

Munnkvillar aldraðra algengir á hjúkrunarheimilum, þörf fyrir breytingar á heilbrigðisþjónustu

Aðalheiður Svana Sigurðardóttir¹ lýðheilsufræðingur

Ólöf Guðný Geirsdóttir² næringarfræðingur

Inga B. Árnadóttir¹ tannlæknir

Alfons Ramel² næringarfræðingur

¹Tannlæknadeild Háskóla Íslands, ²matvæla- og næringarfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Aðalheiður Svana Sigurðardóttir, adalhsvana@hi.is

Inngangur

Lífaldur íslensku þjóðarinnar hefur hækkað og eru meðallífslíkur Íslendinga með því hæsta sem gerist í heiminum (82,5 ár). Í aldursþópnum 70 ára og eldri eru 8,3% íbúar í hjúkrunar- og dvalarrýmum samkvæmt Hagstofu Íslands, þessi hópur er fjölveigur og lifir við langvinna sjúkdóma, skerta færni og hefur takmarkaða sjálfsbjörg.^{1,2} Meðalaldur íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum hefur farið hækkað síðustu ár og er um 84,7 ár,³ samhliða hefur heilsufar þeirra versnað og eins árs lifun nýfluttra lækkað úr 73,4% í 66,5%.⁴ Meirihluti íbúa er með heilabilunarsjúkdóma (39%) eða Alzheimer (29%)⁵ en heilabilaðir eru útsettari fyrir verri munnheilsu en heilsuhraustari íbúar.⁶

Minnisglöpp, sjónskerðing og skert hreyfigeta geta valdið öldruðum vandkvæðum við venjubundin verk eins og daglega munn- og tannhirðu.² Öldrun getur aukið hættu á munnkvillum og stefnt munnheilbrigði í voða,^{7,8} en sjúkdómsbyrði munnkvilla er tengd við slæmt heilsufar að mati aldraðra, verri andlega líðan og aukna dánartíðni.¹ Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk á hjúkrunarheimilum sé vel meðvitað um mikilvægi góðrar munnheilsu.

Munnurinn er fyrsta stig meltingar, með góðri tann- og munnheilsu og eðlilegum styrk í munni er hægt að nærast betur. Mikilvægt er að kynging sé virk í fæðuinntöku auk þess sem tennur,

Á G R I P

TILGANGUR

Erlendar rannsóknir benda til þess að munnheilsa íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum sé slæm, munnkvillar séu algengir og að íbúar þurfi á tannlækningum að halda. Markmið rannsóknarinnar var að kanna ástand munnheilsu íbúa dvalar- og hjúkrunarheimila hér á landi og skoða tengsl hennar við líðan og lífsgæði þeirra.

EFNIVÍÐUR OG AÐFERÐIR

Íbúum (N=82) á tveimur dvalar- og hjúkrunarheimilum í Reykjavík var boðin þátttaka í þessari lýsandi þversniðsrannsókn. Munnheilsa íbúa var skoðuð á vettvangi og þátttakendur svöruðu spurningalista sem mat neikvæð áhrif slæmrar munnheilsu á lífsgæði.

NIÐURSTÖÐUR

Alls luku 89% (N=73) rannsókninni, meðalaldur var 86,8 ár (sf=5,7, spönn 73-100 ár). Þriðjungur íbúa var með eigin tennur og sambærilegur fjöldi var með tennur og lausa parta, en 41,5% íbúa voru alfarið tannlausir. Klínísk skoðun á munnheilsu sýndi að hátt hlutfall íbúa (67%) var með ómeðhöndlaða munnkvilla. Íbúar með verstu munnheilsuna upplifðu að hún hefði marktækt neikvæðari áhrif á lífsgæði ($p=0,014$), færniskerðingu ($p=0,002$) og líkamleg óþægindi ($p=0,000$) en þeir sem voru betur tenntir í þessari rannsókn. Helstu vandamál vegna slæmrar munnheilsu tengdust tyggingsgetu og erfiðleikum við að matast sem hafði áhrif á fæðuval og getur leitt til ófullnægjandi mataræðis.

ÁLYKTANIR

Endurskoða þarf þjónustuúrræði á hjúkrunarheimilum og tryggja að starfsfólk hafi sértæka þekkingu á vandamálum tengdum munnheilsu, sem kunna að hrjá íbúa. Samstillt átak opinberra aðila og heilbrigðisstarfsfólks þarf til að tryggja úrræði við hæfi á hjúkrunarheimilum þegar kemur að því að viðhalda einstaklingsbundinni munnheilsu íbúa og tengdum lífsgæðum ævina á enda.

tunga, gómar og varir eru mikilvægir þættir til tjáningar. Með hækkandi aldri minnkar munnvatnsframleiðsla af náttúrulegum völdum,⁹ og auk þess getur lyfjameðferð vegna langvarandi sjúkdóma eða samverkun lyfja einnig orsakað munnþurrk,^{7,10} sem er slæmt fyrir tannheilsu og næringarástand.^{11,12}

Hägglund og félagar sýndu fram á að kyngingarörðugleikar og slæm munnheilsa eru óháðir áhættuþættir sem tengjast dauðsföllum meðal aldraðra sem bíða eftir varanlegri búsetu á hjúkrunarheimili. Samkvæmt niðurstöðum þeirra er mælt með því að meta reglulega munnheilsu og kyngingu í allri umönnun.¹³

