

## ABSTRACT

## Børn med langvarig sygdom kan have øget risiko for sygdom i mundhulen

Antallet af børn med langvarig sygdom og funktionsnedsættelse er stigende. I dag domineres billedet af diagnoser, som beskriver fx adfærdsmæssige problemer inden for det neuropsykiatriske område og neurologiske funktionsnedsættelser, mens det tidligere var fysiske funktionsnedsættelser, der var de fremherskende. Børn med langvarig sygdom eller funktionsnedsættelse har ofte en forøget risiko for orale sygdomme. Dette kan bero på grundsygdommen og behandlingen heraf, eller også kan barnets funktionsnedsættelse besværliggøre samarbejdet i behandlingssituationen. Børn og unge med neuropsykiatriske funktionsnedsættelser udgør mindst 5 % af en population. Tandplejesituationen indebærer særlige vanskeligheder, og behandlingen bør fokusere på forebyggelse og tidlig tilvæning. I Sverige har man i den forbindelse gode erfaringer med 1.000-indlæring ("*de 1.000 ganges pædagogik*"), som indebærer, at man afsætter længere behandlingstider og gennemfører flere korte træningspas med mange små pauser imellem. Patienter med ADHD har flere kooperationsproblemer i tandplejesituationen, og der er rapporteret forøget cariesprævalens. Flere forskellige typer af langvarig sygdom som astma og fedme blandt børn og unge giver en forøget risiko for orale sygdomme. Det er vigtigt at indse den orale sundheds betydning for individets livskvalitet. Medicinske sygdomme og funktionsnedsættelser er hyppigt forekommende og noget, alle tandlæger støder på i den kliniske hverdag. I denne oversigtsartikel redegør vi derfor for nogle af de almindeligste diagnoser samt for håndteringen af patienter med disse diagnoser i tandplejen.

# Behandling af børn med langvarig sygdom og funktionsnedsættelse i tandplejen

Gunilla Klingberg, professor, odont.dr., Afdelingen for Pedodonti, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, Malmö, Sverige

Göran Dahllöf, professor, odont.dr., Afdelingen for Pedodonti, Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet, Huddinge, Sverige

**A**ntallet af børn med langvarig sygdom og funktionsnedsættelse er stigende og er noget, som den almenpraktiserende tandlæge møder i klinikken. Formålet med denne oversigtsartikel er derfor at redegøre for nogle af de hyppigst forekommende diagnoser, samt hvordan patienter med disse diagnoser kan håndteres i tandplejen.

Langvarig sygdom anvendes i dag som betegnelse for en sygdom, som påvirker individet i mindst tre måneder. Betegnelsen inkluderer også diagnoser, som man tidligere kategoriserede under begrebet kronisk sygdom. Imidlertid antyder ordet kronisk, at tilstanden ikke kan behandles, hvilket i mange tilfælde er forkert. Derfor er langvarig sygdom et bedre begreb. Funktionsnedsættelse defineres som en nedsættelse af fysisk, psykisk eller intellektuel funktionsevne. Den kan efterfølgende føre til et funktionstab, som indebærer begrænsninger for individet i relation til omgivelserne. Med en inkluderende definition af langvarig sygdom og funktionsnedsættelse, dvs. tilstande som giver begrænsninger i daglige aktiviteter, er prævalensen cirka 8 %. Med begrænsninger menes problemer med deltagelse i leg og skolegang eller behov for specielle medicinske eller andre interventioner. Drengene rapporterer begrænsninger dobbelt så ofte som piger. Spektret af diagnoser har ændret sig igennem de seneste 20 år. I dag domineres billedet af diagnoser, som beskriver fx adfærdsmæssige problemer inden for det neuropsykiatriske område samt neurologiske funktionsnedsættelser, hvor det tidligere hyppigt drejede sig om fysiske funktionsnedsættelser.

