



Tandbehandling af komplekse patienter med særlige behov behandlingsmæssige overvejelser

Bagger, Maiken; Hede, Børge

Published in:
Tandlaegebladet

Publication date:
2016

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Document license:
[Ikke-specificeret](#)

Citation for published version (APA):
Bagger, M., & Hede, B. (2016). Tandbehandling af komplekse patienter med særlige behov: behandlingsmæssige overvejelser. *Tandlaegebladet*, 120(9), 786-792. [571].

ABSTRACT

Tandbehandling af komplekse patienter med særlige behov – behandlingsmæssige overvejelser

I tandplejen udgør komplekse patienter med særlige behov en dårligt afgrænset og inhomogen gruppe borgere. Der kan beskrives flere forskellige barrierer for at tilgodese Sundhedslovens mål om "sunde tænder, mund og kæber" hos denne patientgruppe. For at overvinde disse barrierer kan man anvende forskellige strategier bl.a. behandling under sedation og i generel anæstesi. Barriererne skal dog ikke kun søges hos den enkelte patient og i dennes funktionsnedsættelse, da der tillige kan identificeres barrierer mht. transport og ledsagelse, men også barrierer af juridisk karakter. Det vigtigste element i disse borgeres tandpleje er dog en sufficient daglig mundhygiejne, da der er tale om en gruppe patienter, hvor behandling er kompliceret af talrige forhold.

Tandbehandling af komplekse patienter med særlige behov – behandlingsmæssige overvejelser

Maiken Bagger, leder af Specialcenter for Voksentandpleje, Aalborg Kommune Tandpleje

Børge Hede, overtlæge, adjungeret lektor, ph.d., Voksentandplejen, Københavns Kommune, og Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Accepteret til publikation den 31. maj 2016

Begrebet "komplekse patienter med særlige behov" dækker over en meget inhomogen og dårligt afgrænset gruppe borgere med forskellige former for funktionsnedsættelse. Borgere som har behov for en tandpleje, der er tilpasset den enkeltes begrænsede personlige resurser og særlige odontologiske problemer.

Det drejer sig overvejende om personer med en medfødt vidtgående psykisk udviklingsforstyrrelse – mental retardering og/eller en autismespekterforstyrrelse – der gør det vanskeligt eller helt umuligt for den pågældende at benytte den almene tandpleje i praksistandplejen eller i den almene børne- og ungdomstandpleje. Imidlertid kan man også inddrage andre grupper (1), fx personer med svære sociale problemer – stofmisbrugere, borgere med langvarige/kroniske psykiatriske lidelser samt svage ældre. Sidstnævnte grupper vil dog ikke være omfattet i den følgende fremstilling.

Ud over behandling og forebyggelse af de almindeligste tand sygdomme vil en del af disse patienter tillige have behov for en mere specialiseret behandling pga. af en hyppigere forekomst af bl.a. tanddannelsesforstyrrelser, eruptionsforstyrrelser, vækstafvigelser eller andre orale tilstande (2), som påvirker deres odontologiske status og behandlingsbehov. En del af de borgere, som rummes under dette begreb, har tillige en forøget tandsygdomsforekomst i forhold til den almene befolkning – specielt for så vidt angår parodontale lidelser (3).

EMNEORD

Dental care for disabled; dental legislation; restraint, physical; patient acceptance

Ud fra et lighedssynspunkt skal den tandpleje, som tilbydes denne gruppe borgere, tilgo-



Korrespondance til 1. forfatter:
Maiken Bagger, email: MBAG-fb@aalborg.dk

dese de samme mål, som er fastsat for resten af befolkningen (4). Imidlertid kan der opstå forskelligartede barrierer – fysiske såvel som psykiske, sociale og juridiske, for at disse borgere rent faktisk får et sådant tilbud om tandpleje.

Samfundets tilbud om tandpleje

Den danske sundhedslovgivning indeholder flere tilbud om tandpleje/tandbehandling til denne patientgruppe (4). Børn og unge under 18 vil kunne visiteres til at modtage tandpleje i den kommunale specialtandpleje, men vil også, i det omfang deres grundmorbus medfører specifikke medfødte odontologiske problemer, kunne visiteres til regionstandplejen, forankret på de kæbekirurgiske afdelinger eller ved sjældne medfødte problemer til de landsdækkende odontologiske videncentre på hhv. Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Uanset hvor barnet modtager tandpleje, er der tale om vederlagsfri behandling, hvorfor børnegruppen må anses for at være tilstrækkeligt dækket med behandlingstilbud.