Erlendar rannsóknir sýna að sterk fylgni er á milli umönnunarþarfarar íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum og versnandi tann- og munnheilsu.¹⁰ Fjölveikir búa oft við lélega munnheilsu¹⁴ og takmarkað aðgengi að tannlæknisþjónustu⁸ eða eiga erfitt með að sækja slíka þjónustu utan heimilis vegna hrumleika.² Munnhirðu íbúa er oft ábótavant, ekki eingöngu vegna minni sjálfsbjargar,^{2,7} heldur er munnheilsuvernd ekki forgangsraðað í skipulagðri umönnun.¹⁰ Munnhirðu er ekki sinnt sem skyldi¹⁵ eða jafnvel sleppt vegna manneklu¹⁶ og tímaskorts.¹⁷

Þróun tannsjúkdóma má fyrst og fremst rekja til mataræðis¹¹ og ónógrar munnhirðu. Langvarandi sýkingar í munni geta valdið vannæringu,¹⁸ haft áhrif á þróun hjarta- og æðasjúkdóma, leitt til skammtíma blóðsmits eða ásvelgslungnabólgu ef bakteríur berast í öndunarferin.^{19,20}

Til að hægja á versnandi tann- og munnheilsu og stighækkandi umönnunarþörf síðustu æviárin er mikilvægt að skipuleggja einstaklingsbundna munnheilsuvernd út frá þekkingu á forvörnum svo hægt sé að bæta eða viðhalda núverandi munnheilsu til æviloka.⁸ Þetta er fyrsta rannsókn hérlendis sem metur klínísku munnheilsu íbúa á hjúkrunarheimilum og því grunnur að lausnamiðuðum breytingum í þjónustu til að viðhalda eða bæta munnheilsu aldraðra.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var meginindleg þversniðsrannsókn, þátttakendur (N=82) voru valdir með þægindaúrtaki úr hópi íbúa (67 ára og eldri) sem bjuggu á tveimur af fjórum stærstu (n=471) dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu. Tvö heimili vildu ekki taka þátt í rannsókninni. Heimilin sem tóku þátt voru rekin af sama rekstraradila og buðu upp á sambærilegan aðbúnað og þjónustu fyrir íbúana. Ekki var boðið upp á þjónustu tannlækna á þessum heimilum.

Rannsóknin fékk leyfi Vísindasiðanefndar og var tilkynnt til Persónunefndar.

Úrtak

Fyrirhuguð rannsókn var kynnt á vettvangi fyrir starfsfólki og íbúum og bréfleiddis fyrir aðstandendum. Mögulegir þátttakendur í rannsókninni voru íbúar með fasta búsetu á hjúkrunarheimilinu sem gátu gefið upplýst samþykki, höfðu áhuga, færni og heilsu til þess að taka þátt án þess að þurfa aðstoð starfsfólks til þess. Undanskildir voru íbúar með heilabilun og rúmbundnir. Endanlegt úrtak samanstóð af íbúum sem yfirhjúkrunarfræðingar mátu að uppfylltu þátttökuskilyrði rannsóknarinnar.

Aðferðir

Tannlæknir framkvæmdi klínísku skoðun og skráði niðurstöður á eyðublaðið Oral Health Survey (OHS-listinn) ásamt klínískum tannsmið sem sá síðar um gagnasöfnun (viðtal) meðal þátttakenda með lífsgæðakvarðanum Oral Health Impact Profile (OHIP-49) hjá þeim sem óskuðu eftir því. Að öðrum kosti fylltu þátttakendur sjálfir út lífsgæðakvarðann á eigin vegum og skiluðu til rannsakenda þegar þeir voru skoðaðir af tannlækni.

OHS-listinn er notaður á alþjóðavísu til að fylgjast með breytingum á alvarleika tannsjúkdóma, faraldsfræðilegri þróun tann- og munnsjúkdóma eða þörf fyrir forvarnir eða aðgerðir til að viðhalda góðri munnheilsu.

Skoðun á munnheilsu

Á heimili A var sett upp skoðunarherbergi með stillanlegum stól fyrir þátttakendur og íbúar á heimili B voru skoðaðir í herbergjum sínum í stillanlegu rafmagnsrúmi. Notuð voru skoðunargleraugu með (2,8 x) stækkun og ljósi (ExamVision™), fjölnota munnspeglar (KERR™), einnota penslar (3M ESPE™), persónuhlífar, plastglös og pappírshakkar, spritt og sótthreinsiefni (Micro 10+™ Unident). Ef þátttakandi var með tannátu var borið flúorlakk 22600 ppm (Duraphat™) á meðferðarsvæðið.

Lífsgæðakvarði

Notaður var þýddur, staðfærður og forprófaður lífsgæðakvarði OHIP 49²¹ sem byggir á þeirri hugmyndafræði Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar að flokka afleiðingar sjúkdóma stighækkandi, eftir því hversu alvarleg áhrif þeir hafa á einstaklinginn. Með því að nota hann samhliða faraldsfræðilegum rannsóknum á munn- og tannsjúkdómum getur kvarðinn veitt upplýsingar um sjúkdómsbyrði í þýði og hversu skilvirk heilbrigðisþjónusta er að draga úr sjúkdómsbyrðinni.

