fick möjlighet att identifiera om målsättningar och mätetal gällande N-intygen föll utanför ramarna och kunde då ha dialog och samverka med olika nyckelpersoner inom kommunerna för att lösa detta. Samverkan med Tandvårdssamordning Koncernkontoret VG har ytterligare underlättat arbetet.

När personer börjar bli sköra och behovet av stöd i vardagen uppstår är det vanligtvis en handläggare på biståndsenheten som blir den första kommunala kontakten. Biståndshandläggare har därför identifierats att ha en nyckelposition i att kunna fånga upp munhälsoproblem och stödja en bibehållen tandvårdskontakt, samt identifiera personer som inte har förmåga att klara sin munvård själva (15, 62). Framtida TAIK-verksamhet rekommenderas att fortsatt hålla en dialog med biståndsenheter och

påverka vårdplanering i stort med ett inkluderat munhälsoperspektiv. En ökad förståelse för de processer som sker vid en biståndsbedömning vore att önska med målet att munhälsa rutinmässigt skall tas upp vid biståndsbedömning och där biståndshandläggaren känner sig delaktig – d.v.s. är en aktiv medskapare till god munhälsa.

Många äldre personer förlorar en tidigare regelbunden tandvård (20). För att motverka detta har TAIK lyft vikten av bibehållen tandvårdskontakt på många olika arenor. Till exempel har en fråga om tandvårdskontakt ingått i projektet Strömkarlen (sid. 55), där en tredjedel av omsorgstagarna visade sig ha förlorat sin tandvårdskontakt och önskade återuppta den. Vikten av tandvårdskontakt har även lyfts i anhöriggrupper och vid Seniormässor och i utbildningar för vård- och omsorgspersonal. TAIK-projektet har även i checklistan till SIP i VG (vårdplanering) lyckats få inkluderat fyra frågor gällande munhälsa, varav en tar upp förekomst av tandvårdskontakt. TAIK-projektet har dessutom drivit frågan att implementera en standardfråga om tandvård vid olika instanser inom kommunal verksamhet som sköra och beroende äldre personer kommer i kontakt med t.ex. vårdcentraler, biståndsenhet, hemtjänst och särskilda boenden. Det är sällsynt att fråga om tandvårdskontakt ställs och att kontaktuppgifter till befintlig tandvård efterfrågas. När en äldre person drabbas av ohälsa och behöver ökade vårdkontakter finns det ett behov av att inkludera munhälsoperspektivet, särskilt om tandvårdskontakten har tappats.

Enkätstudien (sid. 59) riktad till kommunal vård- och omsorgspersonal visar på stort behov av att stärka kunskap och färdigheter inom området munhälsa hos personalen framför allt vad gäller grundutbildning. En viktig uppgift för TAIK har varit att kompensera bristerna i grundutbildning genom fort- och vidareutbildning via ett stort fokus på utbildningsverksamhet, vilket avspeglas i den ökade andelen personal som angav att de under projekttiden fått munhälso- och munvårdsutbildning på sin arbetsplats. Om TAIK-verksamheten permanentas kommer dock sannolikt utbildningsbehovet att minska efter hand som kunskap och kompetens hos vård- och omsorgspersonal ökar. Önskvärt är att munhälsa och munvård får allt större plats i vårdpersonalens grundutbildning. Inom tandvården finns det ett betydande behov av kunskap om åldrande och om kommunal vård och omsorgsverksamhet. TAIK föreläste därför i detta på tandsköterskeutbildningarna inom Folktandvården VG.

Den ökade andelen personal som i enkätstudien (sid. 59) uppgav att de under projekttiden hade fått munhälso- och munvårdsutbildning kan troligen även hänföras till att TAIK genomfört omfattande utbildning i ROAG i Borås, Skövde och Trollhättan. I Borås skedde en särskild satsning på ROAG-utbildning. Resultat av ROAG-bedömningarna visar att det vårdpreventiva arbetssättet i Senior alert, dvs orsaksutredning, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid upptäckt risk i ROAG, används i högre utsträckning för TAIK-utbildade enheter än för enheter i kontrollkommunerna. År 2018 när projektet startade noterades 986 genomförda ROAG-registreringar och vid årsskiftet 2021–22 hade hela 3056 registreringar utförts, medan ROAG-bedömningarna minskade med 70% i kontrollkommunerna. Sannolikt är det positiva resultatet i TAIK-kommunerna en följd av genomförda ROAG-utbildningarna och övrig TAIK-verksamhet. Det är positivt att fler ROAG-bedömningar utförs, för att munhälsoproblem tidigt ska kunna identifieras och munhälsan kontinuerligt följas upp. Att ett vårdpreventivt arbetssätt används leder sannolikt till att kunskapen om munhygien och munhälsa höjs hos vård- och omsorgspersonalen och kan bli en naturlig och självklar del av omvårdnadsarbetet. Att resurser och profylaktiska åtgärder sätts in i tid leder till en friskare äldre individ samt minskade kostnader för samhället.

Flera studier har signalerat att ROAG-utbildningen kan behöva utvecklas (29, 49, 50). Vanligtvis är utbildningen i Västra Götaland kort (ca 2 timmar) och enbart teoretisk. I TAIK-projektet har därför en ny version av ROAG-utbildning utvecklats som förutom teori även innehåller praktiska moment. Utbildningen innehåller även tillfälle till strukturerad reflektion. Utbildningen innehåller även ett uppföljningstillfälle på personalens arbetsplats. Uppföljningen ska ge tillfälle till frågor och ytterligare praktisk träning i naturlig miljö i arbetsvardagen och är tänkt att bidra till ökad och gemensam förståelse kring att utföra och arbeta med ROAG. Vikten av uppföljningen kan inte nog betonas. På

grund av Covid-19 pandemin har detta senare moment tyvärr inte kunnat genomföras under delar av projekttiden, eftersom TAIK inte kunnat besöka personalen på boendena.

Lärande kan anses vara kontextuellt, du lär dig i ett sammanhang och tillsammans med andra personer (41). Nyckelpersonerna i TAIK-projektet har kunnat skapa aktiviteter utifrån en mängd olika arenor och för olika målgrupper. Lärandet har därmed varit stort och på många nivåer. Ett exempel är att TAIK i Borås har haft fikastunder på mötesplatser för äldre personer där tandvårdsstöd diskuterats, samtidigt som vikten av en god munhälsa och att bibehålla sin tandvårdskontakt kunnat lyftas. TAIKarna har efter fikastunderna beskrivit hur personerna som deltagit talat kring munhälsa på ett annat sätt än de kanske gör som patienter på tandvårdskliniken. Fikastunderna har bland annat lett till en ökad förståelse kring att åldras, och i förlängningen till att nya strategier kan formuleras gällande hälsosamt åldrande med ett integrerat munhälsoperspektiv.

Resultaten belyser vikten av att ha en expert inom munhälsa i kommunal verksamhet – en TAIK. Dels förstår experten den kommunala verksamheten, dels förstår experten tandvården. Avsaknaden av en TAIK kan göra att munhälsoperspektivet blir osynligt i den kommunala verksamheten (63). Projektet visar även att TAIK behöver ha en tydlig bas i tandvården, och inte bör hamna som en ”ensam ö” i kommunal verksamhet. Samarbetet med CÄT har varit avgörande för projektets goda resultat. TAIK behöver även ha en tydlig bas i kommunal verksamhet där nyckelpersoner från den kommunala verksamheten kan ”driva” TAIK, ”öppna viktiga dörrar” och lotsa TAIK vidare till ytterligare nyckelpersoner.

Diskussion – metod

Som test av ett helt nytt organisatoriskt koncept är TAIK-projektet av stort värde och visar på möjligheten att med gott resultat integrera professionell tandvårdskompetens i kommunal verksamhet. Även om kommunerna i TAIK-projektet i många avseenden är relativt representativa för Sveriges mindre och medelstora kommuner, bör naturligtvis generaliserbarheten av projektet behandlas med viss försiktighet. En rad faktorer kan påverka resultaten såsom TAIKs personlighet och kompetens, inställningen hos kommunens ledning och personal, tillgång till tandvård i kommunen och befolkningens tandvårdsvanor. Det är därför angeläget att även testa detta koncept i fler kommuner. Hur skulle konceptet t.ex. fungera i större städer?

Syftet med projektet är att främja äldre personers munhälsa. Förebyggande och hälsofrämjande arbete när det gäller munhälsa kräver vanligen långa uppföljningar för att kunna utvärderas. Av den anledningen har eventuell TAIK-effekt avseende munhälsan inte kunnat inkluderas som utfallsmått i projektet. Det är inte heller möjligt att mäta äldre personers upplevelse av TAIK eftersom vederbörandes kontaktytor huvudsakligen är mot kommunala företrädare. I de fall TAIK har kontakt med den äldre befolkningen ses vederbörande sannolikt som en munhälsoexpert och om hen kommer från privattandvård, folktandvård eller är en kommunal TAIK, är inget som den äldre personen har någon uppfattning om.

Flera av de utfallsmått som används är dock faktorer av betydelse för en god munhälsoutveckling t.ex. personalens kunskap och attityder, väl fungerande rutiner, snabb tillgång till tandvårdskompetens samt ökad medvetenhet i befolkningen, tack vare ett brett folkhälsoarbete. Inte minst borde ökningen av N-intyg med 9% i TAIK-kommunerna innebära ett främjande av munhälsan hos sköra och beroende äldre personer. Ett strukturerat och uthålligt arbete av TAIK borde även leda till minskat antal akuta tillstånd och därmed mindre belastning på både tandvård och sjukvård. I förlängningen skulle därmed TAIK bidra till att främja munhälsan hos den äldre befolkningen.

Covid -19 och dess inverkan på projektet

Mars 2020 bröt Covid-19 ut. Då hade projektet pågått sedan oktober 2018. I och med pandemin fick TAIK ställa om, skjuta fram, stämma av, göra om och tänka annorlunda. Mycket TAIK-verksamhet fick utföras digitalt. Detta medförde utmaningar, då vi inte planerat för att integrera TAIK-funktionen digitalt i kommunal verksamhet. Det unika med TAIK var just närheten och tillgängligheten i vardagen på kontoret. Nu fick vi visa att konceptet även var flexibelt ur ett digitalt perspektiv. TAIK lyssnade in de nya behov som samhället ställdes inför och ställde snabbt om. De utbildningar som hölls fysiskt, genomfördes i tät dialog med kommunerna och alltid med en mindre skara deltagare, i stora lokaler samt utifrån rådande restriktioner. Praktiska moment fick dessvärre uteslutas. En standardiserad webb-baserad munhälso-/ROAG-utbildning hade tagits fram av TAIK, som kom till god användning under pandemin.

För att minimera smittspridningen men ändå stödja kommunal verksamhet med kompetens gällande munhälsa, togs utbildningsmaterial fram till målgrupper i kontexten runt målgruppen sköra och beroende äldre personer. När SäBo fick besöksförbud behövde ändå munhälsan fortsatt inkluderas i omsorgen. Även oberoende äldre personer behövde information eftersom de inte kunde besöka tandvården som vanligt under pandemin. Tillsammans med kommunrepresentanter samt Centrum för äldretandvård (CÄT) utarbetades följande informationsmaterial, som därefter erbjöds och distribuerades till MAS nätverk i alla kommuner i VG.

En folder – att lämnas ut till målgrupp 65 och äldre innehållande enkla tips om munvård och kort information om munhälsa i pandemitid. Dessutom fanns kontaktuppgifter till TAIK samt till digital klinik vid Folktandvården Västra Götaland. Foldern distribuerades till skilda verksamheter för att läggas ut i väntrum eller delas ut i receptioner på till exempel vårdcentraler (Bild 9).

En lathund – målgrupp vård- och omsorgspersonal, innehållande beskrivning hur basal munvård utförs på någon annan.

En powerpointpresentation – till enhetschefer inom kommunal verksamhet för målgruppen vård- och omsorgspersonal. En mycket grundläggande information kring basal munvård som en icke tandvårdsutbildad person (enhetschef, sjuksköterska) kan presentera, till exempel i samband med APT. Totalt sju bilder, varav den sista innehöll kontaktuppgifter till TAIK och digital klinik vid Folktandvården Västra Götaland.



Bild 9. Folder innehållande enkla tips om munvård och kort information om munhälsa i pandemitid - målgrupp 65 och äldre.

Erfarenheter och reflektioner

TAIK har varit placerad på skilda ställen i de olika kommunerna, men samtliga placeringar har varit i anslutning till nyckelpersoner med funktion att främja hälsosamt åldrande i kommunen. I Borås har TAIK haft kontor i vård och äldreförvaltningen. I samma byggnad arbetar MAS, MAR, verksamhetsutvecklare, Myndighet (biståndshandläggare) samt andra chefer inom vård och äldreförvaltning. I Kungälv har TAIK varit placerad i stadshuset. Där finns det inte fasta platser, utan medarbetarna är tilldelade våningsplan och skåp, men rör sig i hela huset. TAIK har varit placerad på samma våningsplan som MAS och dietist. I Trollhättan har TAIK varit placerad på ett kontor tillsammans med chefer inom särskilt boende. I Skövde har TAIK haft kontor på ett särskilt boende (Ekedal), i en korridor med rehabiliteringsenheten och i anslutning till biståndsenheten.

Sammantaget kan sägas att det är viktigt att ha en strategisk plats i samband med implementering av en ny funktion som TAIK i kommunen. I projektet har samtliga TAIK haft placeringar som har möjliggjort en bra utgångspunkt gällande att nå projektets syfte och övergripande mål.

