

Tänder som klassmärke

Patricia de Palma

Hemlösheten är fattigdomens ansikte. Det syns påtagligt att människor är fattiga när de visar sig som hemlösa på gator och torg, tigger och sover i tunnelbanan eller när de ler. Hemlösheten är som fenomen komplex med många samverkande och sammanvävda orsaker och konsekvenser på både en övergripande samhällsnivå och ett mer individuellt plan. Varje stad och varje större ort i Sverige har ett större eller mindre antal hemlösa personer vilka helt saknar egna möjligheter att skaffa sig ett ordnat boende.

Totalt i Sverige har vi omkring 17 800 hemlösa. I Stockholm finns det cirka 3 900 hemlösa varav några hundra är uteliggare och en fjärdedel är kvinnor.

Tandhälsan i Sverige har förbättrats under senare årtionden, dock inte i alla samhällsgrupper. Målet för tandvården, enligt tandvårdslagen, är en god hälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Den lagen följs inte alltid då tandvård för de hemlösa ska lösas.

Patricia de Palma, Med dr, leg tandläkare, forskare, verksamhets ansvarig för tandläkarmottagning för hemlösa (hållpunkten) sedan hösten 2000. Arbetar på Karolinska Institutet, Odontologiska Institutionen, avdelning för Parodontologi. Doktorsexamen 2007. Ämnesföreträdare för Samhällsodontologi. Arbetar med jämställdhet och mångfald

Kontakt: Patricia.De.Palma@ki.se

Bakgrund

En bra tandhälsa är viktig ur många aspekter för den enskilde individen. För de flesta är en god munhälsa en förutsättning för gott välbefinnande. Munnen är ett integritetskänsligt område för människan och munnens olika funktioner är av stor betydelse för individens självuppfattning och identitet. Munnen är också en förutsättning för andning, födointag samt kommunikation och utgör därför en

central del i kroppen.

I Sverige har det saknats en samlad aktuell kunskap om hemlösa personers orala ohälsa – och deras oftast mycket sammansatta vårdbehov – tills vi startade projektet ”Tandvård för hemlösa” hösten 2000. I detta projekt har de hemlösas situation i Stockholm studerats ur odontologisk aspekt. En bidragande orsak till att våra kunskaper om tandvårdsbehovet hos de hem-

lösa hittills varit obefintliga, är att de inte ingår i vanliga epidemiologiska undersökningar. Detta i sin tur beror på att de hemlösa inte går att nå med traditionella rutiner, så som kallelser per e-mail, post eller telefon.

Många olika faktorer påverkar den orala hälsan. Professionell tandvård kan behövas för att kunna uppnå och bibehålla en bra oralt status. För att kunna erhålla tandvård måste individen ha en sådan ekonomisk situation att vården kan finansieras. Olika grupper i samhället, t ex pensionärer, ungdomar och hemlösa, får olika stöd från samhället. De hemlösa är i stor utsträckning undantagna från särskilda stödformer.

Försäkringssystemen är inte anpassade till de mest utsatta i samhället. Socialtjänsten fungerar inte adekvat i detta sammanhang. För att nå framgång måste vård och behandling av hemlösa ske på de hemlösas egna villkor. Vad gäller prioritering av det de helst vill ha hjälp med, kommer tänderna på andra plats, näst efter bostad, för de flesta hemlösa.

Svårigheten att finna täckning för tandvårdsutgifter är ett betydande hinder för de allra mest utsatta människorna i Sverige. Istället för att förneka eller förtiga skälen till utslagningsprocessen, borde diskussionen handla om rätten för de hemlösa till ett anständigt liv med arbete, bostad och hälsa inkluderande tandhälsa.

Tänderna kan inte döljas. Trasiga tänder är ett socialt stigma som signalerar missbruk och fattigdom. Detta projekt visar tydligt att hinder för tandvård finns hos de hemlösa själva, men också inom vården och i samhället.