### EMNEORD

Disabled children;  
ADHD, autism;  
asthma, obesity

Sprog- og taleproblemer, intellektuel funktionsnedsættelse samt ADHD er de hyppigst diagnosticerede tilstande. Forekomsten afspejler de socio-økonomiske forhold, idet

børn, som vokser op i socio-økonomisk svage miljøer, diagnosticeres 1,5 gange så hyppigt som børn i økonomisk begunstigede miljøer. Årsagerne til den øgede forekomst af sygdom og funktionsnedsættelse er ikke simple at udrede. Mulighederne for at diagnosticere flere tilstande, bl.a. de neuropsykiatriske, er forbedrede; men det er mulighederne for særlig indsats også. Børn udsættes for flere risikofaktorer i omgivelserne, bl.a. miljøgifte, og desuden har holdningerne til, hvad børn i forskellige aldre kan forventes at klare, ændret sig. Børns eventuelle problemer bliver tydelige i dagens skolemiljø, hvor undervisningen er kendetegnet ved selvstyret læring og samarbejde, hvilket fx børn med neuropsykiatriske funktionsnedsættelser har vanskeligt ved. Naturligvis har også de forbedrede behandlingsmetoder for mange tilstande gjort, at flere børn, som fødes for tidligt eller med komplicerede diagnoser så som misdannelser, overlever, omend ofte med livsvarigt plejebehov på grund af forskellige funktionsnedsættelser (1).

Børn med langvarig sygdom eller funktionsnedsættelse har ofte en forøget risiko for orale sygdomme. Dette kan bero på grundsygdommen (parodontitis ved Downs syndrom), eller på grundsygdommens behandling (tanddannelsesforstyrrelser ved cancerbehandling af børn), eller også kan barnets funktionsnedsættelse give samarbejdsproblemer i tandplejesituationen. Russell Barkley, som er ekspert i autismspektrumforstyrrelser, siger fx ”børn samarbejder, hvis de kan; hvis de ikke kan, må vi spørge os selv hvorfor og gøre noget ved det”.

Dette indebærer, at tandplejen i stadig større udstrækning møder børn med forskellige typer af medicinske sygdomme og fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Forældre til børn med forskellige typer af funktionsnedsættelse forventer at blive mødt med respekt, at blive involveret i behandlingen, at opleve kontinuitet i behandlingen, at tandplejepersonalet har viden om funktionsnedsættelsen, og at tandplejen står til rådighed (2). Dette indebærer ofte nye udfordringer for tandplejens personale.

Nedenfor følger en beskrivelse af nogle almindelige grupper af diagnoser og funktionsnedsættelser.

### Neuropsykiatriske diagnoser

Neuropsykiatriske diagnoser omfatter bl.a. ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) og autisme, og man skønner, at mindst 5 % i en børne- og ungdomspopulation har en neuropsykiatrisk diagnose (3). Diagnoserne baseres på et antal forskellige symptomer, og eftersom disse kan variere med alder og udvikling, kan diagnoserne ændre sig over tid. Definitionerne og betegnelserne for visse diagnoser har ændret sig gennem årene (4). Ud over at børn kan have en neuropsykiatrisk diagnose uden andre diagnoser, er det er almindeligt ved bl.a. genetiske diagnoser, at de i tilgift har en neuropsykiatrisk diagnose og undertiden desuden diagnosen intellektuel funktionsnedsættelse. Fx kan et barn med Downs syndrom også lide af en hjertefejl (AV communa), autisme samt intellektuel funktionsnedsættelse. Hver enkelt diagnose påvirker barnet, og det er vigtigt at

kende til de forskellige diagnoser for at kunne behandle barnet bedst muligt i tandplejen.

