

Hemlösas munhälsa

Lars Frithiof och Patricia De Palma

I samband med en brett upplagd pilotundersökning av 35 hemlösa personer i Stockholm konstaterades att de hemlösas tandhälsa var chockerande dålig. Med några få undantag saknade de undersökta många tänder, de tänder som fanns var ofta trasiga, en del så svårt att de inte kunde repareras. Undersökningen har senare utvidgats till att omfatta 147 personer och enligt de preliminära resultaten tycks förhållandena vara ännu sämre än vad pilotundersökningen visade.

Lars Frithiof, Odont dr., doc. och Patricia De Palma, leg tandläkare, doktorand, Karolinska institutet, Odontologiska institutionen, Box 4064, 141 04 Huddinge. lars.frithiof@ofa.ki.se, patricia.de.palma@ofa.ki.se

Hemlösa personer är av olika skäl svåra att studera som grupp med sedvanliga epidemiologiska metoder (Halldin 2001). Orsaken är att de ingår i bortfallet i de urvalsundersökningar som studerar befolkningens hälsa beroende på att de inte kan nås på någon adress då de söks för undersökningen (Svärd 1998). Deras totala antal är osäkert, de siffror som finns är skattningar baserade på hemlösa personer som är kända från härbärgen, socialkontor, akutmottagningar och liknande ställen som hemlösa personer ibland nödgas uppsöka. Det är därför svårt att presentera studier som kan anses vara representativa för gruppen som helhet.

Bristerna i samhällets vård- och hjälpor-

ganisationer tycks ha bidragit till att de hemlösa utvecklat en obenägenhet att söka hjälp (Halldin 1998), det finns en misstänksamhet mot både myndigheter och vårdinrättningar; många har dåliga erfarenheter av tidigare kontakter inom vården vilket innebär ett hinder även då det gäller att intressera hemlösa personer för att delta i undersökningar av vetenskaplig karaktär.

Slutligen tycks medicinska och odontologiska studier över hemlösa vara lågprioriterade bland bidragsgivarna vad gäller forskningsmedel (Halldin 2003).

Svårigheterna att undersöka de hemlösa är en av förklaringarna till att hemlösheten fortfarande är ofullständig studerad och att

mycket av det vi tror oss veta beträffande hälsotillståndet och den sociala situationen bland de hemlösa i huvudsak härrör från rapporter från personer som yrkesmässigt kommer i kontakt med dem på sjukhus, inom socialvården och frivilligorganisationerna. Endast ett mindre antal studier utgår från direkta undersökningar av och intervjuer med hemlösa personer.

Detta kan vara förklaringen till att de hemlösa tandhälsa och munförhållanden inte tidigare studerats i Sverige liksom att man ej heller har kunnat ha någon grundad uppfattning om hur de hemlösa själva ser på sina tänder och sitt vårdbehov eller vad dåliga och fula tänder betyder för dem i förhållande till de övriga problem som de har att leva med.

Den pilotundersökning (Halldin et al. 2001) som utfördes på 35 hemlösa personer i Stockholm år 2000 är därför den första studie som redovisar munförhållandena undersökta på ett detaljerat och standardiserat sätt.

Pilotstudien

Inledningsvis var det svårt att intressera de hemlösa för att delta i studien. Information om studien spreds via härbärgen samt genom de personer som arbetade i stadens uppsökande, mobila grupper. Anslutningen var dålig och några av undersökarna fick därför söka upp de hemlösa och förklara undersökningen och dess syften. Efter några veckor spreds bland de hemlösa ryktet om undersökningen och tillströmningen ökade. Ej sällan angav de som skäl till deltagande att de önskade kontakt med en tandläkare.

I samband med pilotundersökningen fick deltagarna även svara på frågor rörande tändernas betydelse, senaste tandläkarbesök, upplevelsen av nuvarande munförhållande och tändernas utseende, förekomst och grad av smärta från munnen, tandborstningsva-

nor, tobaksvanor, tandvårdsrädsla samt om det fanns en önskan om att få hjälp med de problem de hade med tänderna. Redan under planeringsstadiet erbjöd sig Odontologiska institutionen vid Karolinska institutet i Huddinge att bidra till kostnaderna för och genomföra den nödvändiga tandvården inom ramen för Pilotstudien.

Pilotstudiens odontologiska del kom att omfatta 31 personer i åldrarna 25 – 67 år, varav tio kvinnor. Tandläkarundersökningen genomfördes i anslutning till Pilotstudiens provtagning och läkarundersökning samt de omfattande intervjuer som genomfördes med inriktning mot missbruk, sociala förhållanden, medicinska och psykiska problem. Samtliga undersökningar och intervjuer tog genomsnittligt 4,8 timmar.