Syfte

Övergripande syfte var att belysa de hemlösas tandhälsa ur professionellt och individuellt perspektiv för att kunna planera ändamålsenlig tandvård med hänsyn till gruppens behov och förutsättningar

De olika delarbetens syfte var:

- Att undersöka och beskriva oralstatus hos vuxna hemlösa individer i Stockholm, Sverige
- Att tolka och förstå de hemlösas egna förväntningar på och upplevelser av tandvård och oral hälsa
- Att belysa de hemlösas upplevelser av tandvård i mötet mellan den hemlöse som person, tandvårdspersonalen och samhället
- Att undersöka attityder och förväntningar relaterade till oral hälsa bland hemlösa

Material och metod

177 hemlösa rekryterades med hjälp av olika mobila team, frivilliga organisationer och andra som arbetar med hemlösa, 30 individer exkluderades av olika skäl bland annat pga. de var för påverkad för att kunna genomgå en klinisk undersökning eller bli intervjuade. 147 genomgick klinisk undersökning och blev intervjuade, 8 individer djupintervjuades.

I delarbete I och IV undersöktes och intervjuades 147 hemlösa och variablerna var följande: Antal tänder, fickdjup (PPD), gingival blödning (GBI), plack (PI) och tandsten, tandmobilitet, furkations involvering, karies och fyllningar (DMFT), protetiska konstruktioner och munslemhinneförändringar. I enkätstudien ställdes frågor om oral hälsa, munhygienva-

Delarbeten (I-IV)

- I De Palma P, Frithiof L., Persson L., Klinge B., Halldin J., Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden *Acta Odontol Scand* 2005; 63:50-55.
- II De Palma P., Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm, Sweden concerning their oral health and perceived consequences of dental treatment: a qualitative study *Spec Care Dentist*. 2005; 25:289-95.
- III De Palma P., Nordenram G., Ekman S-L. The encounter in dental care as interpreted by homeless individuals Submitted
- IV De Palma P, Frithiof L, Persson L, Näsström K, Falahat B, Klinge B. Attitudes and expectations related to self reported substance abuse and some radiological findings Submitted

nor, drogmissbruk, rökvanor, senaste tandläkarbesök, sociala aspekter.

Resultaten analyserades med hjälp av variansanalys ANOVA, data uttrycktes som median och interquartileranges (interkvartilavstånd) (IR) samt i procent, statistisk signifikans vid $p \leq 0.05$.

I delarbete II och III kontaktades 33 individer och kallades för intervju, 8 djupintervjuer genomfördes, en speciellt framställt intervjuguide användes och intervjuerna genomfördes i ett lugnt rum, bandades och skrevs ut *in verbatim*.

I delarbete II användes en fenomenologisk-hermeneutisk metod och analysen genomfördes av två forskare oberoende av varandra

Intervjuområden var följande: Erfarenheter av tidigare tandvård, förhållandet till nuvarande tandvård, förväntningar inför behandling, sociala aspekter och missbruk

I delarbete III gjordes analysen av texten med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman

Resultaten är slående och kan kortfattat sammanfattas: de hemlösa har ett mycket stort behandlingsbehov och förknippar oral hälsa med mänsklig värdighet. Drömmen att kunna

återgå till vanligt liv finns hos många, men dålig tandhälsa och dålig tillgång till tandvård kan vara ett hinder.

I delarbete I 147 individer mellan 22 till 77 år genomgick klinisk undersökning (Tabell 1), medianvärdet för ålder var 48 år för hela gruppen, 48 för männen och 45 för kvinnorna.

Medianvärdet för antal tänder var 18.0 och antal tänder minskade signifikant med åldern. De flesta tandlösa (8) fanns i den äldsta gruppen. Blödning, plack och tandsten var 72-100 % i hela gruppen. Inga signifikanta ålders- eller könsskillnader avseende: Antal tänder med fickor djupare än 4 mm, förekomst av tandsten och mobilitet, molares med furkations- involvering grad 1 till 3.