### Autismespektrumforstyrrelser (ASD; autism spectrum disorder)

I foråret 2013 skete der visse ændringer i diagnosen autisme i forbindelse med publiceringen af den seneste revision af de diagnostiske kriterier, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) (5). I DSM-5 har man indført en gruppe af tilstande ved navn autism spektrum disorders (ASD), og i denne indgår bl.a. det, som tidligere blev kaldt Aspergers syndrom. Ifølge den nye manual skal man opfylde fire kriterier for at have ASD: langvarige vanskeligheder/begrænsninger i social kommunikation og socialt samspil i forskellige miljøer/sammenhænge, som ikke skyldes forsinket udvikling og ikke er forbigående; begrænsede, repetitive adfærdsmønstre, interesser og aktiviteter; symptomerne skal have været latent til stede siden den tidlige barndom (men behøver ikke være manifesteret før barnet havner i situationer, hvor de sociale krav overstiger barnets kapacitet); og symptomerne skal sammenlagt begrænse personens funktion i hverdagen (5).

Der er intet i litteraturen, som tyder på, at børn med ASD skulle have større risiko for caries end andre børn, forudsat at de ikke har andre medicinske sygdomme, som påvirker den orale sundhed. Derimod er der flere undersøgelser, som peger på, at det er vanskeligere at gennemføre almindelig mundhygiejne som tandbørstning. Dette kan føre til mere plak, gingivitis og på sigt også caries. Ofte har personer med ASD også svært ved selv at tage det fulde ansvar for mundhygiejnen, og de behøver derfor hjælp til tandbørstningen fra et familiemedlem eller en assistent. Undertiden har personer med ASD svært ved at tolerere stærke smagsindtryk, og pebermyntesmag i tandpasta kan udgøre et problem. Hvis personen ikke tolererer pebermyntesmag, kan det være nødvendigt at finde en fluor-tandpasta uden smag eller lade personen børste med fluor-gel. Behandling af personer med ASD i tandplejen stiller ofte store krav til tandplejeteamet. Der kræves som regel lang tids forbedrelse og træning inden behandlingen, og mere komplicerede behandlinger må ofte udføres i narkose. Det er derfor vigtigt at tandplejen fokuserer på profylakse, og at man forhindrer, at sygdomme som caries og gingivitis opstår. Det er vigtigt at kunne støtte familie og plejepersonale, og ofte vælger man også at lade personer med ASD komme til hyppige profylaktiske seancer på tandklinikken.

Hvis man i forvejen ved, at en børnepatient har ASD, er det ofte en fordel, hvis man kan have en samtale med forældrene, inden patienten kommer til klinikken. Det er bedst, hvis forældrene kan møde op på klinikken, se hvordan der ser ud og dermed forberede barnet på besøget. Hvis dette ikke er muligt, må man nøjes med en telefonsamtale. Formålet med samtalen er at optage en anamnese og få belyst, hvordan barnet fungerer i nye situationer, inden barnets første besøg på klinikken. Det er vigtigt at få oplysning om barnets stærke sider, men også om ting, som barnet har svært ved. Undertiden kan børn med ASD have

svært ved at acceptere bestemte lyde eller ved at forstå visse begreber. Man skal også vide, hvordan man bedst roser barnet m.m. Det er vigtigt at vide, at der er store individuelle forskelle mellem børn med ASD, og derfor må der tages individuelle hensyn til hvert enkelt barn med ASD. Fordelen ved denne tilgang er, at man ved det første besøg kan koncentrere sig direkte om barnet og behandlingen. Dette er at foretrække, da barnet også får lettere ved at fokusere og ikke bliver forvirret af at skulle sidde og høre efter. Desuden indebærer en funktionsnedsættelse som ASD alt for ofte, at barn tvinges til at overhøre, at man taler om dem og måske endog lufter deres problemer. Dette bør man så vidt muligt undgå.

