

## HOVEDBUDSKAP

- Det var utilstrekkelig forebyggende tiltak mot munnhulesykdommer i sykehjemmene.
- 32,5% av beboerne hadde fullt tannsett fra og med andre premolar til andre premolar i begge kjever.
- Mer enn 40% hadde utilstrekkelig munnhygiene for å forebygge karies og periodontitt
- I underkant av 25% opplevde smerter, uprovoserte eller provoserte
- Undersøkelserforholdene for tannhelsearbeiderne var utfordrende, til dels umulige, og gjorde forebyggende tiltak og diagnostikk vanskelig.

## FORFATTERE

Hans R. Preus, professor emeritus. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo

Anne Merete Aass, professor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Jostein Grytten, professor. Institutt for samfunnsodontologi, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Hans R. Preus; adresse: Avd. for periodonti, IKO, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: hpreus@odont.uio.no

Akseptert for publisering 06.03.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Preus HR, Aass AM, Grytten J. Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 320-6.

Norsk MeSH: Tannhelseundersøkelser; Munnhelse; Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg (Sykehjem); Eldretannpleie

# Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus

Hans R. Preus, Anne Merete Aass og Jostein Grytten

Få undersøkelser belyser orale tilstander hos beboere i norske sykehjem. Denne undersøkelsen ble gjort i 2018/2019 sammen med Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Akershus. Et egenutviklet, nettbasert registreringskjema ble brukt til registreringer. Ti tilfeldig utvalgte beboere ved 36 av Akershus sykehjem ble klinisk undersøkt på sykehjemmene der de bodde. Totalt 357 beboere ble undersøkt, hvorav 70% var kvinner og 30% menn. 80% var over 75 år. Tannsett med funksjonelle tenner fra og med 2. premolarer i begge kjever ble registrert hos 32,5 % av beboerne. Resten manglet eller hadde flere enn en dysfunksjonell tann, mens få manglet mer enn 5 - 6 funksjonelle tenner i nevnte tannrekker. Få hadde helproteser eller implantater. Munnhygien var utilstrekkelig, mens de gingivale konsekvenser av dette var små. Undersøkelserforholdene gjorde det umulig å diagnostisere karies, med unntak av grave lesjoner. Smerter, uprovoserte og provoserte, ble funnet hos i underkant av 25% av beboerne. Det viktigste funnet var manglende samsvar mellom mengde plakk hos beboerne og gingivale- og slimhinnelidelser, og at arbeidsforholdene for tannhelsepersonellet var utfordrende.

Cirka 40 000 eldre bor fast på sykehjem i Norge (1). Befolkningen eldes (2), og mens 4,2% av dagens nordmenn er 80 år og eldre, forventes at denne aldersgruppen å øke med en faktor på 4 innen år 2100 (3). Antallet faste sykehjemsplasser i 2014 var litt under 45 000, men forventes å øke til 100 000 i 2030 (4). I løpet av de siste tiår har det imidlertid vært ønskelig å legge til rette for at eldre skal kunne bo lenger hjemme på grunn av de høye kostnadene ved institusjonalisert omsorg (5,6). En konsekvens av dette, og fordi folk lever lenger, er at den generelle sykehjembefolkningen preges av multimorbiditet. Åtti prosent viser grader av demens eller atferdsforstyrrelser, gjennomsnittlig står hver beboer på 6 -7 medikamenter (7), hvorav 70% bruker mer enn ett psykotropt medikament (8). Fra et oralt helseperspektiv er dette en utfordring for den enkelte, og for sykehjemansatte som må overvåke daglig munnhygiene.

