

Anne Løvberg Gimmestad

Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge

Sosial- og helsedirektoratets prosjekt «Tenner for livet – ny giv i det helsefremmende og forebyggende arbeidet» sikter på å gi tannhelsetjenesten i fylkene inspirasjon og drahjelp i dette arbeidet. Målgruppene er barn under skolealder og syke eldre i institusjon. Som utgangspunkt for senere evaluering ble det utført en baselineundersøkelse der en nasjonal kartlegging av munnhelsen til sykehjemsbeboere inngikk. Munnhelsen til 3 440 institusjonsbeboere på 188 sykehjem over hele landet ble registrert av tannpleiere som var kalibrert til dette. Kartleggingen bestod av en klinisk undersøkelse og en spørreundersøkelse. Femtifire prosent av deltagerne hadde bare egne tenner eller egne tenner og delproteser, 43 % var tannløse med proteser og 3 % var tannløse uten proteser. Det var stor variasjon mellom fylkene. Gjennomsnittlig belegg- og slimhinneindeks varierte mye mellom individene, mellom sykehjemmene i et fylke og mellom fylkene. Beboernes tannstatus og kjennetegn ved institusjonen hadde betydning for belegg- og slimhinneindeksen.

I følge lov om tannhelsetjenesten fra 1983 skal forebyggende tiltak prioriteres framfor behandling (1). Dette var bakgrunnen for at Statens helsetilsyn i 1999 ga ut veilederen «Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid» (2). Sosial- og helsedirektoratets prosjekt «Tenner for livet – ny giv i det helsefremmende og forebyggende arbeidet» skal gi fylkene hjelp og inspirasjon i dette arbeidet (3). Målgruppene for prosjektet er småbarn og syke eldre på institusjon.

Som et utgangspunkt for senere evaluering, ble det i 2004 utført en grunnlagsundersøkelse i målgruppene. Undersøkelsens første rapport, med data for tannhelseutvikling for 3- og 5-åringer og en oversikt over forpliktende helsefremmende og

sykdomsforebyggende tiltak i tannhelsedistriktene, ble ferdigstilt våren 2005 (4).

Grunnlagsundersøkelsens andre del var en kartlegging av tann- og munnhelse hos sykehjemsbeboerne i 2004. Siden kvalitetsforskriften (5) pålegger kommunene å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenesten får tilfredsstillende grunnleggende behov, blant annet «nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene», ønsket Sosial- og helsedirektoratet også informasjon om hvorvidt sykehjemmene hadde inkludert prosedyrer for sine beboeres tann- og munnstell i pleieplanene.

Hovedfunn fra kartleggingen av sykehjemsbeboernes tann- og munnhelse og fra spørreundersøkelsen om prosedyrer i sykehjemmene gjengis her. For flere resultater og nærmere beskrivelser av utvalg og metoder vises til rapporten fra grunnlagsundersøkelsens andre del (6).

Materiale og metode

Sosial- og helsedirektoratet inviterte i 2004 tannhelsetjenesten i fylkene til å delta i kartleggingen av sykehjemsbeboernes munnhelse og ba dem velge ut to tannpleiere i hvert fylke, som skulle få opplæring og gjennomføre undersøkelsen. Målet var å undersøke 10 % av sykehjemsbeboerne. Statistisk sentralbyrå trakk et utvalg på 190 sykehjem, 10 sykehjem i hvert fylke. Institusjonene innen hvert fylke ble stratifisert etter antall plasser for å sikre at både små og store sykehjem kom med. Sosial- og helsedirektoratet sendte ut informasjon til de uttrukne sykehjemmene, som deretter valgte ut deltagerne til undersøkelsen etter en detaljert beskrevet prosedyre (6). Sykehjemmene delte

Forfatter

Anne Løvberg Gimmestad, spesialtannlege, Master of Public Health.

Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Hovedbudskap

- Over halvparten av institusjonsbeboerne hadde noen eller mange egne tenner. Det var stor variasjon mellom fylkene
- Gjennomsnittlig belegg- og slimhinneindeks varierte både mellom individer, institusjoner og fylker
- Ikke alle institusjoner hadde prosedyrer for beboernes munnstell, men flere var i ferd med å utarbeide slike

også ut direktoratets informasjon om undersøkelsen til deltagerne, og beboerne, eventuelt deres verge, ble spurt om de ønsket å delta. I så fall underskrev beboeren selv eller person med samtykkekompetanse en samtykkeerklæring. Kartleggingen ble meldt til Datatilsynet i henhold til kravene i Lov om personopplysninger (7). Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk opplyste på forespørsel at prosjektet ikke trengte godkjenning fra komiteen.