Kvarðinn inniheldur 49 spurningar og mælist innra réttmæti hátt (Cronbachs Alpha 0,936), hann spannar 7 svið með 5-9 spurningum: 1) Færniskerðing, 2) Líkamleg óþægindi, 3) Sálræn óþægindi, 4) Líkamlegar hömlur, 5) Sálrænar hömlur, 6) Félagsleg skerðing og 7) Höft eða fötlun.²¹ Til viðbótar voru spurningar um bakgrunn þátttakenda (kyn, aldur, menntun, búsetutíma á heimili, nýtingu tannlæknisþjónustu og fleira).

Munnheilsa, tanngervi og lífsgæði

Tannátustuðull var skráður sem Decayed, Missed and Filled Teeth (DMFT) á OHS-listanum og er mæling á fjölda skemmdra, fylltra eða tapaðra tanna hjá einstaklingi. Skráðar voru upplýsingar um 28 tannseti, talningu fjögurra endajaxla var sleppt, þar sem ekki var hægt að staðfesta uppkomu þeirra eða hvort þeir hefðu tapast af öðrum orsökum. Tannátustuðull 0 þýðir að einstaklingurinn hafi allar 28 skimaðar tennurnar til staðar og að þær séu heilar, en DMFT 14 þýðir að jafnmargar tennur séu heilar og þær sem eru skemmdar, fylltar eða tapaðar.

Klínískar breytur voru kóðaðar til að skoða hvort tengsl væru á milli tannheilsu og lífsgæða eftir: A) tegund tanngerva (1=tennur, 2=tennur og partar, 3=heilgómar, B) þörf fyrir meðferð hjá tannlækni (1=já, 2=nei) og C) lengd búsetu íbúa á hjúkrunarheimilinu (1=<1 ár, 2=≥1 ár).

Tafla I. Samanburður á bakgrunni íbúa (N=73) eftir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimili.

Bakgrunnur þátttakenda		Hjúkrunarheimili						p-gildi ^a
		A (N=38)		B (N=35)		Samtals (N=73)		
		Fjöldi (%)		Fjöldi (%)		Fjöldi (%)		
Kyn	Karlar	13	(34,2)	15	(42,9)	28	(38,4)	
	Konur	25	(65,8)	20	(57,1)	45	(61,6)	
	Samtals	38		35		73		0,448
Aldurshópar	Yngri en 80 ára	5	(13,2)	3	(8,6)	8	(11,0)	
	80-89 ára	23	(60,5)	14	(40,0)	37	(50,7)	
	Eldri en 90 ára	10	(26,3)	18	(51,4)	28	(38,4)	0,027 ^a
	Samtals	38		35		73		0,088
Búseta ^b	Reykjavík	26	(70,3)	29	(82,9)	55	(76,4)	
	Kaupstað	9	(24,3)	4	(11,4)	13	(18,1)	
	Þorpi	0	(0,0)	1	(2,9)	1	(1,4)	
	Sveit	2	(5,4)	1	(2,9)	3	(4,2)	
	Samtals	37		35		72		0,338
Menntun	Barnaskóli	24	(68,6)	18	(51,4)	42	(60,0)	
	Gagnfræðaskóli	11	(31,4)	10	(28,6)	21	(30,0)	
	Tæknigreinar	0	(0,0)	7	(20,0)	7	(10,0)	
	Samtals	35		35		70		0,019
Hjúskaparstaða	Ógift - ókvæntur	2	(5,4)	2	(5,7)	4	(5,6)	
	Gift - kvæntur	2	(5,4)	2	(5,7)	4	(5,6)	
	Ekkja - ekkill	27	(73,0)	23	(65,7)	50	(69,4)	
	Fráskilin(n)	6	(16,2)	1	(2,9)	7	(9,7)	
	Gift - kvæntur en maki býr annars staðar	0	(0,0)	7	(20,0)	7	(9,7)	
	Samtals	37		35		72		0,028

Skýringar: ^aKí-kvaðrat próf. ^bTvívíðna marktektarpróf á hlutfallstíðni í dálkum. ^cBúseta fyrir flutning á hjúkrunarheimili.

Breytur í lífsgæðakvarða eru mældar á 5 bila Likert-kvarða (0=aldrei, 1=mjög sjaldan, 2=stundum, 3=oft, 4=mjög oft). Heildarsumma á skalanum getur verið frá 0-196 stig,²¹ sá sem fær 0 stig upplifir engin neikvæð áhrif eigin munnheilsu á lífsgæði en þeir sem herra skora upplifa skert lífsgæði.²¹

Tölfræðileg úrvinnsla

Reiknuð var lýsandi og greinandi tölfræði með forritinu IBM SPSS Statistics, útgáfa 27.0. Reiknað var summuskor fyrir lífsgæðakvarðann í heild sinni og fyrir hvern undirkvarða. Meðalskor voru borin saman milli tveggja óháðra hópa og reiknað t-próf (jafnbilabreytur), kí-kvaðrat próf (raðbreytur) og miðað var við marktæknimörk p=0,05 í öllum útreikningum. Í aðhvarfsgreiningu við samanburð á meðaltölum milli óháðra hópa í var leiðrétt fyrir aldri og kyni þátttakanda. Ef gildi vantaði í spurningalistum var þeim sleppt í útreikningum. Skýribreyta rannsóknar er klínísk tann-

heilsa þátttakenda, skráð samkvæmt OHS (fjöldi tanna og ástand tanna, tegund tanngerva, ástand slímhúðar). Útkoma er mæld með OHIP-49-lífsgæðakvarðanum sem mælir neikvæð áhrif munnkvilla á félagslega, sálræna og líkamlega virkni einstaklingsins og lífsgæði.