Beboere i sykehjem har rett til offentlig finansiert tannpleie. Mens det er noe kunnskap om munnhelsen til sykehjembeboere, kommer de fleste rapporter fra utvalgte sykehjem, uten at man kan trekke konklusjoner til hele befolkningen av eldre sykehjembeboere på det grunnlag (9). Til tross for «senior alert», som er ett av Sveriges nasjonale kvalitetsregistre for overvåkning av eldreomsorgen (10), er det ikke tilstrekkelig fokus på den generelle helsen til dagens institusjonaliserte eldre i Skandinavia (11), og enda mindre er kjent om deres munnhelse. De eksisterende vitenskapelige dataene er litt for gamle til være relevante for dagens situasjon (12 - 18).

### Mål med studien

Å evaluere munnhelsestatus hos sykehjembeboere i Akershus fylke, og å samle informasjon om og evaluere organisatoriske og arbeidsrelaterte spørsmål i forhold til munnpleie blant de som forestår tannhelsearbeidet blant sykehjembeboere.

### Materiale og metoder

#### Utvalg

##### *Sykehjemnivå*

Alle sykehjem i «gamle Akershus fylke 2018» som hadde over 20 beboere, og som ikke var spesialisert sykehjem for demente, utgjorde utvalget.

##### *Beboernivå*

Basert på funnene fra Solemdal (19) antas antall tenner hos sykehjembeboere å ha et standard avvik på 3,3. Et beregnet «sample size» på 10 beboere per sykehjem ville resultere i et konfidensintervall på 4 for det gjennomsnittlige antall naturlige tenner som er tilstede.

#### *Utvalg – beboernivå*

På hvert sykehjem ble ti beboere tilfeldig trukket ut til undersøkelse.

Inklusjonskriterier: Alle beboere som var i stand til, villige og komfortabel med undersøkelse. Eksklusjonskriterier: Ble vurdert av kompetent personell ved sykehjem, dvs. sykehjemlederen og/eller den behandelende lege basert på RASK registrering (20) av demens, General Medical Health Rating (GMHR) (21), komorbiditet (22).

### Gjennomføring av undersøkelsen

#### *Kontakt med institusjonene*

En e-post ble først sendt til den ansvarlige kommunens «helse- og sosialsjef/virksomhetsleder» med en invitasjon til å delta i studien. Hvis akseptert, ble det bedt om tillatelse til å kontakte det/de aktuelle sykehjem(ene). En e-post ble deretter sendt til den identifiserte sykehjemlederen med relevant informasjon og det ble bedt om tillatelse til å utføre studien på det stedet. Denne kontakten ble støttet av sykehjemarbeidernes to fagforeninger (Sykepleierforbundet og Fagforbundet). Hvis en sykehjemleder mente at studien ikke skulle/kunne gjennomføres på nevnte sykehjem, ble dette akseptert uten diskusjon eller krav om begrunnelse.

Når alle involverte parter var positive til prosjektet, ble det bli satt en dato for å besøke sykehjemmet for registrering. «Informert samtykke»-dokumenter (REK godkjent) ble sendt til medarbeiderne fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) som skulle foreta undersøkelsen.

Prosjektledelsen (AMA/HP) var de eneste personene med full kjennskap til sykehjemmene og deltakerlistene. «Lederen for helse og omsorg» var informert (og bekreftet tillatelse gitt) om deltakende sykehjem i sin egen kommune, og direktøren for fylkestannhelsetjenesten og deres lokale DOT visste om de utvalgte sykehjemmene i sine egne geografiske områder. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av nettskjema konstruert av prosjektleder (AMA/HP), og satt opp av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT). All dataoverføring var i samsvar med reglene fastsatt av «Services for Sensitive Data» (TSD), og garantert av USIT. Alle data, kommuneliste og deltakende sykehjem slettes i henhold til godkjenning gitt av de regionale forskningsetiske komiteer (REK).