Kriterier og kalibrering

Det ble arrangert møter for tannpleierne som skulle foreta registreringen. All utsendt informasjon ble gjennomgått, de fikk detaljert skriftlig informasjon om prosedyrene som skulle følges ved registreringen på sykehjem, og de fikk opplæring i å registrere munnhelse-data. Henriksen og medarbeidere har beskrevet kriterier for å registrere belegg og slimhinnetilstand i munnhulen med en belegg- og slimhinneindeks (BSI) (8). Disse kriteriene ble brukt ved registreringen. Et hefte med fargeillustrasjoner utarbeidet av Axéll og medarbeidere ble brukt til å demonstrere kriteriene for de forskjellige score (9). Heftet er tidligere benyttet ved kalibreringer i Krona-prosjektet og FUTT-prosjektet (10,11). Så gjennomgikk tannpleierne en kalibrering med klinisk undersøkelse av pasienter. Registreringene ble gjennomgått og diskutert til full enighet om kriteriene.

Registrering av data

Skjemaet som ble brukt ved registreringen på sykehjemmene, inneholdt én del der kliniske data ble registrert og et spørreskjema. Skjemaet er vedlagt rapporten (6). Det var en omarbeidet og forkortet versjon av et skjema som tidligere var brukt ved undersøkelser på sykehjem (10–12). Registreringen ble gjort med pasienten liggende i sengen eller sittende i en stol. Det ble brukt hodelykt og to munnspill. Tannpleieren overførte dataene til en fil på sin PC. De ble senere sendt i kryptert form via diskett i posten til databehandler, som klaggjorde datafilen. Statistikkprogrammet SPSS 12.0.1. ble benyttet til den videre behandling av dataene.

Tannstatus ble registrert for hver kjeve, enten som kjeve med tenner, med tenner og avtagbar protese, tannløs kjeve med protese eller tannløs kjeve uten protese. Hvis deltageren hadde egne tenner, ble antallet i hver kjeve registrert. Rotrest som var mer enn to mm over tannkjøttet, ble registrert som tann (13). Hvis mindre enn dette var til stede, ble det definert som en rotrest og ikke registrert. Hvis beboeren hadde helprotese som ikke var i bruk i én kjeve, ble dette registrert som «tannløs uten protese» i denne kjeven.

Beboernes munnhelse ble beskrevet ved en belegg- og slimhinneindeks (BSI) (8). Graden av belegg på tenner og proteser ble registrert med en beleggindeks (BI) på en skala med 4 trinn: Intet synlig belegg (score 1), belegg så vidt synlig (score 2), moderat ansamling av belegg (score 3) og rikelig med belegg (score 4). Munnslimhinnes tilstand (SI) ble også registrert på en firetrinns skala: Normalt utseende slimhinne (score 1), mild inflammasjon (score 2), moderat inflammasjon (score 3) og sterk inflammasjon (score 4). Gnagsår fra protese ble registrert med slimhinnescore 3. I tilfeller der helproteser ikke var i bruk og tannstatus var registrert som «tannløs uten protese», ble bare slimhinnens tilstand registrert, likedan hos individer som var tannløse og ikke hadde protese.

Hvis det var tvil om registreringen av belegg eller slimhinneindeks skulle være 1 eller 2, eventuelt 2 eller 3, ble laveste verdi valgt. Ved tvil om registrering 3 eller 4, ble høyeste verdi valgt. Det ble anbefalt å bruke heftet med illustrasjoner av de forskjellige score flittig. For nærmere beskrivelse og illustrasjon av kriteriene for de forskjellige score, vises til referanser 8 og 9.

Ved å summere de registrerte score for belegg og slimhinne, kom man fram til en belegg- og slimhinneindeks (BSI) med verdier fra 2–8. Individer som var tannløse og ikke hadde proteser verken i over- eller underkjeve og følgelig bare fikk registrert slimhinneindeks, fikk heller ikke noen BSI-registrering, og deres data er ikke med i analysene som gjelder belegg- og slimhinneindeksen.

Beboerne fikk spørsmål om de hadde plager/smerter fra tenner eller slimhinner på undersøkelsestidspunktet, og om de hadde behov for hjelp av tannlege/tannpleier.

Alle sykehjemmene som var trukket ut til å delta i kartleggingen, ble også invitert til å delta i en undersøkelse om hvorvidt institusjonene hadde generelle prosedyrer for beboernes tann- og munnstell, og om de også hadde utarbeidet individuelle rutiner for dette. Et spørreskjema ble sendt institusjonene sammen med Sosial- og helsedirektoratets informasjon i forbindelse med sykehjemsundersøkelsen. Skjemaene skulle fylles ut av avdelingsleder før tannpleieren kom for å kartlegge munnhelsen, og da leveres til tannpleieren. Spørreskjemaet er vedlagt rapporten (6).

