

# Mental retardering – psykisk udviklingshæmning

**Bjørn G. Russell**

Der gives en generel orientering om mental retardering, forekomst, årsager og problemer. De specielle odontologiske aspekter for gruppen beskrives, og der gøres særlig opmærksom på de forandringer, som forekommer i kranieudviklingen, og de morfologiske forandringer i tænderne, der kan sættes i relation til afvigende neurologisk udvikling. Odontologien har derfor helt nye muligheder, diagnostisk og behandlingsmæssigt, med et multidisciplinært samarbejde med neurologer, oftalmologer, pædiatere, psykiatere/psykologer, genetikere m.fl.

Problemer omkring omsorgstandplejen omtales, – med de store forskelle i kommunernes afgrænsning af gruppen »hjemmeboende«, som ikke tilgodeser de hjemmeboende svært mentalt retarderedes tandpleje i tilstrækkelig grad, og med den manglende overensstemmelse med tandplejelovens intention om »et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling«.

I de nordiske lande er ca. 1% af befolkningen psykisk udviklingshæmmede. I mange lande er antallet af åndssvage omkring 2% af befolkningen, stigende til ca. 3% i lande, hvor der findes udbredte slumområder, præget af manglede stimulation af børn og unge (»*cultural deprivation*«). I samtlige opgørelser er der registreret flere psykisk udviklingshæmmede mænd end kvinder (ratio ca. 4:3). I øvrigt er der ingen nyere central registrering af mentalt retarderede i Danmark.

## Aldersfordeling

Inden for de forskellige aldersgrupper er der stor variation i erkendelsen af psykisk udviklingshæmning, med en stigende forekomst i de første år indtil skolealderens begyndelse. Efter 20-års-alderen er forekomsten dalende. Forklaringen på dette er bl.a. en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. I de senere år har overdødeligheden for gruppen været faldende, og det er nu mere almindeligt at se svært handicappede, som opnår en høj alder pga. bedre behandlingsmuligheder.

Administrative og lovmæssige forhold gør, at antallet af personer med mental retardering varierer, men de tilgrundliggende biologiske årsager er uændrede.

## Definition

WHO har i 1974 defineret psykisk udviklingshæmning som følger: »mental retardering omfatter en tilstand med bremset eller ufuldstændig udvikling af forstanden, specielt karakteriseret ved nedsat intelligens af en sådan natur eller grad, at der er behov for lægelig behandling, anden speciel service eller træning«. Begrebet er således knyttet til udviklingsperioden. Skader på hjernen, som giver intelligenshandicap efter puberteten betegnes ikke som psykisk udviklingshæmning, men som demens.

For at afgrænse samlebegrebet psykisk udviklingshæmning har man opstillet nogle vejledende prøver, intelligens-tests, der i tal giver udtryk for den mentalt retarderedes fungeren på det givne tidspunkt og i den givne prøvesituation.

Prøverne går ud fra forskellige normer, der præger børnenes almindelige indlæring og udmøntes i en intelligenskvotient. Groft kan man sige, at et barn på 12 år, der intellektuelt fungerer som gennemsnittets 12-årige, har en intelligenskvotient (IK) på 100. Fungerer det 12-årige barn på niveau med almindelige 6-årige, bedømmes IK til 50. Intelligenskvotientens tal har ringe værdi alene og må vurderes ud fra langt mere omfattende iagttagelser af såvel delfunktioner som hele individets personlighed og sociale tilpasningsformåen. Intelligenstesten er en grov skala med uskarpe grænser.

## Betegnelser

Der er mange betegnelser for begrebet åndssvaghed, bl.a. pga. det udbredte, emotionelt betonede misbrug af ordet åndssvag. Evnesvag er en betegnelse, der ikke er klar, idet personer, der er svage mht. åndsevner, udmærket kan have andre evner som fx musikalske anlæg eller andre begrænsede færdigheder. WHO bruger betegnelsen *mental subnormality*. Psykisk udviklingshæmning er den betegnelse, der søges gennemført i de skandinaviske lande. I de senere år har det amerikanske *mental retardation*/retardering vundet hævd (Tabel 1).