Vid den inledande intervjun hos tandläkaren angav 11 deltagare att de var rädda inför tandläkarbesöket; 9 i sådan grad att det hindrat dem från att söka tandvård. Särskilt bedövningssprutan ansågs vara skrämmande. De flesta som kom till undersökningen var påfallande lätta att få kontakt med, de talade gärna om sina tänder och tandproblem men även om andra saker. En del visade tydlig uppskattning över att få någon att samtala med, någon som lyssnade. Det framgick vidare att 17 personer var missbelättna med tändernas utseende; de var generade och bevärade över att visa sina tänder. På frågan om tändernas betydelse – om de var viktiga eller mindre viktiga - svarade alla att tänderna var viktiga eller mycket viktiga. Det upplevdes som besvärligt att vara utan tänder eller att ha fula tänder; utseendet betydde mycket, precis som för de flesta människor i Sverige. Även den nedsatta tuggfunktionen uppgavs ibland vara besvärande.

23 hade ofta eller alltid obehag eller besvär från tänderna. 11 hade dålig smak i munnen, 14 angav muntorrhet. Endast fem

deltagare var icke-rökare. Åtta personer både snusade och rökte.

26 hade använt alkohol eller annan drog under de senaste 4 veckorna. Tolv hade varit inlagda på sjukhus under senaste 12 månaderna. Den genomsnittliga tiden sedan föregående tandläkarbesök var 6 år (0-25 år) och det besöket hade vanligen inneburit att en eller flera tänder avlägsnades. En av patienterna förklarade att "det skall mycket till innan man besöker en tandläkare".

Alla utom tre personer hade ett objektivt behandlingsbehov. Då de 28 personerna med ett uppenbart behandlingsbehov tillfrågades om de önskade hjälp med sina tänder önskade samtliga sådan hjälp. Flertalet av dessa kom till den erbjudna behandlingen. Två av de trettiofem deltagarna avled under de tre månader pilotundersökningen pågick.

Munhygien var med enstaka undantag ofullständig. Det fanns rikligt med plack och tandsten på tänderna och många angav att de inte borstat tänderna på månader eller år. Någon berättade att det inte var så lätt att borsta tänderna då tillgång till rinnande rent vatten saknades. Nio personer saknade tandborste, 11 borstade tänderna sällan eller aldrig, 12 borstade en gång om dagen. Fyra var fria från tandsten. 13 hade en eller flera tänder med ökad rörlighet (försämrat fäste) och man fann i gruppen 230 tänder skadade av karies vilket är 39 % av tänderna.

Endast två personer hade alla tänderna i behåll samtidigt som tänderna var i gott skick. Tre personer saknade helt egna tänder. I flera fall var de kvarvarande tänderna så dåliga pga. karies eller parodontit att de måste avlägsnas och ersättas med helprotes. Därutöver utfördes ett stort antal fyllningar och någon enstaka rotfyllning. 17 av de undersökta hade mellan 1 och 11 rotrestor eller sammanlagt 72 rotrestor dvs. de synliga delarna av tanden hade förlorats pga. karies,

endast roten satt kvar i käken. Denna typ av långt gångna tandskador är ovanliga inom befolkningen i allmänhet. Varje rotrest representerar sannolikt upprepad längre eller kortare perioder av svår tandvärk. I 17 fall utfördes behandling med avtagbar hel- eller delprotes.

Samtliga patienter röntgenundersöktes inför behandlingen för att säkerställa att alla infektionskällor i munnen identifierades och kom under behandling. Alla behandlingar utfördes av tandläkare Patricia De Palma vid Odontologiska institutionen, Karolinska institutet. (De Palma et al. 2001)

Uppföljning, ytterligare undersökningar

De observationer som gjordes på dessa få individer var sådana att tandläkarteamet beslöt att dels utvidga materialet samt att även följa upp materialet ett år efter genomförd behandling. I oktober 2003 hade således ytterligare 116 personer undersökts med samma metoder.

I det utökade materialet om 147 patienter var det 26 eller 17,7 % som behövde avtagbar protes i båda käkarna (helprotes). I svenska epidemiologiska undersökningar är andelen som saknar egna tänder inom motsvarande åldersgrupper betydligt lägre (Helldén 1989).

En preliminär bedömning av resultaten tycks peka mot att förhållandena är sämre än vad Pilotstudien gav anledning att förmoda.

Diskussion och slutsatser

Sammanfattningsvis tycks alla undersökta variabler såsom kvarvarande tänder, kariesförekomst liksom tandlossningsvariabler (fickdjup) visa sämre förhållanden än inom befolkningen som helhet. Det torde vara svårt att hitta någon annan grupp av människor i Sverige som uppvisar så miserabla

munförhållanden som de hemlösa.