Kliniske erfaringer har vist, at mange personer med ASD kan gennemføre odontologisk undersøgelse, profylaktiske tiltag som afpudsning og fluorlakering samt enkle behandlinger, hvis man giver dem god tid til at vænne sig miljøet på klinikken. Derimod er det vanskeligt at udføre procedurer, som kræver, at barnet er helt stille eller som kan være lidt ubehagelige, fx røntgenoptagelse og lokalanalgesi. Tidligere blev tilvænningen gennemført ved, at personer med ASD blev indkaldt til flere tilvænningsbesøg med korte intervaller imellem. I de senere år er man i stedet begyndt at afsætte længere seancer hos hjælpepersonalet og lade patienterne få flere tilvænningspas lige efter hinanden. I Sverige kaldes dette 1.000-indlæring og bygger på viden om, at personer med ASD ofte bliver vældig dygtige og kapable i situationer, hvor de føler sig trygge. Ved at træne det samme forløb flere gange med en lille pause imellem får patienterne mulighed for at føle sig trygge, og ofte kan de gennemføre en odontologisk undersøgelse allerede efter nogle få træningspas. I håndteringen af disse patienter anvender man ofte fotografier som pædagogisk hjælpemiddel (6). Med moderne digitalkamerateknik er det let at fremstille et billedmateriale, som viser, hvad der skal foregå under besøget. I forbindelse med forældrenes første besøg på klinikken kan man sammen med dem foretage et individuelt udvalg af billeder. Ved at arrangere billederne i en logisk sekvens i fx et album giver man patienten et redskab til allerede inden besøget på klinikken at sætte sig ind i, hvad der skal ske, og under selve behandlingen/tilvænningen kan man hjælpe patienten videre ved at vise billeder som illustrerer, hvad der nu skal ske. En tryk patient, som er forberedt og ved, hvad der venter, vil bedre kunne kooperere i tandplejesituationen. Motiver, der typisk indgår i billedmaterialet, er: lokalerne, behandlingsstolen, de personer patienten vil møde, tandbørste (kan anvendes for at få patienten til at åbne munden), en åben mund (betyder ”gab op”), operationslampe, spejl, profylaksevinkelstykke, pensel til fluorlakering.

Det er vigtigt, at patienter med ASD indkaldes regelmæssigt, og at man i behandlingsplanlægningen ud over profylakse også overvejer at planlægge behandling i narkose, fx for røntgenstatus, eventuel fjernelse af mælketænder der ikke fældes som forventet, profylaksebehandlinger såsom fissurforsøgning, depuration og fyldningsterapi. Erfaringsmæssigt kan man ofte med regelmæssige profylakseseancer og strategisk udvalgte ud-

videde undersøgelser i narkose opretholde en god oral status hos personer med ASD.

### ADHD (attention deficit hyperactivity disorder)

ADHD er den hyppigste neuropsykiatriske diagnose med prævalensangivelser på 3-7 % (7). Dette indebærer, at alle i tandplejesektoren vil møde personer med ADHD. Diagnosen optræder hyppigere hos drenge end hos piger; men man tror samtidig, at ADHD underdiagnosticeres netop blandt piger. Dette beror på, at piger ikke udviser hyperaktivitet og aggressiv adfærd lige så hyppigt som drenge. Ætiologien til ADHD er ikke fuldt afklaret; men man mener i dag, at der er en vigtig genetisk komponent, og de fleste børn med ADHD har nære slægtninge, der også har diagnosen. Man mener dog også, at der findes en erhvervet variant af diagnosen samt kombinationer af genetisk og erhvervet ætiologi. Behandlingen af ADHD omfatter såvel medicinering med centralstimulantia som sociale og pædagogiske støtteforanstaltninger.