## Årsager

Årsagen til åndssvaghed kan være anlægsfejl, hvor fejlen allerede er til stede i den første celle, fra hvilken individet udvikles. Det medfører en primær åndssvaghed af enten arvelig eller ikke-arvelig karakter. Åndssvagheden kan også være erhvervet pga. svigtende udviklingsbetingelser eller skader under udviklingen.

Skematisk klassificering af årsagsforholdene (1):

1. *Overvejende arv* udgør ca. 5% af årsagsforholdene:
  - a) Enkeltgen-defekter som ved stofskiftelidelser, fx Føl-lings sygdom (fenyketonuri, PKU), eller
  - b) specielle kromosomabnormiteter som ubalancerede translokationer eller
  - c) polygenetisk arv som ved arvet let åndssvaghed.
2. *Tidlig skade i fosterets udvikling* udgør ca. 35% af årsagerne:
  - a) Skade ved sporadiske kimforandringer (mutationer), opstået før konceptionen. Det kan også dreje sig om kromosomabnormiteter som Down syndrom eller syndromer af ukendt årsag.
  - b) Skader under den første del af fosterudviklingen som infektioner (rubella), kemiske beskadigelser (alkohol) eller tidlig livmoderblødning.
3. *Andre skader ved svangerskab og fødsel* ca. 10%. Abnorm placenta, for tidlig fødsel, skader pga. unormal fødsel.
4. *Erhvervede skader i barndommen* ses i ca. 5% af tilfældene. Fx infektioner i hjernen, hjernehindene m.m., forårsaget af meningitis, forgiftninger (bly), fysiske beskadigelser ved vold eller færdselsulykker, svulster i hjernen med svære sansehandicap.
5. *Mangelfuld udvikling*, forårsaget af manglende stimulering fra omgivelserne og ringe sociale forhold, er årsagsfaktor i ca. 20% af tilfældene. Dette kan skyldes, at forældrene, en eller begge, er svært handicappede; eller årsagen kan ligge i børne-neuroser og børnepsykoser.
6. *Et samspil af flere af de ovennævnte faktorer* eller tilfælde, hvor årsagen ikke kan påvises, udgør omkring 25%.

Åndssvages personlighedsudvikling varierer lige så meget som andre menneskers. Hver enkelt af de psykisk udviklings-

Tabel 1. Klassifikation af mental retardering (åndssvaghed) (F70-F79) i henhold til Sundhedsstyrelsens Klassifikation af sygdomme, 1994.

F70	Mental retardering i lettere grad <i>Retardatio mentalis levis</i>
F71	Mental retardering i middelsvår grad <i>Retardatio mentalis moderata</i>
F72	Mental retardering i sværere grad <i>Retardatio mentalis gravis</i>
F73	Mental retardering i sværeste grad <i>Retardatio mentalis profunda</i>
F78	Anden mental retardering <i>Retardatio mentalis alia</i>
F79	Mental retardering uden specifikation <i>Retardatio mentalis non specificata</i>

Tabel 2. Antal komplicerende handicap (i procent af registrerede) (2,3).

Handicap	
Epilepsi	26%
Cerebral parese	15%
Psykosser o.l.	13%
Neuroser o.l.	10%
Alvorlig sygdom, misdannelser o.l.	18%
Diverse mindre handicap, tale- og sproghandicap, enuresis o.l.	24%

hæmmede må mødes som et menneske med følelser, behov, intentioner, oplevelser og udviklingsmuligheder.

## Tillægsproblemer

Mental retardering optræder ofte sammen med flere andre handicap, fx endokrinologiske, neurologiske og kardiovaskulære sygdomme. Bortset fra neuroserne, der forekommer hyppigst hos lettere åndssvage, har de lettere åndssvage relativt få komplikationer. Jo lavere den intellektuelle udvikling er, desto flere komplicerende handicap og sygdomme findes. Man taler her om multihandicappede personer (Tabel 2).

*Henriksen* (4) fandt som skolelæge, at 40% af forsorgsskolelever har hørefekter, mens 56,7% har refraktionsanomalier, mod henholdsvis 2,6% og 15,8% i normalskolen. *Warburg* (5) fandt i danske institutioner for mentalt retarderede, at 5% er blinde og 7-8% svagsynede.