Den voksne del af gruppen af komplekse patienter med særlige behov vil, i det omfang der er tale om patienter med vidtgående kooperationsproblemer, kunne visiteres til den kommunale specialtandpleje. Alle patienter med et sjældent medfødt handicap, der medfører specifikke odontologiske problemer, vil endvidere kunne henvises til de odontologiske videncentre. Det kommunale specialtandplejetilbud til borgere over 18 år kan være forbundet med en maksimal egenbetaling (kr. 1.815 i 2016), men det er op til den enkelte kommune at træffe politisk beslutning om organisering af specialtandplejen og om at opkræve egenbetaling for specialtandpleje. Udgifter ud over egenbetalingen er fuldt finansieret af kommunen. Kommunen er tillige ansvarlig for såvel oplysning om som visitation til tilbud om specialtandpleje, uanset om det er kommunen, en anden kommune, en praktiserende tandlæge eller en region, som leverer specialtandpleje til kommunens borgere på vegne af kommunen.

Derimod vil en mindre gruppe voksne patienter med odontologiske problemer relateret til en somatisk almenlidelse være særdeles dårligt stillet, såfremt deres problemer ikke kan defineres som et medfødt sjældent handicap. De vil ofte være henvist til at finansiere behandlingen selv, da de kun i tilfælde af økonomisk trang kan modtage økonomisk hjælp fra det offentlige og kun inden for de ofte meget snævre rammer, der er for sådanne tilskud (5). Det kan fx dreje sig om patienter, der lider af muskelsvind eller patienter med cerebral parese, der kan have problemer med at gennemgå konventionel tandbehandling, og som derfor kan have behov for behandling i generel anæstesi. Dette til trods er de ikke dækket af særlige handicapkompenserende tilbud og er derfor helt afhængige af deres egen betalingsevne. På den måde kan egenbetalingen udgøre en barriere for at opnå den rette behandling for komplekse patienter med særlige behov, ligesom den kan være det for andre grupper i praksistandplejen.

Med overførsel af amtstandplejen til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007 fik den kommunale tand-

pleje tilført en ny opgave. Flere kommunale tandplejer blev dog udfordret af at skulle varetage ofte vanskelige behandlingsopgaver på dårligt koopererende voksne patienter – behandlinger man ikke tidligere havde rummet i kommunen. I mange mindre kommuner var det tillige et problem, at medarbejderne kun mødte sådanne patienter og behandlinger relativt sjældent og derfor kun vanskeligt kunne opnå rutine og vedligeholde kompetencerne inden for denne type behandling. En mulighed for disse kommuner var at henvise disse patienter til behandling uden for kommunen – enten i en anden og større kommune eller i regionen, som i nogle tilfælde bibeholdt et tilbud om tandpleje, som nu havde skiftet navn til specialtandpleje. Dette tilbud må ikke forveksles med regionstandplejen (se Faktaboks 1 og Faktaboks 2).

En undersøgelse fra 2013 (6) påpegede, at nogle kommuner tillige indgik samarbejde med privatpraktiserende tandlæger, hvis der var tale om mere komplicerede protetiske løsninger. Her kan man overveje, om en specialtandplejepatient, der modtager en kompliceret tandbehandling i privat praksis, ikke også vil kunne modtage den almindelige og forebyggende behandling i praksistandplejen og derfor slet ikke burde visiteres til specialtandplejen.

Patienternes funktionsnedsættelse, almenlidelser og medicinering

Der er hyppigt tale om patienter med en medfødt nedsat intellektuel kapacitet – psykisk udviklingshæmning – som gør ved-

Faktaboks 1

Benævnelse på særlige tandplejetilbud før og efter kommunalreformen

Før 2007	Efter 2007
Amtstandplejen	Kommunal specialtandpleje
Amtsspecialtandplejen	Regionstandplejen

Faktaboks 2

Regionernes tilbud om specialtandplejen i Danmark

Forskelle i organisering

- I Region Sjælland, Region Midt samt Region Syd svarende til det gamle Sønderjyllands Amt findes der mulighed for, at kommunerne kan henvise (købe) deres patienter til en regional specialtandpleje.
- I Region Nord og Region Hovedstaden findes denne mulighed ikke.