Når det drejer sig om oral sundhed ved ADHD, er der ikke fuld overensstemmelse mellem de forskellige rapporter; men der synes at være en forøget risiko for caries, og dette kan hænge sammen med hyppigere indtag af mad og drikke samt mindre hyppig tandbørstning sammenlignet med andre børn og unge (8). Der er også hyppigere behandlingsproblemer af psykologisk art ved ADHD (9). Med hensyn til behandlingsstrategier ved ADHD er disse ofte de samme som ved ASD. Præcis som ved ASD handler det om at finde forskellige måder til at hjælpe patienten til at forstå, hvad der skal ske, og at skabe rammer som gør det lettere for den unge at koncentrere sig om tandbehandlingen. Eftersom børn med ADHD kan have svært ved at holde fokus i længere tid ad gangen og let bliver distraherede, kan tandplejen hjælpe ved at reducere unødige stimuli under besøget. Det kan handle om at lukke døren til behandlingsrummet, slukke for radio eller musikanlæg og måske fjerne genstande, som kan distrahere patienten. Det er også vigtigt, at man forsøger at forklare behandlingen og de forventninger, man har til barnet, så enkelt og konkret som muligt. Undgå småsnakkende og komplicerede beskrivelser, men vær ærlig og sig, hvad du forventer, at barnet skal gøre. Som ved al tandpleje er det vigtigt at give positiv tilbagemelding, når barnet koopererer og gennemfører de forskellige faser af behandlingen. Giv konkret ros, sig hvad der er godt.

### Intellektuel funktionsnedsættelse

Man regner med, at cirka 3 % af befolkningen har en intellektuel funktionsnedsættelse. Ifølge American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (10) er den korrekte benævnelse i dag intellektuel funktionsnedsættelse. Tidligere har man anvendt termer som mental retardation, åndssvaghed eller lignende; men dette er altså ændret (på dansk er betegnelsen psykisk udviklingshæmning dog indtil videre stadig anvendelig, red.). Denne ændring genfindes også i DSM-5. Intellektuel funktionsnedsættelse defineres ifølge



## KLINISK RELEVANS

AAIDD som en tilstand, der er karakteriseret ved betydelig indskrænkning af såvel intellektuel funktion som adaptiv adfærd, og som påvirker hverdagen. Problemerne skal desuden være opstået før 18-års-alderen. Tidligere har man defineret intellektuel funktionsnedsættelse på basis af IQ; men da den nye definition involverer både intellektet og personens funktion i forhold til omgivelserne, er den strikte inddeling efter IQ bortfaldet; men IQ indgår dog stadig som et element i den diagnostiske proces. De hyppigste årsager til intellektuel funktionsnedsættelse er genetiske afvigelse (fx i forbindelse med syndromer såsom Downs syndrom), perinatale insulter (oftest iltmangel), infektioner (røde hunde og meningitis) eller traumer som påvirker CNS. Det er vigtigt at huske, at diagnosen omfatter et meget bredt spektrum med hensyn til symptomer, og at der er betydelige individuelle forskelle. Intellektuel funktionsnedsættelse forekommer noget hyppigere ved en del medicinske tilstande som medfødt hjertefejl, fysiske funktionsnedsættelser, epilepsi og neuropsykiatriske problemer. Det er altså vigtigt, at man er bevidst om, at en person kan have flere forskellige diagnoser, som hver for sig kan påvirke såvel den orale sundhed som den praktiske håndtering af patienten i tandplejesituationen.

Der er ikke noget belæg for, at intellektuel funktionsnedsættelse i sig selv medfører dårlig oral sundhed. Men afhængig af hvilke problemer den enkelte patient har, kan det fx være svært at tage optimalt vare på mundhygiejnen, og på sigt kan risikoen for såvel gingivale problemer som caries være forøget. Præcis som ved neuropsykiatriske problemer er det derfor vigtigt at fokusere på profylakse og at udforme behandlingsplanlægningen på en sådan måde, at strategiske dele af undersøgelse og behandling kan foregå i narkose. Samme metoder som ved ASD og ADHD kan med fordel anvendes, dvs. billeder som støtte, tilvænnning, tiltag som hjælper patienten med at føle sig tryk og koncentrere sig om behandlingen.

### Langvarig sygdom

Igennem de seneste 10 år har man set en tydelig forandring, idet der relativt set oftere diagnosticeres børn med emotionelle, adfærdsmæssige og neurologiske funktionsnedsættelser end med andre langvarige sygdomme. Flere af de hyppigt forekommende sygdomme er bl.a. relaterede til det miljø, vi lever i (astma), og vores livsstil (kost og motion). Nedenfor gives eksempler på tilstande, hvor ny viden er fremkommet, og hvor en indsats over for den orale sundhed er af betydning for patientens totale livskvalitet.