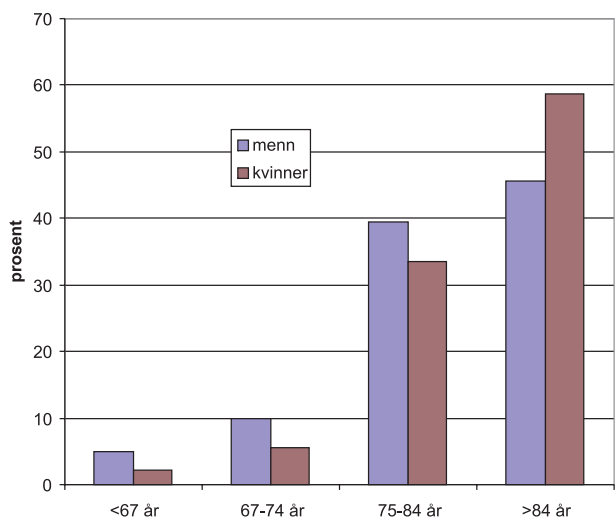
Databehandling og statistikk

Det ble utført en multippel regresjonsanalyse for å beregne effekten av forskjellige variabler som kunne være med på å forklare variasjonen i BSI. Hovedfunn fra undersøkelsen om institusjonene hadde prosedyrer for beboernes munnstell i pleieplanene ble også benyttet. Analysen ble utført i tre trinn. I første trinn ble bare variabler som var tilknyttet pasientene på sykehjemmene inkludert. I andre trinn ble også kjennetegn ved institusjonen der pasientene oppholdt seg inkludert. Som siste trinn i analysen ble det kjørt en regresjonsanalyse med egne dummier for hver institusjon. Ved å bruke en dummyvariabel for hver institusjon, vil analysen fange opp det maksimale bidraget som forskjeller mellom institusjonene gir i å forklare nivået på BSI. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Regresjonsanalysen er utførlig beskrevet i rapporten (6).

Av de 188 institusjonene som var med i undersøkelsen, var det 168 institusjoner som besvarte spørreskjemaet om prosedyrer. Noen institusjoner svarte samlet på ett skjema mens andre leverte ett svarskjema fra hver avdeling, slik at totalantallet innleverte skjema var 276. To skjemaer ble ekskludert, det ene fordi det manglet institusjonsnummer og det andre fordi institusjonen ikke var med i undersøkelsen. Svarprosenten på institusjonsnivå var 89,4%. Undersøkelsen ble utført i november – desember 2004 og januar 2005.

Resultater

To sykehjem falt bort fra undersøkelsen. I Hordaland var to små sykehjem nedlagt og ett større ble brukt i stedet. I Nord-Trøndelag gjorde en forsinkelse fra tannpleiernes side at ett sykehjem ikke lenger ønsket å delta da det ble aktuelt. Det gjestod da 188 sykehjem fra 19 fylker, og i alt 3 823 beboere var villige til å delta i undersø-



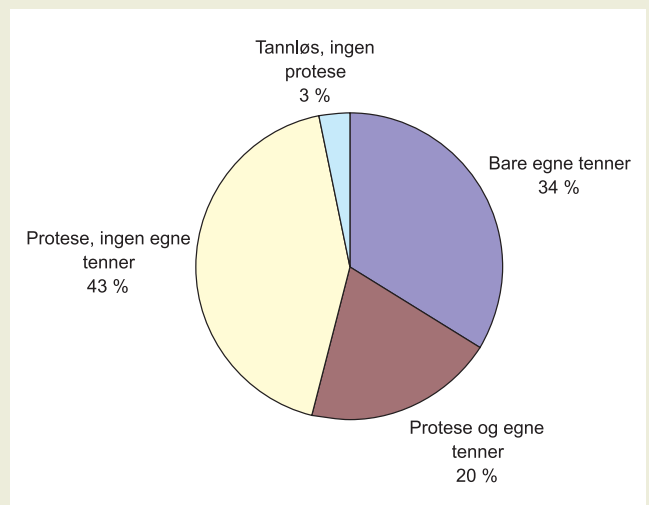
Figur 1. Fordeling av institusjonsbeboerne etter kjønn og alder.

kelsen. Bortfallet var på 383 personer (10%). Av disse var det 40% som ikke ønsket å delta, 34% var syke eller døde, 14% var fraværende, og de resterende falt bort av annen årsak. Det endelige utvalget bestod av 3 440 personer, 72% kvinner og 28% menn, med en gjennomsnittsalder på 84,6 år (82,5 år for menn og 85,4 år for kvinner). Eldste deltager var 103 år, den yngste var 38 år. Det var 100 personer under 67 år, gjennomsnittsalderen for disse var 59 år. Høyeste gjennomsnittsalder i utvalget per fylke var 86,3 år i Aust-Agder, laveste gjennomsnittsalder var 81,8 år i Finnmark. Figur 1 viser aldersfordelingen innen gruppene av menn og kvinner. Nesten 60% av kvinnene i utvalget var 85 år eller eldre.