Tillægshandicaps

Epilepsi	26%
Cerebral parese	15%
Psykoser eller neuroser	25%
Alvorlig sygdom, misdannelser mv.	24%
Blinde og svagsynede	40%
Høredefekter	40%
Autisme	>10 %
Udviklingshæmning	70%

Tabel 1. Forekomsten af tillægshandicaps hos udviklingshæmmede.

Table 1. The prevalence of additional impairments among citizens with an intellectual disability.

kommende helt eller delvist afhængig af andres hjælp, og som kan være forhindrende for at opnå en tilstrækkelig Kooperation i behandlingssituationen. Udviklingshæmning er hyppigt kombineret med formelle tankeforstyrrelser – fx en autismspekterforstyrrelse eller en psykose – som yderligere komplicerer kooperationsproblemerne. Ikke sjældent vil behandling kun kunne udføres under sedation eller i generel anæstesi, hvilket giver begrænsninger i behandlingsvalget. Mange patienter lider tillige af tillægshandicaps, fx syns- og hørehandicaps, epilepsi, misdannelser i bevægeapparatet og cerebral parese (7) (Tabel 1), hvilket kan bevirke ufrivillige bevægelser og/eller gøre, at patienten er bundet til en kørestol, er bevægelseshindret og/eller frembyder kommunikative vanskeligheder. Dette giver udfordringer i selve behandlingssituationen, idet det stiller krav om mulighed for forflytning og en hensigtsmæssig lejring af patienterne samt særlige kompetencer mht. alternative kommunikationsformer. At en stadigt voksende andel af de udviklingshæmmede patienter tillige har anden etnicitet (8) end dansk, komplicerer kommunikationsproblemet yderligere. Endelig skal nævnes, at en del af patienterne enten helt mangler et sprog eller kun kan kommunikere vha. det forsimplede fingersprog ”tegn til tale”.

Kooperationsproblemerne giver ikke kun vanskeligheder med at gennemføre en behandling, men vil ofte medføre problemer med hensyn til at udrede patienterne, da det kan være vanskeligt at opnå en tilstrækkelig anamnese på grund af patientens manglende evne til at afgive oplysninger. Man må derfor i vid udstrækning basere sin diagnostik på oplysninger fra tredjeperson og især fra objektive fund og supplere med parakliniske undersøgelser fx røntgendiagnostik i større omfang end ellers. At udrede mistanke om tandpine kan i sagens natur udgøre en betydelig faglig udfordring, både om hvorvidt der faktisk er tale om en smertetilstand, men også i givet fald hvorfra smerterne stammer. Accepterer patienten yderligere ikke

Autismepatient

Fig. 1. Røntgenoptagelse af dreng med autisme i generel anæstesi.

Fig. 1. X-ray examination of boy with autism taken under general anaesthesia.

optagelse af intraoral røntgen, kan behandleren stå i et fagligt skisma (Fig. 1).

En hyppig forekomst af tillægshandicaps og kroniske lidelser bevirker, at en stor del af patienterne er i langvarig behandling med flere farmaka – polyfarmaci – hvilket kan give problemer omkring interaktion og bivirkninger – fx nedsat spyttsekretion og gingivahyperplasier, ligesom det kan give anledning til særlige hensyn ved kirurgiske indgreb. I udgangspunktet bør de fleste patienter i denne gruppe beskrives som medicinsk kompromitterede patienter. Patienterne har som oftest en medfødt funktionsnedsættelse og vil derfor som oftest være fuldt medicinsk udredt – i det omfang det er muligt. Mange har hele deres barndom gået ind og ud af hospitalsafdelinger med henblik på udredning.

Endvidere giver nogle almenlidelser en øget risiko for, at der opstår et odontologisk behandlingsbehov. Det er således velkendt, at patienter med epilepsi eller cerebral parese har en overhyppighed af tandtraumer (9,10) og multiple traumer, hvilket kan være kompliceret at behandle, hvis fx patientens epilepsi ikke er velreguleret. En del patienter bærer således en beskyttelseshjelm. Autistisk prægede patienter kan have en selvskadende adfærd, som også kan ramme tænderne, og der ses en overhyppighed af excessivt slid på tænderne helt ned til gingivaniveau selv hos relativt unge patienter (11). Disse forhold kan gøre tandprotetisk rehabilitering uhyre vanskelig.



