

Bidfunktion set fra privat praksis

Behandling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og bidfunktionsbehandling er behandlinger der udføres i privat praksis, og de udgør en spændende udfordring fra et fagområde i udvikling. De manglende tilskudsmuligheder til disse behandlinger, når de udføres af praktiserende tandlæger, repræsenterer dog en ikke ubetydelig frustrationsfaktor i det daglige arbejde

Lone Nyhuus og Anders Vilmann

Tandlægelovens § 10 definerer omfanget af tandlægevirk-somhed, der omfatter forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnostik og behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber.

Tandlægen har derfor ikke blot tænder og parodontium som arbejdsområde, men også diagnostik og behandling af sygdomme i mund og kæber i øvrigt.

Som konsekvens heraf er der i sygesikringsoverenskom-stens beskrivelse af ydelserne »Regelmæssig diagnostisk un-der søgelse« og »Diagnostisk og forebyggende grundydelse« inkluderet en initial bidfunktionsundersøgelse.

Den initiale bidfunktionsundersøgelse skal afdække om patienten har en temporomandibulær funktionsforstyrrelse og er at opfatte som en screening af patienten.

Initial bidfunktionsundersøgelse

Den initiale bidfunktionsundersøgelse udføres daglig af alle tandlæger som led i den regelmæssige undersøgelse. Den omfatter en anamnese hvor patienten udspørges om fore-komst af hovedpine, ansigtssmerter, tygge- og gabebevær, lyde fra kæbeledet samt problemer med slid af tænder. Kli-nisk omfatter undersøgelsen gabeevne, forekomst af kæbe-ledslyd, ømhed af kæbeledskapsler, palpationsømhed af tyggemuskler samt attrition (okklusalt tandlid).

Undersøgelsen er udformet så den kun tager et par minuter, men har betydelig diagnostisk værdi. (*Tandlægebladet* 2000; 104: 380).

Henvisningsmuligheder

Positive fund ved den initiale bidfunktionsundersøgelse medfører ofte behov for at der foretages en nøjere udred-ning i form af en fuldstændig klinisk undersøgelse/udred-ning for at kunne stille en TMD-diagnose og på den bag-grund vurdere eventuelle behandlingsbehov samt tilstan-dens prognose.

Her har tandlægen flere muligheder: Enten at foretage ud-

redningen selv, eller at henvise til en tandlæge der arbejder med klinisk oral fysiologi/bidfunktion.

En tredje mulighed er henvisning til kæbekirurgiske afde-linger, hvor det vil blive vurderet hvorvidt behandlingen hører hjemme i sygehusregi, eller kan udføres i en privat praksis. I det sidste tilfælde udføres behandlingen enten af egen tandlæge eller »bidfunktionstandlægen«, og patienten betaler behandlingen selv.

»Bidfunktionstandlægen«

Henvisende tandlæges første kontakt til »bidfunktionstand-lægen« opstår hyppigt fordi man kender hinanden gennem øvrig kollegial kontakt.

Oftest udvikler samarbejdet mellem henvisende tandlæge og den modtagende tandlæge sig med tiden til et nært sam-arbejde der bygger på gensidig tillid.

Vi har den glæde med årene at kunne udbygge og uddybe samarbejdet, som ofte udmøntes i faglige samtaler i telefo-nen hvor en del akutte situationer kan finde deres løsning.

Der er som bekendt ikke et speciale i fagområdet klinisk oral fysiologi/bidfunktionslære. Men man kan i *Tandlæge-bladets* spalter med kollegiale henvisninger finde navne på tandlæger der modtager henvisning af patienter med TMD-og bidfunktionsproblemer. Som regel er det kolleger der har arbejdet med emnet længe og har undergået en form for specialuddannelse på tandlægeskolerne eller andet-steds.

Alle tandlæger med en speciel faglig interesse eller »hob-by« kan imidlertid annoncere i *Tandlægebladets* klumme med kollegiale henvisninger. Tandlægens eneste kvalifikation kan teoretisk være at vedkommende har lyst til at betale for indrykning af annoncen.

