

Når standardløsningene ikke finnes

Om behandlingsvalg hos syke eldre

Kjell Størksen

Tannpleie for de svakeste geriatriske pasientene gir utfordringer som kan være både spennende og frustrerende. Behandlingsvalgene er mer kompliserte, og det kan være lett både å underbehandle og å overbehandle. For pleietrengende eldre vil pleierutiner og holdninger blant pleiepersonell og pårørende påvirke valgene i sterk grad. Behandlingsmetodene må tilpasses andre krav enn det vi er vant til blant friske og yngre pasienter. Noen hovedlinjer for behandling av denne spesielle pasientgruppen kan trekkes opp. Det er behov for en diskusjon om behandlingsnivåer og behov for å utvikle enklere behandlingsmetoder som kan gi akseptable kompromisser.

Innenfor medisinen gjør man et skille mellom de friske eldre og de sykelige eldre ved å bruke termene gerontologi og geriatri. Et tilsvarende skille har vi ikke hatt i odontologisk nomenklatur, hvor begrepet gerodontologi skal omfatte pasientgrupper med betydelige forskjeller i behandlingsbehov, og ikke minst i mulighetene for å gjøre behandling etter gjennomsnittsnormer. I denne artikkelen vil det bli fokusert på odontologiske problemstillinger blant geriatriske pasienter, i det vesentlige begrenset til sykehjems pasienter og pasienter som mottar hjemmesykepleie. Denne pasientgruppen er en heterogen gruppe, som i Norge i 1997 utgjorde 112.482 mennesker (75.001 brukere av hjemmesykepleie og 37.481 plasser i sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem) eller 2,6 % av totalbefolkningen (1).

En rekke forfattere har dokumentert at de geriatriske pasientene har betydelige odontologiske problemer (2,3). I takt med at andelen pleiepasienter med egne tenner øker (4), blir også behandlingsoppgavene mer kompliserte. Mulighetene for å behandle pasientene begrenses blant annet av helseproblemer, økonomi, praktiske forhold som transport og ikke minst av manglende forståelse for orale problemstillinger blant annet helsepersonell. De odontologiske oppgavene blir mer komplekse og skiller seg markert fra vanlig tannbehandling hos friske eldre.

Den aktuelle pasientgruppen kjennetegnes ved store individuelle variasjoner. Det er derfor ikke mulig å lage generelle regler for behandling av ulike orale problemer. Det bør likevel være mulig å sette opp enkle retningslinjer som kan forenkle behandlingsvalgene innenfor realistiske rammer. Dette er i tråd med den inndelingen Merete Vigild (2) foretok ved å skille mellom normativt og realistisk behandlingsbehov. Essensen i dette er at diagnostikken bør være så god som mulig for å kunne vurdere hva som er realistisk å gjøre for den enkelte pasient (Fig. 1). Basis for behandlingsvalgene er alltid aksepterte odontologiske behandlingsformer, men det må tillates videre rammer for kompromisser, både når det gjelder behandlingens art og kravene til varigheten av utført behandling.

Pasientenes bakgrunn

Tabell 1 gir et eksempel på hoved- og bidiagnose for pasienter i et større sykehjem (5). Det er viktig å legge merke til at en stor del av pasientene har en eller annen form for mental svikt.

Innenfor gruppen sykehjemspasienter har andelen av demente økt i takt med økende antall eldre. Det skyldes at det ikke har vært tilsvarende økning i antall sykehjems plasser og at demens er vanskeligere å håndtere i hjemmebasert omsorg. De som i dag innlegges i sykehjem, har i gjennomsnitt be-



Fig. 1. Eksempel på manglende diagnostikk. Pasienten ble henvist til vår avdeling med beskjed om at han hadde mistet overkjeveprotesen og ønsket ny. Det ses multiple rotrester samt en exostose i ganen (thorus pal.). Dette kunne også ha vært en malign tilstand.

Fig. 1. An example of inadequate diagnostics. The referral to our department stated that the patient had lost his upper denture and needed a replacement. There are multiple radix relictae and an exostosis in the palate (Thorus Pal.). This might just as well have been a malignant tumor.

