
Oral helsereelatert livskvalitet ved protetisk rehabilitering

HARALD GJENGEDAL, ESBEN BOESKOV ØZHAYAT & EINAR BERG

Oral Health related Quality of Life

Summary

Oral health related quality of life, as part of the general concept quality of life, is an expression of a person's experience of and coping with life, but limited to aspects of oral health. The concept means different things to different people and is thus difficult to define, measure and interpret unambiguously, and the measurements are only meaningful at a group level. Nevertheless, relevant literature allows some general conclusions to be drawn: Oral health related quality of life is reduced as the number of remaining teeth decreases; particularly when tooth loss occurs in the anterior region of the mouth. Oral health related quality of life may be improved when lost teeth are restored with a fixed partial denture, but only if it had been adversely affected prior to the rehabilitation. However, this improvement appears to wear off in time. For the completely edentulous, a long term significant improvement is recorded if their conventional mandibular denture is turned into an overdenture retained by two implants. Based on this knowledge, prosthetic rehabilitation should start with a structured interview where the patient's individual oral health related quality of life is revealed, so that an optimal patient treatment may be administered.

Keywords: Oral health related quality of life, tooth loss, oral rehabilitation, implant dentistry.

Hva er livskvalitet og oral helse relatert livskvalitet

Hel eller partiell tannløshet er kroniske tilstander der rehabilitering bare delvis kan gjenopprette den orale funksjon. Hensikten med behandlingen er derfor å redusere noen av de problemer som følger med. Effekten av en rehabilitering kan måles på mange ulike måter, men livskvalitet er de siste 10-årene mer og mer brukt som resultatmål etter så vel generell medisinsk som odontologisk rehabilitering i vitenskapelige studier. Dette innebærer en dreining fra bruk av kliniske kriterier vurdert av behandler, til pasientens subjektive vurdering av egen situasjon.

Selv om ordet livskvalitet er mye brukt, er det ikke entydig definert. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse. Begrepet blir brukt på forskjellige måter og med forskjellig betydning for hver enkelt person. Det er likevel stor grad av enighet om at livskvalitet er flerdimensjonalt og inneholder aspekter som fysisk og psykisk helse, velvære, sosial funksjon og levekår. Det er derfor ikke bare en, men flere måter å forstå hva livskvalitet kan være, avhengig av hvem som bruker begrepet, hvilken innsikt de har og hva som er hensikten med bruken. Livskvalitet kan også forandre seg over tid. Derfor er det avgjørende for en fornuftig bruk at begrepet er mest mulig klart definert og tilpasset den sammenheng der det blir brukt. Uten en slik presisering risikerer man at begrepet brukes helt ukritisk, og at det over tid ikke vil ha noen fornuftig mening eller innhold.

Helse er helt klart en del av livskvalitetsbegrepet og blir benevnt som helse relatert livskvalitet. Derimot er det usikkert hvordan helse faktisk påvirker den generelle livskvaliteten til den enkelte. Individuelle verdier og vektlegginger kan eksempelvis gi seg utslag i at svært syke personer faktisk rapporterer bedre livskvalitet enn presumptivt friske personer (1).

Også oral helse relatert livskvalitet er en del av helsebegrepet, og kan derfor teoretisk påvirke den generelle livskvalitet. Oral

helsereelatert livskvalitet påvirkes på sin side av subjektive vurderinger av i hvilken grad pasienten er tilfreds med sin orale helse, funksjonelt og emosjonelt, og om forventinger i så måte er oppfylt (2). Således er det en interaksjon mellom oral helse, sosiale og kontekstuelle faktorer og resten av kroppen. Men, som for generell helsereelatert livskvalitet, er det heller ikke her en opplagt sammenheng mellom tannstatus og livskvalitet. Således har helt tannløse pasienter rapportert bedre oral helsereelatert livskvalitet enn dem med resttannsett i én kjeve (3).