Positiva erfarenheter

- Gott bemötande från kommunernas politiska styrning
- Bra stöd och positiv inställning hos kommunernas ledningsfunktioner
- Viktigt med strategisk kontorsplacering för TAIK
- Möjlighet att fortlöpande genomföra många olika informations- och utbildningsaktiviteter
- Stor närvaro i anslutning till alla projektgruppsmöten, samverkansmöten, aktiviteter och föreläsningstillfällen
- Trots relativt kort projektperiod kan goda resultat av TAIK-projektets arbete redovisas

Att tänka på vid implementering av TAIK, våra erfarenheter

Rent generellt är erfarenheten att det är viktigt att alla inblandade parter är väl förberedda och vet vad som TAIK innebär när konceptet sjösätts. Paradoxalt nog är det även viktigt att ta i beaktande att det är ett förändringsarbete. Det är ett dynamiskt förändringsarbete som förutsätter flexibilitet och ödmjukhet. En annan erfarenhet är att det inte ska förväntas att konceptet TAIK kan implementeras på exakt samma sätt i alla kommuner – det kan behövas anpassning till kommuners olikheter och behov. Något som inte heller ska förbises är att nyckelpersonerna är olika personer med olika professioner och olika personligheter. Nedan finns beskrivet våra samlade rekommendationer vid implementering av TAIK, samtliga punkter kanske inte går att uppfylla, men detta är våra reflektioner och erfarenheter (från samtliga TAIK-ar, projektledare och utvärderingsansvarig).

För TAIK-rollen

TAIK behöver ha kunskap i förslagsvis förändringsledning, ”kommunkunskap” samt förstå samverkan och vara insatt i de samverkansavtal som reglerar hälso- och sjukvård och tandvård. TAIK behöver även kunna hantera Office-paketet.

Inledningsvis behöver TAIK en introduktion som innehåller till exempel auskultation med nyckelpersoner, för att få en bra grundkunskap om hur kommunal verksamhet fungerar. TAIK bör lära känna kommunen och dess arbete genom att möta nyckelpersoner i deras verksamheter.

Vilka journalsystem använder kommunen och hur följer kommunen upp saker – vilka mål och mätetal finns gällande munhälsa?

TAIK bör vara den som alltid säkrar munhälsoperspektivet och behöver ta egenansvar vad gäller att skapa relationer.

TAIK behöver vara öppen för och dra nytta av att det finns delar som är ”okänd mark”, att våga testa nytt och inspireras av andra verksamheter. Det krävs mod att arbeta som TAIK. Våga göra fel och dela erfarenheter. TAIK bör våga bjuda in sig själv och ta plats.

En ny TAIK behöver en mentor, till exempel en erfaren TAIK.

Det behövs i ett tidigt skede knytas nyckelpersoner till respektive TAIK. Nyckelpersonerna ska arbeta i, och förstå, kommunal verksamhet. TAIK behöver etablera en kontinuerlig dialog med nyckelfunktioner inom kommunal verksamhet och inspireras av andra övergripande funktioner inom kommunen, till exempel MAS. Det behövs byggas ett nätverk sinsemellan TAIK i olika kommuner, samt med viktiga aktörer (inom tandvård och inom kommunal verksamhet). Arbetsgrupper bör skapas för olika interventioner/arenor där det ingår chefer med rätt att besluta, någon som förstår verksamheten vari TAIK-interventioner planeras.

TAIK på plats i kommunen

Arbetsplatsen för TAIK behöver vara placerad strategiskt till exempel i ett kommunhus i närheten av de nyckelpersonerna som TAIK kommer att arbeta nära med. Viktigt är att initialt få kunskap om, och access till olika praktiska och tekniska kommunala system, till exempel andra datormiljöer, intranät, administrativa inlogg/system, bokningssystem (bil, lokal etc.).

Det behövs en kommunikationsplan för att integrera den nya funktionen i kommunen. Kommunikation behöver föras strategiskt, planerat och regelbundet under en lång period, då personalomsättningen i kommunerna ofta är hög och TAIK-funktionen ny.

TAIK behöver ett sammanhang i kommunal verksamhet, exempelvis genom att delta vid arbetsplatsträffar (APT).

TAIK behöver ha regelbundna möten inplanerade med biståndshandläggarna, samt med MAS och med förvaltningsledningen. TAIK bör med fördel skapa en ”tandvårdsgrupp” som lättare kan implementera beslut och testa pilot-modeller i kommunen. Gruppen får gärna bestå av nyckelpersoner som t.ex. ledning från SäBo, ledning från hemtjänst och bistånd samt äldre personer med kommunala insatser/närstående.

TAIK och de TAIK samverkar med bör skapa gemensamma mål och utvärdera dem tillsammans.

TAIK-organisation

Det behövs en chef med övergripande ansvar för verksamhet och som fungerar som en i övrigt stödjande organisation. Forum för övergripande förväntningar från kommunal verksamhet och tandvård behöver etableras och diskuteras löpande.

Det behövs en arbetsbeskrivning för TAIK där tandvård och kommunal verksamhet behöver ha en dialog kring funktionen.

Generellt

Våga tänka tillsammans och tänka nytt.

Projektets betydelse

Erfarenheterna av drygt 20 års tandvårdsstöd i form av Uppsökande verksamhet och N-tandvård, som syftat till att förbättra munhälsan för beroende äldre personer, har tydligt visat på svårigheter att nå detta syfte och att nå ut till dem som är berättigade. Till stor del kan dessa svårigheter hänföras till i skillnader i kultur, kompetens och attityder mellan tandvård och kommunal verksamhet. TAIK-projektet visar på en möjlighet att lösa detta problem.

Kompetens gällande munhälsa eller tandvård är ofta bristfällig i kommunal verksamhet, tillika är tandvårdens kunskap om kommunal omsorg och hälso- och sjukvård otillräcklig. Det gör TAIK till en intressant möjlighet att överbrygga kompetensgap samt skapa ömsesidig kompetensutveckling för tandvård och kommunal verksamhet. Att integrera en ny funktion i kommunal verksamhet för att säkra ett, ibland osynligt, perspektiv (munhälsoperspektivet) innebär ett omfattande förändringsarbete. Genom att i föreliggande rapport beskriva skilda resultat gällande arbetet med TAIK-interventionen är ambitionen att kommunicera och inspirera till samverkan mellan tandvård och kommunal verksamhet.

TAIK-projektet har också visat på ett behov av en ökad kunskap hos tandvården om kommunal vård och omsorg till exempel gällande organisation och regelverk. Resultaten indikerar att TAIK-projektet möjliggör ökade förutsättningar för att bibehålla, eller förbättra munhälsa inom kommunal vård och omsorgsverksamhet, vilket i sin tur skapar förutsättningar för en mer jämlik, Nära vård samt bättre munhälsa och livskvalitet.

Genom samverkan och nära samarbete med kommuner och kommunal verksamhet är det projektgruppens uppfattning att en tandhygienist i kommunal verksamhet kan ha en ny och viktig roll för att säkerställa en god munhälsa i livets senare del för kommunens äldre personer.

Tack!

Vi vill rikta ett varmt och uppriktigt tack till alla medverkande personer i TAIK-projektet. Ni har på olika sätt bidragit till att projektet blivit dynamiskt och levande. Vi vet nu att frågan gällande hälsosamt åldrande ur ett munhälsoperspektiv inte är något som man löser en gång för alla, och vi ser fram emot att fortsätta arbeta med er på olika sätt.

Fyra år, 1461 dagar, är en lång tid – men i ett vidare perspektiv känns det som om vi precis startat. Minst 100 olika personer har varit eller är involverade i projektet på något sätt. Vi kan inte nämna alla vid namn, men tack såväl kommunal personal som personal i Folktandvård. Våra pionjärer TAIK Annsofi Brattbäck Atzori, Beatrice Odenö, Elisabeth Söder, Emma Johansson, Monica Ringdahl, Sofia Bertilsson och Victoria Östlund – vi hade aldrig nått så långt utan ert mod och er vilja. Tack för era timmar, dagar och år. Detsamma gäller för nyckelpersonerna i projekt- och arbetsgrupper i TAIK-kommunerna. Er kompetens och er förmåga att ”öppna dörrar” och bidra med perspektiv har varit ovärderlig. Vi har lärt oss fantastiskt mycket!

Tack till Tandvårdsledningen för att de gett denna möjlighet att främja hälsa för äldre personer genom att använda Folktandvårdens resurser och medarbetarnas kompetens på ett nytt sätt. Tack till Tandvårdsstyrelsen som avsatt medel och därigenom möjliggjort TAIK-projektet. Tack till kontrollkommunerna Alingsås och Uddevalla som avsatte tid och engagemang och därmed bidrog till att möjliggöra utvärdering.

Den här rapporten skulle inte blivit ens en preliminär rapport om inte vi haft sådan god granskningshjälp – tack till Katri Ståhlnacke. Tack till styrgruppen Eva-Karin Bergström, Anders Ljungné och Mikael Rosengren. Isabelle Johansson och Lisa Bellander, tack för ert trägna arbete med utvärderingen av TAIK-arbetet. Folktandvårdens kommunikationsavdelning har bidragit i TAIK på olika sätt, och vi är väldigt tacksamma för all er tid och vägledning. Likaså vill vi tacka kollegorna på Centrum för äldretandvård för stöd och heja-rop. Ewa Nyström, Anita Petersson, Carina Gustavsson och Lars Gahnberg samt Bent Petersen – tack för en bra grund att landa i och bygga utifrån.

Vi riktar ett tack för ekonomiskt forskningsstöd - Hälsopromotion VGR, FOU i Fyrbodal samt Göteborg och Södra Bohuslän. Tack till Sven Kylén och Ann Svensson för inspiration och bra diskussioner. Tack till Gunnar Henning, Ingela Grönbeck Lindén och Sanna Lingonblad för råd och dåd. Sist, men inte minst, vill vi sända ett stort tack till alla äldre personer i TAIK-kommunerna som bidragit till en mångfacetterad och fantastisk bild av åldrande och dess möjligheter.

Jessica och Catharina

Referenser

1. SCB. Sveriges framtida befolkning 2020-2070. 2020
   Available from:
   https://www.scb.se/contentassets/9c8e50dfe0484fda8fed2be33e374f46/be0401_2020i70_sm_be18sm2001.pdf.
2. United Nations. World Population Ageing 2019. New York, NY: United States: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
3. Ettinger RL, Beck JD. Geriatric dental curriculum and the needs of the elderly. Spec Care Dentist. 1984;4(5):207-13.
4. Nyström E, Gustavsson C, Petersson A, Gahnberg L, Hägglin C. Mariestadsprojektet. Tandhygienist i kommunal verksamhet: Hälsodontologiska enheten, Folktandvården Västra Götaland; 2017
   Available from:
   https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/cat/rapporter-cat/mariestadsprojektet-hoe-rapportserie-2-2017.pdf.
5. SKaPa. Årsrapport 2020 2021 [1-149].
   Available from:
   http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2021/06/SKaPa_2020-årsrapport.pdf.
6. Norderyd O, Koch G, Papias A, Kohler AA, Helkimo AN, Brahm CO, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönkoping, Sweden during 40 years (1973-2013). II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J. 2015;39(2):69-86.
7. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. Spec Care Dentist. 2008;28(6):224-36.
8. López R, Smith PC, Göstemeyer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. Journal of clinical periodontology. 2017;44(S18):S145-S52.
9. Tôrres LH, Tellez M, Hilgert JB, Hugo FN, de Sousa MD, Ismail AI. Frailty, Frailty Components, and Oral Health: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2015;63(12):2555-62.
10. Hakeem FF, Bernabé E, Sabbah W. Association between oral health and frailty: A systematic review of longitudinal studies. Gerodontology. 2019;36(3):205-15.
11. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral status 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(2):e503-11.
12. Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. Health Qual Life Outcomes. 2015;13:102.
13. Scannapieco FA, Cantos A. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. Periodontology 2000. 2016;72(1):153-75.
14. Grönbeck-Lindén I, Hägglin C, Gahnberg L, Andersson P. Factors Affecting Older Persons' Ability to Manage Oral Hygiene: A Qualitative Study. JDR Clinical Trans Res. 2017;2(3):223-32.
15. Tronje Hansson L, Gahnberg L, Hägglin C, Odebo L. Skör och äldre - vad händer med tänder? 2013 [1-71].
   Available from:
   https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/informationsmaterial/skor-och-aldre---vad-hander-med-tander.pdf.
16. Niesten D, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. Journal of dentistry. 2017;61:39-47.
17. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. Int J Dent Hyg. 2011;9(3):199-203.
18. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel--an area in need of improvement. Gerodontology. 2012;29(2):e787-92.
19. Sonde L, Emami A, Kiljunen H, Nordenram G. Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. Scand J Caring Sci. 2011;25(1):92-9.

20. Grönbeck-Linden I, Hägglin C, Petersson A, Linander PO, Gahnberg L. Discontinued dental attendance among elderly people in Sweden. J Int Soc Prev Community Dent. 2016;6(3):224-9.
21. Socialstyrelsen. Tandvård och tandhälsa 2013
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2013-2-2_tandvardochtandhalsa.pdf.
22. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård 2019
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-1-1.pdf.
23. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre: Lägesrapport 2021 2021
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf.
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård, Stöd för styrning och ledning 2018
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Målnivåer, Vård vid stroke 2018
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-31.pdf.
26. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Stöd för styrning och ledning 2017
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf.
27. Senior alert. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. 2022
Available from:
https://www.senioralert.se
28. 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(5):181-6.
29. Bellander L, Andersson P, Nordvall D, Hägglin C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. Nurs Open. 2021;8(3):1262-74.
30. Johansson I, Jansson H, Lindmark U. Oral Health Status of Older Adults in Sweden Receiving Elder Care: Findings From Nursing Assessments. Nursing research. 2016;65(3):215-23.
31. Försäkringskassan. Tandvårdsstöd 2021
Available from:
https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard/tandvardsstod
32. Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. Särskilt tandvårdsstöd i Västra Götaland 2022
Available from:
https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/tandvard/sarskilt-tandvardsstod/
33. Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. N-tandvård och munhälsobedömning 2022
Available from:
https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/tandvard/sarskilt-tandvardsstod/n-tandvard-och-munhalsobedomning/
34. Socialstyrelsen. Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Redovisning av regeringsuppdrag 2013
Available from:
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-1-20.pdf.

