

Den orale behandlingssituation hos psykisk syge – og hos almindelige patienter

Der er en del tabuer om psykisk syge. Facts fremmer forståelsen for de psykisk syges orale forhold, som generelt perspektiverer tandplejen

Peter Østergaard og Bent Rosenbaum

For at rette op på de sindslidendes situation forsøger man i dag på flere niveauer at koordinere indsatsen i samfundet i almindelighed, og i sundheds- og socialvæsenet i særdeleshed. Dette er helt i tråd med den måde sundhedssektoren i højere grad fremover skal fungere på for resten af befolkningen (1). I den sammenhæng er der behov for at vurdere de orale problemer hos de sindslidende, som er blandt de mest udsatte. Dette kan muligvis også føre til en øget indsigt i baggrunden for de orale problemer i resten af befolkningen.

På nationalt niveau har man gennem lovgivningen i folkettinget i de seneste år forbedret præmisserne for de psykisk syge gennem såkaldte forebyggelsesmiljøer, dvs. ved at skabe muligheder på arbejdspladser og i lokalmiljøer hvor de sindslidende henholdsvis kan deltage og bo (1). For tandplejens vedkommende er der i »lov om ændring af lov om tandpleje m.v.«, der trådte i kraft i april 2001, også lagt op til en kvalitetsforbedring af tandplejen for den sindslidende i amtstandplejen, i samarbejde med den kommunale tandpleje og sygesikringstandplejen i privat praksis (2).

På internationalt niveau er 2001 året hvor WHO's generaldirektør *Gro Harlem Brundtland* har sat fokus på menneskers psykiske helbred. Meningen er at skabe mere åbenhed og viden om hvad det vil sige at leve med en psykisk sygdom. Det handler bl.a. om at fjerne tabuer og stigmatisering, så den sindslidende kan accepteres med sin lidelse. Sloganet er: »Stop exclusion, dare to care«, og herved håber man at fremme tolerance og viden om psykiatiske forhold. Det tilstræbes også at dette indbefatter tandplejen i kommunalt, i privat og i amtsligt regi.

På kommunalt og amtsligt niveau har man siden 1980'erne omorganiseret psykiatrien i retning af mere psykosocialt orienterede, farmakologiske og edukative behandlingsforløb, hvor der er taget hensyn til den omverden og det

netværk den behandlede færdes i. Samtidig er der etableret resocialisering og rehabilitering med egnede boformer og aktivering, hvor de distriktspsykiatriske centre er dér hvor den væsentligste psykiatriske service skal ydes for de sindslidende – i modsætning til tidligere tiders vægt på institutionsbehandling på de psykiatiske sygehuse (3).

Det har betydet at psykisk syge patienter fra distriktspsykiatrien i udbredt grad får udført deres tandpleje hos privatpraktiserende tandlæger. Det sker som en del af deres integration i samfundet.

Mangelfuld i mundhygiejne, i spyt og i eftersyn

Den manglende evne hos den psykisk syge til at passe sine tænder er relateret til patientens psykiske almentilstand, såvel som til specifikke diagnoser (4).

Generelt skifter psykiatiske patienter hyppigt medicinering og behandles med flere psykofarmaca samtidig, så hovedparten af de langvarigt medicinerede patienter lider i perioder af udtalt mundtørhed (4).

Det gavner heller ikke de psykiatiske patienters orale forhold at en del af dem af psykiske årsager negligerer regelmæssige besøg hos deres praktiserende tandlæge. Det er vist at mere end en tredjedel af de hjemmeboende psykiatiske patienter ikke går regelmæssigt til tandlæge (4). I normalbefolkningen gælder det kun hver syvende. Samtidig skyldes de regelmæssige tandlægebesøg hos de resterende to tredjedele af de hjemmeboende psykisk syge ofte et behov for smertebehandling (4).

Dette stemmer overens med den generelle vurdering af kronisk psykiatiske patienters manglende evne til at koordinere deres egen indsats for et godt helbred (Fig. 1).