Tabell 1. Diagnoser for personer som ble innlagt i Fyllingsdalen sykehjem til permanente opphold 1979-89 (Nygaard-HA 1991)

Diagnoser	Hoveddiagnose		Bidiagnoser	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Aldersdemens	284	(48,2)	41	(7,0)
Sekvele fra hjerneslag	88	(14,9)	45	(7,6)
Svulster	44	(7,5)	54	(9,2)
Sykdommer i sirkulasjonsorganer	35	(5,9)	272	(46,2)
Andre sykdommer i CNS	30	(5,1)	92	(15,6)
Alderssvakhet	27	(4,6)	2	(0,3)
Bruddskader	25	(4,2)	55	(9,3)
Sykdom i skjelett og muskelsystem	22	(3,7)	83	(14,1)
Mentale lidelser	20	(3,4)	64	(10,9)
Sykdom i respirasjonsorganer	7	(1,2)	67	(11,4)
Indresekretoriske sykdommer	2	(0,3)	87	(14,8)
Andre lidelser	5	(0,9)	59	(10,0)
Summen for bidiagnoser overskrider 100 % fordi noen har flere bidiagnoser.				

tydelig dårligere helsetilstand enn tilfellet var for 15-20 år siden. Gjenværende levealder etter innleggelse i sykehjem er i Norge i dag kommet ned under ett år. Den samme utviklingen ses hos aldershjems klientellet (6). Odontologiske behandlingsskriterier skal påvirkes av dette, men det må ikke bli en unnskyldning for å unnlate behandling som er verdifull for pasienten.

De fysiske handikapene som følger med vanlige diagnoser som artritt og hjerneslag, legger begrensninger på valg av tannerstatningene. Veltilpassede delproteser med støpte skjeletter, konuskronkonstruksjoner eller avanserte patentfesteretensjoner kan være umulige for pasienten å få av eller på. I tillegg må en regne med betydelige problemer med renhold og vedlikehold. Det finnes også flere eksempler på at godt fremstilte delproteser sitter så godt fast i munnen at pleierne tror det er pasientens egne tenner. Følgelig blir protesene aldri tatt ut for renhold (Fig. 2).

De fleste pasientene i den aktuelle gruppen er ikke i stand til å ivareta egen munnhygiene på grunn av fysiske eller mentale handikap (Fig. 3 og 4). Rutinene for munnhygiene for pasientene er generelt dårlige. Pasientene får lite hjelp til tannstell, men protesestell utføres mer hyppig. Slike forhold virker inn på behandlingsvalgene. Det er derfor ikke realistisk å utføre behandlinger som krever tett oppfølging i det daglige og en god munnhygiene. Mangelen på munnhygienetiltak skyldes i stor grad at bemanningen i hjemmesykepleien og ved syke- og aldershjem ikke står i forhold til oppgavene. Når det må prioriteres mellom ulike arbeidsoppgaver, er det likevel slik at munnhygiene velges først bort. Det er vist at ulike opplæringsprogrammer for pleiepersonalet kan gi økt interesse for munnhuleproblemer og føre til en viss bedring av den orale helse (7,8). Det er likevel slik i dag at eldre i institusjon må regne med å få tannskader og orale problemer. Det vil kreve innsats over lang tid for å bedre denne situasjonen.

Pasienter i hjemmesykepleie og sykehjem har et høyt forbruk av medikamenter (9,10). I odontologisk sammenheng vil de viktigste bivirkningene av medisinbruken være munn-tørrhet og økt blødningsrisiko. Munntørrheten gir økt kariesaktivitet, dårligere protesefunksjon og disponerer for slimhinneproblemer, vesentlig i form av soppinfeksjoner (11). Xerostomi er derfor en viktig parameter i behandlingsplanleggingen og kan ha avgjørende betydning for valg av behandling. Blødningsrisikoen er et problem når det skal utføres kirurgiske inngrep som for eksempel tannekstraksjoner, men disse problemene kan håndteres etter kjente retningslinjer (12). Justering av INR-verdi bør alltid avtales med behandlende lege, særlig hos pasienter med mekaniske hjerteklaffer hvor INR ikke må justeres under 1,8 (13).



Fig. 2. Protese som er festet med Ceka-fester mot hjørnetannrøtter. Pasienten ble akutt innlagt ved en psykiatrisk avdeling hvor han var nærmere ett år før han kunne komme til behandling hos tannlege. Protesen hadde ikke vært ute av munnen i hele denne perioden.

Fig. 2. A denture attached to the canines with Ceka-attachments. The patient was admitted to a psychiatric ward where he stayed for almost a year without receiving any dental treatment. The denture had not been removed from his mouth during this period.

Hvem bestemmer behandling?

Basis for alle behandlingsvalg er undersøkelse og diagnostikk. En stor del av pasientene lar seg ikke undersøke adekvat. Reglene for tvangstiltak er strenge, og det forlanges i utgangspunktet samtykke fra pasienten. Pasienter som ikke er umyndiggjorte har også rett til å nekte undersøkelse eller behandling. Dersom pasienten er dement, og åpenbart har smerter fra munnhulen, må det i hvert enkelt tilfelle vurderes om pasienten er ute av stand til å ta vare på seg selv og om det skal gripes inn. I så tilfelle kan man, etter samråd med annet helsepersonell og pårørende, sørge for å få undersøkt pasienten og eventuelt få utført helt nødvendig behandling under for eksempel sedering eller narkose. Man bør strekke seg langt for å få gjennomført en diagnostikk som kan avklare om pasientene har infeksjonsfoci, smertefoci eller alvorlige tilstander som for eksempel cancer.