35. Vårdanalys. Tandlösa tandvårdsstöd, En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen 2015
Available from:
https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2015/05/Rapport-2015-3-Tandlösa-tandvårdsstöd.pdf
36. Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. F-tandvård vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning 2022
Available from:
https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/tandvard/sarskilt-tandvardsstod/f-tandvard/
37. Tandläkartidningen. Fyra av fem missar viktigt tandvårdsstöd2016.
Available from:
https://www.tandlakartidningen.se/arkivet/nyhet/fyra-av-fem-missar-viktigt-tandvardsstod/
38. Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. S-tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid 2022
Available from:
https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/tandvard/sarskilt-tandvardsstod/s-tandvard/
39. SKL. Att driva omställningen till Nära vård: Handbok om att hantera komplexa system 2020
Available from:
https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38073/1642161045377/7585-898-2.pdf
40. Marton F, Booth S. Om lärande: Studentlitteratur AB; 2000.
41. Fenwick T. Learning as Grounding and Flying: Knowledge, Skill and Transformation in Changing Work Contexts. Industrial relations journal. 2006;48(5):691-706.
42. Higgs J, Barnett R, Billett S, Hutchings M, Trede F. Practice-Based Education: Perspectives and Strategies: Rotterdam: Birkhäuser Boston; 2013.
43. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Stockholm2017
Available from:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
44. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist 2005
Available from:
https://www.srat.se/globalassets/tandhygienisterna/dokument/kompetensbeskrivning_for_tandhygienist.pdf
45. Eilers J, Berger AM, Petersen MC. Development, testing, and application of the oral assessment guide. Oncology nursing forum. 1988;15(3):325-30.
46. Ribeiro MT, Ferreira RC, Vargas AM, Ferreira e Ferreira E. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. Gerodontology. 2014;31(2):101-10.
47. Senior alert. Vårdprevention 2021
Available from:
https://www.senioralert.se/for-personal/vardprevention/
48. Senior alert. Riskbedömning munhälsa 2021
Available from:
https://www.senioralert.se/media/iavjw2zm/roag-version-2.pdf
49. Bellander L, Andersson P, Wijk H, Hägglin C. Oral Assessment and Preventive Actions within the Swedish Quality Register Senior Alert: Impact on Frail Older Adults' Oral Health in a Longitudinal Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(24).
50. Everaars B, Weening-Verbree LF, Jerković-Ćosić K, Schoonmade L, Bleijenberg N, de Wit NJ, et al. Measurement properties of oral health assessments for non-dental healthcare professionals in older people: a systematic review. BMC Geriatr. 2020;20(1):4.
51. de Bono E. Six thinking hats. Boston: Back Bay Books; 1999.
52. Senior alert. Publik rapport. Vårdprevention och utfall 2021
Available from:
https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45387

53. Västra Götalandsregionen VästKom. Överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård 2018
Available from:https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/fcc86eac-040b-4eba-95cd-b185dee6525f/Överenskommelse%20om%20samverkan_Munhälsa.pdf?a=false&guest=true.
54. World Health Organization. Regional Office for E, European Observatory on Health S, Policies, Genet N, Boerma W, Kroneman M, et al. Home care across Europe: current structure and future challenges. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2012 2012.
55. Samuelsson C, Söder E, Hägglin C. Munvård på äldreboende – hur lång tid tar det? 2015. Report No: 2015 -1.
56. Willumsen, T, et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Gerodontology, 2012;29(2):748-55. …
57. Gostemeyer, G., S.R. Baker, and F. Schwendicke, Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. Clin Oral Investig, 2019;23(3):979-93
58. Hiltunen, K., et al., Survey of health care personnel's attitudes toward oral hygiene in long-term care facilities in Finland. Spec Care Dentist, 2019;39(6):557-63.
59. Wårdh I, Andersson L, Sörensen S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. Gerodontology. 1997;14(1):28-32
60. McCormack B., McCance T., editors. Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice. Second edition. Chichester: Wiley Blackwell; 2017.
61. Engeström Y, Sannino A. Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts. A methodological framework. J. Organ. Change. Manag. 2011;24:368-87
62. Äldres tandvård och munhälsa. Policydokument. Sveriges Tandläkarförbund. 2016. https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/aldres-tandvard-och-munhalsa.pdf
63. Persson J, Svensson A, Grönbeck Lindén I, Kylén S, Hägglin C. Aspects of Expansive Learning in the Context of Healthy Ageing-A Formative Intervention between Dental Care and Municipal Healthcare. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1089. doi: 10.3390/ijerph19031089.

Bilaga 1

Kortversion av presentation vid TAIK-konferens 2022-03-10

TAIK – tandhygienist i kommunal verksamhet

Resultat och lärdomar från TAIK-projektet 2018 - 2021

Kortversion av presentation

10 mars 2022

FOLKTANDVÅRDEN

1

Syfte med TAIK

Skapa ett koncept där icke-kliniska tandhygienister är en integrerad del i kommunal verksamhet för att:

- Säkra kompetens inom munvård
- Säkra kvaliteten vad gäller munvård i vård och omsorg
- Vara sakkunnig i munhälso- och tandvårdsfrågor.



FOLKTANDVÅRDEN

2

Bakgrund

- Allt fler äldre personer
- Allt fler åldras med tänder
- Risken för munsjukdomar ökar kraftigt för årsrika personer
- Risken för att munhälsoperspektiv förloras för personer med komplexa vårdbehov
- Med ålder förloras ofta tidigare regelbunden tandvårdskontakt
- Kunskap och rutiner kan saknas gällande munhälsa hos kommunal omsorg
- Kunskap och forum för samverkan saknas ofta mellan kommunal omsorg hos tandvård
- Viktigt att finna preventiva munhälsostrategier gällande sköra äldre



FOLKTANDVÅRDEN

3

TAIK i korthet

- Fem icke-kliniska tandhygienister på 50%
- Start 1 oktober 2018
- Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan
- Placering i kommunernas lokaler
- Projektbudget drygt 8 miljoner kr
- Pilotprojekt i Mariestad 2013 – 2016
- Kontrollkommuner Alingsås och Uddevalla



FOLKTANDVÅRDEN

4



5

Korta kommunfakta 2021

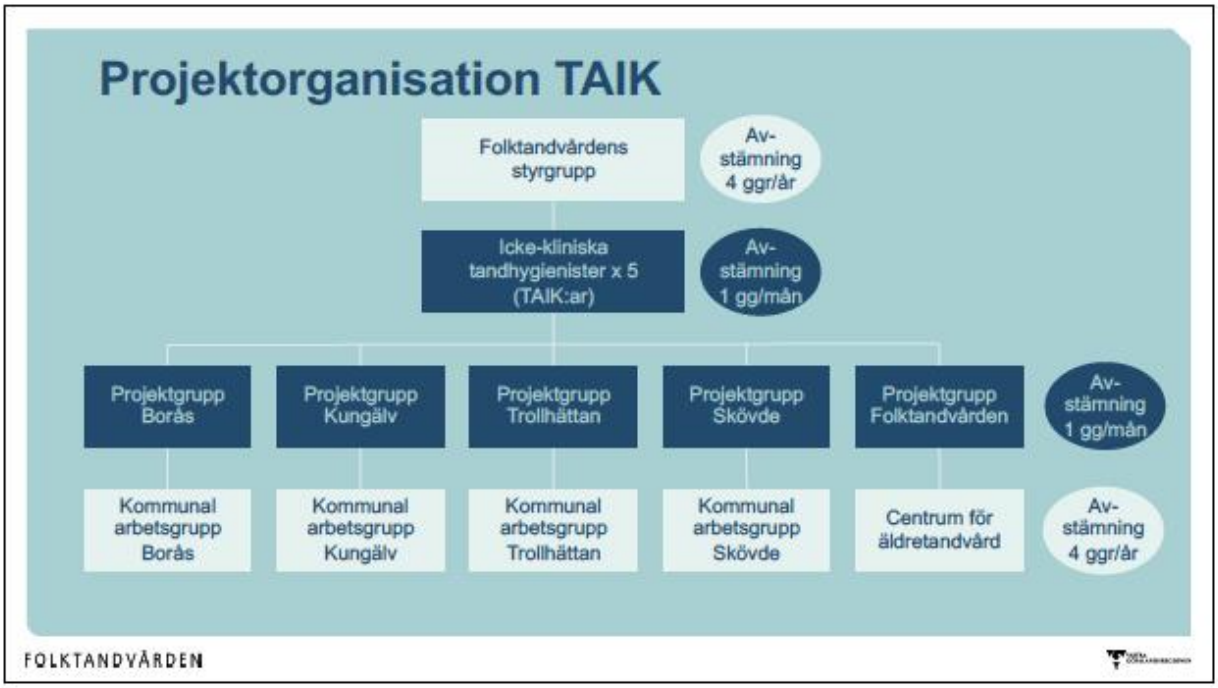
	TAIK-kommuner				Kontrollkommuner	
	Borås	Skövde	Trollhättan	Kungälv	Alingsås	Uddevalla
Invånare (n)	114 091	57 016	59 154	48 271	41 853	57 122
Anställda i förvaltningen där TAIK varit placerad (n)	2 550	2 260	2 300	2 343	2 040	2 053
Personalomsättning, SäBo (%)	8,6	12,2	9,8	11,5	11,8	8.3
Personalomsättning, Ordinärt boende (%)	10,9	14,5	8,3	9,3	15	8.6

FOLKTANDVÅRDEN

6


Oberoende
Skör
Beroende
Åldrandet beskrivet som en process från oberoende (grön), skör (gul), till beroende (röd) utifrån munvårdsperspektivet. TAIK når arenor längs med hela åldrandeprocessen.
Ref: Ettinger & Beck, 1984
FOLKTANDVÅRDEN

7


Projektorganisation TAIK
Folktandvårdens styrgrupp
Av-stämning 4 ggr/år
Icke-kliniska tandhygienister x 5 (TAIK:ar)
Av-stämning 1 gg/mån
Projektgrupp Borås
Projektgrupp Kungälv
Projektgrupp Trollhättan
Projektgrupp Skövde
Projektgrupp Folktandvården
Av-stämning 1 gg/mån
Kommunal arbetsgrupp Borås
Kommunal arbetsgrupp Kungälv
Kommunal arbetsgrupp Trollhättan
Kommunal arbetsgrupp Skövde
Centrum för äldretandvård
Av-stämning 4 ggr/år
FOLKTANDVÅRDEN

8

Exempel på utvärdering

Verksamhetsstatistik

- Vilka grupper har TAIK mött och på vilka arenor
- Mailkontakter – som ett mått på kontaktytor
- Antal n-intyg
- Antal personer som fått utbildning genom TAIK
- ROAG-utbildning till vård och omsorgspersonal

Vetenskapliga utvärderingar

- Kunskap och attityder hos kommunal omsorgspersonal, i jämförelse mot kontrollkommuner
- Kvalitativ intervjustudie, intervjuer med nyckelpersoner
- ROAG-registreringar i kvalitetsregistret Senior alert



FOLKTANDVÅRDEN

9

Den första TAIK-studien!

Fokus på lärandet hos nyckelpersoner i TAIK-projektet - "Aspekter av expansivt lärande i kontexten av hälsosamt åldrande – en formativ intervention mellan tandvård och kommunal hälso- och sjukvård"

Publicerad i januari 2022 i *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

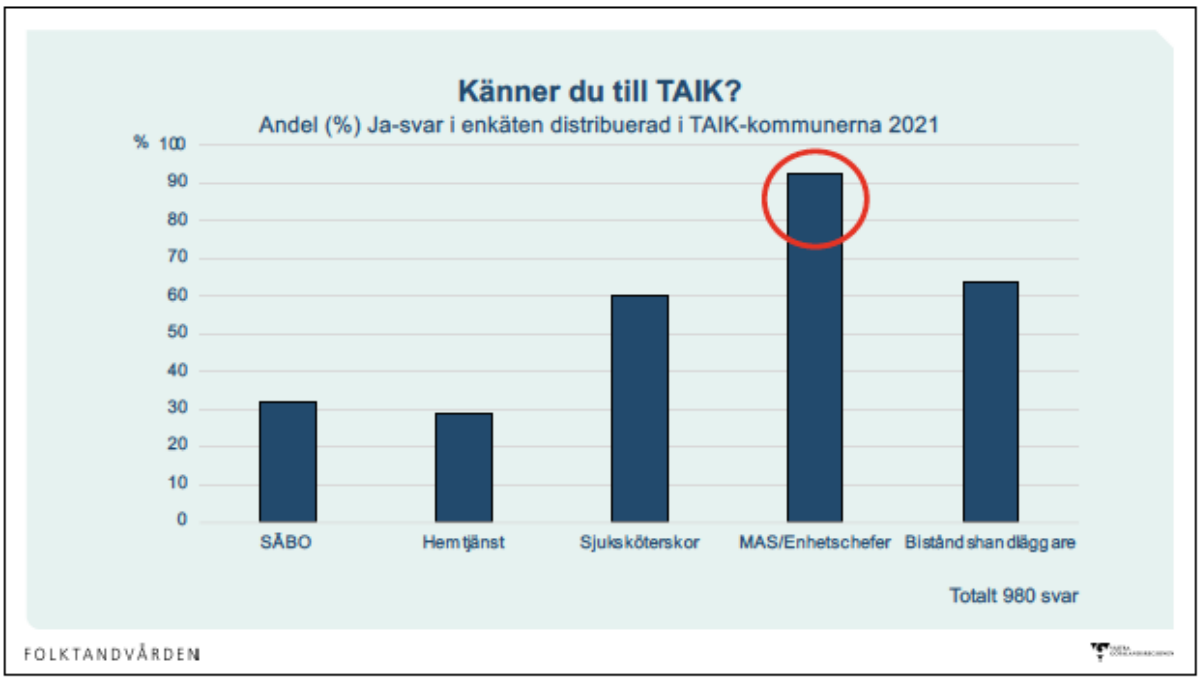


Aspects of Expansive Learning in the Context of Healthy Ageing—A Formative Intervention between Dental Care and Municipal Healthcare
https://www.mdpi.com/1456414

