

HOVEDBUDSKAP

- Svært mange eldre på syke- og aldershjem i Oslo beholder sine tenner opp i høy alder.
- Muligheten for identifisering bedømmes til å være god for de fleste. Det er imidlertid forbedringspotensiale.
- Proteser burde vært merket.
- Renhold og hjelp til renhold av tennene synes å være bra.
- Det burde vært bedre interdental renhold og bruk av fluorholdige skyllmidler.
- Regulariteten av kontroller/-behandlinger av tannpleier eller tannlege kunne for enkelte beboere vært bedre.

FORFATTERE

Kristian Haugen, tannlege, Oslo.

Tore Solheim, professor emer., dr. odont. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Prosjektet er godkjent av De regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK sør-øst.

Korresponderende forfatter:
Professor emer. Tore Solheim, Institutt for oral biologi,
Universitetet i Oslo. Boks 1052 Blindern, 0316 Oslo.
Telefon: 22 84 03 78. E-postadresse: solheim@odont.uio.no

Nøkkelord: Beboere på alders- og sykehjem, tannstatus, tannbehandling, tannhygiene.

Tannforhold hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo

Kristian Haugen og Tore Solheim

Denne undersøkelsen hadde som hensikt å studere tannforholdene hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo for å finne ut i hvilken grad tannforholdene kunne bidra til en eventuell identifisering. Videre var det hensikten å studere hvordan tennene var ivaretatt og beboernes holdninger til dette. I tidsrommet september 2012 – juli 2013 ble det foretatt en tannundersøkelse av 366 beboere ved 22 forskjellige alders- og sykehjem i Oslo. Alderen på beboerne varierte fra 58 til 104 år. 299 (82 %) hadde egne tenner, eventuelt i kombinasjon med proteser.

Påfallende få beboere hadde synlig karies eller røtter fra nedkarierte tenner. Det ser således ut til at tennene i denne gruppen er rimelig godt ivaretatt. De fleste med tenner hadde mange og karakteristisk restaureringer slik at tannforholdene i svært mange tilfeller vil kunne bidra til en eventuell identifisering. De fleste beboere 321 (88 %) brukte kun tannbørste til renhold av tennene. Man kunne derfor anbefale mer interdental renhold med tannstikker eller annet i tillegg til fluorprofylakse. Hele 315 beboere (86 %) ønsket ikke mer hjelp til tannpuss, og det syntes som om personalet var rimelig flinke til å hjelpe beboerne der det var nødvendig. Det var noe misforhold mellom angivelsen til beboerne og personalet med hensyn til hvor ofte de hadde tilsyn av tannlege/tannpleier, og om det nå var lenge siden siste gang. I alt 162 (44 %) av beboerne mente imidlertid at det var 1 år eller mindre siden siste undersøkelse. Den offentlige tannhelsetjenesten har potensiale for å forbedre sine innkallingsrutiner og bør i tillegg tilby protesemerking.