En av förklaringarna till att det är glest mellan de hemlösas tandläkarbesök är, förutom att de inte känner sig helt bekväma i tandläkarnas väntrum, att den hemlöse oftast saknar pengar. Det kan vara svårt och ibland helt omöjligt för tandläkaren att få ersättning från socialbyrån ens för sina utlägg till tandteknikern som framställer protesen. Det finns en rad konstruerade hinder för att dessa människor skall få ersättning för nödvändig tandvård. Detta gäller således den enklaste form av tandvård som är nödvändig för att tugga maten, för att kunna tala utan att sluddra, för att kunna visa sig och för att överhuvudtaget ha någon utsikt att få ett arbete.

Det preliminära intrycket är att behandlingen varit framgångsrik såtillvida att patienterna troget genomfört behandlingarna även om behandlingen krävt flera återbesök. Några av patienterna har efter att de har fått nya tänder återupptagit avbrutna universitetsstudier eller på nytt ansträngt sig för att skaffa ett arbete.

Redan vid Pilotstudiens början klargjordes principen att den vård som skulle förmedlas skulle vara på samma kvalitativa nivå som den allmänt gällande liksom att särskild vikt skulle fästas vid bemötande, integritet och respekt för individen, med hänsyn till de hemlösas tidigare negativa erfarenheter. Endast i de fall patienten inte bedömdes kunna klara av ett behandlingstillfälle pga. uppenbar psykisk eller motorisk oro skulle behandlingen uppskjutas och en ny behandlingstid föreslås.

Tandskador av den art och omfattning som uppenbarligen är vanliga bland de hemlösa utgör ett tydligt hinder för en återgång till ett normalt socialt liv. Dåliga tänder är misärens yttersta signum som den utsatta människan måste bära med sig, som inte kan döljas och

som han eller hon har mycket små möjligheter att få hjälp med.

Stockholm läns landsting är unikt i Sverige såtillvida att landstinget sedan 1 september 2002 bekostar driften av en tandläkarmottagning för hemlösa, belägen inom läkarmottagningen för hemlösa, Hållpunkten, vid Maria Prästgårdsgata. Utrustning och material har donerats av Odontologiska institutionen, Karolinska institutet, även Stockholms Stad har skjutit till medel. I de fall de sociala myndigheterna inte ansett sig kunna betala de tandtekniska fakturorna har hjälporganisationer och enskilda människor ställt upp eller samlat in medel.

I Göteborg, Malmö, Lund, Örebro och Uppsala finns eldsjälur som arbetar för att få till stånd nödvändig tandvård för de hemlösa. Det har där visat sig svårt att finansiera vården även om människor är beredda att arbeta ideellt. Kommuner, landsting och sociala myndigheter är således på sina håll obenäga att enskilt eller i samverkan bidra till denna närmast humanitära hjälp.

Situationen tycks ha kommit till den punkt då man på flera orter måste organisera ett systematiskt, målinriktat insamlingsarbete bland enskilda människor och vända sig till frivilligorganisationerna för att utsatta människor skall ha möjlighet att få nödvändig tandvård. Vi som möter de drabbade, som ser misären och som förstår vad den innebär för den enskilda människan, förfäras över den brist på vanlig medmänsklighet som här kommer i dagen.

Resurser till forskning, samordning av åtgärder och systematisk uppföljning av insatserna för de hemlösa kan på sikt påverka hemlösheten i vårt land. Intill dess att denna systematik föreligger och börjat ge resultat får vi inte försumma den humanitära hjälpen.

Referenser

- De Palma P, Frithiof L, Persson L: The oral condition in homeless persons in Stockholm, Sweden (abstract). *Community Dental Health*;18(3):202 .
- Halldin J, Stenberg L, Sundgren M och Åhs S: Socialt och socialmedicinskt klient och patientorienterad verksamhet för utstötta grupper – främst bostadslösa – En modell för klinisk intervention och forskning. KI rapport 1998:2.
- Halldin J: Att utforska hälsan hos samhällets mest utstötta grupper. *Socialmedicinsk tidskrift* 2001;78(3):220-226.
- Halldin J, Beijer U, Feldsen E, Frithiof L, Ljung R, De Palma P, Paul K, Persson L, Ström L, Sylvan S och Åhs S: En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. SLL och Karolinska institutet, Katarina Tryck AB, Stockholm 2001.
- Halldin, J: Hemlöshet – resultatet av sex års utvecklingsarbete inklusive en pilotstudie. Halldin J, Stenberg L, Ström L och Åhs S: Hemlösas ohälsa ur ett socialmedicinskt perspektiv. Rapport från Socialmedicin 2003:2.
- Hellén L, Salonen L, Gustafsson I: Oral health status in an adult Swedish population. Prevalence of teeth, removable dentures and occlusal supporting zones. *Swed Dent J* 1989;12:45-60.
- Swärd H: Hemlöshet Fattigdomsbevis eller välfärdsdilemma? Studentlitteratur, Lund 1998