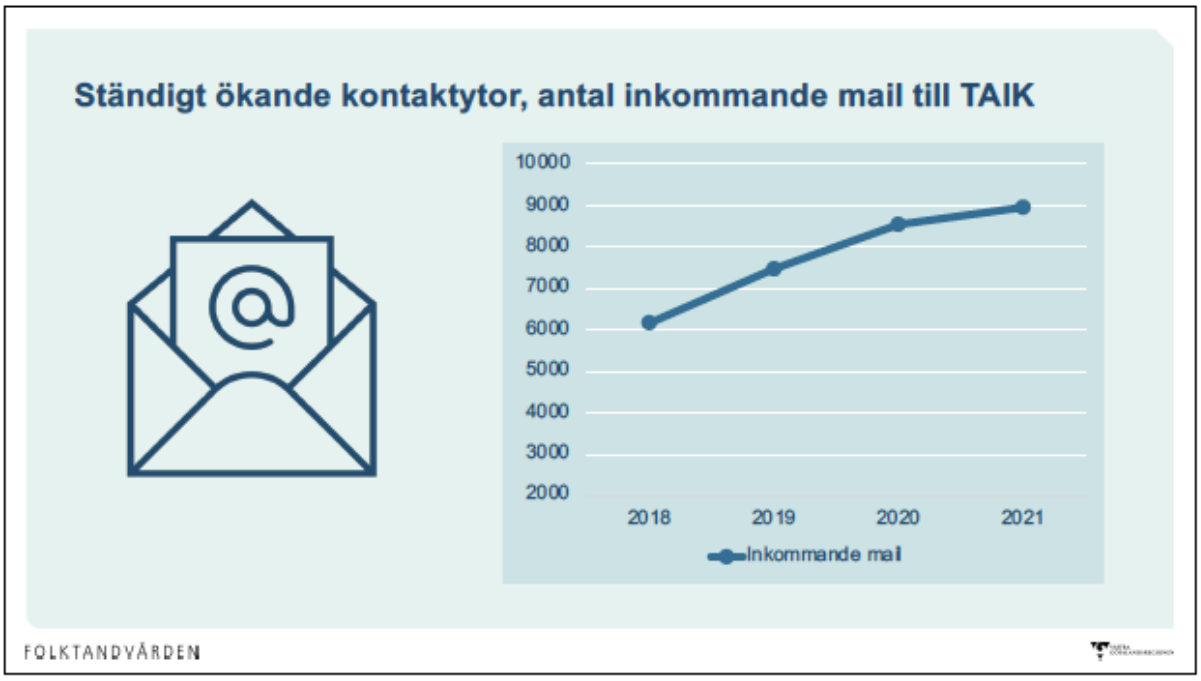
FOLKTANDVÅRDEN

10

Bilaga 1


Känner du till TAIK?
Andel (%) Ja-svar i enkäten distribuerad i TAIK-kommunerna 2021
% 100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
SÄBO
Hemtjänst
Sjuksköterskor
MAS/Enhetschefer
Biståndshandläggare
Totalt 980 svar
FOLKTANDVÅRDEN

13


Ständigt ökande kontaktytor, antal inkommande mail till TAIK
10000
9000
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
2018
2019
2020
2021
Inkommande mail
FOLKTANDVÅRDEN

14

Enkätfråga om rutiner för munvårdsarbete

Enkätfråga i TAIK- och kontrollkommuner 2018 och 2021: "Det finns bra rutiner vad gäller munvårdsarbete"

Samtliga TAIK-kommuner hade 2021 en ökad andel som svarade **"Helt och hållet/Ganska mycket".** Ingen förändring skedde i kontrollkommunerna.



FOLKTANDVÅRDEN

15

Vad är N-tandvård?

- Ett ekonomiskt tandvårdsstöd, N-intyg, för individer med långvarigt, omfattande omsorgsbehov eller insatser med LSS.
- Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift hos valfri tandvårdsaktör.
- Erbjudande om årlig munhälsobedömning då plan för daglig munvård upprättas i ett munvårdskort.
- Erbjudande om munhälsoutbildning för vård och omsorgspersonal.



FOLKTANDVÅRDEN

16

N-tandvård 65+, ökat antal intyg i TAIK-kommuner!

	2018	2019	2020	2021	Utveckling 2018-2021
TAIK-kommuner	3 514	3 555	3 669	3 824	+9%
Kontroll-kommuner	1 619	1 599	1 510	1 510	-7%

FOLKTANDVÅRDEN

17

Utbildningsinsatser

Antal personer utbildade av TAIK okt 2018 – 2021

Vård och omsorgspersonal, ROAG* och/eller munhälsa	**2762**
Utbildning, N-tandvård	451
Sjuksköterskestudenter	471
Vård och omsorgsstudenter	481
Totalt	**4165**



*Revised Oral Assessment Guide, metod för att bedöma risk för ohälsa i munnen.

FOLKTANDVÅRDEN

18


"Vi har försett sköterskorna med munspeglar och ficklampor för att skapa förutsättningar för dem att göra en munvårdsbedömning. // Så det har ökat kvaliteten i omsorgen gällande munhälsa hos väldigt många vårdtagare."
Citat MAS från intervjustudie
FOLKTANDVÅRDEN

19


Enkätfråga TAIK- och kontroll-kommuner 2018 och 2021
"Ja, jag har fått utbildning i munhälsa och munvård på min arbetsplats"
• I TAIK-kommunerna sågs en ökning med + 21%
• I kontrollkommunerna sågs en minskning med -10%
FOLKTANDVÅRDEN

20

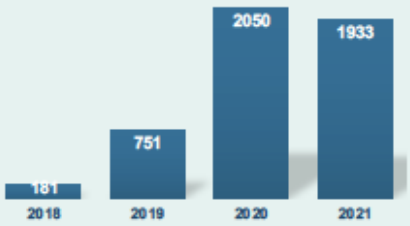
Mer – och förbättrad – ROAG-utbildning!

I tre kommuner utökades och kompletterades den vanliga ROAG-utbildningen:

- Patientfall utifrån ett omvårdnadsperspektiv
- Praktisk träning i genomförandet (inkluderat munspegel och ficklampa)
- Strukturerad reflektion utifrån känsla, tidigare kunskap, risker och nytta
- Uppföljning på arbetsplats

I Borås skedde en särskild satsning på ROAG och Senior alert.

Antal ROAG-bedömningar i Borås

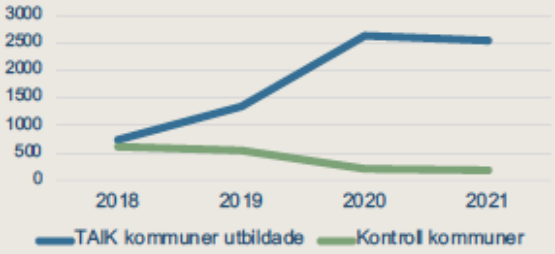


FOLKTANDVÅRDEN

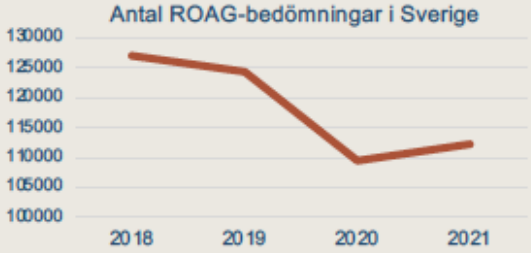
21

ROAG-registreringar i Senior alert

Antal ROAG-bedömningar



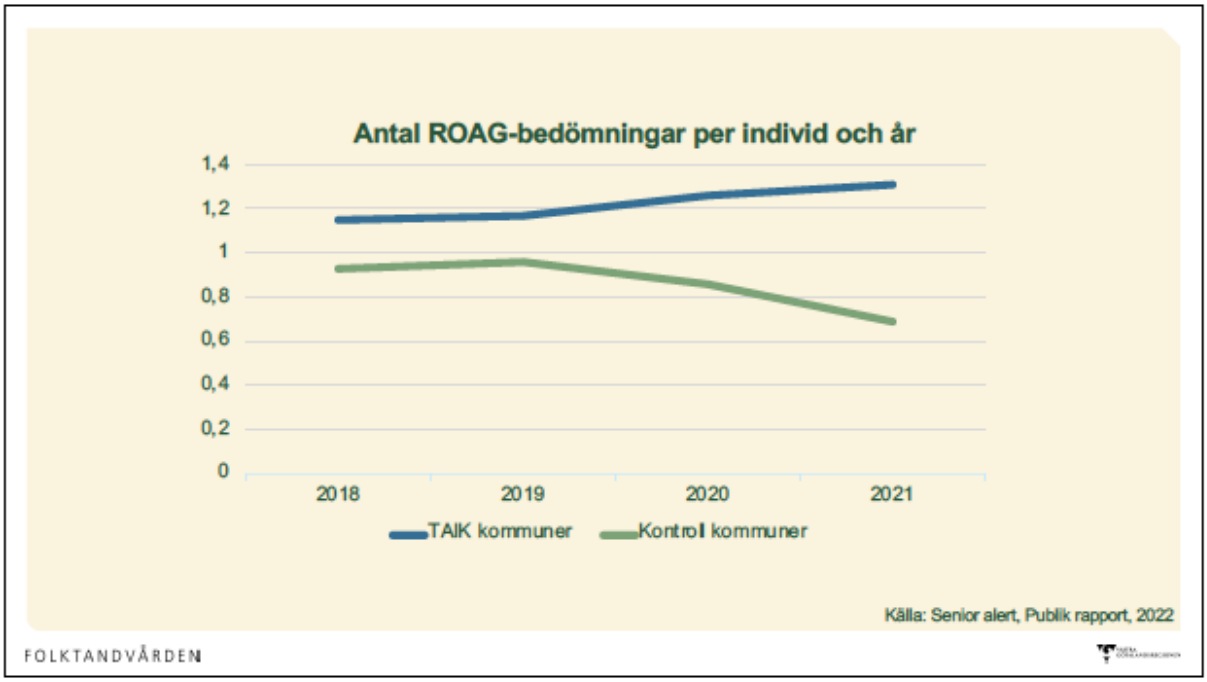
Antal ROAG-bedömningar i Sverige



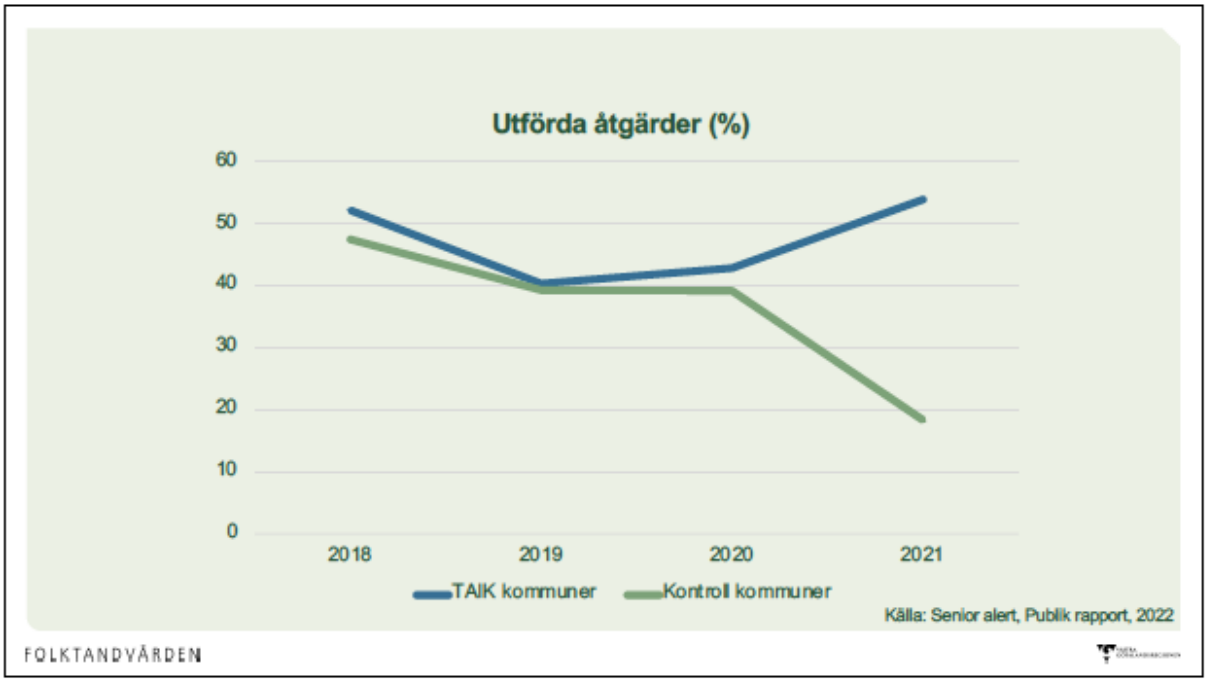
Källa: Senior alert, Publik rapport, 2022

FOLKTANDVÅRDEN

22


Antal ROAG-bedömningar per individ och år
1,4
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
2018
2019
2020
2021
TAIK kommuner
Kontroll kommuner
Källa: Senior alert, Publik rapport, 2022
FOLKTANDVÅRDEN

23


Utförda åtgärder (%)
60
50
40
30
20
10
0
2018
2019
2020
2021
TAIK kommuner
Kontroll kommuner
Källa: Senior alert, Publik rapport, 2022
FOLKTANDVÅRDEN

24

Slutsats

- TAIK-projektet är ett förändringsarbete som bidrar till en gemensam förståelse och ökad kunskap om tandvård, munhälsa och kommunal verksamhet.
- Det är viktigt med en funktion i kommunal verksamhet som är expert och kan driva munhälsofrågor på ett professionellt sätt.
- TAIK-konceptet är en infrastruktur för (mun)hälsofrämjande insatser.