Aldersoversikt

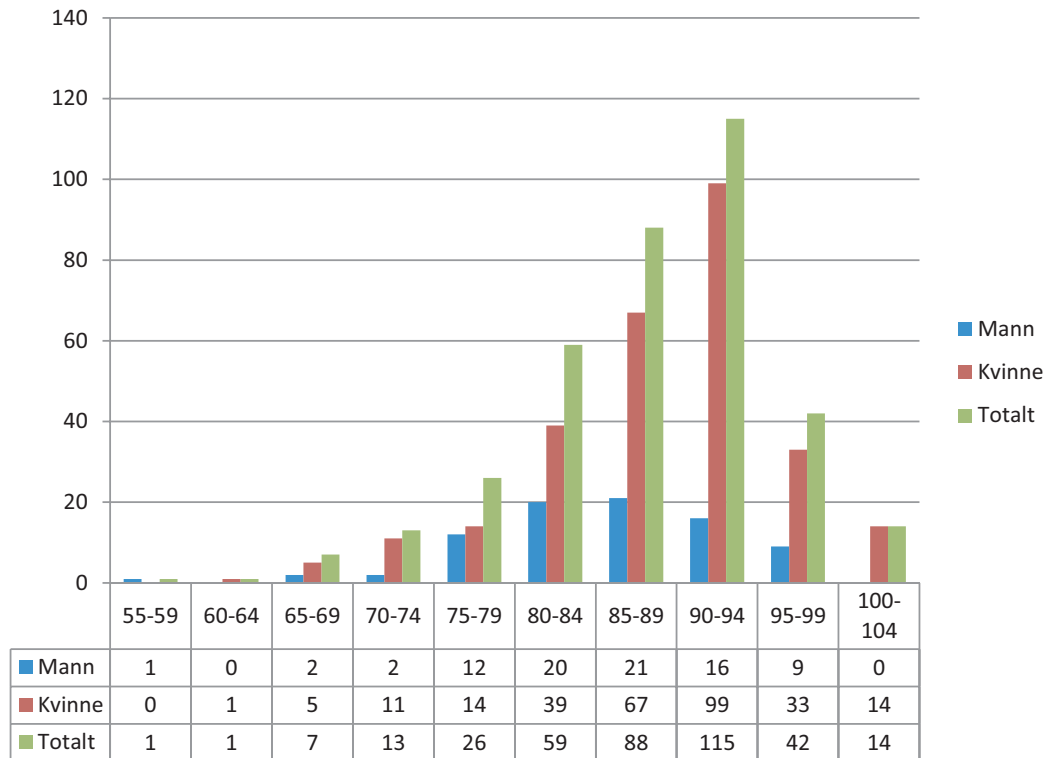


Fig. 1 Aldersoversikt over undersøkte beboere på alders- og sykehjem i Oslo (n=366)

Det nitide identifiseringsarbeidet som utføres for eventuelt å kunne fastslå en avdøds identitet etter en ulykke er krevende. Spesielt kan identifisering av eldre by på vansker, og ulykker og brann på alders- og sykehjem forekommer. Mange beboere på alders- og sykehjem er stadig tannløse og har proteser. Merking av tannproteser er et verdifullt tiltak og kan i spesielle tilfeller være avgjørende for om en protesebærer kan identifiseres (1,2). Tiltaket er anbefalt av FDI (3) og i mange stater i USA er tiltaket påbudt ved lov.

En odontologisk identifikasjon er et resultat av sammenlikninger av tannforhold hos en død person med tannopplysninger fra journal og røntgenbilder for en saknet person. Her spiller derfor også den tannjournalen som vedkommende tannlege/tannpleier har ført, en avgjørende rolle.

Identifisering etter ulykker er en samfunnssak, og den norske stat har vist at den i disse tilfeller tar ansvaret alvorlig ved å oppnevne en egen identifiseringsgruppe knyttet til Kripos. Respekten for det enkelte individ må ikke opphøre når døden inntreffer. De odontologiske læresteder og spesielt Det odontologiske fakultetet i Oslo har ansvar for å hjelpe politiet i identifiseringssaker.

Beboere på alders- og sykehjem har kanskje oftere enn andre grupper i samfunnet varierende tannhelse. Mange er også i større grad enn de ikke-institusjonaliserte eldre, plaget av aldersrelatert dementia, noe som i tillegg til andre sykdommer virker negativt på deres orale helse (4,5,6,7,8,9).

Registrering av beboernes tannstatus og tannbehandling kan være vanskelig å gjennomføre blant annet pga. manglende evne til samarbeid. Dette kan ofte skyldes mental svekkelse. Den enkeltes behandlingsbehov er derfor ikke alltid dekket (8, 10, 11). En følge av dette er at kunnskapen om en del eldres tannstatus noen ganger kan være dårlig. Dette kan også vanskeliggjøre en eventuell identifisering på odontologisk grunnlag dersom det skulle bli behov for det.

Evnen til egenomsorg er ofte redusert, og dette kan stille store krav til behandlende tannleges/tannpleiers samarbeid med lege, pleiepersonell og institusjonsledelse. I noen tilfeller er det også dårlig kommunikasjon pga. for eksempel svekket hørsel eller annen kognitiv svekkelse (7,12). Det kan derfor være vanskelig å oppnå en fullstendig og tilfredsstillende behandling.

Hensikten med vår undersøkelse var å foreta en registrering av tannforholdene hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo for å studere deres tannhelse, og å se i hvilken grad tannforholdene kunne bidra til en eventuell identifikasjon. Hensikten var dessuten å finne ut i hvilken grad de var selvhjulpne med hensyn til tannhygiene, hvilke hjelpemidler de brukte og i hvilket omfang de ønsket mer hjelp til stell av sine tenner.