Det var 34% av utvalget (n = 3 429) som bare hadde sine egne tenner, mens 20% hadde egne tenner og protese. Fig. 2 viser fordelingen av egne tenner og proteser per fylke. Seksti prosent av mennene (n = 977) og 52% av kvinnene (n = 2 452) hadde egne tenner. Andelen med egne tenner var størst blant de yngste, og andelen med proteser var størst blant de eldste.

Fylkesvise ulikheter

Det var fylkesvise forskjeller i andelen med egne tenner og med proteser. Figur 3 viser tannstatus i utvalget i de enkelte fylker. Utvalget fra Østfold hadde størst andel med bare egne tenner (53%, n = 162) mens denne andelen var lavest blant deltagerne fra Troms (8%, n = 147). Andelen med bare egne tenner sank stort sett etter hvert som beboerens hjemfylke fjernet seg fra Oslo, med unntak av Hedmark og Oppland. Der var andelen med bare egne tenner under 30%, omtrent det samme som i Sogn og Fjordane. Andelen med proteser var tilsvarende større i fylkene der andelen med egne tenner var liten. Totalt var andelen helt tannløse uten protese 3%. Det var ingen i utvalget i denne gruppen i Nord-Trøndelag og i Aust-Agder. I Rogaland var andelen over 6%, i Oslo og i Troms mellom 5 og 6%. Andelen som hadde både egne tenner og proteser var størst i Vest-Agder og Akershus (29 og 27%), lavest i Nordland med 9%. Femti prosent av dem som hadde egne tenner, hadde 15 tenner eller mer hver.



Figur 2. Prosentvis fordeling av institusjonsbeboere etter tannstatus (n = 3 429).