## Behandlingsformer

Med den mangfoldighed, som diagnosen mental retardering frembyder, er det umuligt at tale om specielle behandlingsfor-

mer eller medicinering. Hver enkelt patient frembyder sit individuelle sygdomsbillede.

I vurderingen af det enkelte tilfælde indgår den øjeblikkelige tilstand samt forløbet, som det tidligere har formet sig. Patienten har krav på, at alle faktorer og muligheder tages i betragtning, ikke mindst når det drejer sig om selvbestemmelsesretten. Her kan patientens manglende forståelse af problemerne og deres løsning medføre, at pårørende og/eller værge må være med i beslutningsprocessen. Grundholdningen er at »bygge patienten op« til at vælge. Vigtigt er det generelt at styrke den forebyggende indsats, som ikke er et alternativ til behandling, men et alternativ til sygdom.

### Odontologiske aspekter

Den multikausale ætiologi, som ligger til grund for mental retardering, gør, at der er store individuelle variationer, også af de odontologiske aspekter. En oversigt bliver derfor summarisk.

#### Kæberne og kæbeskelettet

Ganeforandringer med høje smalle ganer (ogivale ganer) ses hos ca. 1/3 af de mentalt retarderede, ligesom submukøse ganespalter, bifid uvula og ganespalter er væsentligt hyppigere end hos normalbefolkningen. Den bløde gane kan ses forkortet og inaktiv pga. neuromuskulære defekter. Malokklusioner forekommer oftere og i sværere grad end hos normalbefolkningen. Specielt har forekomsten af Angle klasse III vist sig at være stor (12-13%), hvor gruppen af patienter med trisomi 21 (Down syndrom) dominerer billedet, mens Angle klasse II, kombineret med åbent bid, bl.a. pga. tungevaner, ofte ses i forbindelse med cerebralt paretiske patienter. Mange af malokklusionerne er betinget af mundåbning og af neuromuskulære defekter (6-9).

Nyere forskning har vist, at kranieudviklingen og hjerneudviklingen er nøje koordineret fra det tidlige fosterstadium, hvor neuralrøret lukker (10,11). Fejl i centralnervesystemets udvikling viser sig ved karakteristiske fejl i det aksiale skelet. Derfor kan kranielle fejl allerede ved fødslen sættes i relation til afvigende neurologisk udvikling (12). Odontologien får derfor i et multidisciplinært samarbejde med neurologer, oftalmologer, pædiatere, psykiatere/psykologer, genetikere og metabolikere mfl. helt nye muligheder og ny betydning.

#### Tandanomalier

Morfologiske forandringer, supernumerære tænder, agenesier, samt emaljehypoplasier ses hos ca. 40% af de mentalt retarderede, altså betydelig oftere end hos andre (8,9).

Forekomsten af tandagenesier hos personer med Down

syndrom er ca. 10 gange større end hos normalbefolkningen. Tandmanglerne ses i de regioner, hvor nervebanerne ikke er vokset ud (13).

Beskrivelsen af tandforandringer indgår efterhånden mere og mere som en del af et diagnostisk samarbejde med speciallæger, og bidrager til en endelig diagnose. Interne og eksterne emaljehypoplasiens kronologi kan ligeledes være af betydning for at belyse eventuelle præ-, peri- eller postnatale insulter hos patienter og kan hermed være med til en ætiologisk sygdomsudredning (Fig. 1). Odontologien har her store udviklingsmuligheder. Der er rapporteret mere end 300 syndromer med tandforandringer (9). Forandringer som pits i tandemaljen (Fig. 2) kan således være et af de fund, der kan verificere diagnosen tuberøs sklerose (14).

#### Caries

I de yngre aldersgrupper er der en lav cariesforekomst på trods af påviselig større plakakkumulation (6,8,15). Årsagen menes bl.a. at ligge i en mikrobiologisk ændret, mindre kariogen sammensætning af plakken og en høj pH-værdi af spytet. Agenesier og taptænder reducerer også forekomsten af approssimale cariesangreb.

For institutionsanbragte patienter er en regelmæssig kost samt manglende mulighed for småspiseri mellem måltiderne af afgørende betydning for den mindre cariesforekomst. Hjemmeboende psykisk handicappede børn og unge, der er bedre udrustede såvel i fysisk som i intelligensmæssig henseende, og som har adgang til slikspiseri, har en betydelig højere cariesforekomst (Fig. 3) (16).