En akseptabel diagnostikk er nødvendig for å kunne velge mellom behandling og ingen behandling (Fig. 5), eller mellom kurativ behandling og palliativ behandling. Palliativ behandling kan være bruk av analgetika og munnstell eller å slipe skarpe kanter på tenner som normalt skulle vært fylt, legge midlertidige fyllinger, midlertidige rebaseringer etc. Slik behandling har stor betydning for pasientene, også for dem som er terminale (Fig. 6A og B).



Fig. 3. Pasient med lammelser i kinnmuskulatur etter hjerneslag. Matrester samler seg i kinnet. Matretensjon av denne typen gir karies når munnstellersrutinene ikke fungerer.

Fig. 3. A stroke patient with paralysis of the muscles in the cheek, leading to retention of food on the affected side. Food retention causes caries in the absence of adequate oral health care routines.



Fig. 4. Typiske kariesskader som følge av farmakainduisert xerostomi. Pasienten er dement, og det vil være vanskelig å utføre omfattende behandling på grunn av lav kooperasjon og praktiske vansker med å få pasienten til behandling.

Fig. 4. Typical caries lesions caused by xerostomia following drug administration. The patient is demented. Treatment options are limited due to lack of patient cooperation and practical difficulties with transportation etc.



Fig. 5. Mangelfull diagnostikk. Pasienten ble ikke satt opp for undersøkelse ved tannklinikken fordi personalet mente hun hadde feilfrie tenner. Bildet viser caries totalis på samtlige pilartenner. Det var multiple apikale abscesser med pussflod. Pasienten hadde mekaniske hjerteklaffer og burde ikke ha infeksjonsfoci av denne typen. Oral diagnostikk må utføres av tannleger, og alle pasientene bør være undersøkt så godt det lar seg gjøre.

Fig. 5. Inadequate diagnostics. The patient was not referred to the dentist because the staff thought she had perfect teeth. There is caries on all abutment teeth and multiple apical infections. She had artificial mechanical heart vaults and should have been prevented infectious foci of this kind. Dentists must perform oral examination, and all patients should be examined as carefully as possible.

Begrenset tid og kooperasjon

Pasientene må enten fraktes til behandling ved en tannklinik, eller så må «tannklinikken» fraktes til pasienten. Begge deler krever personellressurser som det er mangel på i dag. Tannhelsestjenesten, hjemmesykepleietjenesten og sykehjemstilbudet er organisert under ulike forvaltningsorganer. Dette kan gi diskusjoner om hvem som har ansvaret for at pasientene får tilstrekkelig tannhelsestilbud. I dag gjør mangelen på ressurser at svake grupper i praksis lett kan bli nedprioritert. Tannbehandling må tilpasses den reelle ressursituasjonen, og dette legger begrensninger på behandlingsvalgene. Ofte blir kravet at behandlingen skal utføres på kort tid og i løpet av få seanser. Behandlingsstrategier for den aktuelle pasientgruppen kan derfor ikke baseres på en idealsituasjon. Det blir ikke riktig å gi et fåtall av pasientene «idealbehandling» mens de øvrige ikke får behandling i det hele tatt.

Behandling bør prioriteres i rekkefølgen helse – funksjon – estetikk. I det første begrepet ligger eliminering av smerter og alvorlige infeksjoner. Deretter skal en bevare en tilfredsstillende funksjon og om mulig reetablere slik funksjon. Til sist skal estetiske behov ivaretas.

I mange tilfeller vil det ikke være mulig å gjøre behandling etter vanlige normer. Det er likevel viktig å utføre behandling som utsetter forfallet og som kan få et skrøpelig tannsett til å vare livet ut. Dette vil spare pasienten for de store odontologiske katastrofene like før livets slutt (Fig. 7).

Bjertness har i sin artikkel om demens i Odontologi'95 (14) vist til at demens er en sykdom med et langt forløp fra



Fig. 6A og B. Eksempel på manglende munnstell. Tykke slimskorper ble fjernet, og pasienten kunne puste normalt og snakke. Dette er palliativ behandling som ikke har stor status, men som er uhyre viktig for mange pasienter. Hos terminale pasienter er munnstell en av de viktige oppgavene.

Fig. 6A and B. Lack of oral hygiene. Thick crusts were removed which enabled the patient to breathe and talk normally. This type of palliative care has low status, but it is extremely important to many patients. For the terminally ill patients, oral health care is one of the most important nursing activities.