Materiale og metoder

Det ble på forhånd sendt et orienteringsskriv til hver enkelt institusjon i Oslo, der vi informerte om hensikten med undersøkelsen, og samtidig en forespørsel om vi fikk tillatelse til å utføre denne. Her mottok vi positive svar fra samtlige 22 kontaktede institusjoner. Deretter tok tannlege KH selv direkte kontakt med disse sykehjemmene. Han forklarte der om vårt prosjekt til samtlige bestyrere på sykehjemmene etter avtale. Han ble alltid mottatt meget vennlig, og fikk en reell følelse av at personalet hadde en god forståelse av viktigheten av vårt prosjekt. Videre ble den enkelte beboer på forhånd informert om undersøkelsen, og spurt om vedkommende ville delta i denne. Hver enkelt beboer undertegnet et samtykkeskjema. Ingen form for undersøkelse ble utført mot den enkeltes vilje.

Det ble utarbeidet et eget spørreskjema som hadde en rekke spørsmål med standardiserte svarmuligheter angående beboernes tannforhold. Av 366 undersøkte beboere var 362 i stand til å gi svar på våre spørsmål. Kun 4 beboere klarte ikke å besvare spørsmålene. Disse kunne likevel i sin helhet tas med i den del av undersøkelsen som gikk på registrering av de rent tannhelsemessige forhold. Det ble for dette formål laget et undersøkesskjema over tannstatus som ble ordnet kvadrantmessig.

Det ble i skjemaet notert hvilke tenner som manglet og hvilke tenner som hadde krone, eller hvilke flater som var fylt eller hadde kariesangrep. Tenner som ikke hadde noen restaureringer eller kariesangrep ble regnet som sunne tenner. Dessuten ble ubehandlede tenner med primærkaries registrert. I tillegg ble gjenstående røtter notert. Protesebruk og eventuell protesemerking ble også registrert. Dette har vi også tidligere undersøkt og det er publisert i en tidligere artikkel (2). Det ble også registrert om den enkelte beboer var oppegående eller sengeliggende og hele 94,3 % var oppegående (tabell 1).

Undersøkelsen ble utført av en tannlege, KH, som foretok registreringen av tannstatus som omfatter proteser, tenner, fyllinger, kroner og broer samt manglende tenner, dessuten undersøkelse av eventuelle proteser og protesemerking. Som hjelpemiddel ble det brukt engangs-speil og lommelykt med engangs-plastovertrekk. Der det ble registrert at beboere hadde spesielle plager, ble bestyrerne informert.

Tabell 1 Beboere: oppegående / sengeliggende (n=366)

	Mann	Kvinne	Totalt	Prosent
Oppegående, og kan undersøkes og svare	78	267	345	94,3 %
Oppegående, og kan kun undersøkes	0	1	1	0,3 %
Oppegående, og kan/vil ikke undersøkes	0	1	1	0,3 %
Sengeliggende, men kan undersøkes og svare	5	10	15	4,0 %
Sengeliggende, men kan undersøkes	0	0	0	0 %
Sengeliggende, og kan/vil ikke undersøkes	0	0	0	0 %
Ikke svart	0	4	4	1,1 %

Tabell 2 Beboere: tannstatus (n=366)

Status	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hel tannløse med proteser	5	41	46	13 %
Helt tannløse uten proteser	1	20	21	6 %
Helt tannløse i alt	6	61	67	18 %
Hel over, egne tenner under	9	29	38	10 %
Hel under, egne tenner over	1	4	5	1 %
Partiell over og/eller partiell under	4	6	10	3 %
Egne tenner over og under	67	189	256	70 %
Har egne tenner	77	222	299	82 %

Undersøkelsen av de enkelte beboerne måtte foretas på de stedene som var tilgjengelige på de forskjellige institusjonene. Noen steder var forholdene gode, med eget rom og lett samarbeidsvillige pasienter. Imidlertid var noen av beboerne sengeliggende og måtte derfor undersøkes i sengen.

Dataene ble lagt inn på et EXEL skjema og opptellinger og prosentberegninger ble utført ved egendefinerte utregninger.

Resultater

Av beboerne hadde 299 (82 %) egne tenner, eventuelt i kombinasjon med proteser, mens kun 67 (18 %) var helt tannløse (tabell 2.) Av disse hadde 46 protese i munnen. 38 beboere (10 %) hadde hel protese i overkjeven og egne tenner i underkjeven og 5 (1 %) i underkjeven med egne tenner i overkjeven. Flere var altså tannløse i over- enn i underkjeven. Kun ca. 3 % hadde partiellproteser både i over- og underkjeven. Ingen proteser var ID-merket.