Behandlingssituationens dynamik

Ved psykiatiske lidelser er adfærdsændringerne og sympto-

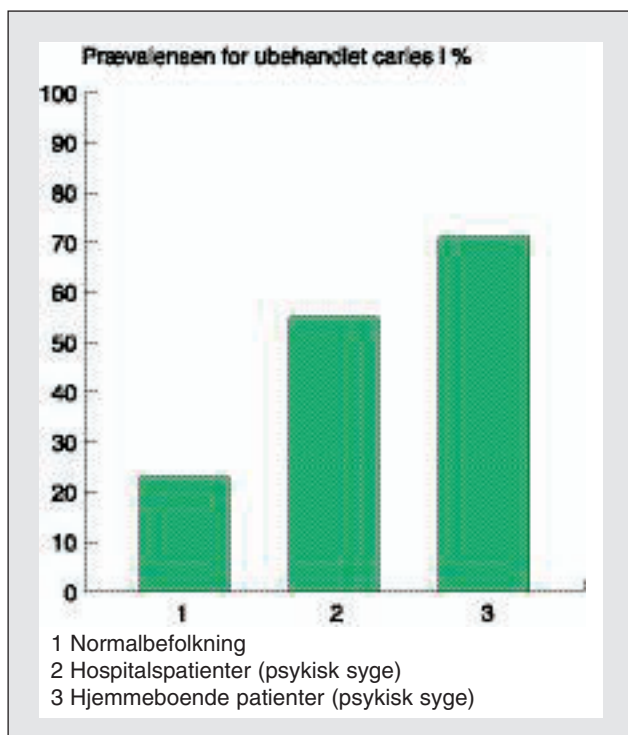


Fig. 1. Andelen af nye cariestilfælde hos indlagte psykisk syge (søjle 2) er mere end dobbelt så stor som hos normalbefolkningen (søjle 1). Andelen er endnu højere hos de hjemmeboende psykisk syge (søjle 3). Efter Hede (4).

merne mangeartede (5). Da adfærdsændringerne imidlertid influerer på behandlingssituationen, bør behandleren, inklusiv tandlægen, tage højde for og afpasse sin egen adfærd efter patientens adfærd, tænkning og følelsesliv.

For fx den skizofrene patient med dårlig symptomlindring må tandlægen tage højde for at patienten kan være præget af generaliseret angst (dvs. angst for alt hvad der sanses og opleves) samt evt. have hallucinationer og vrangforestillinger. For at få orden i sin kaotiske tankeverden vil patienten ubevidst opleve verden i en enten-eller-form, såkaldt *splitting* (6). Patientens tanker om sig selv og omverdenen opdeles i ubetinget gode og ubetinget dårlige elementer, og tandlægen kan derfor enten opleve at blive idealiseret eller devalueret, alt efter hvorledes patienten oplever behandlingssituationen.

Patienter med svære psykiske lidelser er ofte sårbare og nærtagende. En eventuel nederlagsfølelse hos patienten vil ved projektion blive forsøgt overført til behandleren gennem klager over behandlerens utilstrækkelighed. »Jeg er ikke noget værd«-følelsen kan blive til »tandlægen er ikke noget værd, og han behandler mig ikke godt«.

I den modsatte situation, hvor patienten oplever en succes i behandlingssituationen, kan behandleren blive genstand

for en idealisering. Dette er godt for behandlingssituationen, men der kan være en risiko for at patienten nu fremover udelukkende vil lade sig behandle af samme tandlæge – og hvis dette ikke kan ske, droppes tandbehandlingen, og evt. kan patienten føle sig forfulgt af systemet.

Endelig kan patienten lukke totalt af for kommunikation med behandleren (autisme, isolation) eller udeblive fra behandlingen (negativ reaktion på forventet ubehag, eller ligegyldighed). Hvad enten tandlægen modtager projektion eller idealisering er dette en urealistisk opfattelse af behandlerens egen indsats, som spiller ind på tandlægens opfattelse af sig selv. Skift mellem at se sig selv som meget dygtig og meget ringe resulterer i skuffelse og frustration, som på længere sigt kan føre til »burn-out«-syndromet hos behandleren.

For at mindske intensiteten i patientens umodne »forsvarsmekanismer« – og deraf følgende uhensigtsmæssig adfærd – må der være nogle faste og ordentlige rammer for behandlingen, dvs. klinikforholdene skal være i orden. Selve behandlingen skal være præget af forudsigelige, trygge og genkendelige rammer med kontinuitet. Gerne den samme tandlæge, den samme klinikassistent, den samme klinik og helst det samme mødetidspunkt. Kontaktformen skal være direkte og venlig (ikke henkastet og overfladisk), men heller ikke for påtrængende set fra patientens synspunkt.

Den udvidede forebyggelsesmodel

Det kan være vanskeligt at komme igennem med oral forebyggelse hos psykiatriske patienter. Først må man anamnestisk danne sig et billede af patientens sociale baggrund og sygdomshistorie. Den psykisk syge opfatter sig som en person med en psykisk rask og psykisk syg del (Tabel 1). Når den psykisk syge del tager over i en periode, har personen måske behov for indlæggelse, anden medicin og slet ikke behov for gode råd fra tandlæge og tandplejer. Her sker netop en negligering af mundplejen (7).