Niðurstöður

Þátttakendur og bakgrunnur

Alls gáfu 82 íbúar tveggja hjúkrunarheimila (heimili A og heimili B) kost á sér í rannsóknina, af þeim luku rúmlega 89% (N=73) báðum hlutum rannsókna, sem var að láta skoða munnheilsu og ljúka við að svara spurningalista. Fjórir hættu þátttöku (4,9%) á meðan rannsóknin stóð yfir og 5 íbúar (6,1%) mættu ekki í klíniska skoðun. Þátttakendur voru á aldrinum 73 til 100 ára og var meðalaldur þeirra 86,8 ár (± 5,7). Aldur íbúa á heimili A var örlítið lægri

Tafla II. Tannheilsa og lífsgæði í tengslum við lengd búsetu íbúa á heimilinu (N=60), meðaltal ± staðalfrávik, hlutfall (%).

Lífsgæðakvarðar	Tími búsetu	N	Meðaltal ± staðalfrávik	%	p-gildi ^a
OHIP-49	< 1 ár	27	33,3 ± 20,3		0,159
	1 ár eða lengur	33	40,6 ± 19,6		
Færnisgerðing	< 1 ár	27	9,0 ± 5,8		0,056
	1 ár eða lengur	33	11,6 ± 5,7		
Líkamleg óþægindi	< 1 ár	27	5,4 ± 4,6		0,507
	1 ár eða lengur	33	6,1 ± 3,8		
Sálræn óþægindi	< 1 ár	27	5,4 ± 4,2		0,499
	1 ár eða lengur	33	4,8 ± 3,6		
Líkamlegar hömlur	< 1 ár	27	7,7 ± 6,2		0,061
	1 ár eða lengur	33	10,8 ± 6,2		
Sálrænar hömlur	< 1 ár	27	2,1 ± 2,6		0,513
	1 ár eða lengur	33	2,5 ± 2,5		
Félagslegar hömlur	< 1 ár	27	0,9 ± 1,4		0,158
	1 ár eða lengur	33	1,6 ± 2,3		
Höft eða fötlun	< 1 ár	27	2,7 ± 2,6		0,471
	1 ár eða lengur	33	3,3 ± 3,3		
Tannheilsa					p-gildi^b
DFMT 28 – tannátustuðull ^c	< 1 ár	27		(48,1)	0,148
	1 ár eða lengur	33		(66,7)	
Munnþurrkur (mjög oft)	< 1 ár	27		(74,1)	0,881
	1 ár eða lengur	33		(75,8)	
Slímhúð (eðlileg)	< 1 ár	27		(81,5)	0,768
	1 ár eða lengur	33		(84,4)	
Þarfnast tannlæknaþjónustu	< 1 ár	27		(51,9)	0,028
	1 ár eða lengur	33		(78,8)	
Til tannlæknis	< 1 ár	27		(48,0)	0,113
	1 ár eða lengur	33		(68,8)	
Með heilgóm	< 1 ár	27		(29,6)	0,087
	1 ár eða lengur	33		(51,5)	
Tannheilsa (góð)	< 1 ár	27		(50,0)	0,221
	1 ár eða lengur	33		(40,6)	

Skýringar: ^aT-próf tveggja óháðra úrtaka. ^bKí-kvaðrat próf. ^cDMFT 28: Allar 28 tenner eru skemmdar, fylltar eða tapaðar.

(85,5 ára, ± 5,6 ár) heldur en íbúa á heimili B (88,2 ára, ± 5,8 ár) og fleiri konur (61,6%) en karlar tóku þátt í rannsókninni, sjá töflu I.

Niðurstaða skimunar á munnheilsu

DMFT-stuðull allra þátttakenda, sem lýsir fjölda skemmdra, tapaðra eða fylltra tanna, var á bilinu 12-28, einn einstaklingur skar sig úr með bestu tannheilsuna, eða 16 heilar tenner. Meðaltals DMFT var 25,7 (± 3,3) sem telst vera hátt og bendir til þess að útbreiðsla munnkvilla sé algeng í þessum hópi (karlar 25,5 ± 3,9, n=28; konur 25,8 ± 2,9, n=45). Meirihluti tanna hafði tapast en 32,5% tanna var til staðar hjá þátttakendum (karlar 30,1%; konur 33,4%), af tönnum voru 9,4% heilar en aðrar voru viðgerðar (20,7%) eða

með tannskemmd (2,4%). Að meðaltali voru um 9 tenner til staðar í munn þátttakenda (karlar 8,7 ± 9,9 tenner; konur 9,4 ± 9,2 tenner).

Algengast var að íbúar væru með heilgóm í efri kjálka (60,3%; n= 44), tenner og föst tanngervi (31,5%; n=23) og parta (8,2%; n=6). Tafla V í viðauka sýnir fjölda tanna og algengustu tanngervi í báðum kjálkum meðal þátttakenda.

Skoðun tannlæknis á ástandi munnheilsu sýndi að meirihluti allra þátttakenda (67,1%; n=49) þurfti á tannlæknaþjónustu að halda (tannhreinsun, skemmdir, brotnar tenner, tannhalds- eða tannholdsþólga, þarf tanngervi, tannsteinn, aðrir munnkvillar). Í sjálfsmati íbúa (n=70) á eigin tannheilsu reyndist meirihluti (88,6%, n=62), það er jafn margir, meta tannheilsu sína góða (44,3%) eða

Tafla III. Samanburður á meðalskori^a á lífsgæðakvörðum eftir fjölda skemmda, fylltra eða tapaðra tanna meðal íbúa (N=73), meðaltal ± staðalfrávik.