#### Astma

Prævalensen af allergier som astma og atopisk eksem og sygdomme med autoimmun baggrund er usædvanligt høj i de nordiske lande. Også hyppigheden af fedme er i en række år steget; men i Sverige er der nu tegn på en ændret trend, dog uden at årsagerne hertil kendes.

Astma er en sygdom i luftvejene, som skyldes en inflammation i luftrøret. Hos børn er de vigtigste årsager allergi mod

Børn og unge med langvarig sygdom eller funktionsnedsættelse udgør en stor gruppe, som har behov for ekstra støtte i tandplejen. Mange diagnoser indebærer enten en forøget risiko for oral sygdom eller vanskeligheder med at udføre tandbehandling. For at kunne håndtere disse unge patienter optimalt må tandlægen være orienteret om diagnoserne og deres

konsekvenser for den orale sundhed. Neuropsykiatriske lidelser udgør en stor andel af de diagnoser, tandlægen møder. Patienter i denne gruppe har ofte adfærdsproblemer, som kan være en udfordring for tandplejen. Men med en struktureret arbejdsgang kan også denne gruppe gennemføre tandbehandling og opnå forudsætninger for god oral sundhed.

dyrehår, pollen eller støvmider. Astma behandles med en kombination af anti-inflammatorisk og bronkodilaterende medicinering. I en omfattende meta-analyse af artikler om sammenhængen mellem caries og astma påviser Alavaikko et al. (11) en fordoblet risiko for caries hos børn med astma, både i det primære og i det permanente tandsæt. Trods denne sammenhæng er selve mekanismen bag den forøgede cariesrisiko ikke helt klarlagt. Tidligere rapporter viser, at børn, som medicineres med  $\beta$ -2-agonister og kortikosteroider, har en signifikant lavere salivasekretion, hvilket øger cariesrisikoen. Flere undersøgelser viser, at medicineringen ud over en nedsat salivasekretionshastighed også resulterer i et lavere salivapH og en forøget kolonisation af *Streptococcus mutans*.

### Fedme og overvægt

Fedme blandt børn og unge er gennem en lang årrække blevet mere udbredt. Trods det at prævalensen er høj, ser man opmuntrende resultater i undersøgelser fra Umeå af fireårige (14 % med fedme og overvægt, reduktion siden 2002) og fra en kohorte af 10-årige fra forskellige dele af Sverige (22 % med fedme og overvægt, uændret siden 2004) (12). Med hensyn til caries har Alm et al. (2008) vist, at teenagere med BMI over 25 har signifikant flere approksimale carieslæsioner. Sammenhængen mellem BMI og caries kan dog variere fra aldersgruppe til aldersgruppe. Således viste en undersøgelse fra Malmö, at der blandt femårige ikke var nogen forskel i forekomsten af caries mellem børn med fedme eller overvægt og andre børn. Derimod havde undervægtige børn signifikant mere caries end normalvægtige (13). I en nylig publiceret undersøgelse af teenagere med et gennemsnitligt BMI på 36 fandt Modéer et al. (14) et signifikant forøget antal aktive carieslæsioner (0,7 sammenlignet med 0,1 i en kontrolgruppe). Samme undersøgelse viste også en nedsat

stimuleret salivasekretionshastighed på 1,2 ml/min mod 2,0 i kontrolgruppen. En mulig forklaring på den højere cariesforekomst kunne være en ophobning af adipocytter i spytkirtlerne. Adipocytterne er metabolisk aktive, hvilket resulterer i en forøget aktivitet af pro-inflammatoriske cytokiner som TNF- $\alpha$ , IL-1 og IL-8. Samme forskergruppe har vist, at teenagere med fedme allerede i 14-års-alderen har et signifikant forhøjet antal fordybede tandkødslomer sammenlignet med en kontrolgruppe og desuden en forøget mængde pro-inflammatoriske cytokiner i gingivalvæsken (15).