Fig. 7. Pasient med multiippel sklerose. Han har med enkelte avbrudd vært under behandling i 14 år. På grunn av spasmer har det kun vært mulig å gjøre fyllingsterapi med «lapping» og utvidelse av eksisterende fyllinger. Til tross for elendig munnhygiene har det ved hjelp av fluoroterapi og fyllingsterapi vært mulig å beholde pasientens egne tenner med unntak av en premolar i underkjeven. Pleierne har skiftet hyppig, og det har vært nærmest umulig å få utført tannstell.

Fig. 7. A patient with multiple sclerosis. For the last 14 years he has received dental treatment when possible. Due to severe spasms the therapy has mainly consisted of »patching« and extending existing fillings. In spite of an almost total lack of oral hygiene, this therapy combined with extensive use of fluorides has limited the loss of teeth to a second lower premolar. Frequent changes of staff have made it almost impossible to maintain routines for oral hygiene.

diagnose til pasienten dør. Han skisserer også en svært fornuftig behandlingsstrategi ved å si at det i første fase må gjøres behandlinger av så god kvalitet at de kan vare i lang tid. Gjøres kompromissene for tidlig vil forfallet av tannsettet kunne inntre i en sykdomsfase hvor pasienten er nærmest utilgjengelig for gode behandlinger.

Behandlingsstrategi ved dårlig kooperasjon og/eller begrenset tid

Med disse forutsetningene blir det aktuelt med ren «nødhjelps-odontologi». Stikkordene blir:

- Kort planlegging
- Bruk tiden til behandling
- Gjør det åpenbart nødvendige
- Planlegg resten.

En slik strategi skal selvsagt ikke gå ut over kravene til forsvarlighet. Anamnesticke opplysninger som er av betydning for behandlingen skal innhentes. Hvis det som skal utføres er en enkel protesereparasjon, er det ikke behov for å belaste pasient og personale med inngående journalopptak. Skal det utføres en ekstraksjon endres kravene til anamnesen.

Ekstraksjonsterapi

Når mulighetene for å gjennomføre en adekvat konserverende behandling er begrenset, må ekstraksjoner vurderes. Sett på bakgrunn av at det kan være svært vanskelig å fremstille brukbare tannerstatninger, er det lite ønskelig å ekstrahere tenner. Men dersom tennene kan være smerte- eller infeksjonsfoci, er ekstraksjoner riktig og god terapi. En stor andel av pasientene vil på grunn av demens eller afasi ikke kunne gi uttrykk for om de har tannsmerte og kan risikere å gå ubehandlet over lang tid. I denne pasientgruppen må indikasjonene for å beholde tvilsomme tenner være strengere. Følgende hovedregler kan settes opp for ekstraksjonsterapi:

- Ikke trekk tenner som er uten dyp karies eller grav periodontitt.
- Fjern smertefoci, inklusiv sannsynlige foci i nær fremtid.
- Om mulig beholdes nok tenner til å unngå protetik eller nok tenner til å gi retensjon for protetik.

Argumentene mot å ekstrahere rotrester er at det er plagsomt for pasienten, rotrester hindrer resorpsjon av kjevekammen, og det kan innebære en medisinsk risiko å ekstrahere. Rotrester kan bli stående under følgende forutsetninger:

- De er infeksjonsfrie, enten ved at de er rotfylte, overkappet eller totalobliterert uten apikal patologi.
- De skal brukes i et fastlagt behandlingsopplegg som feste for rotanker eller dental støtte for dekkprotese.
- De gir ikke decubitalsår i tunge eller kinn.
- Det er helt umulig å fjerne dem på grunn av kooperasjonsvansker, alvorlige medisinske problemer eller svært korte livsutsikter for pasienten.

Ved smerter må det vurderes om pasienten skal sederes eller behandles i generell anestesi. Eventuelt må en sørge for adekvat analgesi.

Argumentet om å bevare kjevekam har bare mening dersom det i pasientens gjenværende levetid er realistisk å lage slik protese. Risikoen ved behandlingen må veies mot risikoen ved å unnlate behandling. Ingen behandling er også et valg som kan ha konsekvenser for pasientens generelle helse og som skal begrunnes faglig fornuftig.

Pasienten som er vist i Fig. 8A og B illustrerer hvor vanskelige denne typen avgjørelser kan være i virkeligheten. Pasienten er dement, fortsatt rimelig godt fungerende, og koopererer relativt bra. Han har ingen andre helseproblemer, dårlig munnhygiene, og han bor på underbemannet sykehjem hvor munnhygiene stort sett bare utføres på protesepasienter til tross for opplæringstiltak. Vurderingen blir i grove trekk slik: Kan tennene bevares? Hvis ikke – vil en protese kunne brukes?

