

# Patienter, som systemet ikke når – eller som ikke når systemet

**Elise Eriksen, Gert Bjørndal-Mølgaard og Tove Elsborg Obling**

En minoritet af Danmarks voksenbefolkning, psykisk udviklingshæmmede og psykiatriske patienter, har vanskeligt ved at bruge det almene tandplejesystem, der er organiseret som et liberalt erhverv. Disse grupper kan, afhængigt af det enkelte amts regler, via tandlæger, læger, pårørende eller plejepersonale henvises til/henvende sig til behandling på amtstand-klinikkerne. De første af disse klinikker blev oprettet i begyndelsen af 1970'erne ved §112-institutioner eller hospitaler spredt i landet og har udviklet kendskab til og fysiske rammer for de helt specifikke krav, disse patienter stiller til tandbehandlingens gennemførelse. Nogle af de vanskeligheder, der kan være forbundet med behandlingen og hjemmetandplejen, belyses, og forslag til forbedringer anføres. Specielt foreslås undervisning lagt ind i uddannelserne, såvel af det kliniske personale som af plejepersonalet. Desuden ønskes øget motivation af plejepersonalet/pårørende. Ensartethed amterne imellem mht. organisation og ressourcetilførsel og forskning på området vil, som vi ser det, være et stort skridt på vejen til at sikre samt forbedre tandstatus hos disse medborgere.

I Danmark er den almene tandpleje for voksne organiseret som et liberalt erhverv, og den opfattes almindeligvis som tilfredsstillende og meget velfungerende. For at sikre brugerne en høj og ensartet kvalitet samt et ensartet, rimeligt prisniveau har de offentlige myndigheder ved bestemmelser og overenskomster lagt de private klinikkers vigtigste ydelser i faste rammer, såvel ydelsesbeskrivende som økonomisk.

Erfaringer viser imidlertid, at denne standardisering har væsentlige ulemper for den minoritet af befolkningen, som ikke kan leve op til de krav, fastlagte behandlingsrammer stiller til ydelsesmodtageren (1). Flere forhold gør sig gældende.

Mange tandklinikkers fysiske rammer er ofte udformet på personalets ergonomiske præmisser, men således at svært bevægelseshæmmede patienter kan have vanskeligt ved at færdes der. En anden væsentlig barriere kan være praktiserende tandlægers manglende uddannelse samt kendskab til og erfaring med særlige patientgruppers adfærdsmæssige og medicinske afvigelse (2). I den forbindelse kan problemerne med en urolig eller voldsom adfærd fremhæves. Dette kan skræmme andre patienter i venteværelset eller tandklinikens personale. En tredje grund til at potentielle brugere i marginalgrupperne ikke benytter det almene tandlægesystem kan være manglende evne til at erkende et behov, initiativløshed (3) eller angst. Den liberale organisering af voksentandplejen forudsætter netop frivillige tilbud, og de enkelte klinikker er derfor gennem love om avertering og kollegiale vedtægter afskåret fra at udøve egentlig opsøgende virksomhed over for svagere dele af befolkningen.

Derfor har specielle grupper af patienter i mange amter fået tilbud om at benytte den amtskommunale tandpleje. Denne er baseret på de tandklinikker, der blev etableret i begyndelsen af 1970'erne på de daværende forsorgsinstitutioner og statshospitaler (4). Etableringen fandt sted efter, at man erkendte de »skandaløse forhold«, som tandplejen for denne befolkningsgruppe hidtil havde haft (5).

## **Amtstandplejens patientgrundlag**

Den amtskommunale tandpleje behandler fortrinsvis psykisk udviklingshæmmede personer og psykiatriske hospitalspatienter.

De *psykisk udviklingshæmmede* omfatter primært voksne boere på § 112-institutioner. Sekundært omfatter gruppen eksternt boende. Patientgruppen omfatter tillige voksne i § 68-bofællesskaber, som ikke kan behandles i privat regi; endvidere hjemmeboende voksne i egen bolig eller boende hos forældre/plejefamilie, ligeledes i det omfang tandpleje ikke er mulig i privat regi. Børn og unge under 18 år, der bor på § 96-døgninstitutioner, er i henhold til lov om social bistand

omfattet af tandpleje i den kommune, hvor institutionen er beliggende, medmindre institutionerne har indrettet klinik. I så fald behandles beboerne på institutionens klinik.