Hvordan måles generell livskvalitet og oral helsereelatert livskvalitet

Den enkleste og mest valide måte å måle livskvalitet på, er å få svar på spørsmålet: hvordan vil du gradere din livskvalitet på en gitt skala? I svaret vil hver enkelt person vektlegge sine individuelle verdier, forventninger, tolkninger og erfaringer. Svar på et slikt generelt spørsmål gir imidlertid ikke noe grunnlag for å forstå hvilke elementer livskvalitet består av eller i hvilken grad de påvirker denne. Det er derfor utviklet stadig flere målemetoder, også kalt instrumenter, som tar for seg ulike deler av livskvalitetsbegrepet.

For måling av oral helsereelatert livskvalitet er det utviklet et antall instrumenter (4). De mest brukte innen protetik er The Oral Health Impact Profile (OHIP) og Oral Impact on Daily Living (OIDP). Begge instrumenter er utarbeidet på bakgrunn av WHO's definisjon av helse som "impairment, disability and handicap", og har til hensikt å måle frekvens og grad av orale problemer og deres påvirkning på funksjonell og psykisk velvære.

Av disse er OHIP klart den mest brukte. Den finnes i ulike varianter, med fra 14 (OHIP-14) til 49 (OHIP-49) spørsmål, og er bygget opp av 7 temaer som tar for seg ulike dimensjoner: funksjonelle begrensninger, smerte, psykisk ubehag, svekket fysisk, psykisk og sosial funksjon samt hvor handikappet pasienten føler seg. OIDP måler frekvensen og vekter hvordan orale problem påvirker 8 spesifikke daglige gjøremål, som å spise og nyte maten, snakke og ha

tydelig uttale, rengjøre tennene, sove og slappe av, smile og vise tennene uten å føle ubehag, emosjonell stabilitet, arbeid og sosial funksjon og å omgås folk. Ved begge instrumenter legges skårene for de enkelte spørsmål sammen til en sum-skåre som er ment å uttrykke grad av livskvaliteten.

Hvordan skal måleresultater av generell og oral helsereelatert livskvalitet forstås

Generell livskvalitet er lite brukt som effektmål etter oral rehabilitering, og blir heller ikke påvirket av slik behandling (5). Grunnen er uten tvil at begrepet er meget sammensatt og inneholder et stort antall ulike elementer. Derfor har det ikke tilstrekkelig følsomhet for forandringer i det betydelig smalere området som omfatter subjektiv oral helse.

I tolkningen av resultater av helsereelatert livskvalitet, må tas et generelt forbehold. Et fellestrekk ved måleinstrumentene er at de i stor grad begrenser seg til å registrere forekomst av ulike problemer som er knyttet til sykdom eller tilstand. Som tidligere nevnt er imidlertid ikke forekomst av problemer et nødvendigvis valid uttrykk for livskvalitet (6). Holdninger, som kan være avgjørende for opplevelsen av subjektiv livskvalitet, er betydelig vanskeligere å måle enn kliniske problemene og blir derfor ikke i samme grad kartlagt. Det er heller ikke sikkert at de elementer de ulike instrumenter inneholder omfatter alle tenkelige forhold av betydning.

Videre er sum-skårer fra alle instrumenter som måler livskvalitet egentlig kun meningsfylte på gruppebasis. Selv om de da kan gi akseptabelt uttrykk for den gjennomsnittlige effekten av en rehabilitering, må slike resultater tolkes med forsiktighet. I den anledning er det viktig å ha klart for seg at sum-skårene er resultat av matematiske beregninger og/ eller summering av flere variabler, og dette kan skjule viktig informasjon. Samme sum-skåre kan ha forskjellig spredning i svarene. For eksempel vil svaralternativene $1+1+5+5$ gi samme sum som $5+5+1+1$, men innebærer helt forskjellige realiteter i svarene. På samme måte er det ikke

innlysende at multiplikasjon av variabler gir mulighet for riktig tolkning av livskvalitetsaspektet. Derfor bør også tolkning av måleresultater av oral helsereelatert livskvalitet på gruppenivå innebære en vurdering av resultatene i de enkelte domener samt spredningen i målingene. Unnlater man det, blir gjerne samlingen av subjektive vurderinger ikke annet enn en ubrukelig tallverdi.