Følgende vurderinger ble gjort:

- Tennene 17, 13, 22, 23, 25 og 26 er totalkarierte. Det er



Fig. 8A og B. Eksempel på ekstraksjonsterapi. Behandlingsvalgene er ofte vanskelige og mer komplekse enn hos friske pasienter.

Fig. 8A and B. An example of extraction therapy. The choice of treatment is often difficult and more complex than in a healthy elderly population.

apikale oppklaringer på 13, 22, 25 og 26. Det er ingen medisinske kontraindikasjoner for ekstraksjon.

- Har gjenværende tenner verdi? Teknisk sett kan det gjøres gode avtagbare partielle løsninger på gjenværende tenner. Dette krever stor behandlingsinnsats og virker ikke mulig å gjennomføre av praktiske årsaker.
- Det vurderes om en partiell protese kan brukes og vedlikeholdes av en pasient som vil bli tiltagende dårligere av sin demens. Det er lite trolig at en oppnår bedring i oral hygiene.
- Alternativet er helprotese. Vil han kunne klare å bruke denne? Det er vanskelig å få pasienter i denne situasjonen til å forstå at det skal plasseres noe løst i munnen. På den positive siden ses god kjevekam, akseptabel spyttsekresjon, ingen brekningstendenser og ingen muskeldysfunksjoner som kunne gi retensjonsvansker eller fare for aspirasjon av protesen.

Valgene stod mellom kun å ekstrahere tennene som var åpenbart ekstraksjonsmodne og la pasienten beholde øvrige tenner med en del fyllingsterapi, eller å totalsanere overkjeven og lage en helprotese. Etter en diskusjon med pårørende og med pleierne ble den siste løsningen valgt. Pasienten ga også uttrykk for at han ønsket denne løsningen, men kunne trolig lett ha blitt overtalt til andre valg.

Den valgte behandlingen ga et resultat som er lett å holde vedlike. Problemer i overkjeven er eliminert i lengre tid. Pasienten klarte å bruke protesen, men resultatet kunne også blitt at han ble uten brukbar tannerstatning i overkjeven.

Vurderingen blir da om han ville vært bedre tjent med noen få slitte tenner i overkjeven enn å være helt tannløs.

Fyllingsterapi

Blant pasientene er det høy frekvens av sekundærkaries og gingivalkaries som følge av munntørrehet og mangelfull oral hygiene. Manglende kooperasjon, spasmer, pareser og vanskelige arbeidsstillinger kan gjøre det problematisk å utføre arbeidsoperasjonene tilfredsstillende. Ved fyllingsterapi ønskes materialer som ikke er for behandlingsømfintlige, som ikke er for tidkrevende å legge, som tåler at det kan være dårlig tørklegging, som har styrke til å kunne «bygge» ut store defekter, som gir tette kanter, som har en karieshemmende effekt, som kan utvides ved behov og som kan poleres tilfredsstillende. Disse kravene gjør kompositter mindre egnet som fyllingsmateriale i premolarer og molarer i denne gruppen.

Rene glassionomerer er svake til større fyllinger og har en tendens til å tørke ut og «forvitne» hos pasienter med markert munntørrehet. En må regne med at varigheten av fyllingene er begrenset. Materialet er velegnet til å hindre sekundærkaries og bør brukes i mindre kaviteter. Evnen til å binde mot dentin gjør det også velegnet til bruk der det er vanskelig å skaffe mekanisk retensjon.

Kompomerene er sterkere og har fortsatt en viss anti-kariogen effekt, men styrken og evnen til å «lappe» på gamle fyllinger er ikke god nok i alle tilfeller.