Der er ingen lovmæssig bestemmelse vedr. tandpleje for psykisk udviklingshæmmede over 18 år uden for institutionerne (6).

For gruppen *psykiatriske patienter* er hovedkravet, at der skal være tale om langtidspatienter. Såvel langtidslagte døgn- som dagpatienter i denne gruppe bør tilbydes tandbehandling med det formål at sikre bevarelsen af tand-, mund- og kæberregionen i god funktionsdygtig stand (7). For langtidslagte børnepsykiatriske patienter ydes tillige forebyggende tandpleje.

Også kronisk psykiatriske patienter i ambulans behandling eller under periodisk indlæggelse kan med mellemrum tilbydes odontologisk undersøgelse mhp. at anspore dem til at søge tandlægehjælp efter behov. Er dette ikke realistisk, tilbydes de tandpleje i samme omfang som langtidspatienterne.

I de tilfælde, hvor den odontologiske behandling indgår som et væsentligt led i den øvrige hospitalsbehandling tilbydes også korttidslagte patienter behandling.

I amterne findes tillige odontologiske hospitalsafdelinger for tand-, mund- og kæbekirurgi. Disse afdelinger fungerer imidlertid som specialiserede kirurgiske hospitalsafdelinger og varetager sjældent almene tandplejeopgaver. Derfor modtager de kun undtagelsesvis patienter i de kategorier, som amtstandplejen betjener.

### **Tidskrævende patientgruppe**

Karakteristisk for amtstandplejens patienter er, at de kræver tid, tålmodighed samt indgående viden og erfaring med de medicinske, psykologiske og sociale problemer, som er kendetegnende for handicapgrupperne og de psykiatriske patienter (1-3, 8).

Helt centralt er det forhold, at de fleste patienter er afhængige af andres hjælp. Det indebærer, at kommunikationen er besværet. Samarbejdet omkring patienten kan ligeledes være præget af for mange og svage led, der deler ansvaret, hvilket ofte resulterer i hyppige udeblivelser. Som omtalt er mange af de psykisk udviklingshæmmede støjende og råbende og har en voldsom adfærd.

Dette indikerer ofte behov for præmedicinering (1, 7), og i visse tilfælde er det nødvendigt med behandling i generel anæstesi (1, 2, 9).

Hygiejneproblemerne hos specielt de meget omsorgskrævende patienter er store. Selvom der ydes en stor indsats, er plejepersonalets resultater ofte ikke gode nok (2, 8). Kosthygiejnen lader også ofte meget tilbage at ønske pga. hensynet til klienternes autonomi (2).

Da patienterne ikke forstår konsekvensen af en insufficient hjemmetandpleje, da den subjektive opfattelse af tandproblemerne er ringe, og fordi patienterne ofte ikke kan sige til/fra, er der også tale om en ganske betydelig diagnostisk udfordring.

Disse forhold, herunder bl.a. særlige krav til de fysiske rammer, såsom plads til kørestole, lifte etc., er hyppigt uforenelige med behandlingsmulighederne hos den privatpraktiserende tandlæge (1).

### **Hvem kan henvise/henvende sig med patienter?**

I dag er henvisningsproceduren til amtstandklinikkerne forskellig fra amt til amt. I nogle amter kan henvendelse kun ske efter henvisning fra egen tandlæge eller læge. Patienterne i andre amter kan indskrives ved henvendelse, evt. via institutionsleder, sagsbehandler, hjemmehjælper eller pårørende/plejeforældre.

Tandklinikkerne har karakter af et tilbud til patienterne, og egentlig opsøgende virksomhed finder kun sted i enkelte amter. Ligeledes er betalingsforholdene forskellige. Det er derfor, afhængig af patienternes boform/indlæggelse/amt enten institutionslederen (10,11), pårørende/plejefamilien eller den pågældende selv, der er ansvarlig for, at der sker tilmelding til tandpleje, og at aftalerne holdes ved lige.

