

faglig kommentar →



Af **KIM EKSTRAND**,
professor, tandlæge, ph.d., Sektion for Cariologi og
Endodonti, Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Kommentar til temaet i *Tandlægebladet* nr. 11, 2022, om

”Medicinsk svage ældre – tandsygdomme og tandpleje”

TANDLÆGEBLADET SKAL HAVE MANGE TAK for at have sat fokus på ”Medicinsk svage ældre – tandsygdomme og tandpleje” i seneste nummer af *Tandlægebladet*. Jeg har tidligere forsøgt at råbe *Tandlægebladet* op omkring dette emne, senest omkring kommunalvalget, men forgæves. Dette er sikkert forklarligt, fordi redaktøren allerede der havde planer med det aktuelle temanummer.

I det aktuelle temanummer er gengivet en række patienttilfælde, hvor patienter med medicinske diagnoser som apopleksi, Parkinsons sygdom, demens og polyfarmaci som konsekvens af deres diagnoser også udviklede orale sygdomme. Specielt omtales caries som et problem i disse patienttilfælde. Må jeg minde om, at caries normalt er en langsomt forløbende sygdom i Danmark, men total neglect af mundpleje og nedsat salivasekretion eller ligefrem hyposalivation kan få caries til at eksplodere på relativt kort tid. Karakteristisk for disse patienter er også, at der går en rum tid, efter ovennævnte medicinske diagnoser bliver stillet, hvor patienterne befinder sig i en slags ingenmandsland rent behandlingsmæssigt, før caries og eventuelt andre orale sygdomme identificeres. Dette faktum er ikke nyt, og som omtalt i temanummeret må vi professionelle tage action, men mere konkret hvordan?

Set fra et dansk synspunkt vil jeg agitere for følgende: Patientens privatpraktiserende læge bør træde i karakter, da lægen som bekendt er ”goal keeper” for patienten. Udskriver lægen medicin, som har den bivirkning, at salivasekretionen reduceres, eller at der er lange indlæggelser i forbindelse med rehabilitering efter eksempelvis en af ovennævnte medicinske diagnoser, må lægen, med samtykke fra patienten eller patientens familie, informere patienten og eventuelt med hjælp fra

familien tage kontakt til en tandlæge, da patienten nu er i høj risiko for udvikling af orale sygdomme. Har patienten ingen tandlæge, så bør lægen kontakte eller bede patienten/familien om at tage kontakt til kommunen, som så må aktivere eksempelvis omsorgstændplejen.

I den svenske oversigtsartikel af Skott og Wårdh, som indleder temaet, står der sidst i artiklen, ”at velfungerende daglig mundhygiejnerutiner er afgørende for opretholdelse af den orale sundhedstilstand, hvorfor der er behov for et formaliseret samarbejde mellem tandplejen og pleje- og omsorgssektoren”. I et nyligt publiceret studie (1) baseret på sidemandsoplæring, hvor klinikassistenter underviste plejepersonalet i mundpleje på plejehjemsbeboere i Københavns Kommune, viste det sig indledningsvis at være effektivt i form af mindre plak og gingivitis hos deltagerne. Men som i andre studier: så snart overvågningen ophørte, faldt mundhygiejnen tilbage til det ringe udgangspunkt (2). Læren fra dette og andre studier er, at plejepersonalet ikke alene kan magte at kontrollere mundhygiejnen på skrøbelige ældre, så orale sygdomme ikke udvikler sig til alvorlige stadier. Det er ikke, fordi de ikke vil eller er dovne, nej det er, fordi det er megasvært at udføre mundpleje på skrøbelige ældre. Baseret på egen erfaring suppleret med egen forskning (2,3) bør plejepersonalet selvfølgelig uddannes og gøres interesseret i vigtigheden af at udføre mundplejen så godt som muligt. Men vi bliver nødt til at acceptere, at plejepersonalets indsats skal suppleres med professionel mundpleje fra eksempelvis specielt trænedte klinikassistenter eller tandplejere, som børster skrøbelige ældres tænder efter behov, eksempelvis hver 14. dag.