Lífsgæðakvarðar	DMFT hópar	Meðaltal ± staðalfrávik	p-gildi
OHIP 49	<23 (n=20) ^a	26,5 ± 4,4	0,014
	24-27 (n=12) ^b	34,7 ± 5,7	0,425
	28 (n=41) ^c	39,8 ± 3,1	ref. [#]
Færnisgerðing	<23 ^a	7,0 ± 1,2	0,002
	24-27 ^b	9,4 ± 1,6	0,185
	28 ^c	11,8 ± 0,9	ref.
Líkamleg óþægindi	<23 ^a	4,2 ± 0,9	0,078
	24-27 ^b	5,7 ± 1,2	0,711
	28 ^c	6,2 ± 0,6	ref.
Sálræn óþægindi	<23 ^a	5,4 ± 0,8	0,359
	24-27 ^b	5,8 ± 1,1	0,278
	28 ^c	4,4 ± 0,6	ref.
Líkamlegar hömlur	<23 ^a	4,8 ± 1,3	0,000
	24-27 ^b	8,2 ± 1,7	0,191
	28 ^c	10,7 ± 0,9	ref.
Sálrænar hömlur	<23 ^a	2,1 ± 0,6	0,551
	24-27 ^b	2,1 ± 0,8	0,635
	28 ^c	2,5 ± 0,4	ref.
Félagslegar hömlur	<23 ^a	1,0 ± 0,4	0,727
	24-27 ^b	1,5 ± 0,5	0,595
	28 ^c	1,2 ± 0,3	ref.
Höft eða fötlun	<23 ^a	2,0 ± 0,6	0,172
	24-27 ^b	2,0 ± 0,8	0,291
	28 ^c	3,0 ± 0,5	ref.

Skýringar: ^aHópar skilgreindir eftir DMFT börni saman við viðmiðunarhóp með allar tennur skemmdar, fylltar eða tapaðar, leiðrétt var fyrir aldri og kyni. ^bDMFT < 23: Íbúar með 12-23 tennur, skemmdar, fylltar eða tapaðar (5-16 tennur heilar). ^cDMFT 24-27: Íbúar með 24-27 tennur skemmdar, fylltar eða tapaðar (1-4 tennur heilar). [#]DMFT 28: íbúar með allar 28 tennurnar skemmdar, fylltar eða tapaðar. [#]ref: Viðmiðunarhópur.

hvorki góða né slæma, en fáir íbúar (11,4%) mátu eigin tannheilsu slæma.

Munnheilsa og lífsgæði

Samband milli munnheilsu og lífsgæða (meðalskor) var skoðað hjá þeim sem gáfu upplýsingar um hversu lengi þeir hefðu búið á heimilinu (N=60). Í töflu II sést að þeir íbúar sem höfðu búið skemur en eitt ár á heimilinu voru með betri munnheilsutengd lífsgæði heldur en þeir sem höfðu búið þar lengur á öllum kvörðum, nema kvarðanum sem metur Sálrænar hömlur (svo sem kvíða, áhyggjur eða vanlíðan tengt tannheilsu).

Í töflu II sést að íbúar sem búið höfðu lengur en eitt ár á hjúkrunarheimili voru marktækt oftar útsettir (78,8%) fyrir ómeðhöndluðum munnkvillum og höfðu þörf fyrir tannlæknisþjónustu heldur en íbúar sem búið höfðu innan við 12 mánuði á hjúkrunarheimili (51,9%).

Niðurstöður í töflu III sýna að marktækur munur var á milli þeirra sem höfðu hæsta tannátustuðulinn (DMFT 28) á undirkvörðunum Færnisgerðing og Líkamlegar hömlur, auk þess var meðaltal á kvarðanum Líkamleg óþægindi (kjálkaverkir, höfuð-

verkur, tannkul eða hitaóþol, tannpína, sár í munni) nærri marktækimörkum, það er í samanburði við þá sem voru betur settir (tafla III).

Samkvæmt niðurstöðunum upplifa einstaklingar með hæsta tannátustuðulinn marktækt verri lífsgæði í tengslum við tyggingargetu en aðrir hópar. Vandamálin lýsa sér helst í því að íbúinn þarf að hætta að borða í miðjum matartímum, hann getur ekki borðað hvaða mat sem er (epli, gulrætur, kjöt og fleira) og metur ástandið þannig að eigin melting og mataræði sé ófullnægjandi vegna munnheilsunnar.

Kannað var hvort marktækur munur væri á meðaltalsskori á lífsgæðakvörðunum með tilliti til tannheilsu og tanngerva. Tafla IV sýnir að notendur heilgóma (gervitanna) í báðum gómum upplifa marktækt verri lífsgæði á kvörðunum Færnisgerðing, Líkamlegar hömlur og Höft eða fötlun (til dæmis verri heilsa, fjárhagsleg byrði, minni lífsánægja eða vera ófær um venjubundin störf) í samanburði við tennta íbúa án eða með föst tanngervi eða tannstudda parta. Síðarnefndi hópurinn upplifði marktækt oftar Sálræn óþægindi (til dæmis uppnám, depurð, einbeitingarskort, svefntruflanir) en tannlausir.