Undersøkelsen ble gjort av tannhelsepersonell i DOT, som normalt forestår slike tjenester på de sykehjem de er tilknyttet. I hovedsak ble den utført av tannpleiere, mens i noen få sykehjem foresto tannlege undersøkelsen. Teamene var i hovedsak på 3 personer, mens i et fåtall tilfeller var det bare 2 i teamene. Et eget skjema (i TSD) var utarbeidet for formålet og som ble detaljert gjennomgått i allmøte, og deretter i lokale møter, med de ansatte i DOT for under-

**Tabell 1. Beboernes alder og i hvilken situasjon undersøkelsen ble gjort. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Variabel	Antall beboere	Prosent
<i>Alder</i>		
< 65 år	4	1,1
65-75 år	28	7,8
> 75 år	296	82,9
Ikke oppgitt	29	8,1
<i>Utføring av undersøkelsen</i>		
I tannlegestol	36	10,1
I lenestol/ i spise- stuestol/på krakk	167	46,8
I rullestol	100	28,0
Sittende i seng	18	5,0
Liggende i seng	36	10,1

**Tabell 2. Antall manglende/ikke-funksjonelle tenner fra annen premolar til annen premolar i begge kjever (sterkt mobile eller frakturert). Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Antall tenner	Antall beboere	Prosent
0	116	32,5
1	76	21,3
2	50	14,0
3	34	9,5
4	17	4,8
5	10	2,8
6	10	2,8
7	6	1,7
8	4	1,1
9	6	1,7
10	13	3,6
11	3	0,8
12	1	0,3
13	2	0,6
14	0	0,0
15	3	0,8
16	1	0,3
17	1	0,3
18	2	0,6
19	0	0,0
20	2	0,6
I alt	357	100,0

søkelsen startet. Kalibreringsmøter ble gjennomført og prosjektledelsen (AMA, HP eller begge) deltok ved undersøkelsen av de 3 - 5 første beboerne på listen i samtlige sykehjem. Undersøkellesprotokollen og skjema (Nettskjema TSD USIT) var utformet for en grov undersøkelse og var ikke laget for detaljert undersøkelse av tenner, gingiva og slimhinner. Registrering av plakk og gingivas tilstand ble gradert etter «mucosal-plaque index (MPS) (23), mens munntørhet ble diagnostisert ved «speiltest». Det er viktig å understreke at i denne undersøkelsen, som i stor grad ble gjort under svært vanskelige forhold (se under), ble et og annet spørsmål/registrering oversett/ikke gjort, og disse er markert i tabellene som «manglende».

Undersøkelsen er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2016/594/REK sør-øst C). Prosjektet ble ikke ansett som meldepliktig av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (54150/3). Alle beboere med samtykkekompetanse ble forelagt et informert samtykkeskjema til signering før evt. undersøkelse. I de tilfellene en beboer fysisk ikke klarte å signere, ble det akseptert at beboer godkjente samtykkeskjema og at minst to personer av sykehjempersonalet var til stede for å bekrefte samtykket. I et fåtall tilfeller ble pårørende bedt om samtykke ved at de kunne signere samtykkeskjema som et nettskjema i TSD. Samtykkeskjema var godkjent av REK.

## Resultater

I Akershus fylke var det i 2018 ca. 50 sykehjem med nok beboere til å inkluderes i undersøkelsen. Tretti-seks sykehjem valgte å bli med på undersøkelsen. Et fåtall svarte ikke på henvendelsen vår, mens resten enten ikke ønsket å delta eller var for spesielle beboere – for eksempel beboere med uttalt grad av demens.

I hvert av de 36 deltagende sykehjemmene ble 10 tilfeldig utvalgte beboere undersøkt, men fordi to beboere ikke ønsket å la seg undersøke (uansett grunn), og én ønsket å avbryte undersøkelsen underveis (uansett grunn) gjennomgikk 357 beboere undersøkelsen i sin helhet. Av disse var 251 (70,3%) kvinner og 106 (29,7%) menn. Aldersfordelingen av beboere er vist i tabell 1. Over 80% av beboerne var 75 år eller eldre.

Ti prosent av beboerne ble undersøkt i tannlegestol, 74 % ble undersøkt i lene - eller rullestol, mens 15% sittende eller liggende i seng (tabell 1).