### **Hvem er det, vi ikke når?**

Vi mener, det er et problem, at der stadig er potentielle brugere af amtstandplejen, der ikke konsulterer tandlæge overhovedet, alternativt sjældent. Det kan være psykisk udviklingshæmmede, boende hos forældre, som er »usynlige«, dvs., at de ikke er registreret i det sociale system (7). Dette vanskeliggør tilrettelæggelsen af en opsøgende forebyggende tandpleje (7). De nævnte grupper vil dog i et vist omfang være kendt af offentlige myndigheder pga. andre samfundsmæssige foranstaltninger (7). Det kan også dreje sig om kronisk sindslidende, fortrinsvis skizofrene patienter. Disse kan evt. ikke vælge til eller fra, da ambivalens eller paranoia kan afholde dem fra social kontakt, herunder det at opsøge tandlæge.

Ca. 20% af hjemmeboende psykiatriske patienter nævner økonomien som en barriere for tandlægebesøg (3). Fælles for både de udviklingshæmmede og de psykiatriske patienter er, at de if. den liberalt organiserede tandpleje selv skal mestre at se egne behov, hvilket næppe kan forventes af alle hjemmeboende patienter med manifesterede psykoser eller psykisk udviklingshæmning (3).

Det hænder desværre også ofte, at beboere på institutioner og psykiatriske afdelinger bliver tandmæssigt forsømt, når personalet eller patienten misligholder aftaler med tandkli- ▶

nikken – ikke sjældent med større tanddestruktioner til følge (8).

Eksempler på, hvordan det kan gå disse tandbehandlingsmæssigt forsømte, følger her:

### Patienttilfælde

#### Patient nr. 1

Hjemmeboende, 40-årig, psykisk udviklingshæmmet kvinde, som med mellemrum kommer til aflastning på § 112-institution. Personalet har observeret kraftig foetor ex ore. Ved undersøgelse i juni 1993 ses voldsomme mængder af tandsten. En måned senere foretages behandling i generel anæstesi (Fig. 1). Der findes ingen aktuel caries, men ÷2 ekstraheres pga. total parodontitis. To år senere gentager henvendelsen sig. Forholdene er omtrent som i 1993. Patienten vil fremover blive indkaldt til amtstandklinikken, når hun kommer til aflastning.

#### Patient nr. 2

53-årig, psykisk udviklingshæmmet kvinde, som har boet hjemme hos forældre, henvender sig vha. pårørende efter 30 år uden tandlægekonsultation. Patienten har kraftig foetor ex ore. Tandsættet er miserabelt – flere tænder hænger kun sammen vha. tandsten, og der er mange store cariesangreb (Fig. 2). Samtlige tænder ekstraheres i generel anæstesi, og der fremstilles efterfølgende helproteser.

#### Patient nr. 3

23-årig mand, indlagt på psykiatrisk afdeling pga. skizotypisk sindslidelse med sekundært misbrug af cannabis og extasy. Patienten har været indlagt i kortere perioder siden sit 17. år, i



Fig. 1. Patienttilfælde nr. 1. 40-årig kvinde med ekstreme mængder tandsten i overkæben.

Fig. 1. Patient case No. 1. A 40-year-old woman with extreme deposits of calculus in the upper jaw.

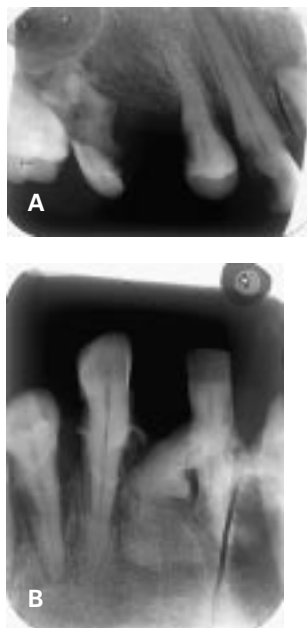


Fig. 2. Patienttilfælde nr. 2. Røntgenbilleder af regio 6,5,4,3+ (A) og regio 4,3,2,1÷ (B) hos 53-årig kvinde, der ikke havde konsulteret tandlæge i 30 år.