Tafla IV. Samanburður á meðalskori^a tenntra íbúa (n=43) og tannlausra með heilgómasett (n=30) meðaltal ± staðalfrávik, hlutfall (%).

Lífsgeðakvarðar	Klínísk staða	Meðaltal/staðalfrávik	p-gildi
OHIP 49	Tennur, föst tanngervi, partur ^a	31,9 ± 3,1	0,083
	Heilgómasett ^b	40,2 ± 3,6	
Færnisgerðing	Tennur, föst tanngervi, partur	8,7 ± 0,9	0,011
	Heilgómasett	12,1 ± 1,0	
Líkamleg óþægindi	Tennur, föst tanngervi, partur	4,9 ± 0,6	0,118
	Heilgómasett	6,5 ± 0,7	
Sálræn óþægindi	Tennur, föst tanngervi, partur	5,7 ± 0,6	0,022
	Heilgómasett	3,7 ± 0,7	
Líkamlegar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	6,8 ± 0,9	0,002
	Heilgómasett	11,3 ± 1,1	
Sálrænar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	2,4 ± 0,4	0,744
	Heilgómasett	2,2 ± 0,5	
Félagslegar hömlur	Tennur, föst tanngervi, partur	1,4 ± 0,3	0,303
	Heilgómasett	0,9 ± 0,3	
Höft eða fötlun	Tennur, föst tanngervi, partur	2,0 ± 0,4	0,027
	Heilgómasett	3,5 ± 0,5	

Skýringar: ^aHópar skilgreindir eftir tanngervum bornir saman við viðmiðunarhóp án eigin tanna, leiðrétt var fyrir aldri og kyni. ^bEinstaklingar með eigin tennur, föst tanngervi (brýr, krónur) og/eða part studdan af eigin tönnum.

^cEinstaklingar sem tapað hafa eigin tönnum og nota heilgóm (gervitennur) í báðum kjálkum.

Umræða

Þátttakendur

Meðalaldur þátttakenda (N=73) í rannsókninni var 86,8 ár (± 5,7), fleiri konur (62%) en karlar tóku þátt, sem er í samræmi við aðrar rannsóknir.²² Samsetning íbúa á báðum heimilum var sambærileg að flestu leyti, en hlutfallslega fleiri íbúar í aldurshópnum 90 ára og eldri bjuggu á heimili B.

Munnheilsa íbúa á hjúkrunarheimilum

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að þó tannleysi sé meðhöndlað með sérsníðuðum tanngervum eins og heilgómasetti, komi slíkt ekki í staðinn fyrir eigin tennur. Notendur heilgóma upplifa sömu vandamálin og þeir sem eru með hæsta tannátustuðulinn (samanber tafla III) sem er skert tyggingarfærni, verri melting og ófullnægjandi mataræði. Tannlausir upplifa marktækt oftar að munnheilsan valdi þeim erfiðleikum við tyggingu og tal, óþægindum við að matast, versnandi heilsufari og minni lífsánægju en þeir íbúar sem hafa tennur, í þessari rannsókn.

Í Heilbrigðisáætlun til 2030 er lítið talað um tannheilsu aldradra,²³ en árið 2010 var stefnt á að yfir 50% fólks 65 ára og eldra hefði að minnsta kosti 20 tennur í samanbiti sem er talið vera áætlanlegt til að tryggja og tjá sig.²⁴ Þessi markmið hafa ekki náðst

í þessum hópi þar sem meðalfjöldi tanna eru 9 á hvern íbúa. Tannleysi hjá 80 ára og eldri var 76%²⁵ um aldamótin en hefur lækkað í 41% í þessari rannsókn.

Það er mikilvægt að þekkja tengsl milli tannheilsu og almennrar heilsu ásamt tengslum tann- og munnheilsu við fæðuval og næringarástand aldradra.¹² Vannæring er algeng hjá eldra fólki, ástandið hefur áhrif á andlega og líkamlega færni einstaklingsins.¹²

Heilsuvernd, munnhirða og aðgengi að þjónustu

Öldrunarteymi heilbrigðisstofnana er ráðgefandi aðili um greiningu og meðferð aldradra til starfsmanna sem sinna heilsuvernd. Hérlandis mæla öldrunar- og lyflæknar með að til viðbótar við heilsufarsskráningar í RAI-matstækið á hjúkrunarheimilum sé sérstaklega fylgst með tannheilsu, sjón og beinheilsu í heilsuverndarskyni.²⁶ Taka verður undir þessar ábendingar því fjöldi ómeðhöndlaðra munnkvilla (67%) er áhyggjuefni og sýnir þörfina á forvörnum og því að fylgst sé reglulega með munnheilsu íbúa, ekki síst þar sem þeir eru ólíklegir til að gera sér grein fyrir alvarleika ástandsins sjálfir.^{20,26}

Erlendar rannsóknir sýna að starfsfólk hjúkrunarheimila skortir formlega menntun og þjálfun^{16,27,28} til að takast á við verkefnið og

að þessum þætti sé sleppt í daglegri umönnun¹⁵ af ýmsum orsökum, svo sem tímaskorti.