## Funksjonelle tenner hos beboer

Tabell 2 viser antall tenner som manglet eller som var uten funksjon fra og med annen premolar til og med annen premolar i begge kjever. En tann ble definert som ikke-funksjonell dersom den var så frakturert eller så mobil at den ikke fungerte til tygging. Tenner som fungerte til tygging til tross for mobilitet, frakturerte kuser

**Tabell 3. Antall manglende/ikke-funksjonelle premolarer (sterkt mobile eller frakturert). Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Antall premolarer	Antall beboere	Prosent
0	141	39,5
1	81	22,7
2	42	11,8
3	28	7,8
4	38	10,6
5	13	3,6
6	8	2,2
7	2	0,6
8	4	1,1
I alt	357	100,0

**Tabell 4. Hvilke typer protetiske erstatninger beboerne hadde. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Type protetik	Antall beboere	Prosent
Ingen	276	77,3
Hel avtakbar overkjeveprotese	60	16,8
Hel avtakbar underkjeveprotese	17	4,8
Dekkprotese på 2 implantater overkjeve	1	0,3
Dekkprotese på 2 implantater underkjeve	2	0,6
Dekkprotese på 3/4 implantater overkjeve	0	0,0
Dekkprotese på 3/4 implantater underkjeve	1	0,3
I alt	357	100,0

eller fyllinger ble definert som funksjonelle. Broledd og funksjonelle del-protesetenner ble registrert som funksjonerende tenner, mens helproteser ble regnet som manglende tenner i en/begge kjever. Dekkproteser på implantater ble regnet som funksjonelle tenner

116 av 357 beboere (32,5%) hadde funksjonelle tenner fra og med annen premolar i begge kjever (tabell 2). Drøyt 20% prosent av beboerne manglet eller hadde bare én ikke-funksjonell tann. Tyve prosent av beboerne manglet eller hadde mellom 3 og 6 ikke-funksjonelle tenner. Svært få beboere hadde mer enn 6 manglende eller ikke-funksjonelle tenner.

Tabell 3 viser andelen beboere som manglet eller hadde ikke-funksjonelle premolarer. Av 357 beboere hadde om lag 40% samtlige funksjonelle premolarer. Nesten 23% manglet 1 premolar, mens bare 1,1% manglet alle 4 premolarer.

**Tabell 5. Munnhygiene. Tannpuss, renhold mellom tennene og behandling/ettersyn siste år. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Variabel	Antall beboere	Prosent
<i>Antall ganger tannpuss per dag</i>		
Ingen	5	1,4
1 gang per dag	111	31,1
2 ganger per dag	194	54,3
Mer enn to ganger per dag	22	6,2
Vet ikke/kan ikke svare	25	7,0
<i>Renhold mellom tennene</i>		
Ikke renhold	198	55,5
Tannråd	12	3,4
Tannstikker	105	29,4
Mellomromsbørster	13	3,6
Vet ikke/kan ikke svare	29	8,1
<i>Hjelp til tannpuss fra personalet</i>		
Aldri	224	62,7
Alltid	74	20,7
Av og til	44	12,3
Vet ikke/kan ikke svare	15	4,2
<i>Behandling/undersøkelse siste år</i>		
Ja	236	66,1
Nei	89	24,9
Vet ikke/kan ikke svare	32	9,0

Nesten 80% av beboerne hadde sine egne tenner (tabell 4). Om lag 20% hadde helprotese, mens dekkproteser og implantater var sjeldne.

#### Munnhygiene

Om lag 85% av beboerne oppga at de pusset tennene en eller to ganger per dag. Ca. 50% pusset tennene to ganger (tabell 5). Litt under halvparten utførte renhold mellom tennene, men kun et fåtall gjorde dette regelmessig (dvs. daglig). Mellomroms-renhold ble i stor grad rapportert som tilfeldig bruk av tannstikker, mens mellomromsbørster var så å si ukjent for både beboere og pleier. Over 60% av beboerne utførte munnhygiene selv, mens 20% alltid fikk hjelp til munnetilstand. 66% hadde fått undersøkt, rensset eller reparert skadde tenner i året som gikk.