214 beboere av de med egne tenner (72 %) hadde amalgamfyllinger i tennene og 207 (69 %) hadde tannfargede fyllinger (ta-

Tabell 3 Beboere: tenner med restaureringer (n=299)				
Status	Mann	Kvinne	Totalt	Prosent
Har egne tenner	77	222	299	100 %
Amalgam	49	165	214	72 %
Tannfarget	49	158	207	69 %
Gull	22	97	119	40 %
MK	63	187	250	84 %

Tabell 4 Beboere: Brukes til tannrengjøring (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Ingen	2	9	11	3 %
Tannbørste	74	247	321	88 %
Tannbørste + tannstikker	6	12	18	5 %
Tannbørste + tanntråd	0	3	3	0,8 %
Tannbørste + tanntråd + tannstikker	0	1	1	0,3 %
Tannbørste + chlorhexidin	0	1	1	0,3 %
Tannbørste + interdental + chlorhexidin	1	1	2	0,6 %
Tannbørste + annet	0	3	3	0,8 %
Ikke svart	0	6	6	1,6 %

bell 3). 119 beboere (40 %) hadde gullkroner mens hele 250 beboere (84 %) hadde MK kroner. Regionen 33–43 utmerket seg med flest sunne, ubehandlede tenner. Det var dessuten generelt få tenner med synlig karies eller gjenstående røtter etter nedkarierte tenner.

Av beboerne kunne 99 % besvare våre spørsmål, mens 1 % klarte ikke dette (tabell 1). Det ble spurt om hvilke hjelpemidler den enkelte brukte til renhold av tennene. Her svarte 88 % at de kun brukte tannbørste, mens svært få (6 %) brukte interdental hjelpemidler i tillegg (tabell 4). Med hensyn til spørsmål om i hvilken grad man trengte hjelp til tannpuss, svarte 76 % at de kunne pusse selv (tabell 6), Videre hevdet 80 % av beboerne at de ikke fikk noen hjelp av pleiepersonalet til tannpuss, mens 11 % sa at de fikk hjelp til dette daglig. Hele 86 % svarte at de ikke ønsket mer hjelp til tannpuss (tabell 6). Generelt viste imidlertid våre undersøker at det fleste pasienter hadde god munnhygiene.

På spørsmål om hvor lenge det var siden siste tannbehandling svarte 44 % at det var 1 år eller mindre siden, mens 12 % sa at det var mer enn 5 år siden, (tabell 8). På spørsmål om hvor ofte den enkelte fikk tannbehandling, svarte kun 29 % at det var regelmessig, mens hele 69 % svarte at de kun gikk til tannlege når de hadde smerter (tabell 9).

Tabell 5 Beboere: Tannpuss (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Kan pusse selv	61	217	278	76 %
Kan delvis pusse selv	15	38	53	14 %
Trenger hjelp til alt	7	24	31	8 %
Ikke svart	0	4	4	1 %

Tabell 6 Beboere: Hjelp til tannpuss (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Ingen	63	229	292	80 %
Av og til	10	19	29	8 %
Daglig	10	30	40	11 %
Flere ganger om dagen	0	1	1	0,3 %
Ikke svart	0	4	4	1 %

Tabell 7 Beboere: Ønsker / Ønsker ikke hjelp (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Ikke mer hjelp	71	244	315	86 %
Mer hjelp	11	32	43	12 %
Ikke svart	1	7	8	2 %

Tabell 8 Beboere: Cirka tid siden siste tannbehandling (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Null til to år	35	127	162	44 %
To til tre år	9	31	40	11 %
Tre til fem år	9	26	35	10 %
Mer enn fem år	12	32	44	12 %
Husker ikke	18	63	81	22 %
Ikke svart	0	4	4	1 %

Tabell 9 Beboere: Frekvens av tannbehandling (n=362)				
	Mann	Kvinne	Totalt	%
Regelmessig, maksimalt to år mellom	22	84	106	29 %
Kun sporadisk	1	7	8	2 %
Kun ved smerter/ubehag	60	188	248	67 %
Ikke svart	0	4	4	1 %

Diskusjon

Material og metoder

Utgangspunktet for denne undersøkelsen var å finne ut hvordan muligheten for identifisering av beboere på alders- og sykehjem er. Videre var det et siktemål å undersøke i hvilken grad beboernes proteser var merket. Det var da nødvendig med en klinisk undersøkelse med registrering av tannforholdene. Videre var det av interesse å undersøke beboernes tannhygiene og deres holdninger til den. Det var også av betydning å undersøke om og hvor ofte de gikk til tannlege/tannpleier. Uten tannjournal er odontologisk identifisering ikke mulig.