Amalgam er i dag et omstridt materiale, men i denne spesi-

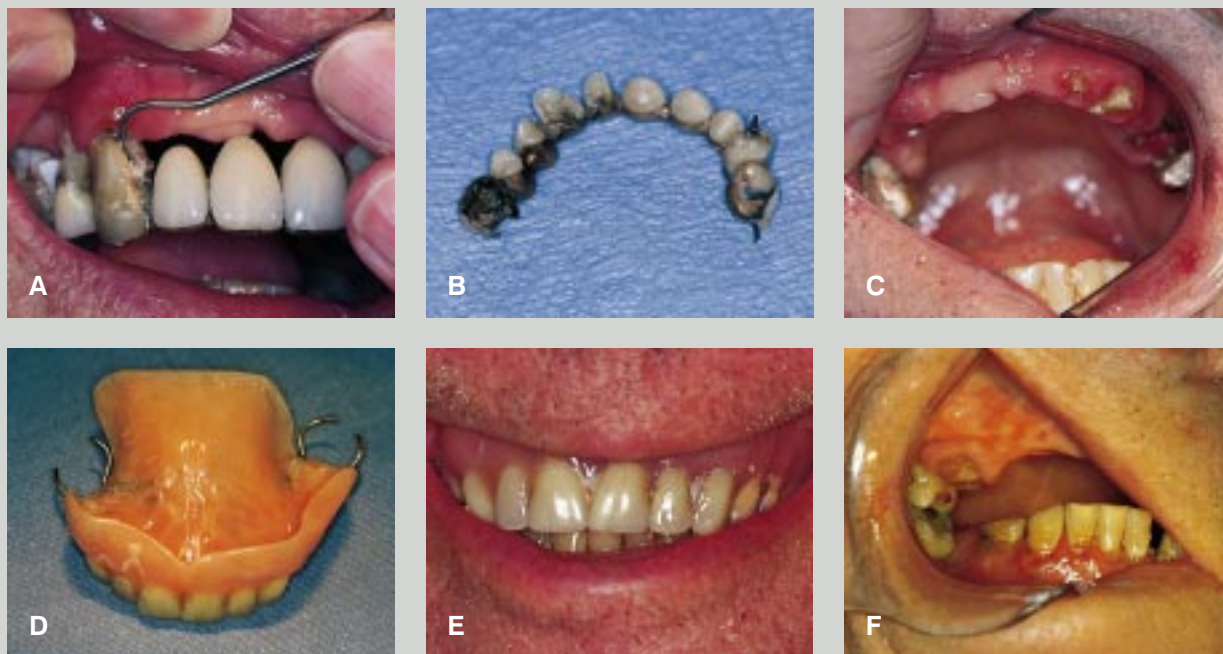


Fig. 9A-F. Behandlingsforløp over 18 måneder fra innleggelse i sykehjem til pasienten døde. Medisinske diagnoser: Apopleksia cerebri og demens. Ved innleggelse konstateres caries totalis 13, 22, 23 og 26. Bro faller ut ved spalting mellom 26 og 27. Trådklammerprotese fungerer 18 måneder før nye kariesskader ødelegger ankertenner. Videre behandling er ekstraksjon av 16 og utvidelse av overkjeveprotesen, men pasienten døde dagen etter siste bilde er tatt. Pasienten har fått opplæring og andre profylaksetiltak uten at skadene kunne forhindres. Pasienten ble sanert for smertefoci/ infeksjonsfoci og fikk enkel behandling som holdt ham med fungerende tenner livet ut.

Fig. 9A-F. An 18-month treatment course from admission to a nursing home until the patient died. His main diagnoses were stroke and dementia. On admission, he had total caries of 13, 22, 23 and 26. A 10-unit bridge came out after splitting between 26 and 27. Remaining roots were extracted and a partial denture was in place for 18 months before the abutment teeth were destroyed by caries. Further treatment would be extraction of 16, extending the denture and providing it with a new clasp. However, the patient died the day after the last photo was taken. Our treatment goal was to eliminate foci for pain or infection and to maintain acceptable oral function for the rest of his life within the limits of a realistic treatment plan.

elle pasientgruppen har det definitivt et stort bruksområde siden det tilfredsstillende de fleste av kravene som er listet opp ovenfor. Det finnes ikke mye litteratur med sammenlignende undersøkelser om valg av fyllingsmateriale i denne spesielle pasientgruppen. Rådene som gis baseres på klinisk erfaring og materialkunnskap (15).

Vurderinger ved protetiske erstatninger

Behandlingsvalgene kan lettes ved å tenke gjennom følgende momenter:

- Har behandlingen verdi for pasienten? Krav fra pårørende og pleiere må vurderes ut fra dette spørsmålet. Skal protetiske erstatninger fremstilles, må det være begrunnet ut fra pasientens interesser.
- Er pasienten i stand til å tåle behandlingen fysisk og mentalt?

- Kan pasienten kooperere tilstrekkelig?
- Kan pasienten møte ofte nok? Er det problemer med følge, transport etc.?
- Kan det ferdige resultatet vedlikeholdes av pasient/pårørende/pleiere?
- Kan den valgte løsningen lett omarbeides/utvides ved ugunstig utvikling?
- Er kostnadene akseptable i forhold til varighet og verdi for pasienten?

Noen av disse forholdene illustreres med kasuistikken i Fig. 9A-F. Problemer med helproteser skyldes en eller flere av følgende faktorer: Lav kjevekam, muskeldysfunksjoner, munntørrethet eller brekningstendens. Delprotesene krever hyppige justeringer, og tap av tenner gir behov for utvidelse av proteser, eventuelt overgang til helprotese. Introduksjon av nye proteser er vanskelig på grunn av redusert adapta-



Fig. 10. Duplisering av helsett. A: Rebaseringsavtrykk for over- og underkjeve. Overskudd av avtrykksmateriale fjernes for bittregistrering. Pasienten blir uten protese 1-2 dager. Duplisert helsett er normalt klart etter én uke. B: Gammel protese og duplisert protese med mindre endringer. Behandlingen utført på to seanser.