**Tabell 6. Forekomst av ulike tilstander i munnhulen hos beboerne. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)**

Variabel	Antall beboere	Prosent
<i>Belegg/tannstein/plaque</i>		
Ikke synlig med blotte øye	61	17,1
Mindre omfang langs gingiva	150	42,0
Moderat ansamling	91	25,5
Rikelig, dekker >50% av flatene	55	15,4
<i>Gingivas tilstand</i>		
Normalt utseende	145	40,6
Mild inflammasjon	110	30,8
Middels inflammasjon	82	23,0
Sterk inflammasjon	19	5,3
Puss fra minst ett site	1	0,3
<i>Foetor ex ore</i>		
Mild/normal/ikke	318	89,1
Moderat	35	9,8
Mye	0	0,0
Glemt å undersøke/føre svaret i skjema	4	1,1
<i>Smertefølelse</i>		
Uprovosert:		
Jeg har alltid smerter/ubehag	3	0,8
Jeg har smerter/ubehag av og til	47	13,2
Jeg har aldri vondt i munnen	294	82,4
Manglende svar/kunne ikke svare	13	3,6
Provosert:		
Jeg har alltid smerter/ubehag	2	0,6
Jeg har smerter/ubehag av og til	35	9,8
Jeg har aldri vondt i munnen	308	86,3
Manglende svar/kunne ikke svare	12	3,4
<i>Munntørrehet. (Undersøkt ved speiltest)</i>		
Ikke munntørr	292	81,8
Moderat munntørr	58	16,2
Svært munntørr	7	2,0
<i>Slimhinnelidelser</i>		
Normale slimhinner	339	95,0
Hvitlige/rødlige slimhinnetilstander	0	0,0
Klinisk sopp	5	1,4
Annet/udiagnostisert	13	3,6

#### Tilstander i munnhulen - konsekvens av dårlig munnhygiene

Litt over 40% hadde synlig plakk langs gingivalranden (tabell 6), mens 15% hadde betydelige mengder belegg, som dekket over 50% av tannflatene.

Gingivas tilstand var normal hos 40%, og mild inflammasjon hos 30% (tabell 6). De resterende 30% hadde betydelig gingival inflammasjon. Lommedybder eller klinisk festnivå ble ikke målt.

Vurdering av «dårlig ånde» (foetor ex ore) ble gjort, og gradert i ingen-lite/moderat (dvs. at undersøker kunne leve med det under undersøkelsen) og mye (som indikerte at undersøker måtte beskytte seg under undersøkelsen). Nesten 90% av beboerne hadde ikke «dårlig ånde» eller bare en mild form (tabell 6).

Nesten 14% prosent hadde smerter i tenner/munnhule av og til eller ofte uten at de spiste/tygget (uprovosert), mens 10% hadde smerter av og til eller alltid mens de spiste/tygget (provosert). Det ble funnet munntørrehet ved speiltest hos 18% av beboerne (tabell 6).

De aller fleste (95%) hadde normale slimhinner, mens et fåtall ble funnet med klinisk sopp og andre udiagnostiserte slimhinneforandringer. En av 357 beboer ble diagnostisert med eksponert ben under en underkjeveprotese, og det var i omfang 1 - 4mm.

#### Diskusjon

Denne undersøkelsen ble gjennomført i sykehjem i Akershus fylke, som nå er en del av Viken. Generalisering av funnene til de øvrige fylker må derfor gjøres med forsiktighet.

Funnene viste at det var få beboere som hadde smerter eller ubehag, ble diagnostisert med munntørrehet eller hadde diagnostiserbare slimhinneforandringer. Undersøkelsespersonenes opplevelse av beboers «dårlig ånde» var heller ikke alarmerende.