Fig. 2. Patient case No. 2. Radiographs, regio 6,5,4,3+ (A) and regio 4,3,2,1÷ (B) of a 53-year-old woman who has not seen a dentist for approximately 30 years.

alt 14 gange, heraf flere gange med tvang. Patienten er aktuelt i behandling med middeldosisneuroleptika, antikolinergika og benzodiazepin. Patienten bliver henvist til tandlæge, fordi plejepersonalet har bemærket »ætsninger« på tænderne. Ved odontologisk undersøgelse ses talrige cariesangreb, overvejende lokaliseret cervikofaciale (Fig. 3A).

Da der planlægges et længere indlæggelsesforløb (under tvangstilbageholdelse) mhp. genoptræning og resocialisering, foretages odontologisk rehabilitering under indlæggelsen. Patienten oplyser selv, at han ikke har været til tandlæge i årevis, og at han er bange for at gå til tandlæge. Ved udskrivning til bofællesskab efter fem måneders indlæggelse på psykiatrisk afdeling er patienten tilvænnet tandbehandling, og foreløbig cariesbehandling med plast er afsluttet (Fig. 3B). Patienten vil efterfølgende blive indkaldt til eftersyn under tilknytning til daghospital og derefter søgt udsluset til praktiserende tandlæge.

#### Patient nr. 4

37-årig psykisk udviklingshæmmet mand fra § 112-pensionat henvender sig, da personalet fandt patientens udseende skæmmet pga. dårlig tandstatus (Fig. 4). Da patienten er relativt velfungerende og selvhjulpent mht. mundhygiejne, udføres følgende: ekstraktion af ikke-bevaringsværdige tænder samt alm. cariesterapi og kronebehandlinger efterfulgt af attachment-proteser i OK og UK (Fig. 4).

#### Patient nr. 5

13-årig dreng med epilepsi boende på § 112-institution med regelmæssig tandpleje udvikler pludselig voldsom hævelse i



Fig. 3. Patienttilfælde nr. 3. 23-årig psykiatrisk patient. A: multiple cervikale cariesangreb inden behandling. B: efter behandling.

Fig. 3. Patient case No. 3. A: a 23-year-old male suffering from a psychiatric disorder with multiple carious lesions to the buccal surfaces. B: after treatment.



Fig. 4. Patienttilfælde nr. 4. Studiemodeller af 37-årig mand før og efter behandling.

Fig. 4. Patient case No. 4. Models of a 37-year-old male before and after treatment.



Fig. 5. Patienttilfælde nr. 5. Regio 2,1+ af 13-årig dreng med epilepsi. Billedet viser stor cysteagtig destruktion med perforation til cavum nasi og omsluttende hele 1+ og den mesiale del af 2+. En udvikling af et uopdaget tidligere traume.

Fig. 5. Patient case No. 5. Regio 2,1+ of a 13-year-old boy suffering from epilepsy. Notice the large radiolucent area in regio 2,1+ which communicates with the nasal cavity. An example of an undiscovered earlier trauma.

ansigtet. Under penicillindække behandles han i generel anæstesi. Røntgenundersøgelse viser en stor opklaring omkring 1+ (Fig. 5). Ved rouginering af slimhinde eksartikulerer 1+ spontant, og 2+ viser løsning af 3. grad. En cystebælg, ca. 1×2 cm i diameter, ses. Efter fjernelse af denne ses perforation til cavum nasi. For at få fjernet hele cysten må 2+ også ekstraheres. Et år senere fremstilles ætsbro i området. Den mistes hurtigt ved fald i krampe. Da patienten reagerer særdeles aggressivt umiddelbart efter behandling i generel anæstesi, foretages efter forældrenes ønske ingen fornyet behandling.

To år efter fremstilles partiel overkæbeprotese, hvilken patienten ikke kan acceptere. Evt. yderligere behandling udskydes, til patienten er udvokset. Tilfældet er et eksempel på »usynlige« tandtraumer ved epileptiske anfald hos patienter, der ikke kan meddele sig.