Tilsvarende må de, som visiterer til personlig pleje i hjemmeplejen, undersøge, om borgeren selv kan børste sine tænder tilstrækkeligt rene og ikke bare spørge til, om borgeren selv kan børste tænder. Her kan den ”røde sladrepile”, kendt fra børne-

og ungdomstandplejen, være behjælpelig. Kan borgeren ikke magte tandbørstningen tilstrækkelig godt, må hjemmeplejen aktivere borgerens tandlæge eller omsorgstandplejen, selvfølgelig med samtykke fra borgeren sammen med borgerens nærmeste familie. Muligvis må visitator indskrive, at hjemmeplejen hjælper med daglig mundpleje, suppleret med hjælp fra en klinikassistent/tandplejer som ovenfor beskrevet.

Udover at vi tandlæger skal være agtpågivende overfor kognitive og andre ændringer, når vi undersøger vores skrøbelige ældre patienter på klinikken, så må disse tre initiativer indgå under begrebet "rettidig omhu":

- den privatpraktiserende læge skal træde i karakter
- supplerende professionel mundpleje udføres af specielt trænnede klinikassistenter eller af tandplejere, som relateres til den skrøbelige ældres individuelle behov og
- en mere professionel visitering af borgere til personlig pleje, hvor mundpleje (lovmæssigt) er en integreret del af den personlige pleje, som borgeren allokeres til.

Det kan dejlige lille Danmark sagtens organisere. Sidst, men ikke mindst – set fra et cariologisk perspektiv, som jo er hovedproblemet for skrøbelige ældre medborgere – bør servering af sukkerholdig saft (rød saft) på plejehjem, hospitaler etc. minimeres og kun serveres i forbindelse med hovedmåltider, samt at receptpligtig 5.000 ppm fluoridholdig tandpasta bør

ordineres og anvendes af langt de fleste skrøbelige ældre, formentlig resten af livet. Hvorfor? Fordi det virker (3). Cariesprogressionshastigheden sænkes markant ved brug af 5.000 ppm fluoridholdig tandpasta i forhold til 1.450 ppm fluoridholdig tandpasta (3). Jeg vil anbefale, at vi professionelle indenfor det tandlægelige område presser fabrikkerne og Lægemedelstyrelsen til, at den receptpligtige 5.000 ppm fluoridholdige tandpasta gøres tilskudsberettiget, ligesom den er i flere andre europæiske lande. ♦

LITTERATUR

1. Vergaard C, Bøggild H, Hede B et al., Aagaard K. Improving oral health in nursing home residents: A cluster randomized trial of a shared oral care intervention. *Community Dent Oral Epidemiol* 2022;50:115-23.
2. Ekstrand KR, Christensen J, Schmidt C. Implementering af professionelt udført tandrensning på ældre handicappede. *Tandlægebladet* 1998;7:368-73.
3. Ekstrand KR, Poulsen JE, Hede B et al. A randomized clinical trial of the anticaries efficacy of 5.000 compared to 1.450 ppm fluoridated toothpaste on root caries lesions in elderly disabled nursing home residents. *Caries Res* 2013;47:391-8.

Rengøringservice i 20 år

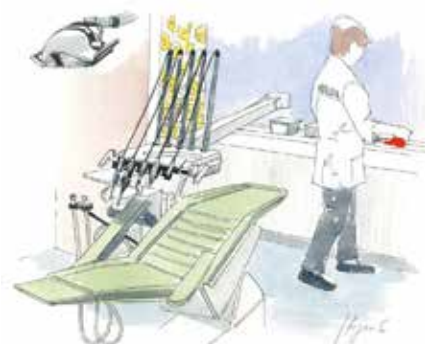
Rengøring til tandklinikker

Vi overholder de nationale infektionshygiejniske retningslinjer for hygiejne hos tandlæger. Med høj faglighed er vores medarbejdere rustet til opgaven.

Ring eller skriv

Delta Rengøring
Teglvej 1, 4990 Sakskøbing
Tlf. 4054 6546
delta@delta-rengoering.dk

Vi er nu blevet
landsdækkende



www.delta-rengoering.dk

Delta
Rengøring