Ledsagelse og kørsel

Ifølge "Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter Sundhedsloven" yder kommunalbestyrelsen befordring og befordringsgodtgørelse til behandling. Det fremgår dog tydeligt af bekendtgørelsen, at dette ikke omfatter tandbehandling, men alene behandling på sygehus, til genoptræning, hos praktiserende læge og hos speciallæge. Komplekse patienter med særlige behov kan derfor ikke modtage transport eller transportgodtgørelse til tandlægelig behandling, selv om denne er betinget af en grundlæggende almenlidelse. Dette gælder også, selv om tandbehandlingen finder sted på et sygehus.

Af Servicelovens § 117 (12) fremgår det, at der kan ydes kørselstilskud til borgere, som ikke har bil, som af helbredsmæssige grunde ikke kan benytte kollektive transportmidler, og som har et reelt kørselsbehov. Der ydes ikke støtte til kørsel i forbindelse med behandling, da denne jo er dækket via Sundhedsloven. Servicelovens § 97 indeholder bestemmelser om, at beboere med ophold i botilbud kan modtage tilbud om ledsagelse i op til 15 timer om måneden, men at borgeren selv skal afholde udgifterne til transporten – også af ledsageren. Det fremgår af en afgørelse fra Ankestyrelsen (13), at der ved tildeling af ledsagelse lægges vægt på, at borgeren ikke kan færdes alene uden for hjemmet på grund af en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. At det tillige er et krav, at borgeren efterspørger individuel ledsagelse uden socialpædagogisk indhold, og at borgeren har givet udtryk for – dog ikke nødvendigvis verbalt – et ønske om at deltage i forskellige aktiviteter. Endelig fordres det, at borgeren er bevidst om indholdet i aktiviteten. Set i lyset af de tidligere beskrevne problemer i forhold til kommunikation og Kooperation vil disse forhold ikke altid, måske kun sjældent, kunne opfyldes.

Dette betyder, at selv om samfundet stiller et særligt tilbud om tandpleje til rådighed for udviklingshæmmede borgere, kan disse ikke altid drage nytte af dette, da de selv skal afholde udgiften til transport til og fra behandling, hvilket ofte skal ske med handicaptransport. Behovet for særlig transport og ledsagelse kan således også udgøre en barriere for at modtage den tilstrækkelige tandbehandling/pleje.

Juridiske og etiske aspekter – informeret samtykke

Ifølge Sundhedsloven må en behandling ikke iværksættes, før patienten har givet informeret samtykke til denne (14). Ethvert samtykke skal være specifikt og frivilligt, og det skal være informeret. Med informeret samtykke menes, at den, der giver samtykket til behandlingen, har forstået, hvad der gives samtykke til. Det er karakteristisk for mange af specialtandplejens brugere, at de er varigt inhabile, hvilket betyder, at de ikke har evnen til at handle fornuftsmæssigt. Når man snakker om kompetencer til at samtykke til en given behandling, bør man også overveje, om patienten har evnen til at overskue konsekvensen af at takke nej tak til tandbehandling. Dette kan medvirke til, at der går længere tid mellem behandlingerne, og at behandlingstilbuddet kan være mere radikalt – at et ubehandlet cari-

KLINISK RELEVANS

Alle tandlæger vil af og til møde komplekse patienter med særlige behov i deres praksis. Det er derfor relevant at kende det offentlige tilbud til denne patientgruppe. Vælger man selv at behandle patienten, bør man kende den lovgivning, som regulerer pligten til informeret samtykke og anvendel-

se af tvang. Det er endvidere relevant at kende til regelsættet omkring patienttransport. Endelig er det af betydning at kende til alternativer til almindelig konventionel behandling og betydningen af at inddrage resursepersoner omkring den enkelte patients hjemmetandpleje.

esangreb udvikler sig til pulpitis og i sidste ende medfører, at tanden mistes.