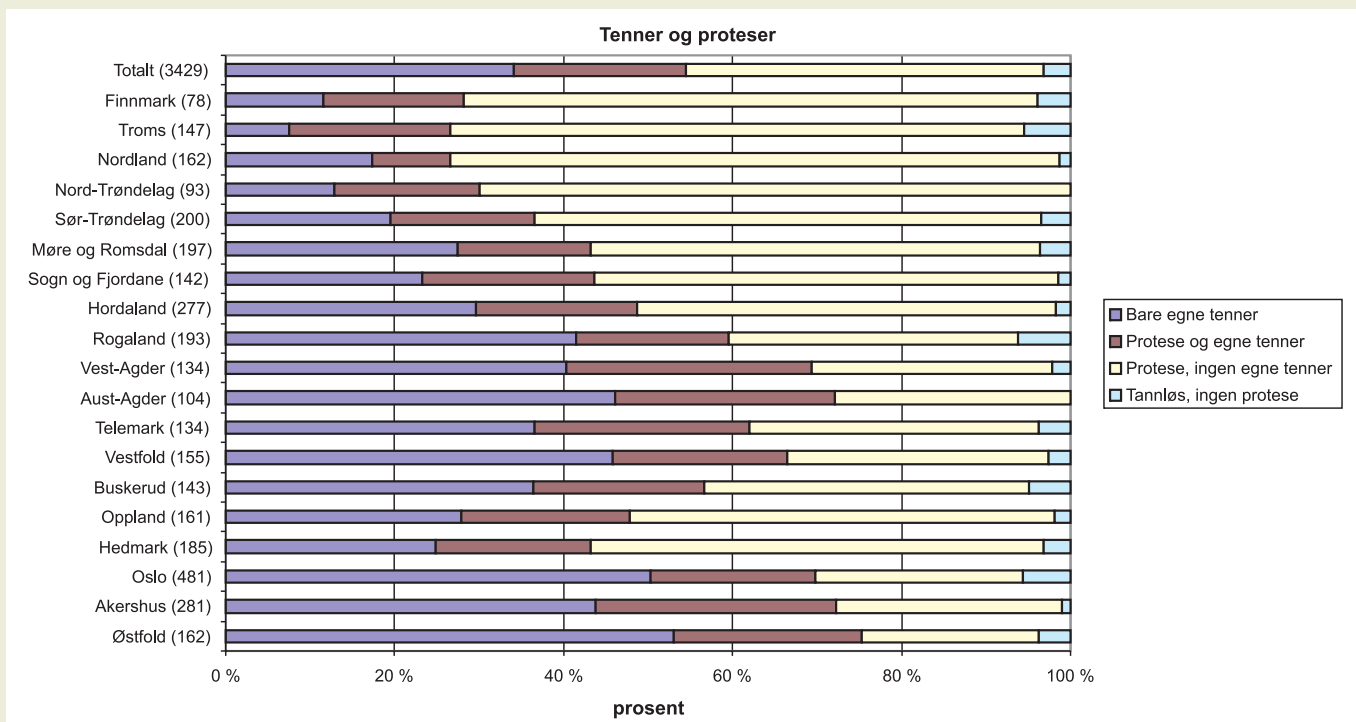
Belegg

Belegg på tenner og proteser ble registrert på en skala med 4 trinn hos 3 313 sykehjemsbeboere. Det var 57% av utvalget som ikke hadde synlig eller så vidt synlig belegg (score 1 og 2), mens 43% hadde moderat eller rikelig ansamling av belegg (score 3 og 4).

Munnslimhinnenes tilstand ble også registrert på en tilsvarende skala. Åtti prosent av utvalget (n = 3 313) hadde slimhinner med normalt utseende eller mild inflammasjon (score 1 og 2), mens 20% hadde moderat eller sterkt inflammete slimhinner (score 3 og 4). Det var sammenheng mellom beleggindeks og slimhinneindeks: Individer med høy beleggindeks hadde også høy slimhinneindeks (r = 0,6).

Belegg- og slimhinneindeks (BSI), som er uttrykk for tilstanden i munnhulen når det gjelder belegg på tenner og proteser samt slimhinnenes tilstand, kan ha verdier på en skala fra 2 til 8. Landsgjennomsnittet var 4,2. Seksti prosent av utvalget (n = 3 313) fikk score 2–4, mens 40% fikk score 5–8. Det var 8,6% som hadde score 7 og 8. Fig. 4 viser den fylkesvise fordeling av gjennomsnittlig BSI i utvalget. Denne varierte fra 3,3 i Nord-Trøndelag til 5,6 i Østfold. BSI varierte mye mellom fylkene, mellom de enkelte sykehjem innen ett og samme fylke, og mellom individene.

Regresjonsanalysen viste at beboerens kjønn og alder betydde lite for BSI. Beboerens tannstatus var derimot av betydning. Beboere med egne tenner hadde i gjennomsnitt BSI på 4,5 (sd 1,6), beboere uten egne tenner hadde en gjennomsnittlig BSI på 3,6 (sd 1,3). De viktigste variablene for å forklare variasjonen i BSI var hvorvidt beboerne hadde egne tenner eller ikke, og hvorvidt de hadde protese kombinert med egne tenner. Om institusjonen hadde individuelle prosedyrer eller ikke, ga ikke signifikante utslag i denne analysen. Dette kan skyldes dataenes presisjonsnivå, siden noen avdelinger på ett og samme sykehjem kan ha prosedyrer, andre ikke. En analyse for hver enkelt institusjon viste at kjennetegn ved institusjonen var langt viktigere enn individuelle kjennetegn ved beboeren når det gjaldt å forklare variasjonene i BSI. Hvilke trekk ved institusjonen dette var, fremgår ikke av dataene i denne kartleggingen. For detal-



Figur 3. Fordelingen av tenner og proteser hos institusjonsbeboere i Norge, totalt og fylkesvis. Antall undersøkte institusjonsbeboere i fylket er angitt i parentes.