I modsat fald, når den raske del fungerer stærkest, sker der en stabilisering af personstrukturen, og personen bliver udadvendt og motiveret for social aktivitet, behøver mindre medicin og er i denne tilstand mere modtagelig for gode råd, bl.a. om mundpleje. Sådan svinger balancen mellem den syge og sunde personlighedsstruktur, og i de syge perioder bliver mundhygiejnen forsømt (7).

Årsagsforklaringer i konflikt

Intuitivt har en del psykiatriske patienter den indstilling at den gængse forebyggelse ikke er tilpasset dem for at hindre deres orale sygdomme. Og en del har derfor helt givet op. Logisk opfatter de psykiatriske patienter deres orale sygdomme på samme måde som deres psykiske sygdom.

Tabel 1. Skabelonen for erkendelsen af en sindslidelse fra de første psykiatriske symptomer til at personen har en identitet som sindslidende. En psykisk syg opfatter ofte selv at have en rask og en syg psykisk del i sig. Efter Høgsbro K. Den sindslidende og de lokale tilbud – et udkast til en helhedsforståelse. Frederikshavn: Dafolo; 2000.

Fase	Rask del	Mestring	Syg del
1.	Tilbagetrækning Skjule sig Generthed	Etablering af »front-stage« »back-stage«	De første tegn på »underlige oplevelser«
Interfase	Familie og netværk afslører »back-stage«	Kollaps af strategier	Indlæggelse
2.	Tab af netværk Skam Regression	Tilvænning til patientrollen	Omfattende tab af kontrol Stemninger og indtryk der ikke kan kontrolleres
Interfase	Udslusning til socialpsykiatri		Udslusning til distriktspsykiatri
3.	Personlig krise Vrede Stort omsorgsbehov	Tilvænning til klientrolle	Lægefaglig etablering af kontrol via medicinering Tilvænning til bivirkninger
Interfase	Det socialfaglige personale skifter rolle fra omsorgspersoner/ forældreerstatninger til støtte/hjælper		Det lægefaglige personale skifter rolle fra offentlig myndighed til offentlig service Etablering af egen kontrol med medicinering
4.	Ny identitet som specielt menneske Netværk af andre sindslidende Mærkesager/ særlige fascination Kritisk bruger af professionel støtte	Tilvænning til brugergruppernes subkultur	Opretholdelse af egen kontrol med medicinering og eventuelle perioder med indlæggelse Eget medicinvalg ud fra hensyn til bivirkninger

De psykisk syge beskriver deres sygdomme som de oplever dem, fx med ord som »ubalance«, hvilket svarer til at den »raske« del af personligheden i perioder taber til den »syge« (5,6). Tidligere så naturvidenskaben med stor skepsis på denne såkaldt alternative opfattelse af sygdomme. Men naturvidenskaben er på baggrund af sine erfaringer begyndt at søge forklaringer der handler om kemiske balancer mellem psyke-hjerne-krop (8).

Almindelige sundhedspædagogiske metoder skal derfor ofte modificeres kraftigt for at motivere en psykisk syg til en bedre mundpleje. Og endnu har ingen metoder hjulpet når patienten har sine syge perioder. Opmærksomheden for at holde de sindslidendes mundpleje på et rimeligt niveau har

hidtil været rettet mod plejepersonale (4,7). Selvom det er det psykiatriske plejepersonales ansvar at støtte den psykisk syge til at gennemføre ordentlig tandbørstning, så er opmærksomheden på oral hygiejne meget lille. Her har tandlægen og tandplejeren afgørende roller i sundhedsoplysningen over for både personalet og psykiateren der skal prioritere den medicin der giver mindre mundtørhed, eller informere om de orale bivirkninger ved medicinen (7).

Sagsbehandlere og andre professionelle forsøger at påvirke de psykisk syges livsstil i positiv retning, men de psykisk syge oplever det ofte som utidige indgreb i deres personlige liv. De velmenende initiativer strandede alt for tit som sundhedspolitiske korrekte tiltag der ikke passer ind i den sinds-

lidendes situation. Typisk har den psykisk syge en manglende behandlingsvilje og erkendelse af egne sundhedsproblemer.

Videnskabelige undersøgelser har underbygget at bl.a. caries er forårsaget af især dårlig livsstil og levevilkår (9). Tidligere mente forskerne at tandsygdommene alene skyldes biologiske processer. Men i dag ved man at psykologiske og sociologiske aspekter i en multifaktoriel sammenhæng med det biologiske er årsagskomplekset bag at nogle får tandsygdomme, mens andre ikke får det. De multifaktorielle modeller påviser at de negative indikatorer i livsstil og levevilkår trækker i retning af mere caries og parodontose (9). Fx forårsager en livsstil med dårlig psykisk status, rygning, alkoholmisbrug og dårlige tandplejevaner, samt levevilkår med lav social status flere tandsygdomme (4, 9).