Specialtandplejen er således udfordret af kravet om informeret samtykke (15). Dog er det juridisk muligt for de nærmeste pårørende til patienterne at give et stedfortrædende samtykke til behandling. Er der ikke en nærmeste pårørende, vil en personlig værge kunne give samtykke. Hvis den personlige værge ikke kan/vil påtage sig ansvaret for et stedfortrædende informeret samtykke til fx en omfattende tandbehandling, er det muligt for kommunen at konsultere en anden specialtandpleje mhp. at få en vurdering, om den foreslåede behandling er relevant og nødvendig på det givne tidspunkt. Der vil i givet fald kunne gives samtykke til behandlingen fra en tandlæge i en anden kommunes specialtandpleje, da denne er at betragte som en fagperson med indsigt i området, men som ikke er en del af behandlingsteamet.

Det er vigtigt at understrege, at varig inhabilitet under ingen omstændigheder må forveksles med at være umyndiggjort. Begrebet umyndiggørelse af en borger er afskaffet tilbage i slutningen af sidste årtusinde, og man taler således udelukkende om forskellige typer af værgemål (særligt økonomiske, men i nogle tilfælde også et personligt værgemål).

Juridiske og etiske aspekter – magtanvendelse – tvang

Anvendelse af magt i forbindelse med omsorg og behandling er omfattet af både Servicelovens og Sundhedslovens bestemmelser.

Servicelovens § 82 (12) fastsætter, at en kommune har en omsorgspligt over for borgerne, og at denne pligt er uafhængig af borgerens samtykke til dette. Det er dog tillige vigtigt at understrege, at der ikke kan ydes omsorg med magt. For borgere, der er visiteret til hjælp via Servicelovens § 83-87 eller §§ 101-104, vil det være muligt at anvende magtanvendelse inden for fysisk fastholdelse i hygiejnesituationer. I en følgevejledning (16) er der beskrevet syv specifikke områder, herunder tand-

børstning og fjernelse af madrester i kindpose og mundhule, hvor magtanvendelse er mulig, dog kun ved en tidsbegrænset tilladelse. Det er imidlertid ikke muligt at søge om tilladelse til magtanvendelse til løsning af andre tandlægefaglige problemer, fx egentlig tandbehandling. Tilladelsen til magtanvendelsen gælder maksimalt i tre måneder, men der er mulighed for at søge forlængelse til i alt seks måneder. Herefter er yderligere forlængelse ikke mulig. Det er også vigtigt at understrege, at alle andre muligheder skal være afprøvet forud for magtanvendelsen. Det er et krav, at der udarbejdes en handleplan forud for forløbet, og at det løbende dokumenteres.

En opgørelse fra Københavns Kommune (17) viser, at man inden for området ”handicap voksne” tyede til magtanvendelse i alt 402 gange i 2014. Af disse var der kun tale om magtanvendelse i forbindelse med omsorgsopgaver, fx personlig pleje og indtagelse af ordineret medicin i 58 tilfælde. Langt de fleste magtanvendelser – 312 tilfælde af magtanvendelse – drejede sig om nødværge/nødret i forbindelse med aggressiv adfærd mv. Opgørelsen omfattede 1.885 beboere.

I forhold til Sundhedsloven (14) er tvangsbehandling af patienter i forbindelse med tandlægefaglig virksomhed ikke en reel mulighed, da der i udgangspunktet er meget få situationer, hvor konsekvenserne af manglende tandbehandling vil kunne udvikle sig til direkte livstruende situationer. Det hedder således i ”Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.” at ”Det skal understreges, at hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, er der, uanset samtykke fra værge eller pårørende, ikke hjemmel til at gennemføre behandlingen med tvang.” Nedenfor er beskrevet et patienttilfælde, som illustrerer de problemer, man kan komme ud for.

Sundhedslovgivningen indeholder udelukkende bestemmelser om sundhedsfaglig tvangsbehandling, som kan finde anvendelse overfor psykotiske patienter, der allerede er tvangs-

indlagt på en psykiatrisk afdeling og om tvangsinternering af personer med smitsomme sygdomme, som kan være en trussel mod folkesundheden.

Der kan således også opstå barrierer for tandpleje og -behandling pga. den lovgivning, som skal beskytte bl.a. komplekse patienter med særlige behov mod overgreb fra autoriserede sundhedspersoners side. Det er en grundlæggende rettighed, at borgeren uanset handicap og inhabilitet via Den Europæiske Menneskerettighedskonvention har en ukrænkelig ret til at bestemme over sin egen krop og derfor ikke må tvangsbehandles, hvis han/hun i ord eller gerning modsætter sig behandling (18). Dette kan desværre også føre til en u hensigtsmæssig mangel på behandling hos personer, som ikke er klar over konsekvenserne af deres behandlingsvægring.