### Livskvalitet

Undersøgelser af den orale sundhed hos børn med langvarige sygdomme og funktionsnedsættelser retter sig ofte mod sundhedsparametre, som ikke altid opleves som relevante af patienter og forældre. En flade med fordybet poche eller emaljecaries er én ting; men for den enkelte patient er udseende, savlen eller tandslid og tænderskæren faktorer, som i langt større udstrækning påvirker dagligdagen og livskvaliteten (2). Den oralsundhedsrelaterede livskvalitet (OHQoL) er undersøgt hos forskellige patientgrupper. Wogelius et al. (16) viste, at børn, som havde gennemgået cancerbehandling ikke havde en nedsat OHQoL sammenlignet med sunde kontrolpersoner. Gode forebyggelsesrutiner, god håndtering og muligheden for at lære effektive coping-strategier under cancerbehandlingen kan forklare resultatet.

Samtidig er det vigtigt, at tandplejen ser sin rolle i forhold til alle barnets og familiens kontakter med sundhedssektoren og andre instanser, som skal støtte barnet. Det er ikke usædvanligt, at forældre kan beskrive, at de hvert år har kontakt med 10, 20, måske 30 eller flere læger, tandlæger, socialrådgiv-

vere, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sundhedsklinikker, specialpædagoger m.m. for at få den hjælp, barnet behøver. I det perspektiv er det indlysende, at tandplejens fornemste opgave er at forhindre orale sygdomme. Som tandlæger skal vi prioritere disse patienter og satse vore resurser på at give patient og familie redskaber til at kunne pleje mund og tænder bedst muligt. Det handler både om kostvaner og mundhygiejne og om, at vi på klinikken giver støttebehandling med tandrensning, fluorbehandling og ikke mindst tidlig diagnostik af afvigelser, så adækvat behandling hurtigt kan iværksættes ved sygdom. Det er ofte ønskeligt med tidlig intervention for at kunne undgå komplicerede behandlinger, som er krævende for barnet. Behandlingen må planlægges i samråd med barnet og familien, og tandplejen bør indrette tidsaftaler efter, hvornår det er lettest for familien at møde op, og hvornår barnet har det bedst og dermed har de bedste forudsætninger for at kunne kooperere. Det er også vigtigt, at tandlægen og det øvrige personale kontinuerligt opdaterer deres viden om forskellige medicinske tilstande og funktionsnedsættelser.

### Sammenfatning

Langvarig sygdom og funktionsnedsættelse rammer en stor andel af børne- og ungdomspopulationen og er dermed noget, som tandlægen ofte møder i sin kliniske hverdag. For at kunne takle disse patienter på passende vis og yde god tandpleje er det nødvendigt med både opdateret viden om og interesse for patientgruppen. Mange af patienterne er vanskelige at behandle på grund af afvigende adfærd og risikoen for oral sygdom er ofte større end for andre børn og unge. Tandlægens fornemste opgave er at forebygge opståen af orale sygdomme.

### ABSTRACT (ENGLISH)

#### **Children with long term medical conditions and disability**

*The number of children with medical conditions and disability is increasing. Today the majority of diagnoses concern problems related to behavioural problems within the field or neuropsychiatry or neurology as compared with physical disabilities that dominated some years ago. Children with medical conditions or disabilities commonly have an increased risk for oral health problems. The reason could be the medical diagnosis as such, medication or medical treatment, or the fact that many children with disabilities have difficulties in cooperating with dental treatment. Neuropsychiatric disabilities affect at least 5 % of the child population, and many present with dental behaviour management problems. The dental team has a great challenge in preventing dental and*