Patientens og tandlægens sind

Mange af de forhold som er beskrevet for de psykisk syge, kan genkendes i mindre udtalt grad hos en del ikke-psykiatriske patienter. At være mangelfuld i mundhygiejne, i spyt og i tandplejeftersyn er nogle af de vigtigste årsager til at caries stadig er en folkesygdom. Bl.a. den udbredte brug af medicin hos de sindslidende betyder at mange ikke har tilstrækkeligt spyt som buffer i cariesprocessen (4).

Især behandlingssituationen, som den er beskrevet for den psykisk syge, afspejler hvorledes den også kan opleves for en ikke-psykiatrisk patient. Rollen som patient i tandlægestolen er en afmagtsrolle, som den psykiatriske patient reagerer kraftigt på, bl.a. med idealisering og devaluering af tandlægen. »Neurotisk« betonedede patienter kan reagere defensivt med en idealisering af tandlægen (6) og fastholder idealiseringen, næsten uanset hvad der sker med dem. Deres loyalitet strækker sig langt i et næsten underdanigt tillidsforhold, og dette kan næsten kun afbrydes med et mistillidsforhold, dvs. tandlægeskift og/eller klagesag. »Normale« mennesker ved at tandbehandling kan være en ubehagelig, måske smertefuld situation, som man »blot« skal igennem.

Nye dimensioner erkendes

Hvis man som behandler lytter ordentligt efter hvad den psykisk syge har erfaret med sin sindslidelse, så kan man godt forstå vedkommendes mere intuitive forklaringer. Grundlæggende advokerer de psykisk syges tilstand for at vores (de raskes) forklaringer »overser« noget, måske en dimension, som vi (de raske) samtidig forudsætter er bekendt for alle.

Det »oversete« har selvfølgelig ikke blot en personlig betydning. Men det kan også gøre sig gældende i videnskabelig tænkning. Fx manglede *Keyes'* triade egentlig en tidsdi-

mensionen, for at cariesprocessen kan forklares eller overhovedet foregå (10). Cariesprocessen kræver tid, dels for at udvikle sig, dels for hårdtvævsreparation af dentinen. Imidlertid forudsatte alle *tiden* bekendt, så tidligere gav man ikke cariesprocessen tid for at hårdtvævsreparere tænderne igen. Man borede bare kaviteten ud og fyldte den. Men først da man erkendte betydningen af denne tidsdimension, kunne man bl.a. underbygge at hurtigt progredierende carieslæsioner kunne vendes til langsomt progredierende passive læsioner med tertiær dentin ved delvis ekskavering og derved opnå mindre destruerede tænder med mindre fyldninger og færre rodbehandlinger.

Mere end nogen andre har de sindslidende forstået at livet ikke kan sættes på model – eller på formel. Dertil er livet for komplekst (og udfordrer videnskabens krav om logisk og altomfattende forståelse), nogle gange for fantastisk (og udfordrer den æstetiske dimension i videnskabsbeskrivelser), andre gange for forfærdeligt og uretfærdigt (og udfordrer dermed den etiske dimension i behandlingen).

Videnskabelige beskrivelser savner ofte en passende forståelse og respekt for individets, livets, sygdommens og traumernes mangfoldighed. Samtidig ville den forståelse være en passende og naturlig overgang mellem humaniora og naturfag.

Vi har her i denne artikel gerne villet påpege, at man ikke blot etisk må vise de psykisk syge respekt i behandlingssituationen, men også nødvendigvis må forstå noget af den måde de psykisk syges sind kan opleve verden og behandlingssituationen på. Deres skæbne er også deres livsstil og levevilkår og dermed deres ringere orale forhold. Når vi forstår det bedre, kan vi måske finde visdom til at gavne deres munde på en bedre måde.

Litteratur

1. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 1999.
2. Lov om ændring af lov om tandpleje m.v. Sundhedsministeriet den 13. december 2000.
3. Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien; 1998.
4. Hede B. De sindslidendes tænder og tandpleje (ph.d.-afhandl.). København: Københavns Universitet; 1994.
5. Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P. Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2000.
6. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
7. Sjögren R, Nordstöm G. Oral health status of psychiatric patients. J Clin Nursing 2000; 9: 632-8.
8. Chiel HJ, Beer RD. The brain has a body: Adaptive behavior emerges from interaction of nervous system, body and environment. Trends Neurosci 1997; 20: 553-7.