#### Traumer

Der er mange traumatiske tandskader pga. dårlig almen motorik og perception samt epileptiske anfald (17). Frekvensen af tandskader hos børn med epilepsi er mere end fire gange så stor som hos andre børn (18).

Traumeramte tænder kan have betydning for personens eget selvværd, hvilket bl.a. *Søren Kierkegaard* skriver i »Enten – Eller« (19): »Den Tand forstyrrer mig ordentlig, jeg kan ikke godt lide nogen Hentydning dertil, det er en svag Side, jeg har..... En saadan lille Omstændighed kan forstyrre mig mere end det farligste Angreb, den piinligste Situation. Jeg vil lade den trække ud, men det forestyrer mit Organ og min Stemmes Magt«. – (Et sidespring: havde *Søren Kierkegaard* en mørk traumeramt fortand?).

#### Parodontiet

Mange patienter har en generelt nedsat resistens, og forekomsten af gingivitis, parodontitis og gingival hyperplasi er



Fig. 1. Slibesnit af fjældet temporær tand fra patient med cerebral parese. Tanden er set i polariseret lys, og i den prænatale emalje, der ses mellem pilene, er der flere mineralisationsforstyrrelser (Retzius-linier), der tyder på noxer i den prænatale tilværelse. Fødselslinien (svarende til den sorte pil) er fortykket, hvilket svarer til, at fødslen har påvirket barnet.

Fig. 1. Ground section of a shedded deciduous tooth from a patient with cerebral palsy. In the prenatal enamel (between the arrows) several Retzius-lines are seen as a result of prenatal noxes. The birth line (black arrow) is wide, correspondent to birth problems.

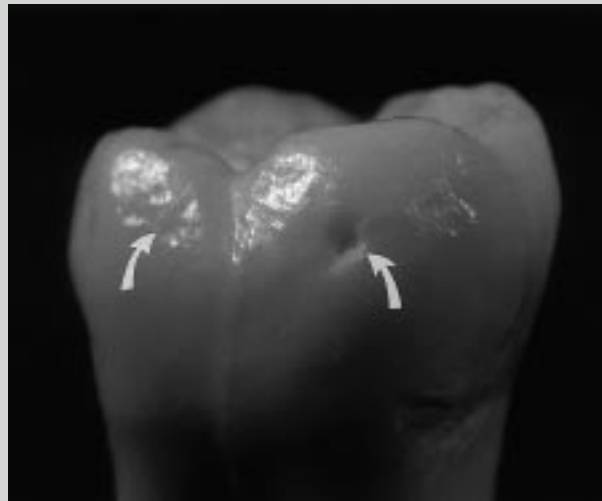


Fig. 2. Tandkrone på ekstraheret tand fra patient med tuberøs sklerose. Svarende til pilene ses pit-dannelser i emaljen, en malformation, der er patognomonisk for sygdomsbilledet.

Fig. 2. Tooth from a patient with tuberous sclerosis. The arrows indicate the typical enamel pits which are characteristic for the disease.



Fig. 3. Cariessituation hos en 4-årig dreng, der pga. manglende kooperationssevne viser multiple og cirkulære cariesangreb.

Fig. 3. A four-year-old boy with lack of cooperation resulting in multiple and circular carious lesions.

derfor stor (6,7,15). Patienterne kan ikke selv gennemføre sufficient oral hygiejne. Der er tillige en nedsat selvrensning pga. dårlig muskulær aktivitet og koordination, hvilket også bidrager til betydelig plakakkumulation og hurtig tandstensdannelse. Samtlige mentalt retarderede må have mere eller mindre hjælp, for at der kan gennemføres en adækvat mundhygiejne. Hjælpemidler som el-tandbørste, klorheksidin, Ascoxal o.l. kan derfor komme på tale.

### Behandlingsmæssige problemer

Der er mange behandlingsmæssige problemer. Dette skyldes, at patientskaren er meget varierende mht. såvel psykiske som somatiske defekter. Den orale sundhedstilstand er en væsentlig facet af den generelle sundhedstilstand, og tandbehandling hos mentalt funktionshæmmede er som regel tidsrøvende.