Männen hade lägre gingival blödning index (GBI) ($p = 0.02$) och lägre plackindex (PI) ($p = 0.03$) än kvinnorna, antal fickor > 4 mm var 16.0 (median).

Medianvärdet på DMFT var hög: 27.0 (23.0-29.0) för hela gruppen, för män 26.0 (23.0-29.0) och för kvinnor 28.0 (26.0-30.0). 6 av 8 helt tandlösa hade ingen protesersättning.

57 av individerna hade någon form av fast protetik, 10 individer hade hel- eller partialprotes, 6 av de 8 helt tand-

Tabell 1 *Ålders- och könsfördelning*

Ålders- och könsfördelning						
Ålders grupp (år)	Total		Män		Kvinnor	
	n	%	n	%	n	%
20-29	6	4.0	4	3.6	2	5.4
30-39	17	11.6	14	12.7	3	8.1
40-49	61	41.5	43	39.1	18	48.7
50-59	50	34.0	40	36.4	10	27.0
60-69	10	6.8	8	7.3	2	5.4
70-79	3	2.0	1	0.90	2	5.4
Total	147	100	110	100	37	100
Ålder median (IR)	48.0 (43.0-53.0)		48.0 (43.0-54.0)		45.0 (43.0-52.0)	

lösa hade ingen protesersättning.135 (91.8 %) av de 147 hade någon form av munslemhinneförändringar.

I delarbete II intervjuades 8 individer, 6 män och 2 kvinnor, genomsnittsålder var 54 år (range 47-63), antal år av missbruk var 32 år (range 20-40) och antal år av hemlöshet var 14 år (range 4-24).

Analysen visar att respondenternas berättelser handlar oftast om drogen och deras jakt på den. Tandhälsan kopplades till mänsklig värdighet.

De identifierade teman var följande: *Försummad oral hälsa, sociala funktioner, social kompetens, självbild och självförtroende, oral funktion, kroppen som en helhet, utseende och bemötande.*(Tabell 2)

Tabell 2 *Identifierade teman*

Tema	Citat
Försummad oral hälsa	”Det var bara värktabletter som hjälpte, man har säkert kompisar som man fick bra preparat utav... sedan har jag tagit bort smärtan med sprit och sådant, allt från T-sprit fast det smakar illa men det går bort infektioner och sänt.”
Sociala funktioner, social kompetens, självbild och självförtroende	”det går ju inte att söka ett jobb och vara tandlös, jag har blivit erbjuden jobb över telefon men vägrade att gå för jag var tandlös då”
Oral funktion	Mitt tal har blivit bättre, jag talar och folk förstår vad jag säger...”
Kroppen som en helhet	“Man känner sig helare på något vis, det gör man ju, jag hade en fysisk defekt...” jag känner mig som en människa en hel människa det gjorde jag inte tidigare
Utseende	” för mig har utseende alltid varit viktigt jag har ju ett sådant yrke, jag har haft direkt kontakt med kunder, för mig är jobbigt jäkla jobbigt”
Bemötande	”Man blir bemött på ett visst sätt som missbrukare”

Tabell 3 Identifierade teman och subteman

Subtema	Tema
<i>Ta ansvar</i> Acceptera/anpassa sig Inte avvika (se normal ut, bete sig normal) Inställsamhet Hålla distans Klara sig själv <i>Inte ta ansvar</i> Förtränga/förneka Fly Skylla ifrån sig ”Medicinera”	Kampen för att behålla integriteten
Obunden Ej styrd av andra Eget boende	Frihet utan ansvar
Rätt plats (Trygghet, att bli accepterad, information) Rätt tid (Intervall, flexibel tempo, fel/rätt tidpunkt) Bekräftelse, support (Inlevelseförmåga Uppmuntran)	Att möta den hemlösa personen där han/hon befinner sig
Objektiva hinder (Ekonomi, personalens kunskapsnivå) Subjektiva hinder (Patientens egenupplevda hinder, okänd behandlare) Regelbunden tandvård (Kapabel Oförmögen)	Framtida tandvård

I delarbete III identifierades 4 olika teman. De identifierade teman var följande: *Kampen för att behålla sin integritet, frihet utan ansvar* (kopplade till hemlös som person), *att bli mött där han/hon befinner sig och framtida tandvård* (kopplade till hemlös som patient) (Tabell 3).