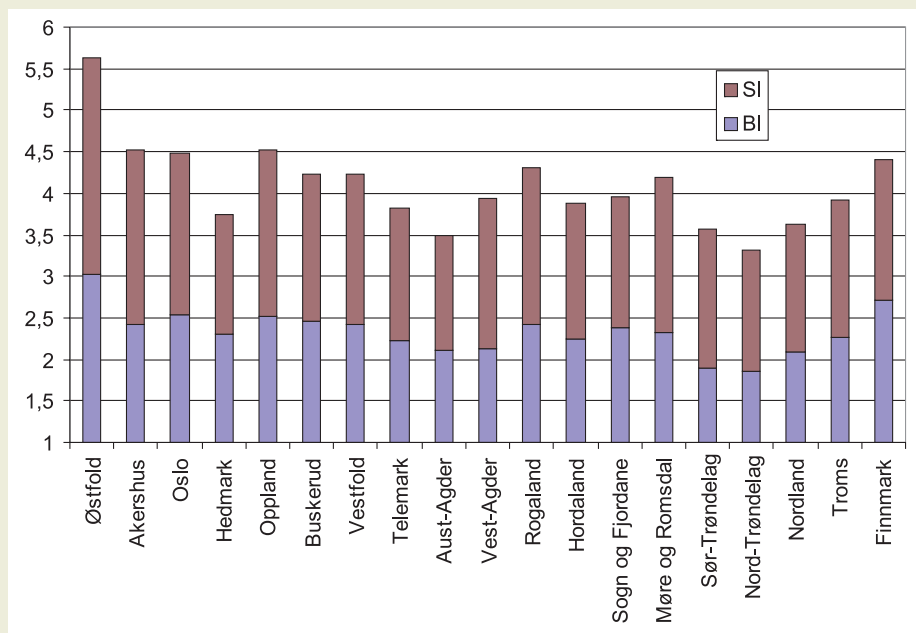
jert beskrivelse av regresjonsanalysen vises til rapporten (6).

Smerter

Sykehjemsbeboerne ble spurt om de hadde smerter eller plager fra tenner og slimhinner på undersøkelsestidspunktet, og om de hadde behov for hjelp fra tannlege eller tannpleier. Både svarprosent og andel som svarte at de ønsket hjelp, varierte mye mellom fylkene (Tabell 1). Totalt var det 215 personer (7 % av dem som svarte på spørsmålet, n = 3 039) som svarte at de hadde smerter eller plager, mens 403 (14 % av de som svarte på spørsmålet, n = 2 911) hadde behov for hjelp fra tannhelsetjenesten. Flere kommenterte at de ønsket kontakt fordi det var lenge siden sist de var til undersøkelse, og de var vant til at dette ble gjort regelmessig.

Munnstell

I sine svar i spørreskjemaet om prosedyrer for tann- og munnstell i institusjonen, oppga 144 av de 168 institusjonene som svarte (86 %) at de hadde generelle prosedyrer for beboernes tann- og munnstell. Sekstire prosent hadde utarbeidet individuelle rutiner for beboerne. Både generelle prosedyrer og individuelle rutiner ble benyttet på 96



Figur 4. Gjennomsnittlig belegg- og slimhinneindeks hos institusjonsbeboere fordelt fylkesvis. SI: Slimhinneindeks, BI: Beleggindeks. Antall undersøkte var 3313.

institusjoner (57 %). Bruken av prosedyrer og rutiner gjaldt ikke alltid samtlige avdelinger på institusjonen. Tjueto institusjoner hadde verken generelle eller individuelle prosedyrer for beboernes tann- og munnstell. Kommentarer i tilknytning til svarene tydet på at det var

Tabell 1. Antall deltagere i undersøkelsen, antall som svarte på spørsmål om smerter og behov for hjelp fra tannlege eller tannpleier, og andel av svarerne som angav slike behov. Fylkesvis fordeling

Fylke	Smerter			Behov for hjelp	
	Antall deltagere	Antall svarere (n)	Har smerter/ problemer (%)	Antall svarere (n)	Har behov for hjelp (%)
Østfold	162	145	9,0	134	24,6
Akershus	282	264	6,8	243	16,5
Oslo	483	470	5,1	465	11,0
Hedmark	185	168	2,4	174	9,8
Oppland	161	146	12,3	133	18,0
Buskerud	143	125	8,0	126	11,9
Vestfold	158	140	12,1	127	19,7
Telemark	136	115	18,3	108	23,1
Aust-Agder	104	99	5,1	100	12,0
Vest-Agder	136	125	3,2	122	9,0
Rogaland	193	158	6,3	145	10,3
Hordaland	277	221	5,9	193	15,5
Sogn og Fjordane	142	130	3,8	130	13,1
Møre og Romsdal	197	163	7,4	147	12,9
Sør-Trøndelag	200	158	6,3	157	9,6
Nord-Trøndelag	93	86	3,5	82	3,7
Nordland	163	125	8,0	125	12,8
Troms	147	132	8,3	131	22,1
Finnmark	78	69	10,1	69	8,7
Total	3 440	3 039	7,1	2 911	13,8

personer med spesielle behov som fikk tann- og munnstell etter individuelle rutiner.