Materialet, 366 beboere, var noe av det maksimale vi kunne få til og burde være representativt for denne type personer i Oslo. Det er en skjev alders- og kjønnsfordeling, men det må det vel alltid bli ved slike undersøkelser. Spesielt var det mange i gruppen 90–94 og også 85–89 år. Dette kan ha betydning ved sammenligning med andre undersøkelser. Vi har beregnet prosenter. Det er egentlig en grov beregning og burde kanskje vært utført særskilt for hver aldersgruppe. Det brukes som oftest slik likevel av mange forfattere.

Registrering av karies og marginal periodontitt kunne vært mer nøyaktig, men slik undersøkelsen var lagt opp var dette ikke mulig. Undersøkende tannlege opplevde et sterkt kontaktbehov hos de enkelte individer. Mange syntes å sakne en informativ «prat» om blant annet tannhygiene. Dette er forhold som kunne bedres ved at pleiepersonalet snakket oftere med den enkelte om tenner og munnhygiene.

Tannforhold

Kun 18 % var helt tannløse og 13 % hadde helproteser i munnen. Dette er betydelig mindre enn ved vår tidligere undersøkelse ved sykehjem i Oslo i 1998 hvor hele 44 % hadde proteser i begge kjeve (2). Dette og ved sammenligning med andre studier tyder på en svært rask nedgang i antall tannløse personer hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo. I en studie fra sykehjem i Bergen fant Samson og medarbeidere i 2009 at 24 % var uten naturlige tenner (5). I en studie fra sykehjem i Østfold fra 2012 var 25 % tannløse (7). I en studie fra sykehjem mange steder i Norge fra 2003 ble 59 % angitt å være tannløse og 55 % hadde proteser (13). I Gimmestads undersøkelse på sykehjem fra 2006 var på landsbasis 46 % tannløse og i materialet fra Oslo var ca. 30 % tannløse med eller uten proteser (14). I en rapport fra USA fra 1994 var hele 50–77 % av eldre i institusjon tannløse (8). I en rapport fra Finland 1999 var 66,3 % av eldre pasienter innlagt på akutt avdeling på sykehus tannløse (10).

Det var svært skuffende at ingen proteser var merket. Dette på tross av FDI's anbefaling fra 1973 (3) og som er blitt fulgt opp i en del land som Sverige og USA. Her i Norge har protesemerking blitt an-

befalt og det er redegjort for mulig teknikk (1). Ved vår undersøkelse i 1998 var det likevel kun 25 proteser eller 5 % som var merket (2), men funnene nå er nedslående. Selv om det er færre beboere uten egne tenner men med proteser, er deres sjanse for å kunne bli odontologisk identifisert liten. For den enkelte hjelper det lite at det er færre i samme situasjon. I tillegg vet vi at noen mister sine proteser på alders- og sykehjem. De havner ofte på vaskeriet. Protesemerking ville gjøre det lettere å få protesene tilbake. Nå må tannhelsetjenesten ofte lage nye proteser. *Tannhelsetjenesten burde tilby protesemerking til beboere på alders- og sykehjem.*

Hele 299 beboere (81 %) hadde egne tenner ev i forbindelse med partiellproteser eller helproteser i over- eller underkjeven. Ved en undersøkelse på sykehjem i Oslo publisert i 2003 hadde 41 % av beboerne egne tenner (13). I en undersøkelse fra 2008 hadde 59 % av beboerne ved sykehjem i Bergen egne tenner (5). Undersøkelsen ble utført i 2004. Ved en undersøkelse fra Oslo 2010 hadde 74 % av beboerne egne tenner (6) og ved en annen undersøkelse fra 2011 i Oslo hadde hele 75 % av de undersøkte egne tenner ev i forbindelse med proteser (7). Alle beboere med gjenstående tenner i vår undersøkelse hadde fyllinger med gull, amalgam og eller tannfargete materialer. Hele 250 beboere hadde en eller flere MK kroner. Ytterligere noen hadde gullkroner (Morrison kroner). Dette viser at de fleste eldre tar vare på sine tenner selv med kostbare restaureringer. Dette er spesielt verdifullt ved identifisering. Generelt burde identifisering av beboere gå greit under forutsetning av at tannjournal finnes. Vår erfaring fra tannhelsetjenesten er at der tannjournaler finnes, er de gode og inkluderer alltid røntgenbilder.