Sjúkratryggingar Íslands taka fullan þátt í niðurgreiðslu vegna tannlækninga aldraðra og er þjónustan íbúum á hjúkrunarheimilum að kostnaðarlausu²⁹ samkvæmt gildandi gjaldskrá ríkisins. Því ættu þjónustugjöld tannlækna ekki að íþyngja íbúum, aðstandendum eða hjúkrunarheimilinu.²⁴

Æskilegt er að sett verði stefna um munnheilsuvernd í heilbrigðisþjónustu íbúa og aðgengi þeirra að tannlækniþjónustu verði tryggt. Munnhirða þarf að vera regluleg og við hæfi og þjálfun og þekking starfsfólks tryggð í samræmi við gæðastaðla í heilbrigðisþjónustu.³⁰

Niðurstöður rannsóknarinnar eru gagnlegar og birta fyrstu upplýsingar um munnheilsu íbúa á hjúkrunarheimilum og áhrif munnkvilla á lífsgæði þeirra. Einnig kom í ljós að fjöldi skemmdra, fylltra og tapaðra tanna, tannleysi og tanngervi skipta máli í þessu sambandi. Mælt er með frekari rannsóknum á munnheilsuvernd íbúa á hjúkrunarheimilum og skimunartækjum sem starfsfólki, öðru en tannheilsuþjónu, stendur til boða.

Styrkleikar og veikleikar

Eiginleikar þverfræðilegra rannsókna eru þess eðlis að ekki er hægt að greina á milli orsaka og afleiðinga. Úrtakið var valið af hentugleika og þátttaka íbúanna takmarkaðist við áhuga og heilsufar þeirra til að taka þátt. Mismunandi vinnuáætlæður við klíniska skoðun gætu hafa komið í veg fyrir að munnkvillar greindust á heimili B. Hluti úrtaksins (n=13) svaraði ekki spurn-

ingu um hversu lengi þeir höfðu búið á heimilinu sem getur bjagað samanburð eftir búsetu í svo litlu úrtaki og verið vísbending um minnisglöp en þekkt er að hérlendis er meðaldvalartími heilabílaðra á hjúkrunarheimilum lengri en annarra íbúa.⁴

Rannsóknin gefur mynd af munnheilsu íbúa tveggja hjúkrunarheimila sem rekin eru af sömu rekstraraðilum. Niðurstöður hefðu hugsanlega orðið aðrar ef fleiri heimili hefðu gefið kost á sér í rannsókna.

Styrkleikar rannsóknarinnar felast í því að nota þekkt alþjóðlega mælikvarða um munnheilsu OHS og tannheilsutengd lífsgæði OHIP-49.

Ályktun

Breytingar á tannheilsu aldraðra kalla á endurskoðun á þjónustuúrræðum á hjúkrunarheimilum og sýnir fram á þörf fyrir haldgóða þekkingu starfsfólks á sértækum munn-, tann- og tanngervatengdum vandamálum sem búast má við að finnist hjá íbúum.

Samstillt átak opinberra aðila og heilbrigðisstarfsfólks þarf til að tryggja úrræði við hæfi á hjúkrunarheimilum þegar kemur að því að viðhalda tannheilsu íbúa svo hægt verði að tryggja að munnheilsutengdum lífsgæðum sé viðhaldið ævina á enda.

Þakkir

Lýðheilsusjóður og Rannsóknarsjóður Hrafnistu fá þakkir fyrir styrki vegna rannsóknar, starfsfólk fyrir aðstoð á vettvangi og þátttakendur fyrir framlag sitt til rannsóknar.

Greinin barst til blaðsins 22. febrúar 2022, samþykkt til birtingar 10. júní 2022.

Viðauki

Tafla V. Fjöldi íbúa með tennur og föst tanngervi, tennur og parta eða heilgóma í báðum gómum.

	Karl	Kona	Samtals
Tannheilsa	Fjöldi (%) (%) ^a	Fjöldi (%) (%) ^b	Fjöldi (%) ^b
Tennur og föst tanngervi	8 (28,6) (11,0)	15 (33,3) (20,5)	23 (31,5)
Eigin tennur og laus tanngervi ^c	8 (28,6) (11,0)	12 (26,7) (16,4)	20 (27,4)
Heilgómur (tannlaus)	12 (42,9) (16,4)	18 (40,0) (24,7)	30 (41,1)
Samtals	28 (100,0) (38,4)	45 (100,0) (61,6)	73 (100,0)

Skýringar: ^ahlutfall innan kyns, ^bhlutfall af heild. ^cMeð heilgóm eða tennur og part í öðrum gómi á móti eigin tönnum með eða án parts.