### Går det også galt med dem, vi når?

Flere patienter har en forringet tandsundhed på trods af et omfattende behandlingstilbud. Grundene hertil er overvejende for høj udeblivelsesprocent (ca. 20%, hvilket bevirker sjældnere indkaldelser), dårlig mundhygiejne (2, 8) og dårlig kosthygiejne (2), der er med til at øge skaderne i behandlingsintervallerne. Desuden ses magtcirkulæret (9) desværre hyppigt overfortolket derhen, at patienterne selv må bestemme, om de vil have børstet tænder/gå til tandlæge. Dette må efter vor opfattelse betragtes som direkte *omsorgssvigt*.

Ikke overraskende kræver vore patienter specielle kommunikationsformer og behandlingsteknikker, som, afhængig af hvordan det lykkes, kan bestemme, hvor langt man når per behandlingsseance (2).

Hertil kommer flere forhold, som yderligere kan forværre tandstatus. Epidemiologiske undersøgelser viser med sikkerhed, at forekomsten af orale sygdomme er signifikant større end i den normale population (2-3, 8). Cariesbilledet er varieret, men forekomsten af parodontale lidelser, traumer, abrasioner og dentofaciale anomalier er højere (8). Dertil kommer hyppige forekomster af dental hypoplasi, fejl i mineraliseringen, bruksisme, mundånding, medicininducerede bivirkninger som bl.a. mundtørhed og sukkerskader. Nogle patienter er »drøvtyggere«, dvs. de »genbruger« maden og får derved syreskader. Andre »hamstrer« i bukkale omslagsfolder for at forlænge spiseperioden, med øgede skadevirkninger til følge. Spisevaner omfattende »ikke-mad« som sand, grus, cigarstumper og malingspånar kan medføre problemer i form af slid, frakturer og skader på gingiva. Endelig har 10-20% af mentalt retarderede en grad af selv mutilation: de gør vold på sig selv, hvorfor der ses skader eller amputationer på tænder, tunge, kinder, læber, slimhinder og gingiva. I ekstreme tilfælde kan ekstraktion være eneste forebyggende mulighed (2).

Det har endnu ikke været muligt at finde veje til at ændre væsentligt ved disse forhold trods en ihærdig indsats med information og instruktion.

### Hvordan kommer vi videre?

Der er selvsagt behov for forbedret motivation hos og information til personale og pårørende samt for øget information til praktiserende tandlæger, specielt mhp. øget samarbejde omkring hen- og tilbagevisninger. Det kan fx dreje sig om præparatvalg og -dosering mht. præmedicinering.

Grundlæggende kunne det ønskes, at uddannelsen af klinik- og plejepersonalet indbygger teori og praktisk træning om emnet (8).

For de etablerede klinikker kan foreslås en profylakseplan (2), der som hovedparameter har *motivation*, der determinerer succes/fiasco i dental sundhedsundervisning.

Dernæst mener vi, at det ville være endog meget effektivt med en motiveret person fra hver afdelings personalegruppe til at *koordinere* og støtte afdelingens daglige orale hygiejne og til at lette kommunikationen mellem tandklinikpersonalet og afdelingen med forbedret oral sundhed som mål. *Pågående undervisning* med video, manualer og lære-ved-at-gøre-demonstrationer kan da iværksættes. For at kunne måle en effekt bør forældre og pårørende stå sammen med institutionspersonalet og sørge for et regnskabssystem, som sikrer høj prioritering af den forebyggende og daglige vedligeholdelse af den orale sundhed.

Endvidere var det ønskeligt med øget forsknings- og udviklingsindsats inden for området mhp. en stadig forbedring af tilbuddet.

### Fremtiden – øget decentralisering af beboerne

En erklæret politik og praksis vedr. øget decentralisering af beboerne betyder større geografisk spredning af klientellet og større afstand til amtstandklinikkerne. If. *Haavio* (8) er en konsekvens af denne deinstitutionalisering en forværring af de orale sygdomme. Tandstatus vil blive forværret med flere helbredsproblemer og stigende alder. Det kroniske i de orale sygdomme komplicerer det primære psykiske/fysiske handicap (2). Jo mindre personale:beboer ratio, desto dårligere hygiejne og deraf følgende konsekvenser for den orale sundhedstilstand. Personaleudskiftning, især hos de mest krævede beboere, må sammenholdt med ovenstående, som vi ser det, bevirke et stigende behov for profylaktiske og behandlingsmæssige ressourcer i takt med deinstitutionaliseringens gennemførelse.