Det kræver stor tålmodighed at skabe en rolig og tryk atmosfære omkring selve behandlingssituationen med tovejskommunikation til forældre, pårørende og personale, ligesom der må skabes en god kontakt til patienten. Dette kræver personalemæssigt et godt samarbejde (Fig. 4).

Ved den første undersøgelse (kontakt) aftales behandlingsforløbet: hvad der skal gøres, hvordan det skal gøres, og hvor lang tid det vil tage. Det er en god idé at notere aftalerne i journalen. Behandleren må holde sig til aftalen og ikke behandle ud over det aftalte, fordi det nu lige gik så godt.

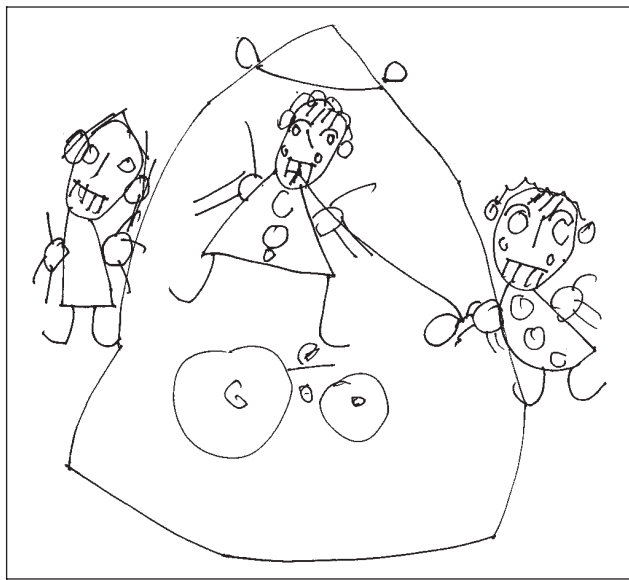


Fig. 4. Tegning, lavet af en 20-årig, mentalt retarderet pige, der viser hendes opfattelse af tandbehandlingen i afslappet miljø.

Fig. 4. A positive theme drawing of the relaxed treatment situation made by a 20-year-old mentally retarded woman.

Patienten kan risikere at komme i en uoverskuelig situation. Hvad skal der nu ske? – Hvor længe varer det? Følgen bliver usikkerhed og utryghed, og patientens tro på sig selv mistes. Det opbyggede tillidsforhold går tabt sammen med kooperationen. Patienterne er oftest bedst koopererende om formiddagen, hvor de er udhvilede.

Tandlægeskræk kan forekomme som hos andre. Det som er væsentligt i behandlingen af disse patienter er at opbygge patientens selvillid ved at han/hun kan klare behandlingen. Det kræver, at den behandlende tandlæge og behandlingsteamet ikke er bange for patienten. En sådan frygt bemærkes altid af patienten og giver vanskeligheder i behandlingssituationen. Tilvænningsbehandling kan komme på tale, men det kan ikke anbefales at udsætte patienten for talrige seancer; der må ske noget, handles og behandles.

Ved manglende Kooperation kan præmedicinering med sedativa eller generel anæstesi være aktuel. Hospitalisering eller lang tids overvågning før og efter behandling i generel anæstesi er nødvendigt. Såvel de sygdomsmæssige forhold som eventuel medikamentel behandling kan komplicere anæstesen. Da det kan være vanskeligt at holde patienten fastende før generel anæstesi, er behandling om morgenen at foretrække.

### Tandregulering

Tandregulering kan gennemføres efter normale principper. Man må vurdere patientens vækstmønster, kooperationssevne og mundhygiejne, som kan modificere anvendelsen af ortodontisk behandling. For psykotiske patienter og patienter med psykotiske træk kan man have stor glæde af et aftageligt apparatur, idet patienterne kan tage apparaturet ud af munden og sætte det ind igen. På den måde får de en opfattelse af, at de ikke er tvunget til behandlingen, og at de frivilligt og aktivt kan deltage. Det er værd at huske på, at neuromuskulære defekter er af betydning for såvel udvikling af malokklusion som for behandling. Enkle behandlingsmetoder med fast apparatur eller løst, kraftigt dimensioneret apparatur er at foretrække. Serieekstraktioner kan med held anvendes.