Hvem henviser til »bidfunktionstandlægen«?

De fleste henvisninger får vi begge fra praktiserende kolle-ger. Vi modtager også henvisninger fra de kommunale tand-

plejer, der ikke har mulighed for at udføre behandlingerne selv, samt fra kommuner med dispensationstandpleje.

I vore praksis modtager vi ligeledes henvisninger fra andre dele af sundhedsvæsenet. Det er som regel fra

- 1) praktiserende læger,
- 2) øvrige speciallæger,
 - a) først og fremmest øre-næse-hals-læger, hvor de fleste patienter med kæbeledssmerter starter,
 - b) neurologer i tilfælde af at neurologen har kunnet konstatere spændingshovedpine med smerter i tyggemuskler eller kæbeled,
- 3) specialtandlæger i
 - a) ortodonti, og i
 - b) hospitalsodontologi.

Henvisningerne afspejler at der i dag kun er henvisningspraksis få steder i landet, og patienterne er derfor ofte rejst langt for at få undersøgelse og behandling.

Et tværfagligt samarbejde om TMD-patienterne er for os begge en positiv, daglig udfordring, som inspirerer os til at holde os fagligt ajour.

Symptomer hos den henviste patient

Vi ser en broget gruppe patienter med de fleste former for TMD-problemer.

Overordnet set er der tre grupper af patienter:

1. Den »almindelige« TMD-patient, hvor tandlægen ikke føler sig klædt på til at tage ansvaret for diagnostik og behandling. Ofte ønsker henvisende tandlæge at sikre sin patient en korrekt diagnostik og prognosevurdering. Herunder er også gruppen af patienter med spændingshovedpine og smerter i kinderne.
2. Den svært belastede patient med orofaciale smerter, evt. med tilgrundliggende generel sygdom (fx psoriasisartrit, Mb. Bechterew, fibromyalgi og piskesmældsskader). Her har egen tandlæge ofte udført den initiale smertelindrende behandling i form af bidskinnebehandling og behandling med NSAID. Der kan da ønskes en vurdering af den generelle sygdoms sammenhæng med TMD-problemerne og forslag til yderligere behandlingsmuligheder.
3. Patienten med dentale forandringer, fx excessivt slid af tænderne eller gener efter forskellige former for restaureringer eller ekstraktioner.
4. Patienten med neurogene smerter i tænder, kæber og ansigt, herunder atypisk tandpine.

»Bidfunktionsundersøgelsen«

Selve smerteudredningen foregår ud fra de gængse, god-

kendte internationale standarder (fx defineret i www.rdc-tmdinternational.org) som beskrevet andetsteds.

Ved den kliniske undersøgelse foretages en udvidet registrering af symptomer fra tyggemuskler og kæbeled, underkæbens mobilitet samt okklusion og tandslid. Ofte henvises på specifik indikation til røntgenundersøgelse af kæber og kæbeled.

På præcis indikation er det ofte muligt at få foretaget MR-scanning, CT-scanning og evt. knogleskintigrافي i samråd med radiologerne.

Er der mistanke om generel arthritis, er det muligt at få foretaget reumaprøver hos patientens egen læge.

Vi mener at vores vigtigste pligter over for de henviste patienter, er

- at stille en korrekt diagnose ud fra differentialdiagnostiske overvejelser (er det overhovedet et TMD-problem, patienten kommer med?),
- at foretage en prognosevurdering for tilstanden – såvel behandlet som ubehandlet, samt
- at kunne foreslå en relevant og effektiv behandling ud fra evidensbaserede undersøgelser, såfremt disse findes.

Mange af vore patienter er frustrerede over at være blevet henvist fra den ene til den anden læge eller tandlæge uden at have fået ordentlig besked på hvad der er galt.

Behandlingsspektrum - hvilke behandlinger kan udføres i privat praksis?