Diskusjon

Kartleggingen av institusjonsbeboernes tann- og munnhelse er en stor og landsomfattende undersøkelse og et godt eksempel på at samarbeid mellom mange forskjellige aktører kan gi raske resultater når planleggingen er god. Kartleggingen var et samarbeid mellom Statistisk sentralbyrå, IT-konsulent, Den offentlige tannhelsetjenesten i 19 fylker, 188 institusjoner og Universitet i Oslo, alt i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Den første skriftlige forespørsel om samarbeid ble sendt ut til fylkestannlegene i slutten av juni 2004. Datainnsamlingen foregikk i perioden november 2004–januar 2005, datafilene var klare til analyse før påske og rapporten ferdig i begynnelsen av oktober 2005. Det var da gått mindre enn ett år etter at de første dataene ble innhentet.

Utvalget bestod av 3 440 beboere på et utvalg av 188 institusjoner spredt over hele Norge, og var trukket ut slik at det skulle være representativt for fylker og institusjoner. Antallet deltagere i undersøkelsen utgjør 8,3 % av totalt antall sykehjems plasser i Norge i 2004 (14). Sykehjemmene valgte selv ut deltagerne etter en prosedyre der utvelgelsen var detaljert beskrevet. Det er mulig at noen av de svakest ble skånet fra å delta og derfor er noe underrepresentert, likedan at enkelte demente kan ha falt ut av deltagerlistene pga. problemer i forbindelse med samtykkeerklæringer.

Registreringen ble utført av to tannpleiere i hvert fylke, tre i Oslo og Hordaland. De var kalibrert til å foreta undersøkelsen. Noen av dem kan selv ha vært med på opplæring og instruksjon av ansatte i de institusjonene der de senere registrerte, noe som kan ha påvirket

registreringen. Men siden det er mange tannpleiere i hvert fylke som har ansvar for opplæringen på sykehjemmene, vil ikke dette ha skjedd mange steder og derfor neppe være av vesentlig betydning for resultatene. Institusjonene visste når registreringen skulle skje. Hvis munnstellet ble utført ekstra godt denne dagen, vil det ha betydning for beleggindeksen (BI), men slimhinneindeksen (SI) vil fortelle om munnstellet over tid. Her hang en høy BI-verdi sammen med en høy SI-verdi, så en slik eventuell effekt var ikke synlig. Med de begrensninger som utvelgelse og registreringsmåte gir, skulle resultatene totalt sett gi et godt bilde av munnhelsen til beboere på norske sykehjem i 2004.

Mer enn halvparten av utvalget hadde bare egne tenner eller egne tenner og proteser, mens 43 % hadde bare proteser. Halvparten av dem som hadde egne tenner, hadde 15 tenner eller mer. I denne undersøkelsen var 46 % av sykehjemsbeboerne uten egne tenner, men bare 3 %

var tannløse og uten proteser. I en undersøkelse i 1996/97 var tilsvarende andel 7 % (13).

Andelen med egne tenner var lav blant de eldste. Enhver aldersgruppe har en tannstatus som er preget av de forhold personene levde under tidligere i livet. De som i dag er 85 år eller eldre (eldste gruppe), er alle født før 1920. Deres oppvekst var preget av den tids syn på og muligheter til tannstell og tannbehandling. Flere undersøkelser viser at sykdommer hos voksne er et resultat av oppsamlet biologisk og sosial innflytelse i løpet av livet (15–17). Utført tannbehandling er også i stor grad irreversibel, slik at tannstatus i dag har en sammenheng med tidligere tannbehandlingspraksis.

Figur 3 viser den store fylkesvise forskjellen i tannstatus i utvalget. Mens det i Østfold var 75 % av deltagerne som hadde egne tenner (bare egne tenner eller egne tenner og proteser), var tilsvarende andel i de tre nordligste fylkene på under 30 %. Dette er i overensstemmelse med andre undersøkelser av eldres tannhelse, som også viser store regionale forskjeller (18). Også når det gjaldt gjennomsnittsverdier for belegg- og slimhinneindeks (BSI) var det stor variasjon mellom fylkene. De som hadde egne tenner, hadde høyere BSI enn personer som ikke hadde egne tenner. Dette stemmer med tidligere funn (12). Det kan være at proteser er lettere å holde rene enn naturlige tenner. Proteser kan tas ut og skrubbet med børste under springen, mens tannpuss hos svake og demente personer kan by på store utfordringer. Regresjonsanalysen viste at personenes tannstatus var det individuelle forhold som hadde størst betydning for BSI-verdien.

Overraskende nok viste ikke regresjonsanalysen at det var forskjell i beboernes munnhelse i institusjoner som oppga at de hadde prosedyrer for tann- og munnstell og i institusjoner som oppga at de ikke

hadde det. Men dette kan også skyldes at dataene på dette området var lite presise, siden noen sykehjem kunne ha prosedyrer på enkelte avdelinger, men ikke på alle. Regresjonsanalysen viste likevel at trekk ved institusjonen var av vesentlig betydning for beboerens munnhelse, men dataene inneholdt ikke opplysninger nok til å analysere dette nærmere.