Behandlingsvalg – behandlingsniveau

En optælling i 2013 (6) blandt landets seks største leverandører af specialtandpleje viste, at specialtandplejens patienter sammenlignet med patienter i praksistandplejen havde færre tænder, og at de resterende tænder var mere omfattende behandlet end i praksistandplejen. Der var tale om en forskel, der blev forøget med stigende alder. I udgangspunktet burde behandlingsniveauet for en specialtandplejepatient kunne sidestilles med en patient fra privat praksis. En af de faktorer, der medvirker til forskellen, er, at disse borgere er afhængige af hjælp til den daglige tandbørstning og ikke altid formår at medvirke til dette og måske heller ikke får den nødvendige hjælp.

Det er tillige en patientgruppe, der ikke i tilstrækkelig grad formår at tilkendegive smerter eller andre problemer fra tænderne. Personalet omkring patienten observerer ofte en ændret adfærd hos borgeren og må så herefter afklare, hvad det skyldes. Der kan derfor gå en længere periode under udredningen, hvor prognosen for tanden forringes. En svensk undersøgelse (19) viste således, at de dårligst fungerende udviklingshæm-

Et patienttilfælde. Informeret samtykke

Del 1

En udviklingshæmmet patient har ved en undersøgelse fået konstateret profud caries i flere tænder. Personalet omkring patienten oplyser, at han har ændret adfærd, spiser ikke og er meget urolig og tager sig til munden. Han kan ikke samarbejde til at få lavet en tandbehandling på klinikken. Han henvises derfor til behandling i generel anæstesi, men da han møder op til tandbehandling i generel anæstesi, kan han igen ikke samarbejde til dette og må sendes hjem.

Var behandlingen blevet gennemført ved en af disse to seancer, ville der være tale om en tvangsbehandling. Selv om der er givet tilladelse fra nærmeste pårørende eller

værge, vil det ikke under nogen omstændigheder være tilladt at gennemføre tandbehandlingen, såfremt patienten nægter at lade sig behandle.

Selv om patienten skulle have tilkendegivet at have tandpine eller have tydelige tegn på dette, vil det ikke være tilladt at gennemføre behandlingen.

Del 2

Ved næste tid til behandling i generel anæstesi er patienten præmediceret i samarbejde med egen læge og kan derfor samarbejde til at blive lagt i generel anæstesi.

Ovenstående er et almindeligt scenarie i landets specialtandplejer. Behandlingsforløbet succes er afhængigt af, at der er en mulighed for at anvende præmedicinering i forbindelse med tandbehandling.

mede havde den laveste cariesincidens, men at de alligevel havde de hyppigste tandtab, formodentlig fordi caries kun kunne diagnosticeres og behandles i generel anæstesi og ofte for sent og med en ekstraktionstang. Det forhold, at patienten kun i mindre grad kan medvirke til behandlingen og kun i ringe grad kan give informeret samtykke, bevirker, at man må stille nogle krav til behandlingsvalget illustreret i Faktaboks 3 (20).

Der er forskellige strategier, som kan anvendes, hvis en patient ikke har den tilstrækkelige Kooperation til konventionel behandling. Dels kan man reducere målene for behandlingen, så de behov, der tilgodeses, sker på et lavere niveau – dvs. at man fx ser bort fra oral rehabilitering ved tandtab og kun tilgodeser fx sygdoms- og symptombehandling. Man kan også anvende forskellige hjælpemidler – bideklodser, lejringspuder, lift mv. I mange tilfælde kan man nå langt ved adfærdstilpassende teknikker – ”behavioral management” – dvs. at behandleren tilpasser sin kommunikation og adfærd til patientens funktionsnedsættelse, og at man tilpasser de fysiske rammer til patientens resurser. Man bør være opmærksom på, at et behandlingsforløb kan komme til at strække sig over en meget lang periode. Ikke sjældent er dette dog utilstrækkeligt, og det kan være nødvendigt, at undersøgelse og/eller behandling sker under sedation eller i generel anæstesi.