FOLKTANDVÅRDEN

25

Kommunal verksamhet + Tandvård

Mer information om TAIK

- Rapport "Tandhygienist i kommunal verksamhet –TAIK" *(tillgänglig inom kort via denna webblänk - se "Äldres munhälsa – publikationer")*

Kontaktpersoner

- Jessica Persson
  Projektledare TAIK
  jessica.k.persson@vgregion.se
- Catharina Hägglin
  Utvärderingsansvarig TAIK
  catharina.hagglin@vgregion.se
  catharina.hagglin@odontologi.gu.se
- Eva-Karin Bergström
  Enhetschef hälsoodontologiska enheten
  eva-karin.bergstrom@vgregion.se

FOLKTANDVÅRDEN

26

Bilaga 2

Version 2

Riskbedömning
Munhälsa

Enhet:	Personnummer:	Namn:	Datum när åtgärd planerades:

Revised Oral Assessment Guide – Jönköping (ROAG-J)

Röst		**Tänder**	
Ej aktuellt att bedöma	0	Har inga egna tänder	0
Normal	1	Rena, ingen synlig beläggning eller matrester	1
Torr, hes, smackande	2	Beläggning eller matrester lokalt	2
Svårt att tala	3	Beläggning, matrester generellt eller trasiga tänder	3
Läppar		**Protes**	
Lena, ljusröda, fuktiga	1	Har ingen protes	0
Torra, spruckna, sår i mungiporna	2	Ren och fungerar	1
Sårig, blödande	3	Beläggning eller matrester	2
Munslemhinnor (avlägsna ev. protes)		Används ej eller dåligt fungerande	3
Ljusröda, fuktiga	1	**Saliv**	
Röda, torra eller området med färgförändring, beläggning	2	Glider lätt	1
Sår, med eller utan blödning, blåsor	3	Glider trögt	2
Tunga		Glider inte alls	3
Ljusröd, fuktig med papiller	1	**Sväljning** (relaterat till smärta och muntorrhet)	
Inga papiller, röd torr, beläggning	2	Ej aktuellt att bedöma	0
Sår med eller utan blödning, blåsor	3	Obehindrad sväljning	1
Tandkött		Obetydliga sväljproblem	2
Har inget tandkött, har endast munslemhinna	0	Uttalade sväljproblem	3
Ljusrött och fast	1	**Förklaring**	
Svullet, rodnat	2	1=frisk eller normalt tillstånd	
Spontan blödning	3	2=måttliga förändringar/avvikelser	
		3=svårare förändringar/avvikelser	

Summa antal 2:or:_____ (Åtgärdas på enheten)

Summa antal 3:or: _____ (Remiss skickas till tandvården)

Bedömningen gjord av:	Datum:

Nästa riskbedömningstillfälle (se datum för övriga riskbedömningar)**:**

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing forum, översatt och modifierat Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, reviderad september 2000. ROAG samt åtgärdsförslag vid symptom grad 2 är kompletterade/modifierade av leg tandläkare Monica Nordling och leg tandhygienist Eva Herremo Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län 2011. Benämns ROAG-J.

Nationella kvalitetsregistret Senior alert är framtaget av utvecklingsenheten Qulturum, Region Jönköpings län

SENIOR alert

Planerade och pågående förebyggande åtgärder

Version 2

Munhälsa

Enhet:	Personnummer:	Namn:	Datum när åtg planerades:

Munhälsa
Om risk finns inom ett område sätts åtgärd in för respektive område.

Grad 2 åtgärdas av personal på enheten.
Grad 3 kräver remiss och åtgärder av tandvården.

Röst
- ☐ Fukta munnen

Läppar
- ☐ Smörj läpparna
- ☐ Lokal smärtlindring läppar

Munslemhinnor
- ☐ Rengöring och fuktning av munslemhinnor
- ☐ Borttagning av krustor
- ☐ Lokal smärtlindring munslemhinnor

Tunga
- ☐ Rengöring av tunga
- ☐ Fukta tungan
- ☐ Lokal smärtlindring tunga

Tandkött, Tänder, Implantat
- ☐ Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård själv
- ☐ Tandborstning – assistans eller fullständig hjälp
- ☐ Rengöring mellan tänderna – assistans eller fullständig hjälp
- ☐ Tvätta med skumgummitork – assistans eller fullständig hjälp
- ☐ Fluortillförsel utöver fluortandkräm – assistans eller fullständig hjälp
- ☐ Extra munvård vid förstärkt kost – assistans eller fullständig hjälp

Protes
- ☐ Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård/protesrengöring själv
- ☐ Protesrengöring – assistans eller fullständig hjälp
- ☐ Rengöring av kvarvarande tänder och munslemhinnor - assistans eller fullständig hjälp

Saliv
- ☐ Fukta munslemhinnorna

Sväljning (relaterat till smärta och muntorrhet)
- ☐ Underlätta sväljning genom fuktning av munnen
- ☐ Annan åtgärd - munhälsa
- ☐ Vård i livets slutskede - munhälsa
- ☐ Personen avböjer samtliga förebyggande åtgärder - munhälsa
- ☐ Kontakt/remiss till tandläkare vid minst en 3:a

Planerad uppföljning	Genomförd	Signatur
Datum:	Datum:	

ROAG samt åtgärdsförslag vid symptom grad 2 är kompletterade/modifierade av leg tandläkare Monica Nordling och leg tandhygienist Eva Herremo Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län 2011. Benämns ROAG-J.

Nationella kvalitetsregistret Senior alert är framtaget av utvecklingsenheten Qulturum, Region Jönköpings län

Bilaga 3

TAIK
Tandhygienist i kommunal verksamhet

Folktandvården Västra Götalands hälsofrämjande koncept för regionens årsrika befolkning

Projektplan
Jessica Persson
Catharina Hägglin
Lars Gahnberg

Oktober 2018

FOLKTANDVÅRDEN

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen i Sverige liksom i många andra länder innebär att andelen och antalet äldre i samhället ökar de närmaste decennierna. Befolkningsprognosen från Statistiska centralbyrån (SCB) visar en markant ökning av andelen äldre i befolkningen (1). Prognosen för Västra Götalandsregionen visar samma tendens som riket i övrigt. År 2015 fanns det ca 83 500 st. individer som var äldre än 80 år i Västra Götaland, denna andel beräknas öka med 50% till år 2030 (2).

Epidemiologiska data i Sverige visar att andelen äldre som helt saknar egna tänder minskat dramatiskt de senaste decennierna (3). De flesta äldre har idag många kvarvarande tänder. Allt fler egna tänder ses som ett mått på förbättrad hälsa och ökad livskvalitet, men innebär också en förhöjd risk att drabbas av mun- och tandsjukdomar (4, 5). Den god munhälsan riskerar att snabbt raseras när den äldre personen blir skör eller funktionellt beroende. Orsaken är att tänderna ofta är kraftigt restaurerade eller försedda/ersatta med kronor, bryggor eller andra komplicerade konstruktioner (3). Detta ställer stora krav på förmågan att utföra den dagliga munhygienen, vare sig man utför denna själv eller är beroende av hjälp, samt innebär ökat behov av regelbundna kontakter med tandvården. Det har istället visat sig att med stigande ålder tenderar en tidigare regelbunden tandvårdskontakt att brytas (6, 7).

En åldrande befolkning som har allt fler egna tänder och där allt fler är beroende av hjälp i sitt dagliga liv - bland annat med munvård och tandvård - innebär en stor utmaning för både tandvården och äldreomsorgen. Tandvård för sjuka och sköra äldre är resurskrävande och komplicerad, samt förenad med avsevärda kostnader för samhället.

Idag bor äldre omsorgsberoende allt längre tid i det egna hemmet. Detta möjliggörs tack vare insatser av hemtjänst och/eller anhöriga. Vid behov av hjälp och stöd av såväl anhöriga/närstående som av vård- och omsorgspersonal är det viktigt och avgörande att man har kunskap om betydelsen av en god munhälsa samt medvetenhet om att munhälsa och allmänhälsa är nära förknippade med varandra och påverkar den totala hälsosituationen. Tyvärr visar studier att omsorgspersonalen ofta upplever munvården som obehaglig och svår. Orsaken kan vara att de äldre inte samarbetar, men även att personalen har för lite kunskap och kompetens i ämnet, samt att tydliga riktlinjer och rutiner saknas (8-10, 14).

Biståndshandläggare har identifierats att ha en nyckelposition (7, 11, 14). När personer börjar bli sköra och behovet av stöd i vardagen uppstår är det vanligtvis en handläggare på biståndsavdelningen som blir den första kommunala kontakten. Biståndshandläggare har därför stor möjlighet att fånga upp munhälsoproblem och stödja en bibehållen tandvårdskontakt, samt identifiera individer som inte har förmåga att klara sin munvård själva. Via delegation har kommunens biståndshandläggare oftast behörighet att utfärda Intyg om nödvändig tandvård.

Tandvårdsstöd i form av Uppsökande verksamhet och Nödvändig tandvård har funnits tillgängliga i nästan 20 år i Sverige. Trots detta så visar utvärderingar att många som är berättigade till tandvårdsstöden aldrig nås av dem (12, 13). Huruvida individer nås av stöd de har rätt till eller inte har visat sig bero på bland annat skillnader i kultur, kompetens och attityder mellan tandvård och kommunal verksamhet. Inom kommunal vård och omsorg saknas det professionell tandvårdskompetens för att säkra en god munhälsa hos sköra och beroende äldre.

Som ett led i att utveckla hållbara strategier för att möta dessa utmaningar har ett pilotprojekt bedrivits i tre år i Mariestads kommun. En tandhygienist anställdes i kommunen som en resurs i tandvårdsfrågor (TAIK). Genom samverkan och nära samarbete mellan TAIK, kommunen och kommunal verksamhet integrerades tandvårdskompetens framgångsrikt på en mängd nya arenor (14).

Insatserna riktades till hela kommunens äldre befolkning, oberoende, skör såväl som beroende. Mariestadsprojektet medförde en ömsesidig kunskapsutveckling och ledde till att en rad konkreta munhälsofrämjande åtgärder hos äldre på lång och kort sikt. Till exempel visade resultaten av TAIK i Mariestad på kvalitetsförbättringar vad gäller rutiner för munvård, samt ökad kunskap om munvård bland biståndshandläggare och vård- och omsorgspersonal i Mariestads kommun. Andra resultat som Mariestadsprojektet gav var ökade tandvårdskontakter hos sköra och beroende äldre samt en uttalad ökning av antalet ROAG bedömningar (14). Sammantaget skapar detta förutsättning för en positiv utveckling av munhälsan hos äldre i Mariestads kommun.

Mot denna bakgrund har Tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen avsatt medel och gett i uppdrag åt Folktandvården Västra Götaland att genomföra ett utvidgat projekt inkluderande flera kommuner (Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan). Projektet ska genomföras i nära samarbete med och stöd av respektive kommun. Folktandvårdens ledning har i sin tur gett Centrum för äldretandvård (CÄT) i uppdrag att genomföra och utvärdera projektet.

Syfte

I Mariestadsprojektet utformades ett koncept där en tandhygienist är en integrerad del i kommunal verksamhet genom att vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård. Syftet med föreliggande projekt är att utveckla och utvärdera detta koncept i ett vidare perspektiv i flera kommuner.

Omfattning och avgränsningar

Omfattning

Uppdrag

TAIK ska i sitt uppdrag ha en neutral roll gentemot vårdgivare inom tandvården och i första hand utgöra en resurs till alla kommuninvånare 65 år och äldre, till vård- och omsorgspersonal, vårdcentraler, tandvård, apotek, patientorganisationer, biståndshandläggare m. fl. TAIK ska arbeta brett och på olika sätt bidra med sina insatser i folkhälsoarbetet. Person-kretsen som omfattas av rättighetslagen; ”Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS” kan också omfattas av TAIKs insatser. Kommunikation och dialog är centralt i TAIKs uppdrag. TAIK ingår i nätverk med fokus på äldres munhälsa och ska där bidra med kompetens och kunskapsutveckling.

TAIKs huvudsakliga uppgift är att verka hälsofrämjande och förebyggande och skapa nya förutsättningar för en god munhälsa i livets senare del. Avsikten är att TAIKs arbete ska ha en positiv effekt på äldres livskvalitet och hälsa samt medföra en minskad belastning på tandvård, hälso- och sjukvård och den kommunala omsorgen.

Specifika uppdrag

- Samarbeta med biståndshandläggare så att munvårdsbehov beaktas vid biståndshandläggning och vårdplanering.
- Kvalitetsutveckla, kvalitetssäkra rutiner och följa upp munvård inom kommunal vård- och omsorg.
- Vara rådgivande och sakkunnig gentemot vårdcentraler, gode män, brukare och deras anhöriga.
- Samverka med folkhälsoplanerare avseende kommunens hälsofrämjande verksamhet.
- Vara resurs och sakkunnig för MAS, biståndshandläggare och övrig kommunal personal i tandvårdsfrågor.
- Samverka och kommunicera med tandvårdens lokala aktörer.