Renhold

De aller fleste beboere børstet sine tenner og kun 3 % hadde ingen form for tannhygiene. Videre oppga 88 % at de kun brukte tannbørste som eneste hjelpemiddel. Det interdental renhold var imidlertid alt for dårlig da kun ca. 6 % brukte tanntråd eller tannstikker. Det er vel vanskelig å lære eldre og til dels reduserte mennesker å bruke tanntråd. Tannstikker er mer effektive og enklere å bruke. Likevel vil det nok her være behov for daglig hjelp for mange. Generelt ble beboernes munnhygiene ansett som god. I en undersøkelse fra Østfold viste det seg at der hele 40 % hadde for dårlig munnhygiene (7).

Kun 1 % av beboerne skylte tennene med chlorhexidin. Dette kan nok være effektivt mot plakk, men det ville nok vært mye mer effektivt å skylle med fluor eller andre fluorholdige skyllemidler som man kan bruke over lang tid (11). Dette kan bidra til å redusere gingival karies som er et stort problem for mange eldre. Det var gledelig at protesene hos protesebærere nesten uten unntak var meget godt rengjort. Datoene for undersøkelsen var imidlertid kjent

på hjemmene og man skal ikke utelukke at beboerne ble informert om dette og at de måtte børste godt og rengjøre protesene. Dette stemmer med Gimmestads antakelse i 2006 (14). Et regime som foreslått av Strand og medarbeider i 2005 kan anbefales (11). Her tar man bl. a. i bruk såkalte munnstellkort. Et systematisk munnhygieneprogram økte antall beboere med akseptabel munnhygiene fra 36 % til 70 % etter 6 år (9). Gode råd er også gitt av svenske Gabre og Twetman 2017 (15) Gode råd spesielt for handikappede og demente pasienter finnes også i et arbeide fra USA (16).

Munntørrehet er et problem for mange eldre, spesielt om de er syke eller bruker medikamenter som nedsetter spyttsekresjonen. Dette kan føre til økt plakkansamling og mer karies og marginal periodontitt. Det finnes måter å lindre munntørrehet på (15, 17,18) men det er usikkert om det fører til mindre plakkansamling.

Hjelp til renhold

I vår undersøkelse svarte 80 % at de ikke fikk noen hjelp til tannpusen, mens 76 % mente de kunne pusse selv. Dette passer dårlig med en undersøkelse i Oslo publisert 2010 hvor det ble registrert at 51.9 % av beboerne hadde hjelp til renholdet (6) Dette var riktignok basert på informasjonen fra personalet. En del beboerne i denne undersøkelsen hevdet også at de ikke fikk hjelp til renhold av tennene, selv om pleierne sa det motsatte. I en annen undersøkelse fra Oslo 2014 fikk kun 26.7 % hjelp til renholdet (4). Det var et gjennomgående trekk at pleiepersonalet i stor grad hjalp beboerne, selv om de fleste av beboerne ville fremstå som mer selvhjulpne enn de faktisk var. Det kunne synes som om de enkelte beboere hadde et sterkt behov for å virke mest mulig selvhjulpne, til tross for at de i en ikke uvesentlig grad fikk hjelp av pleiepersonalet til renhold av sine tenner. Et slikt behov for selvhevdelse er jo i aller høyeste grad forståelig i menneskelig forstand, men man må tilføye at de spørsmålene som går inn på disse ømtålige temaene, må tolkes med forsiktighet. Det enkelte individs rett til selvrespekt kan aldri vurderes for høyt! Man må i denne sammenheng også ta den mulighet med i betraktning at beboerne kan ha rett, men at pleiepersonalet gjør forholdene mer ideelle enn de egentlig er.

Hele 88 % brukte kun tannbørste til renhold. Det ble ikke registrert om dette var vanlig børste eller el-børste slik det er anbefalt (19). Det er mulig interdental renhold er for komplisert for mange og at de ville hatt bruk for hjelp til dette. Dette viser at det antakelig hadde vært ønskelig om tannhelsepersonalet hadde klart å motivere den enkelte beboer på en positiv og saklig måte til i større grad å motta hjelp av pleiepersonalet til interdental renhold og ev. tannpusen. Dette ville sannsynligvis ikke være noen lett oppgave, da hele 86 % av beboerne i vår undersøkelse, oppga at de ikke ønsket mer hjelp til munnhygien.

I en artikkel fra 2017 hevdes det at 80 % av beboere på sykehjem har behov for hjelp til sitt munnstell (20), mens det i Gimmestads undersøkelse fra 2006 var kun 11 % av beboerne på sykehjem i Oslo som oppga at de hadde behov for hjelp (14).