Undersøgelse og behandling under sedation

Når en dårligt koopererende patient undersøges, er det relevant at se på den diagnostiske kvalitet. En sufficient undersøgelse med brug af spejl, sug, sonde og luftpåblæsning suppleret med røntgenbilleder er ikke altid mulig at gennemføre på konventionel vis, hvorfor det i en del tilfælde vil være mere relevant at betragte undersøgelsen som en screening for let diagnosticerbare tilstande.

En egentlig sufficient undersøgelse vil i mange tilfælde kræve sedation, som kan ske ved anvendelse af benzodiazepiner. Det bedst undersøgte benzodiazepin til anvendelse ved sedation af udviklingshæmmede patienter i forbindelse med tandbehandling er midazolam (21), som har en kort absorptionsstid og en kort halveringstid, således at patienten kan medicineres i venteværelset inden behandling og er relativt hurtigt ude af medicinrusen efter behandling. Sundhedsstyrelsen har for nylig fastsat regler for uddannelse og overvågning i forbindelse med sedering ved tandbehandling (22). Reglerne omfatter dog udelukkende anvendelse af sedering af personer under 18 år.

Det er her vigtigt at anføre, at det i henhold til det informerede samtykke ikke er tilladt at give patienten præmedicinering, uden at denne er informeret om dette. Det er således ikke ”lovligt” at ”snige” medicinen i fx morgenmaden forud for en undersøgelse hos tandlægen.

Behandling i generel anæstesi

Gør man ved undersøgelsen fund, der kræver behandling for at standse progressionen, og kan patienten, ved brug af sedering,

Faktaboks 3

Grundlæggende krav til behandlinger hos non-kompliance patienter

Behandlingen skal være:

- Acceptabel for patienten
- Tilpasset den enkelte patients behov
- Realistisk at gennemføre inden for en rimelig tidsramme
- Realistisk, at patienten gennemfører – dennes personlige resurser taget i betragtning
- Tilgodese symptom- og sygdomsfrihed
- Skånsom over for de orale væv
- Have en høj succesrate
- Have en lav frekvens af bivirkninger og komplikationer
- Være omkostningseffektiv – ikke ”stjæle” resurser fra andre patienter
- Have en god prognose for bevarelse af behandlingsresultatet
- Være fleksibel over for revision

ikke medvirke til behandlingen, er det relevant at tilbyde behandling i generel anæstesi.

En spørgeskemaundersøgelse i 2013 (6) viste, at selv om de kommunale specialtandplejer i Danmark har mulighed for at tilbyde specialtandplejepatienter tandbehandling i generel anæstesi enten i eget regi, i samarbejde med andre kommuner eller regioner, er det stadig et område præget af usikkerhed, inden for hvilke muligheder der er til rådighed. I flere regioner er der yderligere mulighed for, at der kan henvises til de kæbekirurgiske afdelinger, hvis der er tale om en patient med betydelig komorbiditet, der ikke kan behandles ambulantly i specialtandplejen. Dette er dog kun tilfældet i nogle regioner. Tilbuddet om tandbehandling i generel anæstesi omfatter de almindelige konserverende tandbehandlinger, der kendes fra praksistandplejen fra deputation til implantatbehandlinger. Behandlingen skal tage sigte mod at skabe stabile forhold, der efterfølgende kan holdes sunde af patienten selv eller personale omkring patienten.

Samarbejde med pårørende og personalet omkring patienten

Det er velkendt, at der kan være store problemer omkring at opretholde en sufficient mundhygiejne hos udviklingshæmmede borgere (3). Det er en opgave, som næsten helt påhviler de pårørende eller det personale, som er omkring borgerne. En undersøgelse og dens litteratursøgning (23) viser talrige forsøg på at etablere mundplejeprogrammer, som løser denne problemstilling. Desværre synes ingen at have fundet de vises

sten, så ved behandlingsplanlægning hos denne patientgruppe må man ofte påregne en dårligere prognose for behandlinger, som er afhængig af en tilstrækkelig mundhygiejne. Dette, sammenholdt med at muligheden for tidlig diagnostik og revision af behandlinger er begrænset, betyder, at man i mange tilfælde må fraråde højteknologiske behandlinger, fx implantatbehandlinger, til denne gruppe patienter.