Vore indledende overvejelser går ud på at give patienterne en fornuftig forklaring på deres gener, som de ofte er meget bekymrede for, og hvor de har fået at vide at »det skal du have gjort noget ved, ellers vil det bare udvikle sig«.

De enklere sekundære ledlidelser har en god chance for at »gå i sig selv«, hvilket vil sige at patienten efter en periode med smerter og bevægelsesbesvær ikke længere har subjektive gener.

Generelle behandlingsprincipper for TMD-lidelser er at

- fordelene ved behandling skal kunne opveje potentielle behandlingsrisici, og at
- omkostningerne ved behandlingen skal kunne retfærdiggøres i forhold til sandsynligheden for bedring.

Almindelige behandlinger er:

1. Information om tilstanden – »en god forklaring«. Den tager tid og er allervigtigst!
2. Fysioterapi – herunder øvelser for kæbeled og tyggemuskler
3. Skinnebehandling
4. Farmakoterapi.

Sjældnere behandlinger er:

1. Bidslibning
2. Injektioner i kæbeled og tyggemusklér
3. Henvisning til artroskopi eller åben ledkirurgi.

Ved farmakologisk smertebehandling ud over behandling med NSAID og andre analgetica finder vi at samarbejdet med patientens egen læge er vigtigt. Egen læge har det samlede overblik over medicinforbruget, som undertiden kan være omfattende. Hermed kan vi også sikre os at patienten har informeret os korrekt om sit forbrug af receptpligtig medicin.

Kunsten er at give den rette behandling til den rette patient. Da patienten betaler hele behandlingen selv, er der ikke plads til at prøve sig frem ret mange gange.

Honorering af behandlingerne

Undersøgelse og behandling af TMD-lidelser er ikke omfattet af sygesikringsoverenskomsten.

Dvs. at ud over at der er 100% egenbetaling, er der heller ikke mulighed for at patienter med servicekort kan få tilskud uden at der ansøges specielt om det.

Enhver privat praksis skal omsætte et vist beløb i timen. Når bidfunktionsbehandlinger er en væsentlig del af vort arbejde, vil det sige at det for os er en kerneydelse som skal kunne give samme udkomme som andet tandlægearbejde.

Det betyder at en fuldstændig bidfunktionsundersøgelse af typisk én times varighed nødvendigvis må være dyrere end hvad mange patienter opfatter som rimeligt.

Det er svært at forstå for patienterne at det er gratis at have ondt i knæet, men at det koster penge at have ondt i kæben.

Det er også svært for os at forstå at der ikke har været mulighed for at legitimere vort fagområde ved at anerkende det som berettiget til sygesikringstilskud. Det er ikke »luksusbehandlinger«, men en vigtig del af tandlægens normale arbejdsområde.

I vort arbejde med »bidfunktion« har vi ud over konfrontationstiden sammen med patienten en del hjemmearbejde i form af udskrivningsbreve, epikriser, behandlingsforslag, vurdering af røntgenbilleder, viderehenvisninger, rapporter m.m.

Det er efterhånden almindeligt at forsikringsselskaber rekvirerer omfattende rapporter vedr. bidfunktionsgener efter ulykkestilfælde, herunder piskesmældsskader. Disse rapporter tager minimum et par timer ved skrivebordet ud over den kliniske undersøgelse. Skrivebordsarbejdet bør også kunne honoreres, men det er for de fleste bidfunktionstandlæger ikke muligt.

Sammenfatning

Vort fagområde er spændende at arbejde med i privat praksis, men vi så det gerne accepteret som et område hvor der kunne ydes tilskud til undersøgelse og behandling.

Forfattere

Lone Nyhuus, afdelingstandlæge

Afdeling for Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, og privat praksis: Nørgaards Allé 11, 7400 Herning

Anders Vilmann, afdelingstandlæge, ph.d.

Afdeling for Oral Medicin, Klinisk Oral Fysiologi, Oral Patologi og Anatomi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, og privat praksis: Rådhusvej 5, 2. sal, 2920 Charlottenlund