Heimildir

- Lindroos EK, Saarela RKT, Suominen MH, et al. Burden of Oral Symptoms and Its Associations With Nutrition, Well-Being, and Survival Among Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20: 537-43.
- Nielsen D, Witter DJ, Bronkhorst EM, et al. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *J Dent* 2017; 61: 39-47.
- Greining á rekstrarkostnaði hjúkrunarheimila. Heilbrigðisráðuneytið 2021.
- Hjaltadóttir I, Ólafsson K, Sigurðardóttir ÁK, et al. Heilsa og lifun íbúa fyrir og eftir setningu strangari skilyrða fyrir flutningi á hjúkrunarheimili 2007. *Læknablaðið* 2019; 105: 435-41.
- Gunnarsdóttir SH, Hjaltadóttir I. Hegðunarvandamál á hjúkrunarheimilum og tengsl við heilsufar, virkni og fjötranótkun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2020; 96: 71-9.
- Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, et al. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Invest* 2018; 22: 93-108.
- Van der Putten G-J, De Baat C, De Visschere L, et al. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology* 2014; 31: 17-24.
- Pretty IA. The life course, care pathways and elements of vulnerability. A picture of health needs in a vulnerable population. *Gerodontology* 2014; 31: 1-8.
- Ólafsdóttir G. Mikilvægi góðrar næringar hjá öldruðum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2016; 92: 27-9.
- Klotz AL, Zajac M, Ehret J, et al. Short-Term Effects of a Deterioration of General Health on the Oral Health of Nursing-Home Residents. *Clin Interv Aging* 2020; 15: 29-38.
- Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Janssens B, et al. Practical Guidelines for Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19: 1039-46.
- Hjaltadóttir I, Ásgeirsdóttir AE, Árnadóttir B, et al. Matstæki til greiningar á vannæringu aldraðra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2007; 83: 48-56.
- Hägglund P, Koistinen S, Olai L, et al. Older people with swallowing dysfunction and poor oral health are at greater risk of early death. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47: 494-501.
- Ruiz-Roca JA, Dora Martín F, Gómez García FJ, et al. Oral status of older people in medium to long-stay health and social care setting: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2021; 21: 363.
- Bragadóttir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scand J Caring Sci* 2018; 32: 1227-36.
- Sigurðardóttir AS, Geirsdóttir OG, Ramel A, et al. Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes. *Geriatr Nurs* 2022; 43: 138-45.
- Weening-Verbree LF, Schuller AA, Cheung SL, et al. Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. *Geriatr Nurs* 2021; 42: 799-805.
- Azzolino D, Passarelli PC, De Angelis P, et al. Poor Oral Health as a Determinant of Malnutrition and Sarcopenia. *Nutrients* 2019; 11: 2898.
- Bartlett D, Carter N, de Baat C, et al. White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health. Oral Health Foundation 2018.
- Maille G, Saliba-Serre B, Ferrandez AM, et al. Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. *Clin Interv Aging* 2019; 14: 1141-51.
- Slade GD. The Oral Health Impact Profile. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. University of North Carolina 1997: 94-104.
- Eiríksdóttir JÓ, Bragadóttir H, Hjaltadóttir I. Samanburður á heilsufari, færni, einkennum og meðferðarmarkmiðum íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum eftir ætluðum lífslíkum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2017; 93: 79-85.
- Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Heilbrigðisráðuneytið 2019.
- Guðmundsdóttir H, Guðlaugsson JÓ. Fleiri halda eigin tönnum lengur. *Talnarunnur - Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar* 2018; 12: 1-2.
- Axelsson G, Helgadóttir S. Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985-2000, 4. áfangi: Tannheilsa 65 ára og eldri Íslendinga árið 2000. *Tannlækningsstofnun* 2005.
- Hansdóttir H, Jónsson JE. Verksvið læknis á hjúkrunarheimili. *Læknablaðið* 2009; 95: 187-92.
- Hiltunen K, Fogelholm N, Saarela RKT, et al. Survey of health care personnel's attitudes toward oral hygiene in long-term care facilities in Finland. *Spec Care Dentist* 2019; 39: 557-63.
- Göstemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clin Oral Invest* 2019; 23: 979-93.
- Ekornrud T, Skjøstad O, Rødseth SC. Quality indicators in oral health care: A Nordic project. *Proceedings in 2012-2018*. 2019.
- Charadram N, Maniewicz S, Maggi S, et al. Development of a European consensus from dentists, dental hygienists and physicians on a standard for oral health care in care-dependent older people: An e-Delphi study. *Gerodontology* 2021; 38: 41-56.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2022.0708.700

Oral health problems in nursing homes, revision of oral health care delivery is needed

Aðalheiður Svana Sigurðardóttir¹Ólív Guðný Geirsdóttir²Inga B. Árnadóttir¹Alfons Ramel²

¹School of Health Sciences, Faculty of Odontology, University of Iceland, ²School of Health Sciences, Faculty of Food Science and Nutrition, University of Iceland.

Correspondence: Aðalheiður Svana Sigurðardóttir, adalhsvana@hi.is

Key words: Oral Care, Nursing homes, Geriatric care, Health care, Oral health, Quality of life.

INTRODUCTION: Prevalence of oral health problems among nursing home residents is common, they suffer from oral diseases and need dental service. The aim of this study was to examine clinical oral health of Icelandic nursing home residents and their oral health quality of life.

MATERIAL AND METHODS: Total (N=82) residents in two nursing homes in Reykjavik gave their consent to be involved in this descriptive cross-sectional study. Residents participated in a clinical oral health examination at site and answered oral health quality of life questionnaire.

RESULTS: Total 89% (N=73) residents completed the study, mean age 86.8 years (SD=5.7, range 73-100 years), of whom third had their own teeth and like had teeth, and partial dentures, while 41.1% were completely edentulous. The clinical oral health examination showed high prevalence of untreated oral health problems (67%).

Residents with the worst oral health scored significantly higher than those who were better dentate, affecting their oral health quality of life (p=0.014), functional limitation (p=0.002) and physical disability (p=0.000). Most oral health problems interrelated to chewing, eating and limited ability to eat certain foods affecting their capability of food intake.

CONCLUSION: Current administration of oral health care in nursing home needs alteration and the qualification in geriatric oral health and oral health care must be guaranteed among nursing staff in these settings. The public and health professions should work together in oral care matters in nursing homes to maintain oral health and lifelong oral health quality of life among residents.