Av de nevnte grunner kan man ikke ekstrapolere fra gruppedata til enkeltpersoner. I høyden, med tilstrekkelig kunnskap om måle-metodene, kan dataene gi verdifull informasjon om den generelle effekten av de ulike protetiske rehabiliteringer. I det enkelte tilfelle kan derimot pasientens egne subjektive vurderinger og rangeringer på de spørsmål som stilles, danne et godt grunnlag for individuell planlegging av protetisk rehabilitering, og slik komme til nytte i den kliniske hverdagen.

Generelt om tanntap og oral helsereelatert livskvalitet

Et overordnet allment akseptert prinsipp innen protetikken, er at tannlegen ikke skal behandle mer enn absolutt nødvendig, samtidig som han/ hun aldri må unnlate å foreta seg det som er ubetinget nødvendig. Prinsippet kan virke logisk og enkelt. Men pasienten må også involveres i beslutningsprosessen når tenner skal erstattes, fordi tanntapet fører til nedsatt funksjon. Pasientens perspektiv viser at det på populasjonsnivå er sammenheng mellom tanntap og oral helsereelatert livskvalitet, uavhengig av hvilken målemetode som brukes. I den anledning er det påvist at anteriort tanntap påvirker oral helsereelatert livskvalitet negativt i høyere grad enn posteriort tanntap (7). Det er også vist at 10 okkluderende enheter, som tilsvarer begrepet *shortened dental arch*, vanligvis er tilstrekkelig sett fra pasients synsvinkel (7).

Det finnes også andre mulige forhold som kan ha betydning for pasientens oppfatning enn at manglende tenner er synlige eller at for få tenner er i okklusjon. Det er således vist at kjønn, alder, etnisitet, øvrig tannstatus, erfaring fra tidligere erstatninger, personlighet og forholdet mellom pasient og behandler også kan være

bestemmende for oral helserelatert livskvalitet. Det som påvirker sistnevnte synes således å være individuelt. Det er derfor viktig at tannlegen anstrenger seg for å få et helhetlig inntrykk av hvilken type pasient som er til behandling, og hvilke holdninger og motivasjon vedkommende har i forbindelse med tanntapet. Derved vil man kunne øke muligheten for en vellykket behandling.

Bare noen få studier har beskrevet de problemer pasienter med tanntap rapporterer som vesentligst. Med utgangspunkt i OHIP-49 spørreskjemaet er de hyppigst forekommende problemer food-impaction, funksjonelle problemer, ubehag og fysisk handikap. Derimot blir psykisko-sosiale problemer sjelden nevnt (8). Den beste informasjon med tanke på oral rehabilitering oppnås likevel ikke ved hjelp av OHIP-49, men gjennom et strukturert intervju. Der kan man bedre kartlegge så vel problemene knyttet til tanntapet, som spesifikke ønsker til behandlingen (9). På den bakgrunn kan så klinikeren danne seg en informert oppfatning i hvilken grad rehabiliteringen kan oppfylle ønsker og avhjelpe pasientens problemer, dvs. om hans/ hennes orale helserelaterte livskvalitet kan forbedres av behandlingen.

Oral helserelatert livskvalitet og rehabilitering med fast proteser

Når tenner erstattes med faste proteser, forventer man gjerne at erstatningene vil fungere som naturlige tenner og at de problemer man har hatt som følge av tanntapet derfor vil bli løst umiddelbart. Denne formodning er imidlertid bare delvis korrekt. Riktignok er viser det seg at oral helserelatert livskvalitet etter behandling med både implantat- og tannforankret fast protetik normaltd bedres både hurtig og effektivt, men dersom tanntapet i utgangspunktet ikke har påvirket oral helserelatert livskvalitet i særlig grad, er det fare for at målingen enten ikke endres, eller at den likefrem forverres av behandlingen (10).

I langt de fleste situasjoner er likevel påvirkningen positiv på oral helserelatert livskvalitet ved behandling med faste proteser.