- Samordna sin verksamhet med den uppsökande verksamhet som tandvården bedriver i kommunen, t ex avseende utbildningsinsatser.
- Utbilda i munhälsa och munvård för kommunens vård- och omsorgspersonal.
- Utbilda i munhälsa och munvård vid kommunens eventuella tandsköterske- och gymnasiala vårdutbildningar, om det efterfrågas.
- Utbilda vård- och omsorgspersonal i riskbedömningsinstrumentet ROAG inom kvalitetsregistret Senior alert.
- Kommunicera och informera om vikten av god munhälsa till pensionärsorganisationer och patientföreningar m. fl.
- Verka för och informera om vikten av att bibehållen tandvårdskontakt och bistå vid förlorad tandvårdskontakt.
- Vid behov utforma nytt utbildnings- och informationsmaterial eller anpassa befintligt material.
- Informera och vara sakkunnig i tandvårdsstödets regelverk.
- Vara lyhörd för och anpassa arbetet till den kommunala kulturen.
- Vid önskemål och behov informera kommunens politiker om TAIKs verksamhet.
- Sammanställa rapporter vid av pågående verksamhet vid vissa givna intervall.

Avgränsningar
TAIKs verksamhet inriktas framförallt mot kommuninvånare som är 65 år och äldre, men denna begränsning är inte absolut. Vid behov kan även TAIK vara en resurs för andra vuxna kommuninvånare som riskerar försämrad munhälsa.

TAIK ska inte vara en instans för ”second opinion” i frågor som gäller tandvård.

Målbeskrivning

Övergripande mål

Målsättningen med projektet är att TAIK efter försöksperiodens slut ses som en resurs och en självklar del i den kommunala verksamheten. I förlängningen är målet att uppnå och bevara en god munhälsa hos kommunens äldre befolkning.

Specifika mål

- Att munvårdsbehov alltid beaktas vid biståndshandläggning och vårdplanering.
- Att kvalitetssäkrade munvårdsrutiner ska finnas inom kommunens vård och omsorgsverksamhet.
- Att äldre personers tandvårdskontakt säkras.
- Att samarbete avseende munhälsa med relevanta aktörer inom kommunal verksamhet och hälso- och sjukvård etableras.
- Att kunskap samlas in och samsyn skapas kring rutiner och strategier avseende äldretandvård hos tandvårdens lokala aktörer.

Utvärdering av mål

Utvärdering och uppföljning genomförs med olika metoder inom ett flertal områden via kartläggning, verksamhetsstatistik och effektutvärdering.

Kartläggning

Kommunstatistik redovisat per årtal och kommun.

- Antal invånare i kommunen (den del som TAIK har hand om).
- Antal äldre och andel i kommunen (≥65 år; ≥80 år; ≥100 år).
- Antal biståndshandläggare.
- Antal gode män.
- Antal personer boende inom SäBo
- Hemvård/tjänst – omfattning
- Antal och fördelning av omvårdspersonal i äldrevården – olika kategorier.
- Personalomsättning
- Förekomst av vårdutbildningar (även för vikarier).
- Antal LSS ≥65 år
- Antal LSS totalt
- Antal N-tandvårdsintyg
- Intygsbeställning N-tandvård
- Antal F-tandvård ≥65 år
- Antal anställd omsorgspersonal inom vård och omsorg, LSS exkluderade
- Antal personer som beviljats kommunala insatser enligt SoL
- Antal personer med kommunala insatser, utan personlig omvårdnad
- Antal biståndsbeslut tagna senaste 12 mån period
- Antal ROAG-bedömningar
- Antal uppsök avseende N-tandvård (ja-tackare)
- Omsättning personer inom SäBo

Verksamhetsstatistik TAIK

- Genomförda utbildningar och antalet utbildade t.ex. omvårdnadspersonal, gymnasial vårdutbildning, biståndsbedömare och gode män.
- Genomförda ROAG-utbildningar och antal deltagare.
- Genomförda informationsaktiviteter t. ex. på apotek, mässor, pensionärs-/patient-föreningar och politiker.
- Framtaget informationsmaterial.
- Kvantitativt beskriva vilken mån TAIK har varit rådgivande och sakkunnig.
- Massmediala kontakter och publiceringar.
- Antal inkommande tjänste-mejl/sms/telefonsamtal till TAIK.

Effektutvärdering

- Kunskap om, och attityder till munhälsa/munvård hos kommunal vårdpersonal och biståndshandläggare före och efter införandet av TAIK i TAIK-kommuner jämfört med kontrollkommun (enkätstudie, baseline follow-up).
- Kunskap om TAIKs verksamhet och uppfattning om densamma hos kommunal personal. (Kvantitativ och kvalitativ utvärdering).

- Att efter implementering av de nya rutiner vid biståndshandläggning, som framtagits i samarbete med biståndshandläggare, följa upp antal registrerade tandvårdsintyg i respektive kommun över tid samt antal äldre som önskar kontakt med TAIK under projektperioden.
- Kvalitativt utvärdera TAIKs medverkan vid vårdplanering samt uppföljning av antalet tandvårdsintyg. (t.ex.: TAIK deltar i 2 kommuner deltar och de två andra blir kontroller).
- Kvalitetsgranskning munvårdskort på SäBo och ordinärt boende. Förvaring och om munvårdsprodukter finns tillgängliga.
- Kvalitetsuppföljning av munhygienen på SäBo med hjälp av OHAI (Oral Hygiene Ability Index).
- Kvalitetsuppföljning av ROAG-riskbedömningar efter implementering av en mer omfattande ROAG-utbildning även innehållande ”hands on”. Jämföra resultat mot standardiserad utbildning.
- Implementerandet av TAIK bör innebära ökad förekomst av bibehållen tandvårdskontakt hos äldre. Utvärderas före och efter projektet genom att data inhämtas från Försäkringskassan avseende undersökningsåtgärder och i enkäter till kommunernas äldre befolkning i samband med kommunens uppsökande verksamhet och vid biståndshandläggning.
- Kunskap om och attityder till, rutiner för tandvårdskontakt hos sköra äldre hos tandvårdspersonal. Kvalitativa intervjuer eller enkäter med tandsköterskor och tandläkare privat och offentlig tandvård (- före och efter insatsen?).
- Utvärdering ”N-intyg light”. Det vore önskvärt att en av de kommuner som ”N-intyg light” testas i är en TAIK-kommun, för att undersöka om det eventuellt skulle finnas en TAIK-effekt.
- Hälsoekonomisk utvärdering

Projektets gränsytor

Projektet bedöms ha följande gränsytor:

- Centrum för äldretandvård (CÄT)
- De aktiviteter som genomförs av CÄT´s nätverk för att öka medvetenheten om munhälsa och munvård inom äldrevård och äldreomsorg och som riktar sig mot kommuner och kommunal personal övertas, under projekttiden, av TAIK.
- Offentlig och privat tandvård i TAIK kommunerna
- Klinikerna där respektive TAIK arbetar kliniskt (tjänstgöring: 50% TAIK och 50% kliniskt) kommer bli välinformerade om projektet. Övriga vårdgivare inom offentlig och privat tandvård i respektive kommun (Borås, Kungälv, Trollhättan och Skövde) kommer bjudas in till ett informationsmöte där projektet beskrivs och dess betydelse diskuteras.
- Vårdutbildningar i respektive kommun och tandsköterskeutbildningen i Borås.
- Ansvariga för dessa utbildningar kommer att ges information om TAIK och den verksamhet som bedrivs inom projektet.
- Enhet Tandvård VGR.

Förutsättningar för projektet

- Förutsättningarna för fullföljande av projektet bedöms som mycket goda. Behovet av att utveckla koncept för att förbättra de äldres munvård och munhälsa är uppenbart och intresset för projektet, både inom och utanför Västra Götaland, är stort.
-

- De tandhygienister som rekryterats till projektet som TAIK:ar har utomordentligt goda kvalifikationer, vad gäller kompetens, erfarenhet och samarbetsförmåga.
- Inom ledningen för Folktandvården Västra Götaland prioriteras projektet högt.
- Inom CÄT finns god kompetens och erfarenhet av såväl projektverksamhet som kunskaper kring äldres munhälsa och tandvårdssituation.
- Det finns ett pilotprojekt som har bedrivits i Mariestads kommun med gott resultat och med en struktur för hur implementering av TAIK kan ske.
- Det finns resurser med hög forskningskompetens knutna till projektet.
- Det finns ekonomiska resurser till förfogande.

Risker för projektet

- Svårigheter att bibehålla den kompetens som förvärvas i projektet vid eventuell personalomsättning.
- Förändring i prioriteringar på kommunal och/eller regional nivå.
- Kostnadsutveckling leder till svårigheter att hålla budget.

Resurser

- Resurs i form av projektledare (100%)
- Resurs i form av fem tandhygienister anställda inom ramen för projektet 50 % som TAIK:ar i tre år
- Vetenskaplig kompetens inom kvantitativ forskning och rapportering (25% under projekttiden)
- Projektutvärdering, kvalitativ (timanställning, x timmar/år)
- Statistiker timanställning (40 timmar/år)
- Hälsoekonom
- Transportkostnader

Finansiering

Tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen har avsatt medel och gett Folktandvården i uppdrag att genomföra projektet. Projektet sker i nära samarbete, och med stöd av, kommunerna.

Kostnadsberäkning

Finansiering eget kapital: 2 800 000 kr

Personalkostnader:
Fem tandhygienister à 50 %: 1 300 000 kr.
En specialisttandläkare 25 %: 300 000 kr.
En projektledare 80 %: 500 000 kr.

Övriga kostnader (såsom förbrukningsmaterial, utbildningsdagar mm): 175 000 kr

Organisation

TAIK

50% Borås – leg. tandhygienist Beatrice Odenö
50% Borås – leg. tandhygienist Monica Ringdahl
50% Kungälv – leg. tandhygienist Victoria Östlund
50% Skövde – leg. tandhygienist Elisabeth Söder
50% Trollhättan – leg. tandhygienist Ann-Sofi Brattbäck Atzori

Projektledare

100 % – leg. tandhygienist Jessica Persson

Utvärderingsansvarig

25% - docent, övertandläkare Catharina Hägglin

TAIK-grupp

Samtliga fem TAIKar och projektledare, vid behov adjungeras personer.

Projektgrupp

TAIK och MAS (eller annan kommunrepresentant) i respektive kommun samt projektledare.

Referensgrupp(er)

1. Uppsökande verksamhet.
2. Vid behov bildas en referensgrupp från CÄTs nätverk.

Kommunal arbetsgrupp

En för varje kommun. Socialchef eller motsvarande inom respektive kommun och tandvårdschef för utveckling Bent Petersen eller chef HOE Eva-Karin Bergström. Adjungerade till arbetsgruppen är: TAIK och MAS i respektive kommun samt projektledare och ansvarig för utvärdering.
Sammankallande: Projektledaren

Styrgrupp

Hälsostyrd vård utgör styrgrupp och projektledare och ansvarig för utvärdering adjungeras.

Tidplan och aktiviteter

- Våren -18
  - Beslut om projektstart.
  - Rekrytering projektledare.
- Sommaren -18
  - Formulering av projektplan
  - Rekrytering av fem TAIK:ar
  - Framställande av dokument för att underlätta uppföljning, såsom avvikelsedokument och agenda för team-möten.
  - Sammanställning av enkäter inför insamling av baseline-data

- Hösten -18
  - Kartläggning av ”TAIK-kommunerna”.
  - Insamling av baseline-data från TAIK-kommuner och från kontroll-kommun(er).
  - Kommunstatistik och verksamhetsstatistik.
  - TAIK:ar i respektive kommun påbörjar sina uppdrag. Planlägger verksamheten, utbildas, formulerar rutiner och arbetssätt samt startar upp.
  - Projektledare tar fram en kommunikationsplan avseende TAIK tillsammans med kommunikationsenheten.
- Våren -19 till och med hösten -21
  - Pågående TAIK-verksamhet.
  - Utvärderingsarbete.
  - Årsrapporter.
- Hösten -20
  - Utvärdering och lägesrapport. Beslutsunderlag för fortsatt verksamhet 2021ff.
- Våren -22
  - Slutseminarium och slutrapport.

Arbetsformer och rutiner

- Projektmöten regelbundet (protokollförs)
- Styrgruppsmöten kvartalsvis (protokollförs)
- Rapport och publicering i form av hälsoodontologiska rapporter och eventuellt vetenskapliga publikationer.
- Team-möten med TAIK-grupp. Initialt månadsvis.
- Avstämningsmöten/uppföljningsmöten respektive TAIK och projektledare. Initialt veckovis.
- Dokumentation över aktiviteter, verksamhet och avvikelser loggförs av projektledare och TAIK i dokument upprättade för detta ändamål – projektdagbok och avvikelsedokument etc.
- Projektets utveckling redovisas i CÄT´s årsrapport.
- Slutrapport lämnas våren 2022 till Folktandvården ledning, Borås, Kungälvs, Trollhättans och Skövdes kommun samt hälso- och sjukvårdsutskottet. Ansvarig för slutrapport är Catharina Hägglin och Jessica Persson.

Referenslitteratur

1. SCB Sveriges framtida befolkning 2016–2060. http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf
2. SKaPa, årsrapport 2016. http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2017/10/Årsrapport-2016.pdf
3. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973-2013). II. Review of clinical and radiographic findings.
4. Norderyd O, Koch G, Papias A, Köhler AA, Helkimo AN, Brahm CO, Lindmark U, Lindfors N, Mattsson A, Rolander B, Ullbro C, Gerdin EW, Frisk F.
5. Swed Dent J. 2015;39(2):69-86.
6. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. Spec Care Dentist. 2008;28(6):224-36.

7. McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people's quality of life. Gerodontology. 1999;16(1):59-63.
8. Grönbeck-Linden I, Hägglin C, Petersson A, Linander PO, Gahnberg L. Discontinued dental attendance among elderly people in Sweden. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 2016;6(3):224-229. doi:10.4103/2231-0762.183101.
9. Skör och äldre - Vad händer med tänder https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/informationsmaterial/skor-och-aldre---vad-hander-med-tander.pdf
10. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel--an area in need of improvement. Gerodontology. 2012;29(2):787-92.
11. Sonde L, Emami A, Kiljunen H, Nordenram G. Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. Scand J Caring Sci. 2011;25(1):92-9.
12. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. Int J Dent Hyg. 2011;9(3):199-203.
13. Äldres tandvård och munhälsa. Policydokument. Sveriges Tandläkarförbund. 2016. https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/aldres-tandvard-och-munhalsa.pdf
14. Socialstyrelsen. Tandvård och tandhälsa 2013. www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Tandvardochtandhalsa.pdf
15. Vårdanalys. Tandlösa tandvårdsstöd. En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Myndigheten för vårdanalys. Stockholm 2015. ISBN 978-91-87213-41-0. http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/2015-3-tandlosa-tandvardsstod.pdf
16. Mariestadsprojektet. Tandhygienist i kommunal verksamhet. Nyström E, Gustavsson C, Petersson A, Gahnberg L, Hägglin C. Hälsoodontologiska enhetens rapportserie, Folktandvården Västra Götaland, Rapport 2 – 2017, ISBN 978-91-982768-3-1

Tabell 1. Befolkningsstatistik – TAIK kommuner

	Borås	Skövde	Kungälv	Trollhättan
Befolkning totalt	109 880 st.	54 133 st.	43 289 st.	57 753 st.
Befolkning ≥ 65 år, procentuell andel	19,3 %	19,4 %	20,5 %	18,8 %
Antal ≥ 65 år	21 322 st.	10 672 st.	8960 st.	11 021 st.
Antal ≥ 65 år med N-tandvård	1057 st.	621 st.	469 st.	568 st.
N-tandvård ≥ 65 år, procentuell andel	4,96 %	5,82 %	5,23 %	5,15 %
Befolkningstillväxt	1,3 %	1,1 %	1,3 %	1,2 %
Utrikesfödda	21,2 %	14,2 %	8,7 %	20,1 %
Eftergymnasial utbildning	14,6 %	11,4 %	11 %	13,2 %
Förvärvsintensitet	78,1 %	79,0 %	85,6 %	73,9 %
Medelinkomst	284 100 kr/år	292 300 kr/år	326 500 kr/år	281 600 kr/år

Bilaga 4

Deltagare i TAIK-organisationens olika grupper

Styrgrupp Folktandvården

Tandvårdschef Anders Ljungné
Tandvårdschef Bent Pedersen
Docent, utvärderingsansvarig TAIK-projektet Catharina Hägglin
Enhetschef Eva-Karin Bergström
Kommunikatör Mikael Rosengren
Adjungerad: Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Kommunal arbetsgrupp Borås

Förvaltningschef Vård och omsorgsförvaltningen, Maria Jonsson
Chef för kvalitet och utvecklingsfunktionen, Maria Rangefil
Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK), Beatrice Odenö (2018 – 2022)
TAIK, Monica Ringdahl, TAIK, Emma Johansson (2022)
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Kommunal arbetsgrupp Kungälv

Sektorchef Trygghet och stöd, Lena Arnfelt
Verksamhetschef hälso- och sjukvård, hälsofrämjande, Noomi Holmberg (2018 – 2020), Carina Andersson (2020 – 2022), Anna Mårtén (2022 -)
Verksamhetschef för vård och omsorgsboende, Sznezana Hadziselimovic (2018 – 2019), Sandra Hultén Johansson (2019 -)
Verksamhetschef stöd i ordinärt boende, Elisabeth Sjöberg (2018 – 2021), Maria Stenmark (2021)
Sociala resurser, Anna-Lena Hansdotter (2018 – 2021), Anna Larsson (2021 -)
Administratör Bodil Ekstrand
Verksamhetschef myndighet, Monica Fundin (2018–2021) och Peter Almgren (2021)
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Gunilla Lewin (2018 – 2020) Eva Söderholm (2020 -)
TAIK, Victoria Östlund (2018 – 2020), Sofia Bertilsson (2020 – 2021), Victoria Östlund (2021-2022)
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Kommunal arbetsgrupp Trollhättan

Förvaltningschef, omsorgsförvaltningen Lena Johansson (2018 – 2019)
Verksamhetschef särskilda boenden Marie Uls (2020 -)
Verksamhetschef hemtjänst Anna Petersson Viberg (2018 – 2020) Maria Berntsson (2021 -)
Enhetschef sjuksköterskor Helena Axén (2018 - 2019) Maria Alm (2019 -)
MAS, Ulla Arwidsson (2018 – 2019) och Helena Törneröd (2019 –)
TAIK, Annsofi Brattbäck Atzori
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Kommunal arbetsgrupp Skövde

Avdelningschef sektor vård och omsorg äldreboende, Jonas Engelbrektsson
Avdelningschef sektor vård och omsorg för hemtjänst och hälso- och sjukvård, Carola Låstberg (2018 – 2022), Sofia Lund (2022 -)
Socialt ansvarig samordnare (SAS), Pernilla Andersson
MAS, Malin Swärd (2018 – 2020) och Josefina Söderström (2020 -)
TAIK, Elisabeth Söder
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Projektägare

Enhetschef Eva-Karin Bergström

Projektledare

Leg. tandhygienist Jessica Persson

Ansvarig för utvärdering

Övertandläkare, docent Catharina Hägglin

Centrum för äldretandvård (CÄT)

Enhetschef Hälsoodontologiska enheten, Eva-Karin Bergström
Docent, ansvarig utvärderare TAIK, övertandläkare Catharina Hägglin
Verksamhetsutvecklare, leg. tandläkare Emelie Flander
Verksamhetsutvecklare, leg. tandhygienist Ewa Nyström
Verksamhetsutvecklare, leg. tandhygienist Eva Skogsberg
Strateg, övertandläkare Gunnar Henning
Verksamhetsutvecklare, leg. tandläkare Ingela Grönbeck Lindén
Verksamhetsutvecklare, övertandläkare Inger Stenberg
Verksamhetsutvecklare, leg. tandhygienist Isabelle Johansson
Projektledare TAIK, leg. tandhygienist Jessica Persson
Verksamhetsutvecklare, leg. tandläkare Lisa Bellander
Verksamhetsutvecklare, övertandläkare Madelene Wertsén
Verksamhetsutvecklare, leg. tandhygienist Sanna Lingonblad

Projektgrupp Borås

Chef för kvalitet och utvecklingsfunktionen Maria Rangefil
Verksamhetsutvecklare, leg. arbetsterapeut Merja Dömstedt (2020 –)
Verksamhetsutvecklare, leg. sjuksköterska Peder Stjerndahl (2019 – 2021)
TAIK, Beatrice Odenö (2018 – 2022), Emma Johansson (2022)
TAIK, Monica Ringdahl
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson
Adjungerad: MAS, Marie Elm

Projektgrupp Kungälv

MAS, Gunilla Lewin (2018 – 2020) och Eva Söderholm (2020 –)
TAIK, Victoria Östlund (2018 – 2021), Sofia Bertilsson (2021 – 2022), Victoria Östlund (2022-)
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Projektgrupp Skövde

MAS, Malin Swärd (2018 – 2020) och Josefina Söderström (2020 –)
Socialt ansvarig samordnare (SAS), Pernilla Andersson
TAIK, Elisabeth Söder
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson

Projektgrupp Trollhättan

MAS, Ulla Arwidsson (2018 – 2019) och Helena Törneröd (2019 –)
TAIK, Annsofi Brattbäck Atzori
Projektledare TAIK-projektet Jessica Persson

Projektgrupp Folktandvården

Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson
Vetenskaplig utvärderare TAIK-projektet, docent, Catharina Hägglin

Team TAIK Folktandvården

TAIK Trollhättan, Annsofi Brattbäck Atzori
TAIK Borås, Beatrice Odenö (2018 – 2022)
TAIK Borås, Emma Johansson (2022)
TAIK Skövde, Elisabeth Söder
TAIK Borås, Monica Ringdahl
TAIK Kungälv, Sofia Bertilsson (2020 – 2021)
TAIK Kungälv, Victoria Östlund (2018 – 2021) (2022-)
Projektledare TAIK-projektet, Jessica Persson
Vetenskaplig utvärderare TAIK-projektet, docent, Catharina Hägglin

Bilaga 5

Exempel på innehåll vid månatliga team-möten TAIK

Datum	Inbjuden, utöver ordinarie team	Tema
1/10 2018	Eva-Karin Bergström, projektägare och Ewa Nyström, projektledare TAIK Mariestad	Uppstart
20/11 2018	Ewa Nyström, projektledare TAIK Mariestad	Budskap i TAIK-projektet
18/12 2018	Kina Mulec, Strateg kompetensutveckling FTV	Kompetensutveckling
8/1 2019	Lena Ljungkrona Falck, dietist & Isabelle Johansson, doktorand CÄT	Tankar kring mat för äldre Forskning
19/2 2019	Ingela Grönbeck Lindén, doktorand, CÄT	Presenterat forskning
26/3 2019	Gum + Flux	Produktpresentation
23/4 2019	Katharina Wretlind, Folkhälsostrateg FTV	Folkhälsovetenskapliga perspektiv
21/5 2019	Kina Mulec, Strateg kompetensutveckling FTV	Kompetensutveckling
25/6 2019	Mikael Rosengren, kommunikation FTV	Kommunikationsplan
10/9 2019	Katharina Wretlind, Folkhälsostrateg FTV	Folkhälsovetenskapliga perspektiv
8/10 2019	Eva Nilsson, verksamhetsutvecklare FTV	Intressentanalys
19/11 2019	Susanne Vibbleus, Chef FRAMM Gunnar Henning, Strateg CÄT	Svåra situationer Etiska aspekter på munvård
17/12 2019	Kerstin Karlén, Uppsökande verksamhet	Samverkan uppsökande tandvård.
14/1 2020		Tid för TAIK-team
11/2 2020	Ulla Moberg Sköld, forskare kariologi	Fluorid och äldre
24/3 2020		Corona-planering
24/4 2020	Rosita Roman, tandläkare FTV	Avvikelser och Medcontrol
19/5 2020	Maria Rangefil chef kvalitet och utveckling & Peder Stjerndahl verksamhetsutvecklare Borås Stad	Mötet förlagt i Borås Stad
9/6 2020		Sammanfattning våren 2020
9/9 2020	Leila Cosic	Digitala vårdmöten
6/10 2020	Eva Söderholm, MAS Kungälv	Mötet förlagt i Kungälv
3/11 2020	Sven Kylén, FOUU-chef Fyrbodal	FOUU och arbetsintegrerat lärande
15/12 2020	Anita Petersson, TAIK Mariestad	Dela erfarenheter
26/1 2021		Inledning våren 2021
23/2 2021	Sara Olsson, verksamhetsutvecklare Barn och ungdom	Vad kan vi lära av varandra?
23/3 2021		Diskussion delrapport TAIK
20/4 2021	Eva Nilsson, verksamhetsutvecklare FTV	Samarbetsytan SOFIA
18/5 2021	Sanna Lingonblad, verksamhetsutvecklare CÄT	Introutb för tandvård om kommunal verksamhet
15/6 2021	Sanna Lingonblad, verksamhetsutvecklare CÄT	Introutb för tandvård om kommunal verksamhet
8/9 2021	Sanna Lingonblad, verksamhetsutvecklare CÄT	Introutb för tandvård om kommunal verksamhet
20/10 2021	CÄT nätverksdag	Förflyttningsrapport
1-2/12 2021	TAIK utvecklingsdagar, Anders Ljungné, tandvårdschef FTV och Eva-Karin Bergström, projektägare	Konceptet TAIK, historik och planering 2022

12/1 2022		Nationella riktlinjer för tandvård, genomgång
9/2 2022		Nära Vård
2/3 2022	CÄT nätverksdag	
10/3 2022	Tandvårdsstyrelsen	Seminarium TAIK
16/3 2022		Forts. Nära Vård och formulera TAIK-koncept
20/4 2022		Planering samtliga avrapporteringar TAIK
11/5 2022		Planering höst 2022 TAIK
22-23/6 2022	TAIK utvecklingsdagar, Ivan Andrés Castillo, doktorand HV Gunnar Henning, strateg CÄT och Lotten Renholm Pihl, verksamhetsutvecklare CÄT	Normer TAIK Härryda
23-24/8 2022	CÄT nätverksdagar	Tema demenssjukdomar
31/8 2022		Slutrapport TAIK-projektet

Bilaga 6

Nya och reviderade rutiner

Följande dokument har reviderats, eller tagits fram i samarbete mellan TAIK och kommunal verksamhet:

- Ny-framtagen rutin gällande Nödvändig tandvård i Kungälvs kommun.
- Reviderad processkartläggning gällande rutin Nödvändig tandvård och uppsökande tandvård i Borås Stad.
- I Kungälvs kommun har det definierats ett område i journalen för vård och omsorgspersonal vid särskilt boende där intygsnummer gällande Nödvändig tandvård, aktuellt Nödvändig tandvårdsintygsnummer samt befintlig tandvårdskontakt ska journalföras. Implementering pågår.
- I samband med flytt till vård och omsorgsboende i Trollhättan används en checklista. Checklistan har reviderats. Tre frågor gällande munhälsa har inkluderats (Finns intyg om Nödvändig tandvård?, Intygsnummer?, Kontaktuppgift till tandvårdsklinik?).
- I samband med flytt till vård och omsorgsboende i Trollhättan upprättas en levnadsberättelse. Fem områden gällande munhälsa har inkluderats i levnadsberättelsen. Munstatus, oral egenvård, besvär från munhåla samt tuggförmåga och tandläkarkontakt.
- Riktlinjer gällande kost och nutrition i Kungälvs kommun är reviderade med ett inkluderat munhälsoperspektiv.
- Rutin vid palliativ munvård, vård vid livets slut har reviderats med ett inkluderat munhälsoperspektiv i Borås Stad samt i Trollhättans Stad. Arbete pågår i Skövde.
- Information gällande särskilt tandvårdsstöd har kommunicerats till intranätet. Uppdaterad version finns tillgänglig.
- Blankett för samtycke som gäller informationsöverföring i Trollhättan Stad har vårdgivaren ”tandvård” lagts till som en möjlig valbar part.
- Som nyanställd i Trollhättan Stad finns det en rutin för att funktioner som ska utfärda intyg om nödvändig tandvård får aktuell behörighet.
- Samtalsstöd för sjuksköterskor inom hemsjukvård, inför att utföra en ROAG har arbetats fram i Borås Stad.
- Lathund/checklista avseende basal munvård på någon annan i Corona-tider framtagen och distribuerad till samtliga TAIK-kommuner.