I forbindelse med ortodontisk behandling af handicappede er det væsentligt at etablere et bedre læbelukke og en større styrke af musklerne perioralt. Dette bidrager også til bedring af tandstillingen. For at påvirke disse forhold anvender jeg ofte muskelterapi, baseret på aktivering af den proprioceptive sans for herigennem at få en reaktion fra musklen. Disse øvelser skal helst gøres som aktive øvelser, men udføres i mange tilfælde som modstandsøvelser af læbens, kindernes og tungens muskulatur.

Principielt adskiller tandregulering af handicappede patienter sig ikke fra den måde, hvorpå man ellers foretager



Tabel 3. Daglig oral hygiejne for handicappede børn.

	Patientgruppe		
	Ingen behandlingsproblemer	Nedsat resistens og specielle orale problemer	Akutte infektioner, traumer og postoperative forhold
Behandling	Normal oral hygiejne	Speciel oral hygiejne	Intensiv oral hygiejne
Materialer	En blød børste (fx Oral B) tandpasta med og uden fluor	To bløde tandbørster Swabs Tandpasta med og uden fluor Klorheksidingel 1% Klorheksidinopløsning 0,1%-0,2% Ascoxal Kunstigt spyt	To bløde tandbørster Swabs Tandpasta med og uden fluor Klorheksidingel 1% Klorheksidinopløsning 0,1-0,2% Ascoxal Kunstigt spyt
Tidspunkt	To gange – morgen og aften	Én gang med alm. tandpasta, én gang med klorheksidingel eller -opløsning om eftermiddagen eller aftenen	Én gang med alm. tandpasta om muligt Én gang med klorheksidingel eller -opløsning om eftermiddagen eller aftenen om muligt, ellers rengøring med swabs fugtet i klorheksidinop- løsning. Efter måltider rengøres med præfug- tet swab
<i>Metode</i>			
Tænder	Skrubbemetode i ca. 3 min. med hjælp fra en voksen	Skrubbemetode i ca. 3 min. med hjælp fra tandplejer eller specialtrænet perso- nale	Skrubbemetode i ca. 3 min. med hjælp fra tandplejer eller specialtræ- net personale
Tunge		Rengøring med børste eller swabs fugtet i klorheksidinopløsning 0,1-0,2%	Rengøring med børste eller swabs fugtet i klorheksidinopløsning 0,1-0,2%
Gane		Rengøring med fugtet swab	Rengøring med fugtet swab
Xerostomi		Rengøring med swab fugtet i Ascoxalop- løsning (2 tbl. i 10 ml) eller klorheksidin- opløsning 0,1-0,2% Mundskylning eller fugtning efter behov med kunstigt spyt	Rengøring med swab fugtet i Ascox- alopløsning (2 tbl. i 10 ml) eller klorheksidinopløsning 0,1-0,2% Mundskylning eller fugtning efter behov med kunstigt spyt

behandling. Man må afpasse behandlingen efter hver enkelt patients muligheder. Det vil være en fordel at planlægge tandreguleringen trinvis, så den bliver lettere at overkomme for patienterne.

### Protesebehandling

Ved protetisk behandling med del- og helproteser må man huske, at der er en nedsat perception og koncentrationsevne, samt dårlig almen motorik. Det kan medføre nedsat retention af proteserne. Anvendelse af implantater til protese fiksa-

tion og tanderstatninger til mentalt retarderede patienter har i Københavns Amt været anvendt siden 1989.

### Profylakse

Patienterne, hjemmeboende som institutionerede, har stort behov for regelmæssigt at få kontrolleret om mundhygiejnen er god nok, samt blive instrueret og motiveret. Dette kan ske i hjemmet, i institutionen (børnehave, skole, hospital) eller på tandklinikken, samtidig med at barnets forældre og andre støttepersoner (pædagoger) informeres og instrueres. Un-

dertiden kan de få direkte hjælp, hvor det drejer sig om svært behandlelige børn.