Det var relativt få som svarte at de hadde plager eller smerter fra tenner eller slimhinner og/eller hadde behov for hjelp fra tannlege eller tannpleier, men både svarprosent og andel positive svar varierte mye mellom fylkene. Noe av årsaken til den store variasjonen i svarprosent kan være beboernes helsetilstand og at alle ikke var i stand til å svare. I slike tilfeller skulle personalet spørres i stedet, men dette kan ha vært gjort i varierende grad. Andelen av svarene som rapporterte plager eller smerter kan være reell, og det er ikke utenkelig at andelen kan variere mye mellom fylkene også på dette området.

Det var totalt 63 % av sykehjemmene som rapporterte at de benyttet individuelle rutiner for beboernes tann- og munnstell. Men dette gjaldt ikke alltid for alle og på alle avdelinger på sykehjemmet. Inntrykket er at beboerne ofte ble vurdert individuelt, og at rutiner ble utarbeidet eller endret med endringer i beboerens helse. Ut fra denne undersøkelsen vet vi ikke hva sykehjemmenes skrevne prosedyrer og rutiner gikk ut på, og heller ikke hvordan de blir omsatt i praksis. Likevel tyder resultatene og kommentarene på at de sykehjemsansatte mange steder gjør en god jobb når det gjelder beboernes tann- og munnstell, selv om dette ennå ikke gjelder over alt. Det er positivt at flere institusjoner og avdelinger oppgir at de nå er i ferd med å utarbeide prosedyrer og rutiner også for denne del av pleien.

English summary

Gimmestad AL.

Oral health in institutionalized persons in Norway

Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 268–73.

A project organized by The Directorate of Health and Social Affairs in Norway aimed at inspiring the public dental service to work with health promotion and prevention of dental diseases. As a baseline for later evaluation, a national investigation of oral health in inhabitants in institutions for long-term care was carried out in 2004. The study population consisted of 3 440 persons in 188 institutions in all 19 counties of the country. The investigation included a clinical examination and a short interview. Dental hygienists performed the registrations. Results showed that 54 % had natural teeth (natural teeth only or natural teeth and dentures), while 43 % had no natural teeth but dentures and 3 % had no natural teeth and no dentures. Dental status varied among the counties. The mucosal-plaque score varied between individuals, between institutions within a county and between counties. Dental status was an individual factor of importance for the mucosal-plaque score, but characteristics of the institutions were more important.

Referanser

1. Lov om tannhelsestjenesten 1983–06–03–54.
2. Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid. Statens helsetilsyn. Veiledningsserie 1–99. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.

3. «Tenner for livet» – ny giv i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Prosjektbeskrivelse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
4. «Tenner for livet» – ny giv i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5-åringer. Rapport IS-1333. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
5. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Helse- og omsorgsdepartementet; 2003–06–27–792.
6. «Tenner for livet» – ny giv i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Oral helse for sykehjemsbeboere i 2004. Rapport IS-1334. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
7. Lov om behandling av personopplysninger. 2000–04–14–31.
8. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Spec Care Dentist 1999; 19: 154–7.
9. Gerodontologisk seksjon, Klinikk for oral kirurgi og oral medisin. BSI. Belegg- og slimhinneindeks. Kriteriebeskrivelse. Oslo: Universitetet i Oslo; 1995.
10. Krona ER. Prosjekter for bedre tannhelse for eldre, langtidssyke og funksjonshemmede – Kronaprojektet i Buskerud. <http://www.uib.no/isf/nfg/geronius/2004nr5/artikkel4.htm> (avlest 25.10.2005)
11. Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsestjenester 2001–2003. Samlerapport IS -1231. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
12. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Laake K, Axéll T. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care. Spec Care Dentist 2004; 24: 254–9.
13. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Laake K, Axell T. Prevalence of teeth and dentures among elderly in Norway receiving social care. Acta Odontol Scand 2003, 61: 184–91.
14. Kommunale helse- og omsorgstjenester. Plassar i institusjonar for eldre og funksjonshemma¹. 1996–2004. Førebelse tal 2004. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2005-07-08-01.html> (avlest 25.10.2005)
15. Forsdahl A. Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? Br J Prev Soc Med 1977; 31: 91–5.
16. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med 1993; 36: 1047–52.
17. Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.
18. Henriksen BM, Axell T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31: 403–11.

Adresse: Seksjon for samfunnsodontologi, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo.
E-post: annelgi@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.