En relativt høy andel av beboere hadde en eller flere manglende tenner fra og med 2. premolar til 2. premolar i begge kjever. Dette anses som tilstrekkelig funksjonell tannrekke av WHO (24). Som ikke-funksjonelle tenner definerte denne undersøkelsen større frakturer og alvorlig mobilitet som hadde etterlatt en tann uten tyggeeffekt. Kun et fåtall hadde helproteser i en eller begge kjever (22%), og et neglisjerbart antall hadde implantatstatninger, enten på tann-nivå eller som forankring for dekkprotese. Manglende tenner kan være et personlig problem for den enkelte eller vil kunne medføre redusert evne til tygging.

Munnhygiene var gjennomgående utilstrekkelig, selv om noen fikk hjelp til daglig munnstell. Til tross for at karies/rotkaries ble forsøkt diagnostisert er dette ikke rapportert fordi undersøkelsesforholdene var så utfordrende at slike tilstander ble oversett (bortsett fra grave tilfeller). Som vist i tabell 1 ble undersøkelsen oftest gjennomført med beboer sittende i rullestol eller annen stol.

Svært få sykehjem hadde tannlegekontor til disposisjon, mens samtlige hadde egne dedikerte rom til fotpleie. I samtlige tilfeller der beboer ikke ble undersøkt i tannlegestol, var lysforholdene svært utfordrende. Undersøkelsesteamene brukte hodelykter som en i teamet holdt i hånden og lyste inn i munnen på beboer. Arbeidsstillingene var utfordrende da undersøker ofte satt på kne foran beboer, eller måtte stå krumbøyd over en rullestol eller annen stol/seng.

Konsekvensen av utilstrekkelig munnhygiene er kjent. Alle orale lidelser fra karies til periodontitt og slimhinnelidelser er påvirket av dette. Ikke minst fordi mange av beboerne hadde en varierende grad av munntørrehet. Det merkeligste var at gingivas tilstand var gjennomgående klinisk god til tross for utilstrekkelig munnhygiene. Dette kan komme av at beboer hadde adaptert seg til den økende mikrobielle belastning forbundet med kontinuerlig belegg på tennene, et hypotetisk fenomen som er lite belyst i litteraturen.

DOT har i dag ansvaret for tannhelsetilbudet til institusjonsbeboere. Dekningsgraden er imidlertid lav, og den varierer mye mellom fylker. For eksempel, i fylket med best dekning (Vestfold og Telemark) fikk 99,9% av beboerne tilsyn i 2020 (25). Andelen i fylket med dårligst dekning (Oslo) var 48,8%. På landsbasis fikk 68,3% av beboerne tilsyn i 2020. Andelen som ble undersøkt og behandlet var lavere – på landsbasis 42,4%. Her var andelen høyest i Vestland fylke (55,9%) og lavest i Møre og Romsdal (28,0%). (25)

Tilsynsbegrepet, slik det er definert av Statistisk sentralbyrå (SSB), innebærer at pasientene har fått opplæring i forebyggende tiltak, men ikke at de har fått regelmessig hjelp til munnstell av tannhelsepersonell (25). Siden disse pasientene har begrenset evne til å utføre munnstell selv, har opplæring i seg selv begrenset verdi, noe våre resultater underbygger. Munnhygiene hos pasientene i denne studien var ikke tilfredsstillende. Institusjonsbeboerne bør ha daglige munnhygienerutiner. Det er ikke å forvente at sykehjemspersonalet skal kunne gjøre dette riktig og systematisk. En mulighet er å gi ansvaret til en spesielt utdannet hjelpepleier eller tannpleier som gjør dette arbeidet hver morgen og kveld. Dette vil spare beboerne for mye ubehag og psykisk belastning, samt at det vil spare samfunnet for store summer gjennom forebygging av skader. Bruk av tannpasta med høyt innhold av Fluorider, for eksempel Duraphat tannpasta (Colgate Palmolive AS, Virum, Danmark), blir å anbefale som et absolutt minstekrav.