9. Bjertness E, Eriksen HM. Design of a socio-ecologic caries model and testing on 50-years-old Oslo citizens. *Acta Odontol Scand* 1992; 50: 151-62.
10. Fejerskov O, Manji F. Risk assessment in dental caries. In: Bader JD, editor. *Risk assessment in dentistry*. Chapel Hill: University of Carolina Dental Ecology; 1990. p. 215-7.

Ønskes emnet uddybet, kan en mere omfattende litteraturliste rekvireres hos *Peter Østergaard*.

Forfattere

Peter Østergaard, amtstandlæge, MPH

Amtstandklinikken for de psykiatriske afdelinger på KAS, Glostrup, KAS, Herlev, og KAS, Gentofte, Københavns Amt

Bent Rosenbaum, overlæge, dr.med.

Psykiatrisk afdeling, KAS, Glostrup, Københavns Amt

BOGANMELDELSER

Årets klassiker

Holmstrup P, red. Odontologi 2002. København: Munksgaard; 2002. 202 sider, ill. ISBN 87-628-0365-4. Pris: DKK 290,- (uindb.). Et nyt år og hermed igen en ny »odontologi«-årbog, med bidrag til nordiske tandlægers efteruddannelse. Emnerne dækker som sædvanlig bredt. Der indledes med et afsnit om etik med filosofiske refleksioner om den rigtige handlemåde, som kan resultere i de bedste konsekvenser for alle som er involverede i det kliniske arbejde. Bogen er i år redigeret systematisk, så de enkelte artikler kommer i en meget logisk rækkefølge. Der er kapitler om tobak, økologiske plakhypoteser ved caries og parodontitis samt dental fokalinfektion, som på en let forståelig måde konkluderer hvad vi ved om disse spændende emner i dag. Derefter følger et afsnit om cariesprævention hos børn og forventninger til glasionomercement. Der er nyt om roterende instrumenter til endodonti og om stiftforankring. Det ser ud til at man langsomt accepterer at anvende færre stifter. Prognosen for oral protektik: Hvad skal vi informere om, og hvad kan vi love patienterne? Det diskuteres på en informativ måde hvad vi kan bruge data fra litteraturen til. Denne artikel indeholder for små og dårlige røntgenbilleder – hellere et enkelt billede i en størrelse så man kan se det som teksten angiver, end mange små utydelige! De to sidste afsnit er en glimrende oversigt om lægemidler til ældre patienter og om effekten af cytostatika-behandling på mundslimhinden. Der er referencelister efter hvert afsnit og bagest i bogen et nyttigt indeks, som 10 år tilbage angiver hvilke emner der har været behandlet. Spændende er det at følge udviklingen ved at sammenligne tidligere artikler om det samme emne med de nyeste informationer.

Bogen kan fortsat varmt anbefales som ajourføring for hele tandplejepersonalet.

Birgit Ellegaard

Ny tysk lærebog i tandlægelig kirurgi

Reichart PA, Hausamen J-E, Becker J, Neukam FW, Schliephake H, Schmelzeisen R. Zahnärztliche Chirurgie. Band I. Berlin: Quintessenz; 2002. 612 sider, 299 ill. ISBN 3-87652-627-2. Pris: DEM 93,88 (uindb.).

Redaktørpanelet har i samarbejde med 22 kolleger skrevet denne lærebog om tandlægelig kirurgi som den første i en planlagt serie på tre bind. Det er redaktørernes holdning at tandlægekirurgi nu og fremover i højere og højere grad må ses som en del af en almen medicinsk/kirurgisk sammenhæng. Det skinner mange steder igennem i det nu foreliggende bind 1, som beskriver den traditionelle kirurgi for tandlæger på en dejlig problemorienteret måde. Hemisektion og rodspidsamputation har fået en tidssvarende behandling som tandbevarende indgreb, og implantologi er godt og grundigt indplaceret med hele 88 sider. Bogen er gennemillustreret med instruktive stregtegninger, og den interesserede læser, som ønsker at fordybe sig, kan betjene sig af up to date litteraturhenvisninger efter de fleste kapitler. Bind 2 skal omhandle tumorer og slimhindesygdomme, og bind 3 vil beskrive nyere operationsmetoder såsom knogle-distraktionsbehandling.

Det foreliggende bind 1 kan anbefales til både studerende og kolleger med interesse for kirurgi. Prisen kan næppe afskrække nogen, men måske sproget? Underligt at tænke på at tysk en gang var omgangssproget på Københavns Universitet.

Søren Hillerup