Det vil være ønskeligt, at amterne i højere grad end nu tager højde for en synliggørelse og en kontinuerlig udvikling af vore klinikker, så amtstandklinikkerne fremover opnår en

mere ensartet struktur, funktion samt organisatorisk tilknytning.

Det vil på baggrund af de erfaringer, som er illustreret i denne artikels patienttilfælde, være en forbedring, om ensartet opsøgende virksomhed og betalingsforhold kunne etableres, samtidig med indførelse af effektive overførselsprocedurer, sådan som tandplejeloven foreskriver (7).

For at sikre at også disse samfundsborgere får et tandplejetilbud, der er kvalitetsmæssigt på højde med øvrige borgeres, vil det være mest hensigtsmæssigt, at ansvaret for koordinationen ligger i amtskommunalt regi som den sygesikringsbaserede voksentandpleje.

På baggrund af nærværende artikel må vi desværre konkludere, at systemet stadig, som vi ser det, lader en del tilbage at ønske. ■

### English summary

*Patients left behind by the system – or who themselves miss it*

A minority of the Danish adult population, the mentally disabled or psychiatric patients, have difficulty in availing themselves of the public dental care system, which is structured as a liberal profession. These groups can, depending on the individual county's regulations, contact the county's dental clinics through referral by dentists or physicians, or through contact by next-of-kin or institutional caretakers. The first such clinics were established in the early 1970s at mental institutions or hospitals throughout Denmark, and they have developed the knowledge and physical framework necessary to comply with the very specific demands these patients have to dental treatments. Some of the difficulties connected to treatment and personal oral hygiene are described, and suggestions to improvements are made. One particular suggestion is that specialised vocational training be part of the education, both as regards the clinical staff and the institutional staff. Another suggestion is increased motivation of the institutional staff/next-of-kin. Uniformity among the counties regarding organisational structure, supply of resources and research would, in our opinion, constitute a huge step along the way to ensure a better dental status among these fellow citizens. Five case stories describing neglect of dental care are presented.

### Litteratur

1. Burtner AP, Dicks JL. Providing oral health care to individuals with severe disabilities residing in the community: alternative care delivery systems. *Spec Care Dent* 1994; 14: 188-94.
2. Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clinics North Amer* 1994; 38: 483-98.
3. Hede B. Psykiatriske patienters tænder og tandpleje. *Tandlægebladet* 1995; 99: 383-92.
4. Nivaa O, Folkmar TB. Amtskommunal tandpleje – historie, status og udviklingsmuligheder. *Tandlægebladet* 1996; 100: 634-637.
5. Christensen A. Tandplejen for de åndssvage en samfundsforpligtelse. *Tandlægebladet* 1976; 80: 710-2.
6. Vigild M. Den omsorgskrævende patient set i lyset af forskellige strategier for tandsundhedsfremme. Nordisk Forening for Handicaptandplejes kongres. Hillerød, 24.-27. august 1995.
7. Sundhedsstyrelsen. Retningslinier af 15. dec. 1995 for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje. København: Sundhedsstyrelsen, 1995.
8. Haavio M-L. Oral health care of the mentally retarded and other persons with disabilities in the Nordic countries: present situation and plans for the future. *Spec Care Dent* 1995; 15: 65-70.
9. Socialministeriet. Bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979 om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap. København: Socialministeriet, 1979.
10. Socialministeriet. Vejledning om betalingsregler i institutioner efter bistandslovens § 112, stk. 1 og 2, august 1994. København: Socialministeriet, 1994.
11. Socialministeriet. Cirkulære af 17. december 1986 om institutioner under amtskommunerne for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, pkt. 41. København: Socialministeriet, 1986.

### Forfattere

*Elise Eriksen*, amtstandlæge,

Amtstandklinikken, Strandvænget, 5800 Nyborg

*Gert Bjørndal-Mølgaard*, tandlæge

Amtstandklinikken, Centralsygehuset i Næstved, 4700 Næstved

*Tove Elsborg Obling*, afdelingstandlæge

Tandklinikken, Behandlingscentret Sundbyvang, Persillevej 10, 2300 København S, specialklinik under Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, Hovedstadens Sygehusfællesskab.