Fig. 10. Impressions for duplicating full dentures in both jaws. A: Impressions for relining are trimmed and a bite registration is performed. The patient will be without dentures for one to two days until the old dentures are returned. B: The duplication is normally ready after a week and can be done with minor changes as shown on the right.

sjonsevne, sykdom og mental svikt. Det er en forutsetning at pasienten kan motta informasjon om behandlingen og forstå hvorfor det skal være et fremmedlegeme i munnen. For pasienter som allerede har protese, gjelder det at man som hovedregel gjør minst mulig endringer, men følgende forhold kan gjøre det nødvendig med unntak:

- Grove bittfeil
- Tvangsføringer
- Retensjonsproblemer på grunn av feil ved protesen
- Totalt utslitte proteser
- Pasienten mister eller roter bort brukbar protese

Teknikkene som brukes til endringer av proteser er i det vesentlige foringer, rebaseringsteknikker eller dupliseringsteknikker, utført slik at antall behandlingsseanser minimeres og at pasienten får tilbake en protese som ikke har for store endringer (Fig. 10A og B). Er pasientens forventede levetid svært kort, benyttes også midlertidige foringer av typen Visco-gel. Mange av helprotesepasientene vil måtte bruke proteseadhesiver på grunn av munntørrehet, lave kjevekammer og muskeldysfunksjoner som pareser eller ufrivillige bevegelser. Bruk av adhesiver er ingen protetisk fallitterklæring, men er god behandling når protesene ellers er veltilpassede.

Forebyggende behandling

Vi som arbeider med tannhelse har et stort ansvar når det gjelder å formidle kunnskap om orale problemstillinger blant

pleiepasienter. Dette er et kontinuerlig arbeid hvor resultatene må vurderes over tid for å kunne registrere effekter. Det tar tid før kunnskap omsettes i praktiske tiltak (16). Parallelt må det arbeides med kariesprofylakse i form av intensiv fluoterapi og bruk av klorheksidin (17) (Fig. 11). Det er likevel god grunn til å forvente at de rene behandlingsmessige utfordringene bare vil øke idet vi nærmer oss toppen av neste eldrebølge.



Fig. 11. Bruk av klorheksidin gel på børste i stedet for tannpasta kan være et egnet tiltak for kariesutsatte pleiepasienter.

Fig. 11. Replacing toothpaste with a chlorhexidine gel can be a suitable measure for patients with a high risk of caries.

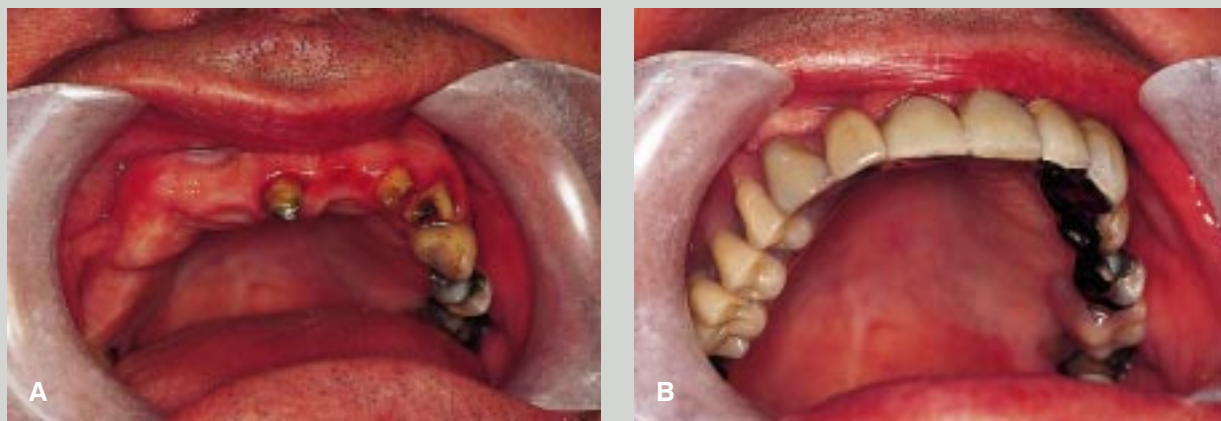


Fig. 12. Et eksempel på mer omfattende behandling hos en eldre pasient med hjerneskade etter fall. Bakgrunnen for at det ble gjort en konuskronne-konstruksjon var flere: Det var ingen kooperasjonsproblemer og pasienten hadde gode leveutsikter og et fantastisk støtteapparat i familien. Renholdet er svært bra, og alle avtaler følges opp. Behandlingen må tilpasses pasientenes totalsituasjon.

Fig. 12. An example of more extensive dental treatment in an elderly patient with a brain damage caused by a traumatic injury. The choice of a cone-construction was based on several factors: No problems with patient co-operation, a fair life expectancy, a full-hearted support from the family, a perfect oral hygiene and all appointments were kept. The choice of treatment must be individualised.

Avslutning

Odontologisk behandling av pleietrengende eldre gir utfordringer innen alle deler av fagområdet. Det skal utføres kompliserte behandlinger og tas beslutninger på kort tid. I tillegg til det rent odontologiske skal det gjøres medisinske, etiske og sosiale avveininger i langt sterkere grad enn hos friske og yngre pasienter (Fig. 12). Alt dette stiller krav til behandlerne, men det gir også mange spennende oppgaver. Det er en stor fordel om behandleren har bred og allsidig erfaring fra behandling av «normalpasienter» og kunnskaper om de spesielle sidene ved odontologisk behandling av pleiepasienter. Området gerodontologi har ikke vært prioritert tilstrekkelig i undervisning og forskning, men det synes å være en positiv utvikling på dette området nå. Et tettere samarbeid mellom dem som utfører det daglige kliniske arbeidet og lærestedene er nødvendig og vil gi fordeler for alle parter. Odontologi for geriatriske pasienter er som skapt for samarbeid på alle nivåer.

English summary

When standard solutions do not exist. The treatment choices of the sick elderly

Oral health services for geriatric patients provide challenges that can be exciting as well as frustrating. The choice of treatment is more complicated and it is difficult to determine the correct level of treatment. For the functionally dependent elderly, nursing routines and attitudes toward oral health

care among staff and relatives will strongly influence the treatment choice. Methods of treatment must be adjusted to other demands than those we meet when treating healthy and younger patients. Some main principles for dental treatment in this special group of patients can be outlined. There is a need to discuss treatment levels and a need to develop simplified treatment methods that can lead to acceptable compromises.

Referanser

1. Statistisk årbok for Norge, 1999, Årgang 118.
2. Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institusjon (disp.). Tandlægebladet 1990; 94: 165-94.
3. Hawkins RJ, Main PA, Locker D. Oral health status and treatment needs of Canadian adults aged 85 years and over. *Sepe Care Dentist* 1998; 18: 164-9.
4. 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.
5. Nygaard HA. Permanente opphold i sykehjem. Endringer i innleggelsesmønster fra 1979 til 1989. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1991; 111: 1941-3.
6. Nygaard HA, Nalk M, Moen E, Munch M. Endringer i aldershjemsklientellet i Bergen 1985-96. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 3533-5.
7. Mojon P, Rentsch A, Budtz-Jørgensen E, Baehni PC. Effect of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci* 1998; 106: 827-34.
8. Paulsson G, Fridlund B, Holmén A, Hyg O, Nederfors T. Evalua-

- tion of an oral health education program for nursing personell in special housing facilities for the elderly. *Spec Care Dentist* 1998; 18: 234-42.
9. Rørvik FB, Laake K. Medisinering hos pensjonærer i alders- og sykehjem. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990; 110: 1335-8.
 10. Nygaard HA, Rotevatn TS, Brudvik E, Juvik OB, Pedersen EW. Medikamentforbruk hos sykehjemspasienter. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995; 115: 829-31.
 11. Budtz-Jørgensen E, Mojon P, Banon-Clement JM, Baehni P. Oral candidosis in long-term hospital care: Comparison of edentulous and dentate subjects. *Oral Dis* 1996; 2: 285-90.
 12. Sandset PM, Onshuus E. Praktisk gjennomføring av Marevanbehandling (temahefte). Oslo: Nycomed Pharma AS; 1999.
 13. Brosstad F. Fragmin, Standard heparin og Marevan i profylakse og behandling (prosedyrebok). Oslo: Rikshospitalet; 1999.
 14. Bjertness E. Aldersdemens – en utfordring for tannhelseteamet. I: Hjorting-Hansen E, red. *Odontologi-95*: København: Munksgaard; 1995. p. 99-115.
 15. Wyatt CC, MacEntee MI. Dental caries in chronically disabled elders. *Spec Care Dentist* 1997; 17: 196-202.
 16. Wårdh I, Andersson L, Sörensen S. Staff attitudes to oral health care. A comparativ study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology* 1997; 14: 28-32.
 17. Nordenram G, Westphal P. Comparison of two routines for long-term oral hygiene treatment with clorhexidine gel in geriatric patients. *Gerodontology* 1987; 6: 23-6.

Forfatter

Kjell Størksen, sykehustannlege
Kjevekirurgisk poliklinikk, Haukeland sykehus, Bergen, Norge

Korrespondanse:

Kjell Størksen, Haukeland sykehus, N-05021 Bergen, Norge