Bilaga 7

Munhälsa vid Strömkarlen

Trots att flera nationella riktlinjer (till exempel för stroke, diabetes och demens) betonar vikten av samverkan kring individen mellan tandvård och omsorg, kan det vara en utmaning att i praktiken säkra en fungerande vårdkedja.

Här är frågor att ställa för att fånga upp personer 65 år och äldre som har behov av hjälp med att sköta sina tänder. Lämna frågeformuläret till Annsofi Brattbäck Atzori, kommunens TAIK (tandhygienist i kommunal verksamhet).

1. Går du regelbundet till tandläkare eller tandhygienist?

Frågan ger svar på om det finns någon aktuell tandvårdskontakt, eller om den ”tappats bort”.
□ Ja
□ Nej

Om nej, önskar du i så fall hjälp med bokning av en tid på tandvårdsmottagning?
□ Ja – fyll i brukarens kontaktuppgifter nedan så kommer kommunens TAIK att kontakta hen.
□ Nej

2. Är det något du undviker att äta på grund av smärta, eller för att det är besvärligt att tugga?

Påverkas ditt liv exempelvis av muntorrhet, sår, blåsor, trasiga och/eller lösa tänder, illasittande proteser, tandförluster eller smärta i munnen? Svaret visar om tandvårdsbehovet är akut. Hänvisa till ordinarie tandvård eller TAIK.
□ Ja
□ Nej

3. Behöver du stöd/hjälp med den dagliga munvården?

Stöd till daglig munvård preciserad i personlig omvårdnad?
□ Ja
□ Nej

Är personen aktuell för utfärdande av Intyg om Nödvändig tandvård?
□ Ja □ Nej □ Vet ej □ Har redan intyg

Personen tackat nej till att medverka i projektet:
□ Ja □ Nej

Glömt fråga personen: □ Ja

Kontaktuppgifter brukare

Namn: ……

Tel.nr (dagtid): ……...

Ev. närståendes

Bilaga 8

Munvård och munhälsa inom omvårdnaden

1. **Hur länge har du i din yrkesverksamhet arbetat med äldre - antal år?**

   ❑ <1 år ❑ 1-5 år ❑ 6-10 år ❑ 11-20 år ❑ >20 år

2. **Nuvarande anställning inom omvårdnaden?** *(Här kan du sätta flera kryss)*

   ❑ Omsorgspersonal/undersköterska på särskilt boende för äldre (SÄBO)
   ❑ Omsorgspersonal/undersköterska i hemvård
   ❑ Omsorgspersonal/undersköterska på korttids- eller växelboende
   ❑ MAS/Enhetschef
   ❑ Biståndshandläggare
   ❑ Leg sjuksköterska
   ❑ Annan anställning - vilken?_____|

3. **Har du fått utbildning i munhälsa och munvård?** *(Här kan du sätta flera kryss)*

   ❑ Nej
   ❑ Ja, i min grundutbildning
   ❑ Ja, i vidareutbildning
   ❑ Ja, på min arbetsplats
   ❑ Ja, i annat sammanhang - vilket?_____

4. **Har du fått ROAG-utbildning?**

   ❑ Ja ❑ Nej ❑ Känner ej till ❑ Inte relevant i mitt fall

   Om 'Ja', hur tycker du att ROAG fungerar? _____

5. **Hur ofta tycker du att en vårdtagare bör få munvård i genomsnitt?**

   ❑ Mer än 2 ggr/dag ❑ 2 ggr/dag ❑ 1 ggn/dag ❑ Mindre ofta

6. **Hur väl stämmer nedanstående påståenden överens med din uppfattning om munvårdsarbetet**

(OBS! Ett svar för varje alternativ a-i) **Munvårdsarbetet**	Inte alls	Lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet	Gör inte munvård
a) ... är obehagligt	❑	❑	❑	❑	❑	
b) ... innebär ett personligt intrång	❑	❑	❑	❑	❑	
c) ... är något som måste göras	❑	❑	❑	❑	❑	
d) ... tillhör god omvårdnad	❑	❑	❑	❑	❑	
e) ... är svårt att hinna med	❑	❑	❑	❑	❑	❑
f) Jag vill känna mig säkrare i det munvårdsarbete jag utför	❑	❑	❑	❑	❑	❑
g) Det finns bra rutiner för munvård på min arbetsplats	❑	❑	❑	❑	❑	❑
h) Om munvårdskort finns så följer jag instruktionerna	❑	❑	❑	❑	❑	❑
i) Jag är nöjd med den munvård jag utför	❑	❑	❑	❑	❑	❑

7. **Hur ofta händer det att vårdtagarna motsätter sig munvård?**

   ❑ Aldrig ❑ Sällan ❑ Ibland ❑ Ofta ❑ Alltid

8. **Finns det tillfällen då man skall genomföra munvård även om vårdtagaren säger nej eller är avvisande till munvård?** ❑ Nej ❑ Ja

   Om 'Ja – när då?_____

9. Här kommer några påståenden. Ange i vilken grad du tycker att de stämmer.

(OBS! Ett svar för varje alternativ a-i)	Inte alls	Lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
a) Risken för hål i tänderna ökar när man är muntorr	❑	❑	❑	❑	❑
b) Fluorpreparat passar bäst till barn	❑	❑	❑	❑	❑
c) Bara tandläkaren/hygienisten kan förhindra hål och tandlossning	❑	❑	❑	❑	❑
d) Det går inte att förhindra att sjukdom och mediciner förstör tänderna	❑	❑	❑	❑	❑
e) Även om man tar väl hand om sina tänder kommer de att ramla ut när man blir äldre	❑	❑	❑	❑	❑
f) Jag tror att våra vårdtagare önskar att jag erbjuder munvårdshjälp	❑	❑	❑	❑	❑
g) Som äldre person med egna tänder är det viktigare med regelbunden tandvård än i yngre år	❑	❑	❑	❑	❑
h) Om tandköttet blöder vid tandborstning bör man sluta borsta	❑	❑	❑	❑	❑
i) Om man har dålig munhälsa så kan det påverka den allmänna hälsan	❑	❑	❑	❑	❑

10. Inom tandvården är patientens kostnader för tandvård reglerade av olika system/regelverk – inte minst gäller detta de sjuka äldre.

Känner du till begreppen:	Inte alls	Lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Intyg om Nödvändig tandvård	❑	❑	❑	❑	❑
F-tandvård	❑	❑	❑	❑	❑
Uppsökande verksamhet/munhälsobedömning	❑	❑	❑	❑	❑

Känner du till vad som krävs för att vara berättigad till:	Inte alls	Lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Intyg om Nödvändig tandvård	❑	❑	❑	❑	❑
F-tandvård	❑	❑	❑	❑	❑
Uppsökande verksamhet/munhälsobedömning	❑	❑	❑	❑	❑

11. Vet du vart du kan vända dig för att få hjälp med frågor kring tandvårdens regelverk vad gäller äldre personer?

❑ Nej ❑ Ja ❑ Inte relevant/kan regelverket

Om 'Ja'– var skulle du söka hjälpen?_____

Har du några ytterligare kommentarer kring munhälsa, munvård och tandvårdsstöd för äldre personer så tar vi tacksamt emot dessa! *(Skriv gärna på baksidan)*

Tack för din medverkan!

Bilaga 9

Namn:_____

✂.....

Boende:_____ **Avd:**_____ **Datum:**_____ **Föd.år:**_____

Kvalitetssäkring Munvårdsrutiner

Har vårdtagaren "Intyg om N-tandvård"? ❍ Ja ❍ Nej

Om Nej, orsak:_____

Nyinflyttad? (senaste 3 månaderna) ❍ Ja ❍ Nej

Har "Intyg om N-tandvård", men tackat nej till munvårdsbedömning: ❍ Ja ❍ Nej

Munvårdskort: ❍ Finns ❍ Finns ej/hittas ej

Munvårdskortets tillgänglighet

Finns i vårdtagarens badrum: ❍ Ja ❍ Nej

Finns i vårdtagarens övriga bostad: ❍ Ja ❍ Nej

Finns samlade i gemensam pärm på avd.: ❍ Ja ❍ Nej

Annan placering, var?_____

Finns flera munvårdskort med olika datum? ❍ Ja ❍ Nej

Finns aktuellt / uppdaterat munvårdskort: ❍ Ja ❍ Nej

Om Ja, datum:_____

Munhygienhjälpmedel / rekommendationer på munvårdskortet

Tandborste: ❍ Vanlig ❍ El-tandborste ❍ Protestandborste ❍ Annan

Om Annan, vilken:_____

Approx. hjälpmedel: ❍ Tandsticka ❍ Mellanrumsborste ❍ Tandtråd ❍ Annat

Om Annat, vad:_____

Fluor: ❍ Skölj 0,05% NaF ❍ Skölj 0,2% NaF ❍ Duraphattandkräm

Klorhexidin: ❍ Gel ❍ Sköljning

Övrigt:_____

Finns rekommenderade hjälpmedel tillgängliga? ❍ Ja ❍ Nej ❍ Delvis

Om Nej eller Delvis, vad saknas:_____

I genomförandeplan

Dokumentation av respektive brukare, t ex hjälp med munvård, hjälp med bäddning etc.

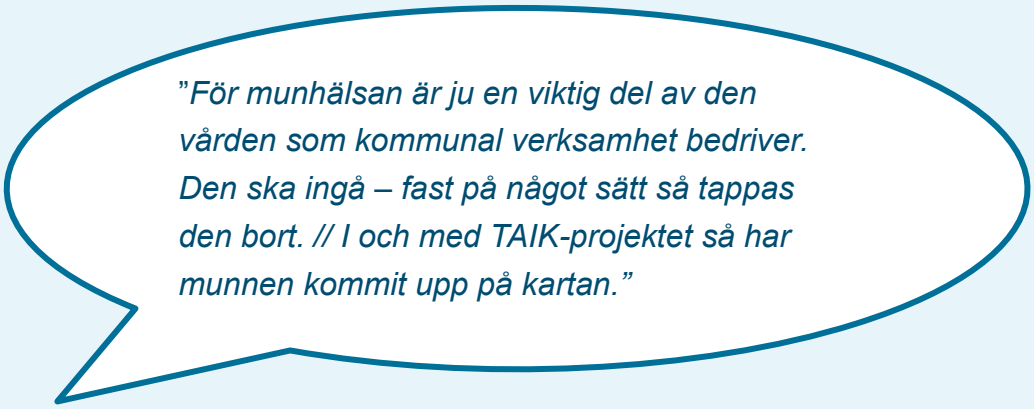
Finns notering om munvård? ❍ Ja ❍ Nej

Om Ja, vad:_____

Finns hänvisning till munvårdskort? ❍ Ja ❍ Nej

Tandhygienist i kommunal verksamhet -TAIK

En intervention med munhälsofrämjande insatser för den äldre befolkningen



Citat: Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS
Intervjustudie 2022

I rapporten redovisas resultat av fyra års arbete.

Vi som varit huvudansvariga för att ta fram rapporten är…
Jessica Persson, leg. tandhygienist och projektledare vid Centrum för äldretandvård (CÄT), samt doktorand vid Högskolan Väst. Projektledare för TAIK-projektet.
Catharina Hägglin, docent vid Göteborgs universitet, övertandläkare och FoU-ansvarig vid CÄT. Ansvarig för utvärderingen av projektet.

I två av studierna har vi fått god hjälp med analys och skrivarbete av:
Lisa Bellander, leg. tandläkare och verksamhetsutvecklare vid CÄT, doktorand vid Göteborgs universitet. Studie II.
Isabelle Johansson, leg. tandhygienist och verksamhetsutvecklare vid CÄT, doktorand vid Göteborgs universitet. Studie IV.

…och utan hjälp med stort och smått av våra fantastiska TAIK hade det överhuvudtaget inte blivit någon rapport:
Annsofi Brattbäck Atzori, leg. tandhygienist, TAIK Trollhättan
Beatrice Odenö, leg. tandhygienist, TAIK Borås
Emma Johansson, leg. tandhygienist, TAIK Borås
Elisabeth Söder, leg. tandhygienist, TAIK Skövde
Monica Ringdahl, leg. tandhygienist, TAIK Borås
Sofia Bertilsson, leg. tandhygienist, TAIK Kungälv
Victoria Östlund, leg. tandhygienist, TAIK Kungälv

Samtliga ovanstående är anställda vid Folktandvården Västra Götaland.

Ingenting av det här vore möjligt att presentera utan det goda samarbetet med involverade kommuner – Borås stad, Kungälv kommun, Trollhättan stad och Skövde kommun.

Rapporten finns nedladdningsbar under fliken: ”Äldres munhälsa - publikationer och rapporter” på https://folktandvarden.vgregion.se/cat
ISBN: 978-91-987059-1-1