*oral disease in these children, and one important strategy for this is individually tailored stepwise introduction to the dental treatment situation in order to acquaint the child with dentistry from an early age. Children with ADHD have been reported to have more dental behaviour management problems as well as more dental caries problems. Several medical conditions like asthma or obesity also imply risk for oral health problems. It is important to also acknowledge the importance of oral health when looking at different aspects of quality of life. Medical conditions and disability are commonly encountered in the dental clinic and are something all dentists will deal with when treating young patients. This review will provide an overview of some of the most prevalent diagnoses and how the patients can be taken cared for in dentistry.*



## Litteratur

1. Halfon N, Houtrow A, Larson K et al. The changing landscape of disability in childhood. *Future Child* 2012;22:13-42
2. Trulsson U, Klingberg G. Living with a child with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of the parents. *Eur J Oral Sci* 2003;111:19-25.
3. Gillberg C. Epidemiological overview. In: Gillberg C, ed. *Clinical child neuropsychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995;4-11
4. Gillberg C, Coleman M. *The biology of the autistic syndromes*. 3rd ed. London: Mac Keith Press, 2000.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 Development. (Set maj 2014). Tilgængelig fra: URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
6. Bäckman B., Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *ASDC J Dent Child* 1999;66:325-31, 294.
7. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C et al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2:104-13.
8. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E et al. Dental caries and oral health behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Oral Sci* 2007;115:186-91.
9. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E et al. Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Oral Sci* 2006;114:385-90.
10. AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. (Set maj 2014). Tilgængelig fra: URL: <http://www.aaidd.org>
11. Alavaikko S, Jaakkola MS, Tjäderhane L et al. Asthma and caries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2011;174:631-41.
12. Neovius M, Rasmussen F. Alarmerande siffror för övervikt och fetma i Sverige och i världen. *Läkartidningen* 2011;108:2566-8.
13. Norberg C, Hallström Stalin U, Mattson L et al. Body mass index (BMI) and dental caries in 5-year-old children from southern Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:315-22.
14. Modéer T, Blomberg C, Wondimu B et al. Association between obesity, flow rate of whole saliva, and dental caries in adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18:2367-73.
15. Modéer T, Blomberg C, Wondimu B et al. Association between obesity and periodontal risk factors in adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2011;6:e264-70.
16. Wogelius P, Rosthøj S, Dahllöf G et al. Oral health-related quality of life among survivors of childhood cancer. *Int J Paediatr Dent* 2011;21:465-7.

## Renaissance Health Service Corporation køber sig ind i Dansk Tandforsikring

*Med indgåelse af partnerskab med den amerikanske forsikringsgigant Renaissance Health Service Corporation, kan Dansk Tandforsikring professionalisere sit arbejde med at tilbyde enkle og effektive tandforsikringer til private og virksomheder.*

Renaissance Health Service Corporation er en af de største udbydere af tandforsikringer i USA. Over 11,6 millioner amerikanere er dækket i selskabet, som årligt udbetaler mere end 16 milliarder kroner i erstatninger.

Renaissance Health Service Corporation har nu købt sig ind i Dansk Tandforsikring og indskyder et større tocifret millionbeløb i kapital til videreudviklingen af Dansk Tandforsikring.

Dansk Tandforsikring er de eneste i Danmark, der udbyder en tandforsikring, som dækker de reelle udgifter til tandbehandling. Det gælder både behandling af skader

som følge af ulykke såvel som skader opstået som følge af almindeligt slid og ælde. Målet er at sikre, at alle har råd til den optimale behandling på det rigtige tidspunkt.

Vil du høre mere om Dansk Tandforsikring og vores forsikringer, kan du kontakte:

**Jens Riis Ebbesen på 29 12 50 75.**

Han kommer gerne forbi og orienterer dig og dine kollegaer. Du kan også kontakte ham på:

**[jens@dansktandforsikring.dk](mailto:jens@dansktandforsikring.dk)**

[www.dansktandforsikring.dk](http://www.dansktandforsikring.dk)

Dansk  
Tandforsikring 