I delarbete IV användes samma material som i delarbete 1. Resultaten visar att 93,8 % ansåg att tänderna var mycket viktiga och var missnöjda med hur tänderna såg ut eller fungerade, 92,5% hade svårighet att tugga, 70 % var tandvårdsrädda, 67 % ägde inte en tandborste. 93,8% avstod av att besöka tandläkare av ekonomiska skäl, medianvärdet för senaste tandläkarbesök var 5,0 år, 3 % besökte tandvården regelbundet, 92 % var missbrukare.

Antal år av missbruk ökade signi-

fikant med åldern $p=0.01$ och antal år av missbruk överskred antal år av hemlöshet: 20 respektive 5,0 (median) (Tabell 4).

3 % hade högskoleutbildning, 17 % hade avslutat gymnasieutbildning och 74 % hade avslutat högstadiet. 91 % hade inte någon möjlighet att bli nådd per post eller telefon.

Konklusioner

- Majoriteten av patienterna hade ett stort behandlingsbehov, de hemlösa hade färre tänder jämfört med övriga befolkningen, är oftast beroende av befintliga sociala välfärdsystem.
- Livet som hemlös är osäkert, man har svårt att planera och att hålla löften att göra något vid ett senare

Tabell 4 *Antal år av Hemlöshet*

Total (Hemlöshet)	Total (Hemlöshet)		Män		Kvinnor	
Ålders grupp (år)	n	Median(IR)	n	Median(IR)	n	Median(IR)
20-29	6	5.0 (3.0-7.0)	4	5.0 (4.0-8.0)	2	4.5 (2.0-7.0)
30-39	17	3.0 (2.0-6.0)	14	2.0 (1.5-5.0)	3	10.0 (6.0-10.0)
40-49	61	5.0 (3.0-10.0)	43	6.0 (3.0-10.0)	18	3.5 (2.0-6.0)
50-59	50	5.0 (2.0-10.0)	40	4.5 (2.0-10.0)	10	6.5 (2.0-9.0)
60-69	10	10.0 (5.0-10.0)	8	10.8 (4.0-10.0)	2	12.0 (7.0-17.0)
70-79	3	5.0 (1.0-6.0)	1	5.0 (5.0-5.0)	2	3.5 (1.0-6.0)
Total	147	5.0 (0.5-30)	110	5.0 (2.0-10.0)	37	5.0 (2.0-8.0)

tillfälle även om hon/han vill göra det i stunden, oral hälsa och oral rehabilitering fyller i sådana fall en särskild funktion då tandvården kan vara länken till en social anpassning, de hemlösa intervjuade i denna studie förknippade oral hälsa med värdighet, genom att återställa munnens hälsa dvs. mänsklig värdighet kan tandvård medverka till framgångsrik rehabilitering, i aktiva missbruksperioder är tandvård lågprioriterad.

- Tänderna ansågs vara viktiga både för att förbättra tuggförmågan och för utseendet, det var svårt att upprätthålla en godtagbar munhygien, ekonomi var ett hinder för att både söka och få tandvård, tandvårdsrädsla var mycket utbredd, allmänhälsan var allvarligt påverkad, mortaliteten var högre än hos normal populationen, hemlöshet föregicks av missbruk.
- Hinder för tandvård finns både hos de hemlösa själva, men också inom vården och i samhället
- De olika regelverken är inte samstämmiga och de olika myndigheterna samarbetar inte när tand-

vårdsproblemen för en hemlös patient skall lösas

Är tandläkaren patientens advokat i tandvården eller företrädare för samhällets regler och bestämmelser?