For å få dette til kreves det at Den offentlige tannhelsetjenesten allokere enda mer tannpleierressurser til institusjonspasienter. Det synes lite sannsynlig at DOT vil eller kan gjøre det, gitt at det har vært en underdekning av tannhelsetilbudet til denne gruppen pasienter over lang tid (25). En alternativ mulighet er å tenke seg at denne delen av tannhelsetilbudet forankres på kommunalt nivå, og

blir samkjørt med kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud rettet mot de eldre som bor på institusjon (26). Gevinsten kan være at munnpleie blir integrert med det øvrige pleietilbudet til disse pasientene. Ansvaret for pasientens helse, tannhelse inkludert, blir da overlatt til ett forvaltningsorgan (kommunen) og ikke til to (kommunen og fylkeskommunen). En slik organisering er også helt i tråd med dagens tenkning om at «munnen er en del av kroppen», noe som tilsier at en og samme tilbyder har ansvar for både den generelle pleien til disse pasientene og for munnpleien. Kommunene har i dag ansvar for drift av sykehjemmene. Om de også fikk ansvaret for tannhelsetilbudet til pasientene på sykehjemmene ser de kanskje også nødvendighetene av å ha et tannlegekontor der. På den måten kan pasientene også få et bedre behandlingstilbud enn det de i dag får i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Vårt viktigste funn i denne undersøkelsen var, overraskende nok, at forholdene tannhelsearbeiderne arbeidet under var under enhver kritikk. Vanskelige lysforhold og tilgjengelighet, ergonomi og arbeidsstillinger var så gjennomgående utfordrende at vi mener disse forhold gjorde at undersøkelsene ikke muliggjorde forsvarlig diagnostisering av lidelser og funn. Mange av tannhelsearbeiderne uttrykte fortvilelse over undersøkelsesforholdene og at de følte det leit å gå hjem etter en dag der de visste de ikke hadde fått gjort en god jobb (for pasienten).

For mange år siden var karies et problem i den yngre befolkning og skoletannlegekontorer var vanlig på alle barne- og ungdomsskoler (som det het den gang). Disse ble fjernet da karies ikke lenger var et stort problem blant unge og unge voksne. I dag er de orale lidelsene hovedsakelig i sykehjemmene, og vi mener at det nå er riktig å etablere enkle tannlegekontorer på hvert sykehjem av noen størrelse. På den måten kan renhold, undersøkelser og enkle reparasjoner gjennomføres på sykehjemmene uten å måtte transportere beboer til nærmeste tannlegekontor, med det medfører av uro og usikkerhet for beboere som ofte er demente i varierende grad.

#### Takk

Takk for all dedikasjon, velvilje og utholdenhet til alle de dyktige tannhelsearbeiderne i DOT Akershus som har gjennomført den kliniske delen av denne undersøkelsen. Takk også til Gunnar Rongen som har bistått med statistikk og USIT som har tilrettelagt og hjulpet oss med nettskjemaene og TSD-funksjonen.