Nedsat koncentrationsevne samt dårlig oral og perioral motorik medfører en utilstrækkelig oral selvrensning. Dette kræver en øget mundhygiejne, særligt hvis kosten er findelt, moset eller blended og derfor klæber til tænderne. Mundtørhed pga. mundånding eller behandling med psykofarmaka giver en øget plakdannelse og nedsætter slimhindernes modstandsevne over for infektioner. Samme virkning har immundefekter, der ses ved Down syndrom, diabetes mellitus, reumatoid artrit og ved fenytoin-medicinering i forbindelse med epilepsi. Specielle anatomiske forhold som fissureret tunge og høj, smal gane kan være reservoir for plak og madrester.

Den forebyggende tandpleje omfatter som hos andre daglig, god mundhygiejne, næringsrigtig kost og regelmæssig kontrol af de orale forhold. De til den daglige mundhygiejne nødvendige hjælpemidler som tandbørste og -pasta, fluor-tabletter m.m. må tilpasses individuelt. Det gælder også fastsættelsen af intervallet for de regelmæssige kontrolbesøg med mulighed for supplerende depuration, afpudding, fluorpen-sling, skylning, lakering (Duraphatlak) eller lakforsegling. Det kan være hensigtsmæssigt at inddele patienterne i grupper med de samme orale problemer (Tabel 3) (8).

### Omsorgstandpleje

Fra juli 1994 fik kommunerne pligt til at tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der pga. nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Loven sigter mod personer med varigt funktionstab, hvis egenomsorg er så begrænset, at de ikke kan udnytte de eksisterende ordninger.

Af bemærkningerne til lovforslaget om omsorgstandpleje fremgår det imidlertid, at målgruppen for omsorgstandplejen er »plejehjemsbeboere og personer, der bor i eget hjem/ældrebolig e.l. med mange hjælpeforanstaltninger, som reelt kan ligestilles med plejehjemsbeboere« (20). Tandplejeloven opererer således med en ganske anden definition af begrebet »personer med vidtgående fysisk eller psykisk handicap«, end bistandsloven, som definerer begrebet som personer, der er indeholdt i det tidligere særfor-sorgsbegreb, dvs. åndssvage, epileptikere, vanføre, talelidende, blinde og svagsynede. Hertil kommer personer med psykiske lidelser, som i henhold til tidligere lovgivning også henhørte under særfor-sorgsbegrebet. En forbedring af tandplejen til de mentalt retarderede blev derfor ikke sikret via den obligatoriske omsorgstandpleje. Store forskelle mellem de enkelte kommuner mht. afgrænsning af gruppen »hjemmeboende« tilgodeser kun i de

færreste kommuner hjemmeboende, svært mentalt retarderede. Dette til trods for, at disse patienter ikke sjældent falder igennem »systemets« sikkerhedsnet (21) og hyppigt ikke kan behandles i privat tandlægepraksis. Derfor forlader man sig i mange tilfælde på, at den hjemmeboende, svært mentalt retarderede, der er vanskelig at behandle, kommer i kontakt med den amtskommunale tandpleje, hvis en sådan eksisterer i det pågældende amt. Dette vil ofte hvile på tilfældigheder eller på, at de odontologiske problemer er blevet så massive, at de ikke lader sig overse for tredjepart. Dette forhold er ikke i overensstemmelse med tandplejelovens intention om »et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling« (22). Der mangler ganske enkelt en henvisningsmulighed og henvisningspligt for disse patienter. Dette bør formaliseres gennem tandplejens love og bekendtgørelser. Muligheden eksisterer i mange af de amter, der har etableret amtskommunal tandpleje, men er ikke altid kendt blandt de odontologiske professionelle i lokalområdet.

Der er flere amter, hvor henvisningsmulighed fuldstændig mangler. Det synes således aldeles utilfredsstillende, at tandplejen stadig kraftigt fokuserer på de »stærke« grupper, mens samfundets svageste gruppe, de svært mentalt retarderede, stilles uden garanti for det særlige tilbud om tandpleje, som deres mangfoldige og komplekse odontologiske problemer så åbenlyst indicerer. Sikring af et sådant tilbud bør udgøre en fremtidig udfordring og opgave for alle ansvarlige politikere og administratorer inden for tandplejen.