Tannbehandling

I andre undersøkelser fremgår det at de fleste beboere på alders- og sykehjem i Norge regelmessig mottar tannbehandling fra Den offentlige tannhelsetjenesten (12) Det er her viktig å understreke at undersøkelser i både Norge og utlandet registrerer at det er en klar tendens til at beboere på alders- og sykehjem beholder sine tenner lenger enn før (7,8). Det påpekes også samtidig i en av undersøkelsene at forekomsten av plakk, karies og periodontale lidelser øker (8). Det var derfor et sterkt behov for at det settes i gang omfattende tiltak for å møte og ivareta den orale helsen til denne gruppen av befolkningen (7,8).

I forhold til de spørsmålene som ble stillet direkte til den enkelte beboer, kunne det være relativt stor forskjell mellom de svar beboeren ga, og hva pleiepersonalet uttalte. Dette gjaldt særlig spørsmålene om hvor lenge det var siden siste tannbehandling, og om vedkommende fikk hjelp til renhold av tennene. Usikkerheten rundt disse forholdene fremgår også i andre undersøkelser (7). Vi fant at det til dels var store tidsvariasjoner mellom når beboerne sist var til tannlege/tannpleier. Dette har man også funnet ved andre undersøkelser. Det var dessuten mange som ikke fikk systematisk tannbehandling (7,8). Man må imidlertid være klar over at dette også kan være en «vanskelig» kategori pasienter både å behandle og motivere.

Det var en klar tendens til at mange av beboerne mente at tidspunktet for siste tannbehandling lå mye lenger tilbake i tid enn det ble hevdet fra pleiernes side. Dersom man sammenholder opplysningene fra tabell 8, om at tidsintervallet for tannbehandling varierte fra 1 år eller mindre til mer enn 5 år, og videre fra tabell 9 der 69 % av beboerne oppga at de kun fikk sporadisk behandling eller behandling når de hadde vondt, får man inntrykk av at undersøkelsene av beboernes tenner ikke er så systematisk som det burde være. Det kan likevel være at enkelte av beboernes oppfatninger av tidsbegrepet ikke alltid er reell.

Verdi ved identifisering

69 % av beboerne oppga at de kun fikk sporadisk behandling, eller kun når de hadde smerter. Dette bekreftes også av andre undersøkelser (7,8). Her vil derfor journalene ikke alltid være ajourført, spesielt til de av beboerne som har lange intervaller mellom undersøkelsene ofte kombinert med kun sporadisk behandling. I disse tilfellene kan kjennskapet til den enkeltes tannstatus via tannjour-

nalen bli dårlig for identifisering. Det vil derfor også i denne sammenheng være av stor betydning at detaljene i den enkeltes tannstatus er journalført og supplert med røntgenbilder. Dette, i tillegg til at tenner kan være gått tapt, er i så tilfelle forhold som kan vanskeliggjøre en eventuell identifisering på odontologisk grunnlag.

Alt overveiende ser det likevel ut til at tennene til denne gruppen i vår undersøkelse er rimelig godt ivaretatt, og at de i fleste tilfeller kan danne et godt grunnlag for en eventuell identifisering. Vi har ikke sett på beboernes tannjournaler, men regner med at de er like gode som de fleste journaler norske tannleger/tannpleiere lager. Det vil likevel være en liten gruppe beboere hvor identifisering vil by på problemer ev ikke lykkes. Spesielt gjelder dette protesebærere. Det er skuffende at ingen proteser er merket på tross av at dette har vært anbefalt mange ganger (1,2). Her må det forbedring til. I mange stater i USA er merking av tannproteser påbudt ved lov og det fremheves at dette er verdifullt ved en eventuell identifisering (16). Det må til slutt bemerkes at det ikke er sjelden proteser kommer bort på sykehjem. Da kan merking komme til nytte for å finne eieren.

Avsluttende bemerkninger

Tannhelsen til beboere på alders- og sykehjem i Oslo synes å være rimelig godt ivaretatt både med hensyn til hjelp med renhold der det er nødvendig og med hensyn til undersøkelser og behandling av tennene. Likevel er det forbedringspotensial med hensyn til hjelp, spesielt med interdental renhold og skylling med fluorholdige væsker. Dette er tiltak som også er anbefalt i flere utenlandske undersøkelser. I tillegg er disse viktige temaene behandlet i en norsk doktoravhandling hvorfra en artikkel kommer (9).