Hos denne gruppe patienter gælder mere end hos nogen andre, at man ikke kan behandle sig til tandsundhed. Derfor

er den største udfordring – men måske også den største barriere – for den tandlægeprofessionelle at få etableret en alliance med de pårørende og personalet omkring patienterne. Dette skal sikre den daglige mundpleje således, at også denne truede gruppe borgere i lighed med andre kan opnå sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.

ABSTRACT (ENGLISH)

Considerations when treating the Special Care Dentistry patient

Patients with special and complex needs for oral care are a poorly defined group of population. These patients face many obstacles when trying to reach the goals described in The Health Act concerning the maintenance of good oral health throughout life.

In order to overcome these barriers one must use different approaches such as treatment under sedation and/or general anaesthesia.

The barriers are not only to be found within the patient and their impairment but also within the legislation designed to protect the citizens. Furthermore, treatment can be complicated by lack of transport opportunities, and most patients are dependent on help and therefore need to be accompanied.

These barriers to dental treatment emphasize that the most important and crucial element in the dental care of these patients is daily oral care (instruction and aid to the patient and relevant caretaking personnel) in order to prevent oral disease and thereby minimizing the need for treatment.

Litteratur

- Hede B. Tandplejens stedbørn – de udsatte og de udstødt. Tandlægebladet 2015;119:794-801.
- Russell BG, Hede B. Odontologiske diagnoser af etiologisk betydning. Bull NFH 1979;8:15-26.
- Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. Spec Care Dent 2010;30:110-7.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Omfanget af kravene til den kommunale og regionale tandpleje – vejledning. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
- TANDLÆGEFORENINGEN. Tilskud til tandpleje. (Set 2016 juni). Tilgængelig fra: URL:https://www.tandlaegeforeningen.dk/Patienter/Priser/tilskud_tandpleje_2013.aspx
- Hede B, Bagger M. Upublicerede data præsenteret ved konference om specialtandpleje i Odense 2014.
- Russell BG. Mental retardering – psykisk udviklingshæmning. Tandlægebladet 1996;100:646-53.
- Hoffmann AL, Baekgård P, Beck B et al. Causes of mental retardation in children of immigrant background. A registry study of the occurrence of consanguinity among parents of mentally retarded children at the Center for Handicapped, Glostrup hospital, county of Copenhagen. Ugeskrift for Læger 2002;165:42-6.
- Miyamoto CB, Ramos-Jorge ML, Ferreira MC et al. Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factor. Braz Oral Res 2011;25:319-23.
- Gerreth K, Gerreth P. Occurrence of oral trauma in young epileptic patients. Eur J Paediatr Dent 2014;15:13-6.
- Oilo G, Hatle G, Gad AL et al. Wear of teeth in a mentally retarded population. J Oral Rehabil 1990;17:173-7.
- SOCIAL- OG INDENRIGSMINISTERIET. Lov om social service. LBK nr. 1284 af 17/11/2015. København, 2015.
- ANKESTYRELSEN. Ankestyrelsens principafgørelse C-25-00 om ledsageordning. København 2000.
- SUNDHEDSMINISTERIET. Sundhedsloven. LBK nr. 1202 af 14/11/2014. København 2014.
- Strand GV, Lygre GB, Hede B. Informert samtykke. Tandlægebladet 2013;117:124-8.
- MINISTERIET FOR BØRN, LIGESTILLING, INTEGRATION OG SOCIALE FORHOLD. Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper. (Vejledning nr. 8 til Serviceloven). København 2010.
- KØBENHAVNS KOMMUNE, SOCIALFORVALTNINGEN, CENTER FOR POLITIK. Antallet af indberettede magtanvendelser for 2014. Notat København 2015.
- Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? In: Holmstrup P, ed. Aktuel nordisk odontologi. København: Hans Reitze, 2012:211-21.
- Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study and dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. Eur J Oral Sci 2001;109:20-6.
- VOKSENTANDPLEJEN KØBENHAVNS KOMMUNE. Klinisk retningslinje for behandling i specialtandplejen. København 2011.
- Manley MC, Skelly AM, Hamilton AG. Dental treatment for people with challenging behaviour: general anaesthesia or sedation? British Dent J 2000;188:358-60.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Vejledning om vågen sedation af børn og unge med væsentlige kooperationsproblemer i forbindelse med tandbehandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
- Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Should we educate staff to improve the oral health and oral hygiene of people with intellectual disability in residential care. Real world lessons from a randomized controlled trial. Spec Care Dent 2015;35:92-8.