Spørsmålet er om man kan identifisere de situasjoner hvor behandling med faste proteser ikke endrer eller sågar forverrer oral helserelatert livskvalitet, og der behandling av den grunn er kontraindikert. Det som er dokumentert, er at påvirkningen ved tap av enkelte molarer statistisk sett er forholdsvis beskjeden, og at behandling med både tann- og implantatforankrede faste proteser følgelig ikke nødvendigvis forbedrer oral helserelatert livskvalitet (11,10). Det er dessuten på samme måte vist at jo eldre pasienten er, desto større er tendensen til en forverring ved behandling med tannforankrede faste proteser. Disse generelle tendensene vil kunne modifieres av de tidligere nevnte øvrige faktorer som etnisitet, øvrig tannstatus, erfaring fra tidligere erstatninger, personlighet og forholdet mellom pasient og behandler.

Effekten av behandling med faste proteser på oral helserelatert livskvalitet, er vist ved å sammenligne slike pasienter med andre grupper. De som har fått utført denne type behandling har generelt bedre oral helserelatert livskvalitet enn personer som har fått fremstilt avtagbare proteser. Effekten er dessuten mere umiddelbar ved faste proteser end ved avtagbare (12). Personer med protetiske erstatninger har typisk noe dårligere oral helserelatert livskvalitet enn pasienter med naturlige tenner og uten noen form for protektikk (10). Der finnes dessverre lite informasjon om hvordan oral helserelatert livskvalitet utvikler seg over lengre tid hos pasienter som har fått fremstilt faste proteser. Ved en av de få studier der dette har vært tema (12), viste det seg at blant pasienter med faste proteser, var den bedre blant dem som nylig var blitt behandlet sammenlignet med den generelle populasjonen. Dette skulle tyde på at oral helserelatert livskvalitet har en tendens til å forverres noe over tid.

Mer detaljerte analyser av resultatene ved målinger av oral helserelatert livskvalitet som er foretatt etter behandling med tannforankrede faste proteser, viser at de vesentligste problemer knyttet til faste erstatninger er retensjon av matrester samt smerter fra tenner og tannkjøtt. Slike problemer kan nok forklares ut fra protesens utforming og fremstillingsprosedyrene.

Oral helsereelatert livskvalitet og rehabilitering med avtagbare proteser

Det er publisert forholdsvis lite data om effekten på oral helsereelatert livskvalitet ved rehabilitering med avtagbare partialproteser. Det er imidlertid vist at når slike konstruksjoner erstatter manglende fortenner, bedres oral helsereelatert livskvalitet i betydelig grad. Derimot ser det ut til at tilsvarende rehabilitering av sidesegmentene hos pasienter med intakt tannrekke i fronten, har liten innvirkning. Dette forhold kan være en av årsakene til at mange pasienter unnlater å bruke friende partialproteser.

Den vanligste behandling av tannløse pasienter er å fremstille konvensjonelle totalproteser. Ikke overraskende fører dette til en bedring i oral helsereelatert livskvalitet. Det gjelder førstegangsbrukere av totalproteser som forut for slik behandling ofte har gjennomgått en periode med et resttannsett preget av smerte, ubehag, halitosis og utilfredsstillende estetikk – og kanskje også brukt en avtagbar partialprotese. Med et slikt utgangspunkt, blir gjerne de orale problemer redusert med en totalprotese. Dermed bedres oral helsereelatert livskvalitet. Samme tendensen til bedring gjør seg imidlertid også gjeldende for pasienter som får fornyet eksisterende proteser.

Pasienter med konvensjonelle totalproteser rapporterer mest problem med underkjeveprotesen. Det finnes en overbevisende mengde dokumentasjonen fra randomiserte kliniske studier som viser at rehabilitering av den tannløse underkjeve med dekkproteser forankret til to implantat gir en markert bedring av oral helsereelatert livskvalitet som målt med OHIP (for oversikt, se 5 og 13). Det er særlig de domener som måler fysiske problemer ved bruk av proteser som gir utslag.