Et samfunds etik og moral viser sig ved den omsorg, man har for de svageste i samfundet. Moral er den enkelte persons opfattelse af, hvad der er ret og rigtigt. Etik er flere persons moralopfattelse, der gerne skulle vise sig at have fællesnævner. Her kan der engang imellem opstå problemer mellem etik- og moralopfattelsen, idet samfundets etik ikke står mål med den moralske opfattelse, den menige borger har. Ængstelsen for den anden person og den andens liv, det er det, vor etik bygger på. Således som vi ser på mennesket, således behandler vi det. ■

### English summary

#### *Mental retardation*

Complete and total dental maintenance of mentally retarded persons is very important, both physiologically and psychologically. A problem associated with providing these persons' odontological service is that few dentists have adequate training in the care of mentally retarded persons. The social agencies should be aware that these patients need support to get treatment – odontological service. The oral manifestations in the group of mentally retarded persons could provide diagnostic tools in the search for an etiological background.

## Litteratur

1. Dupont A. Mental retardering. Socialpædagogisk Bibliotek. København: Munksgård, 1979.
2. Dupont A. Mentally retarded in Denmark. An epidemiological study of 21,000 registered cases. Some results of a census, May 1974. *Dan Med Bull* 1975; 22: 243-51.
3. Den landsomfattende EDB-registrering af åndssvageforsorgens klientel 1977.
4. Henriksen F. Somatiske handicaps blandt externat-skolebørn. *Psykisk Utvecklingshämning* 1969; 71: 42-7.
5. Warburg M. Diagnosis of metabolic eye diseases. København: Munksgaard, 1972.
6. Gullikson JS. Oral findings of mentally retarded children. *J Dent Child* 1969; 36: 133-7.
7. Sandler ES, Roberts MW, Wojcicki AM. Oral manifestations in a group of mentally retarded patients. *ASDC J Dent Child* 1974; 3: 1-5.
8. Alborn B, red. Handikapptandvård. Nordisk Klinisk Odontologi, kapitel 26. København: Forlaget for Faglitteratur, 1981.
9. Gorlin RJ, Cohen MM Jr, Levin LS. Syndromes of the head and neck. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1990.
10. Kjær I, Keeling J, Græm N. Midline maxillofacial skeleton in human anencephalic fetuses. *Cleft Palate-Craniofac J* 1994; 31: 250-6.
11. Kjær I. Human prenatal craniofacial development related to brain development under normal and pathologic conditions. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 135-43.
12. Kjær I, Russell BG. The craniopharyngeal canal indicating the presence of pharyngeal adenopituitary tissue. *Eur Radiol* 1995; 20: 212-4.
13. Russell BG, Kjær I. Tooth agenesis in Down Syndrome. *Am J Med Genet* 1995; 55: 466-71.
14. Russell BG, Russell MB, Prætorius F, Russell CA. Deciduous teeth in tuberous sclerosis. *Clin Genetic* (in press).
15. Svaton B. Dental care in mentally retarded persons – epidemiology and some aspects of prevention. (Thesis). University of Oslo, 1978.
16. Vigild M. Tandsundheden hos psykisk udviklingshæmmede børn og unge. (Licentiatforhandl). Københavns Tandlægehøjskole, 1983.
17. Bessermann K. Frequency of maxillofacial injuries in a hospital population of patients with epilepsy. *Bull NFH* 1978; 5: 12-26.
18. Russell B. Dental injuries. The prevalence of tooth injuries in mentally retarded children: treated with phenytoin. *Scand J Dent Res* 1971. (Abstr. 11.14).
19. Victor Eremita (Søren Kierkegaard). *Enten-Eller*. Første halvbind. København: Gyldendal, 1962.
20. Folketinget. Lovforslag om ændring af lov om tandpleje. København: Folketinget, 1993.
21. Eriksen E, Bjørndal-Mølgaard G, Obling TE. Patienter som systemet ikke når – og som ikke når systemet. *Tandlægebladet* 1996; 100: 654-659.
22. Sundhedsstyrelsen. Retningslinier for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje. København: Sundhedsstyrelsen, 1994.

## Forfatter

*Bjørn G. Russell*, cheftandlæge

Københavns Amts Tandklinik for Multihandicappede,  
Bank Mikkelsens Vej 1, 2820 Gentofte.