## REFERANSER

1. Drageset J. Helserelatert livskvalitet blant beboere på sykehjem. *Sykepleien Forskning* 2010; 5: 79.
2. WHO. Ageing. [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) (lest 14.02.2022).
3. Statens helsetilsyn. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/utredningsserien/2030\\_sykdomsutvikling\\_eldre\\_ik-2696.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/utredningsserien/2030_sykdomsutvikling_eldre_ik-2696.pdf) (lest 14.02.2022).
4. Kommunesektorens organisasjon (KS). Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser. Oslo: Kommunesektorens organisasjon (KS); 2015. [https://www.regjeringen.no/contentassets/ee904cb222004ac9985655783126107e/rapport\\_kapasitet\\_ventetid\\_heldognsomsorgspl.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/ee904cb222004ac9985655783126107e/rapport_kapasitet_ventetid_heldognsomsorgspl.pdf) (lest 14.02.2022).
5. Folkehelseinstituttet. Elders helse. <https://www.fhi.no/hn/eldre/> (lest 14.02.2022).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/st-m201220130029000dddpdfs.pdf> (lest 14.02.2022).
7. Helvik A-S, Engedal K, Benth JS, Selbæk G. Prevalence and severity of dementia in nursing home residents. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40: 166-77.
8. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 843-9.
9. Den norske legeforening. Godt å bli gammel i Norge? Fra ord til handling i eldreomsorgen. Statusrapport. Oslo: Den norske legeforening; 2012. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c20c354caa-4425ea212bc22ee224d13/stausrapport-2012-gammel-i-norge.pdf> (lest 14.02.2022).
10. Årsrapporter Senior alert. <https://www.senioralert.se/> (lest 16.09.2021).
11. Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salen L, Kelfve S, Kåreholt I, Lundberg O, et al. Data resource profile: The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD). *Int J Epidemiol*. 2014; 43: 731-8.
12. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66: 68-73.
13. Samson H. Oral Health and institutionalised elderly. PhD Thesis. Bergen: Universitetet i Bergen; 2009.
14. 14. Jokstad A, Ambjørnsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. *Acta Odontol Scand*. 1996; 54: 303-8.
15. Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36: 326-34.
16. 16. Fløystrand F, Ambjørnsen E, Valderhaug J, Norheim PW. Oral status and acceptance of dental services among elderly persons in Oslo. *Acta Odontol Scand*. 1982; 40: 1-8.
17. Lundgren M, Österberg T, Emilson G, Steen B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in a 88-year-old Swedish population. *Gerodontology* 1995; 12: 81-8.
18. Mattsson U, Heyden G, Landahl S. Comparison of oral and general health development among institutionalized elderly people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18: 219-22.
19. Solemdal K, Sandvik L, Moinichin-Berstad C, Skog K, Willumsen T, Mowe M. Association between oral health and body cell mass in hospitalized elderly. *Gerodontology* 2012; 29:e1038-e1044. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00607.x>
20. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr*. 1992; 4(Suppl 1): 55-69.
21. Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A, et al. The General Medical Health Rating: A bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. *J Am Ger Soc*. 1999; 47: 487-91.
22. Charlson ME, Pompei P, Kathy L, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis*. 1987; 40: 373-83.
23. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care dentist* 1999; 19: 154-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10765880/>
24. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 81-92.
25. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetesta. <https://www.ssb.no/statbank/table/11985/> (lest 16.09.2021).
26. Grytten J, Holst D. Perspectives on providing good access to dental services for elderly people: patient selection, dentists' responsibility and budget management. *Gerodontology* 2013; 30: 98-104.

Alle nettsteder er testet og lest per 14.02.2022. Merk at noen nettsider går over flere linjer.

## ENGLISH SUMMARY

Preus HR, Aass AM, Grytten J.

**Dental health in select Norwegian nursing homes**

*Nor Tannlegeforen Tid*. 2022; 132: 320-6.

This survey was conducted in 2018/2019 in collaboration with the Public Dental Health Service in the Akershus district, Norway. An online registration form was used for registrations. Ten randomly selected residents at 36 of Akershus' 50 nursing homes went through an oral examination. A total of 357 residents, of which 70% were women and 30% men were examined. Eighty percent were over 75 years old. Full set of functional teeth between the second premolars in both jaws were registered in 32.5%. The rest were missing - or had one or more dysfunctional teeth. A small number of residents were missing > 5 teeth between the second premolars of both jaws.

Few had full dentures or implants. Oral hygiene was largely inadequate, while the gingival consequences of this were surprisingly low. Pain and mucosal disorders were found in less than 20% of residents. The examination conditions made it impossible to diagnose caries (enamel or root), except large lesions. The most important finding from this study was that there was low correlation between the amount of plaque in the residents and gingival and mucosal disorders, and that the working conditions of the examiners were so challenging, that one may question if it is time to introduce dental offices in all nursing homes.