Også pasienter som er misfornøyde med klinisk tilfredsstillende underkjeveproteser, rapporterer signifikant bedre oral helsereelatert livskvalitet straks etter at protesene er omgjort til implantatforankrede dekkproteser. Likeledes ser det ut til at bedringen vedvarer over flere år (5). For øvrig er det ingenting i litteraturen som tyder på

at protesens kvalitet, som vurdert av tannlegen, spiller en rolle for oral helsereelatert livskvalitet.

Effekten på oral helsereelatert livskvalitet ved rehabilitering av tannløse overkjever med implantatforankrede dekkproteser er på langt nær så godt dokumentert som for tilsvarende behandling i underkjeven. Imidlertid ser det ut til at slike konstruksjoner gir bedre resultater enn rehabilitering med konvensjonelle totalproteser. I tillegg til økonomi, vil valget mellom avtagbar dekkprotese og fast implantatforankret bro være betinget av pasientens vurdering av og krav til estetikk, tyggefunksjon, renhold og tale. Disse krav kan til tider være vanskeligere å oppfylle i overkjeven med en implantatforankret bro enn med en dekkprotese – noe som forklarer hvorfor overraskende mange tannløse foretrekker sistnevnte løsning. Igjen viser det hvor viktig det er å få klarhet i den enkelte pasients problemstillinger, behandlingsønsker og hva de ser som viktige elementer ved en rehabilitering.

Oppsummering

Oral helsereelatert livskvalitet er, på samme måte som generell livskvalitet, et uttrykk for individets subjektive opplevelse av tilværelsen, men avgrenset til helsereelaterte aspekter. Begrepet er vanskelig å definere og tolke entydig, og er bare meningsfylt på gruppenivå. Litteraturen gir likevel grunnlag for å trekke noen generelle konklusjoner: Oral helsereelatert livskvalitet reduseres generelt med tanntap, og spesielt når dette forekommer anteriort. Den bedres betydelig for tannløse, også over tid, når underkjeveprotesen omgjøres til en dekkprotese forankret til to implantater. Rehabilitering med faste proteser kan også føre til en bedring dersom oral helsereelatert livskvalitet var negativt påvirket av tanntapet, men effekten synes å forta seg over tid. Ovennevnte generelle kunnskap gir utgangspunkt for et strukturert intervju der pasientens individuelle orale helsereelaterte livskvalitet avdekkes. På det grunnlag kan pasienten gis optimal behandling.

REFERANSER

1. Waldron D, O`Boyle CA, Kearney M, Moriarty M, Carney D. Quality-of-life measurement in advanced cancer: assessing the individual. *J Clin Oncol* 1999;17:3603-3611.
2. Sischo L, Broder. Oral health-related quality of life: what, why, how and future implications. *J Dent Res* 2011 90:1264-70.
3. Gjengedal H, Berg E, Bøe O, Trovik TA. Self-reported oral health and denture satisfaction in partially and completely edentulous patients. *Int J Prosthodont* 2011;24:9-15.
4. Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerontology* 2007;24:151-61.
5. Gjengedal H, Berg E, Grønningsæter AG, Dahl L, Malde M, Bøe O, Trovik TA. The influence of relining or implant retaining existing mandibular dentures on health-related quality of life: A 2-year randomized study of dissatisfied edentulous patients. *Int J Prosthodont* 2013;26:68-78.
6. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med* 1998;45:221-230.
7. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:126.
8. Özhayat EB, Gotfredsen K. Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontol Scand* 2013;71:113-9.
9. Özhayat EB, Gotfredsen K, Elverdam B, Owall B. Patient-generated aspects in oral rehabilitation decision making. II. Comparison of an individual systematic interview method and the oral health impact profile. *Int J Prosthodont* 2010;23:421-8.
10. Özhayat EB, Gotfredsen K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *J Oral Rehabil* 2012;39:28-36.
11. Ponsi J, Lahti S, Rissanen H, Oikarinen K. Change in subjective oral health after single dental implant treatment. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011;26:571-7.

12. John MT, Slade GD, Szentpétery A, Setz JM. Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont* 2004;17:503-11.
13. Thomason JM, Kelly SAM, Bendowski A, Ellis JS. Two implant retained overdentures – a review of the literature supporting the McGill and York consensus statements. *J Dent* 2012;40:22-34.