Det er tannhelsetjenestens ansvar å legge opp til systemer for informasjon, instruksjoner og tannhelsekontroller og ev. behandling. *Spesielt ser det ut som undersøkelser og behandling for enkelte pasienter ikke utføres systematisk nok. Her har tannhelsetjenesten potensiale for forbedringer. Det anbefales videre at tannhelsetjenesten tilbyr protesemerking.* Det er viktig at tannhelsetjenesten samarbeider med pleiepersonalet både om tannpuss og spesielt introduksjon av interdental renhold. *Det ville også være en fordel med en tannpleier spesielt knyttet til hver av institusjonene som kunne bidra og ev lede dette arbeidet.*

LITTERATUR

- Solheim T. Protesemerking. *Nor Tannlegeforen Tid* 1975; 85: 107–11.
- Haugen K, Solheim T. Forekomst av tannproteser og protesemerking blant beboere på alders- og sykehjem i Oslo. *Nor Tannlegeforen Tid* 1998; 108: 816–9.
- FDI Newsletter 1973; 82: 5.
- Fjeld KG, Mowe M, Eide H, Willumsen T. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *Eur J Oral Sci* 2014; 122: 142–8.
- Samson H, Strand GV, Haugjorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand* 2008; 66: 368–73.
- Zuluga DJM, Ferreira J, Montoya JAG, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology* 2012; 29: e420–6.
- Willumsen T, Karlsen L, Næss R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology* 2012; 29: e748–55.
- Henry RG, Ceridan B. Delivering dental care to nursing home and homebound patients. *Dental Clinics of North America* 1994; 38: 537–51.
- Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 575–9.
- Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhn S, Sulkava, R. Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 437–32.
- Strand GV, Wolden H, Rykkje L, Gjellestad Å, Stenerud G. Munnstell når livet er på hell. *Tidssk Nor Lægeforen* 2005; 125: 1494–6.
- Isaksson R, Henriksen BM, Virgild, M. Får de eldre relevant professionell tandvård. *Odontologi* 2006, Munksgaard, København 161–75.
- Henriksen BM, Ambjørnsen E, Laake K, Axell T. Prevalence of teeth and dentures among elderly in Norway receiving social care. *Acta Odont Scand* 2003; 61: 184–91.
- Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 268–73.
- Gabre P, Twetman S. God munnhälsa för äldre – att förebygga rotkaries, gingivitt och oral candidos. *Nor Tannlegeforen Tid* 2017; 127: 50–6.
- Martin KU, Martin JO'H. Meeting the oral health needs of institutionalized elderly. *Dysphagia* 1992; 7: 73–80.
- Trier EL, Jørstad C. Munnstell av alvorlig syke. *Sykepleien* 2014; (9): 58–61.
- Willumsen T, Fjæra B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology* 2010; 27: 251–7.
- Wolden H, Strand GV, Gjellestad Å. Caregivers' perceptions of electric versus manual toothbrushes for the institutionalized elderly. *Gerodontology* 2006; 23: 106–10.
- Strand GV, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid* 2017; 127: 138–43.

ENGLISH SUMMARY

Haugen K, Solheim T.

The dental conditions in residents in homes for aged and nursing homes.

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 998–1005

The purpose of this investigation was to study the dental conditions in residents in homes for aged and nursing homes and to examine to what degree the dental conditions could contribute to an eventual identification. It was also the purpose to study how the residents took care of their teeth and the attitudes toward this. The material consisted of 366 residents in 22 homes. The age varied between 58 to 104 years. A total of 299 (82 %) of the residents had some of their own teeth without or in combination with dentures.

Remarkably few had visible caries or remaining roots from decayed teeth. Apparently, the teeth of the residents were well cared for. In most cases, where the residents had their own teeth often

with many and characteristic restoration, the teeth could contribute to an eventual identification. 321 (88 %) residents used only toothbrush for cleaning the teeth. We advise more interdental cleaning with toothpicks or other means in addition to fluoride prophylaxis. A total of 315 (86 %) residents did not want more help with the cleaning. Apparently, the staff was reasonably helpful. It was a disagreement between the residents and the staff in how often they saw a dentist and if it was a long time since last visit. However, 162 (44 %) residents meant that it was one year or less since last visit. The Public dental health service could improve the routine so that residents did not fall out of systematic control.



Kirurgiklinikken
tann • kjeve • ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

www.kirurgiklinikken.no

Tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no
Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
**Margareth Kristensen
Ottersen**
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi