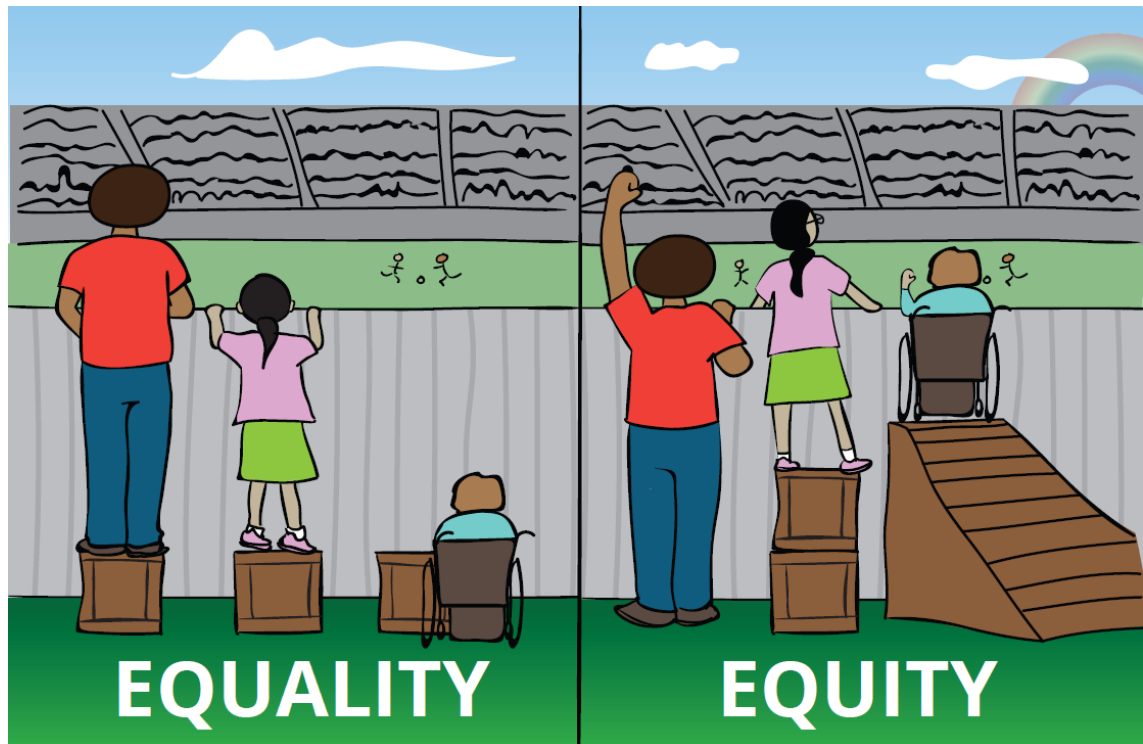


# BØRN OG UNGE MED SÆRLIGE BEHOV OG KOOPERATIONSUDFORDRINGER I DEN KOMMUNALE TANDPLEJE.



Den Kommunale Tandplejes Efteruddannelse 2024/25

Opgave udarbejdet af:

Line Husted Kristensen; Tandlæge, Fredericia Kommunale Tandpleje.

Vejleder:

Kasper Rosing; Lektor ved Odontologisk institut, Københavns universitet.

## Indhold

|                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1: Abstrakt:.....                                                                                                                                                                                                                           | 2  |
| 2. Indledning: .....                                                                                                                                                                                                                        | 3  |
| 3. Problemformulering: .....                                                                                                                                                                                                                | 5  |
| 4. Metode: .....                                                                                                                                                                                                                            | 5  |
| 5. Hvad er forskellen på tandlægeangste patienter og kooperationsvanskelige patienter i tandlægestolen. ....                                                                                                                                | 6  |
| 6. Hvilke barrierer kan vi møde i behandlingen af børn og unge med særlige behov, som hindrer, at de modtager samme behandlingstilbud som børn og unge i den generelle population.....                                                      | 10 |
| 7. Hvilke forebyggelsesindsatser kan reducere behovet for generel anæstesi hos børn og unge med særlige udfordringer.....                                                                                                                   | 13 |
| 8. Hvad er indikationerne for anvendelse af behandling i generel anæstesi og kan disse præciseres så behandlingens fordele kan udnyttes bedre og ulemper reduceres.....                                                                     | 20 |
| 9. Hvilke indsatser kan sikre et hensigtsmæssigt forløb for børn og unge, der har modtaget behandling i generel anæstesi i forhold til forebyggelse af at ny oral sygdom opstår og så tilvænning til almindelig tandbehandling sikres. .... | 24 |
| 10. Diskussion: .....                                                                                                                                                                                                                       | 25 |
| 11. Konklusion:.....                                                                                                                                                                                                                        | 29 |
| 12. Litteraturliste: .....                                                                                                                                                                                                                  | 32 |

## 1: Abstrakt:

Børn og unge med særlige behov og kooperationsudfordringer er mere disponerede for at udvikle oral patologi, da de konventionelle behandlingsstrategier og tilgange ikke nødvendigvis virker på denne patientgruppe. Tilmed er oral sygdom rapporteret hyppigere hos denne mere udfordrede gruppe af børn og unge **(2,5)**.

Oral sundhed er en vigtig del af den almene sundhed og er med til at sikre vores generelle velbefindende. Det er derfor vigtigt også at kunne tilbyde et godt tandlejetilbud for denne mere sårbare patientgruppe, for at sikre deres livskvalitet og velvære. Der bør også være fokus på, at der ikke opstår ulighed i tandsundhed mellem børn og unge med særlige udfordringer sammenlignet med børn og unge i den generelle population.

Det kræver gode psykologiske og pædagogiske kompetencer hos det tandfaglige personale, som skal behandle børn og unge med særlige behov. Disse kompetencer skal omfatte evnen til at forstå og reagere på andre menneskers følelser og adfærd, så man kan skabe et behandlingsforløb der passer til det enkelte barn, og derved reducere risikoen for at inducere tandlægeangst og kooperationsudfordringer.

Overvejelser ved behandling af børn og unge bør altid omfatte FN's børnekonvention:

*Alle børn har samme rettigheder og er ligeværdige.*

*Barnets tarv skal varetages ved alle beslutninger, der vedrører barnet.*

*Alle børn har ret til liv og udvikling.*

*Alle børn har ret til at udtrykke deres mening og få den respekteret.*

For at kunne tilbyde børn med særlige behov et godt tandplejetilbud og en mulighed for oral sundhed, kræver det samarbejde på tværs af barnet med familien og andre fagprofessionelle. Der bør være fokus på et koordineret samarbejde på klinikken omkring disse børn, så der kan etableres gode muligheder for vidensdeling mellem de kolleger, som har meget erfaring og de kolleger, som endnu ikke har opnået så mange erfaringer.

Opkvalificering af det tandfaglige personale i forhold til de psykologiske og pædagogiske kompetencer, som de forventes at besidde for at kunne løfte denne svære opgave, bør tilbydes i form af kurser, efteruddannelse og en mulighed for sparring med fagpersoner, som har bred erfaring med børn med særlige behov.

Der er risiko for, at en stor del af disse børn enten underbehandles eller må behandles i GA pga. udfordringer med Kooperationen. Dette vil bevirke store omkostninger for barnet, men også en økonomisk byrde for tandplejen. For at reducere behovet for GA, bør der laves en massiv indsats på forebyggelse og sundhedsfremme.

## 2. Indledning:

Vi vil som tandfagligt personale på klinikken komme i berøring med børn og unge med særlige behov og kooperationsudfordringer. Vi skal som fagpersoner være i stand til at imødekomme, diagnosticere og behandle disse patienter på lige fod med de øvrige patienter, som vi møder på vores tandklinik. Der tales tilmed om, at antallet af disse patienter stiger disse år, da flere diagnosticeres med neuropsykiatriske diagnoser i dag end tidligere **(12,13,14)**. Om det forværres af en underfinansiering af vores psykiatri, eller om det bl.a. er en eftervirkning af Coronapandemien ved vi ikke, men fakta er, at vores patientgruppe ændrer sig hele tiden.

Håndteringen af denne gruppe patienter kan være en svær opgave at løfte på tandklinikken på en tilfredsstillende måde og det kan være meget ressourcekrævende både økonomisk og menneskeligt.

Det kræver, at vi som fagpersoner har de færdigheder og den viden, som skal til for at kunne løfte denne svære opgave på klinikken. Det tandfaglige personale har gavn af bred og relevant erfaring med den pågældende patientgruppe og deres familier. Underbehandling af denne patientgruppe er en risiko og kan ofte skyldes, at behandleren ikke er vant til eller føler sig klædt på til at møde disse patienter, og det kan resultere i en usikkerhed hos behandleren, som derved får sværere ved at behandle 'det ukendte' **(2)**. Det er tilmed vigtigt, at der er de faciliteter og henvisningsmuligheder, som der er behov for, hvis der i behandlingsforløbet vurderes behov for fx sedering og generel anæstesi (GA).

Vores mono-faglighed skal måske også udfordres og bredes ud til et mere tværfagligt samarbejde med eksempelvis andre faggrupper, samt medinddragelse af barnet og den unges familie og/eller ressourcepersoner.

Jeg ønsker med min opgave at indsamle viden om, hvordan mødet med disse patienter bedst håndteres, så der bliver skabt et godt behandlingsforløb, der omsorgsfuldt inkluderer barnet og familien hensigtsmæssigt, så vi undgår at det ender i behandlingstræthed, med risiko for at inducere tandlægeangst og udvikling af kooperationsudfordringer. Så der samtidig etableres en god tillidsrelation mellem barn, familie og behandler, som gør barnet og den unge i stand til at gennemføre regelmæssige tandlægebesøg, og derigennem opnår en evne til at tage et eget ansvar for egen tandsundhed på sigt. På denne måde kan vi måske nærme os et mere lige behandlingstilbud til denne gruppe af børn og unge.

### 3. Problemformulering:

Hvad er forskellen på tandlægeangste patienter og kooperationsvanskelige patienter i tandlægestolen?

Hvilke barrierer kan vi møde i behandlingen af børn og unge med særlige behov, som hindrer, at de modtager samme behandlingstilbud som børn og unge i den generelle population?

Hvilke forebyggelsesindsatser kan reducere behovet for generel anæstesi hos børn og unge med særlige udfordringer?

Hvad er indikationerne for anvendelse af behandling i generel anæstesi og kan disse præciseres, så behandlingens fordele kan udnyttes bedre og ulemper reduceres?

Hvilke indsatser kan sikre et hensigtsmæssigt forløb for børn og unge, der har modtaget behandling i generel anæstesi i forhold til forebyggelse af, at ny oral sygdom opstår og så tilvænning til almindelig tandbehandling sikres?

### 4. Metode:

Denne DKTE opgave er et litteraturstudie, hvor jeg helt fra start søgte ekspertbistand gennem en tandlæge med specialisterfaring indenfor området af min opgave, til at komme i gang med de indledende skrivebordssøgninger. Jeg blev anbefalet at kigge på forskning og artikler af Gunilla Klingberg fra Malmö universitet (mau.se). Derudover kom der en anbefaling på de artikler, som er samlet i en særudgave af Tandlægebladet fra September 2016.

Min egentlige artikelsøgning foregik d. 21.10.2024 i Victor Albeck bygningen i Aarhus, hvor jeg fik hjælp af en informationsspecialist til at konkretisere min søgning. Den mere systematiske søgning blev foretaget på den elektroniske artikeldatabase Pubmed. Jeg fandt artikler af Gunilla

Klingberg, som blev anvendt til at få indledende kendskab til området og til at bygge den videre søgestrategi ud fra via identificerede relevante keywords. Jeg valgte ud fra de ovenstående anbefalinger at holde mest fokus på dansk og nordisk litteratur indenfor området, da det i min søgning virkede mest repræsentativt for de erfaringer vi har i vores danske tandpleje.

Søgningen er afgrænset ved hjælp af disse temaer og keywords: dental anxiety; Dental fear; Dental fear and anxiety in children and adolescents; Management strategies of dental anxiety and uncooperative behaviours in children; Dental behaviour management problems in children; Uncooperative behaviours in children; oral healthcare in special needs patients; Children with special health care needs; Dental care for disabled; Special care in dentistry; Dental general anesthesia.

Jeg fandt 20 relevante artikler, hvorefter jeg udvalgte de artikler jeg ville basere min opgave på ved at gennemlæse abstracts og skimme artiklerne. Inklusionskriterierne var, at artiklerne skulle omhandle dental anxiety, Behaviour management problems og dental care for children with special needs.

Derudover er der søgt viden i Dansk pædodontisk selskabs retningslinjer for tandbehandling af børn og unge i generel anæstesi'.

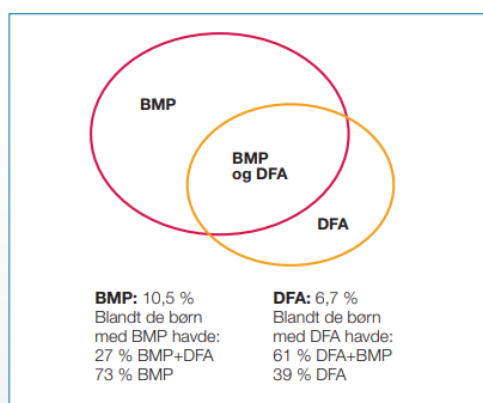
## 5. Hvad er forskellen på tandlægeangste patienter og kooperationsvanskelige patienter i tandlægestolen.

Mange af vores patienter føler det krævende og nogle gange meget stressfyldt at skulle gennemføre en behandling hos tandlægen. I behandlingen af børn og unge bør vi derfor

altid handle ud fra barnets tarv og respektere dets grænser og autonomi. Det giver også mening ud fra et rent etisk hensyn, ikke at udsætte børn for noget der kan gøre dem angst, hvorved vi kan risikere at kompromittere samarbejdet med patienten, hvilket kan resultere i kooperationsudfordringer og i nogle tilfælde også udviklingen af tandlægeangst.

Gunilla Klingberg har i en undersøgelse vist, at tandlægeangst og kooperationsproblemer kun delvist overlapper hinanden, idet kun 27% af børnene med kooperationsudfordringer havde samtidig tandlægeangst. Det viste sig også i undersøgelsen, at hele 39% af børnene med tandlægeangst formåede at skjule, at de var bange (1).

#### Kooperationsproblemer



**Fig. 1.** Sammenhængen mellem behandlingsproblemer (BMP), synlig tandlægeangst (DFA) og skjult angst. Hyp-pighed i % af BMP og DFA for de 4-11-årige (1).

**Fig. 1.** The relationship between behavior management problems (BMP), dental fear and anxiety (DFA) and latent anxiety. Prevalence in % of BMP and DFA for 4-11 year old children (1).

#### Faktaboks 1 – Definitioner

**Tandlægefrygt** (dental fear, DF) er en normal følelsesmæssig reaktion på en truende situation og kan relateres til et bestemt objekt.

**Tandlægeangst** (dental anxiety, DA) er ikke knyttet til en bestemt genstand og er en mere uspecifik følelse af ængstelse. Barnet er på vagt. Tandlægeangst ses associeret til mere usædvanlige sammenhænge.

**Odontofobi** er en alvorlig type af tandlægeangst, som kan karakteriseres som en udtalt, vedvarende frygt for kendte genstande og situationer. Den medfører, at individet undgår nødvendig tandbehandling eller kun kan gennemføre den med en følelse af skræk. Den har en betragtelig indflydelse på daglige rutiner og det sociale liv.

**Kooperationsproblemer** (behaviour management problems, BMP) defineres som manglende Kooperation og obstruktiv adfærd, som resulterer i, at behandlingen bliver vanskelig eller umulig at gennemføre.

Figuren gengivet fra Østergaard et al. (1).

Derfor har tandlæger også nemmere ved at opfange kooperationsvanskelige børn og unge fremfor patienter med tandlægeangst. Selvom en behandling tilsyneladende er gået godt, kan barnet ved næste behandlingsseance udvise frygt og nedsat samarbejde, hvis man som

behandler har overset signaler på tandlægeangst hos barnet. For at imødekomme denne udfordring, har det vist sig meget givende at samle hver behandlingsseance op med en skala, hvor barnet skal udpege, hvordan oplevelsen har været ud fra dets eget perspektiv, fx ud fra emojis. På denne måde kan barnet give sig til kende og få en følelse af forståelse, accept og kontrol i forhold til behandleren og en evt. ny behandlingsseance. Dette vil potentielt kunne give en bedre patient- og behandlerrelation, samt en bedre oplevelse ved næste besøg og være med til at forebygge udfordringer med Kooperationen **(3)**.

For det har vist sig, at tidligere erfaringer med smerte i forbindelse med tandbehandling, samt en følelse af tab af kontrol i tandlægestolen, kan inducere tandlægeangst og reducere Kooperationen betydeligt generelt hos børn og unge **(1,3)**.

Udover den behandlerinducerede tandlægeangst, som kan resultere i behandlingsvanskeligheder, er det også sandsynligt, at børn og unge med neuropsykiatriske diagnoser, såsom autisme og ADHD, vil udvise tandlægeangst og ringe Kooperation, som en del af deres diagnose. Dette skyldes, at børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser af varierende art, kan have meget svært ved at regulere deres egne følelser og deres eget aktivitetsniveau i forhold til forskellige krav i forskellige situationer. Sådanne krav er nødvendige i forhold til forskellige scenarier i tandlægestolen og derfor kan denne patientgruppe have sværere ved compliance i forhold til tandbehandlinger **(3)**.

Man skønner, at mindst 5% i en børne- og ungdomspopulation har en neuropsykiatrisk diagnose, såsom ADHD og autisme. Derudover må det også antages, at nogle patienter endnu ikke er diagnosticerede og derfor også kræver særlig opmærksomhed, uden at vi kan forholde os til en given diagnose. Det har tilmed vist sig, at forekomsten af fx ADHD er størst i socio-økonomisk svage miljøer og diagnosticeres her 1,5 gange hyppigere end i økonomisk mere begunstigede miljøer. Dette vil ud fra det socio-økonomiske perspektiv også give en øget risiko

for udvikling af orale sygdomme og dermed et øget behandlingsbehov, som vi skal kunne håndtere **(8)**.

Henholdsvis tandlægeangst og kooperationsvanskeligheder har også vist sig at kunne have en sammenhæng med temperamentet hos barnet og den unge.

Tandlægeangst har i nogle studier vist sig hyppigere hos personer med personlighedstræk såsom generthed, ængstelighed og hos personer som i højere grad er styret af egne hæmninger **(3)**

Kooperationsvanskeligheder ses derimod hyppigere hos børn og unge med personlighedstræk associeret med højt aktivitetsniveau og impulsivitet **(3)**

Det har i nogle undersøgelser vist sig, at antallet af de kooperationsvanskelige børn og unge falder med stigende alder pga. den kognitive udvikling, hvorimod det har vist sig lige omvendt med de patienter, som har udviklet tandlægeangst. Nemlig at tandlægeangst kan stige med alderen **(3)**

En uerfaren tandlæge vil møde flere udfordringer med kooperationsvanskelige og tandlægeangste patienter end en erfaren tandlæge, som oftere vil opfange disse patienter hurtigere og dermed tage ekstra forholdsregler tidligere **(3)**

Det må derfor konstateres som nyttigt, at man som behandler øver sig i at inkorporere tilvænning og forventningsafstemning med barnet og den unge i et behandlingsforløb, så tilliden ikke brydes. Derudover bør der være stor fokus på arbejdet med en god patient- og behandlerrelation, hvorfor skiftende behandlere ikke er at foretrække i behandlingen af børn og unge med særlige behov. At kunne møde barnet og den unge med respekt på det kognitive niveau som de befinder sig på, vil kunne muliggøre, at langt de fleste børn og unge vil kunne acceptere at gå til rutinemæssige undersøgelser og behandlinger hos tandlægen. Dette er af

stor vigtighed, da kooperationsudfordringer kan give en forsinkelse i behandlingstiden og derved resultere i potentielt mere akutte og smertegivende behandlingsforløb **(3)**

Hvis et barn ikke kan kooperere, selvom ovennævnte tiltag er forsøgt, må man som behandler være nysgerrig på, hvorfor det ikke koopererer og dermed finde den løsning som passer barnet bedst.

## 6. Hvilke barrierer kan vi møde i behandlingen af børn og unge med særlige behov, som hindrer, at de modtager samme behandlingstilbud som børn og unge i den generelle population.

Det er interessant at se på, hvorfor nogle af disse børn ikke bliver mødt på samme måde på tandklinikken sammenlignet med børn og unge i øvrigt. Er der nogle mekanismer og handlemønstre på klinikken, som vi kan blive opmærksomme på, som vi ubevidst gør eller ikke gør, som bevirker, at vi ikke får løftet opgaven og behandlingen af disse børn på en tilfredsstillende måde.

Bliver der truffet nogle valg ud fra nogle misforståede hensyn til patienten og hvorfor kan der komme en passivitet i behandlingen af denne gruppe patienter. Måske opstår der en form for berøringsangst hos behandler-teamet, hvis barnet eller den unge har en diagnose, eller hvis barnet i sin opførsel afviger fra det vi opfatter som et normalt handlemønster. Hvis vi bliver opmærksomme på disse faldgruber og barrierer, kan vi måske som tandfagligt personale lære at handle mere aktivt og derved reducere risikoen for, at der opstår usikkerhed i forhold til behandlingen og måske undgå underbehandling af denne gruppe patienter.

1)

En af barriererne er mangelfuld viden hos fx forældrene eller omsorgspersonerne omkring oral sundhed og hvordan den orale sundhed har indflydelse på den generelle sundhed. Forældrene er ikke nødvendigvis fuldt ud klar over vigtigheden af god og regelmæssig tandbørstning, sund kost m.m. i forhold til at sikre oral sundhed og dermed også den almene sundhed hos deres barn. Der ligger en enorm stor opgave i at informere og forsøge at motivere til at tage et eget ansvar og opprioritere tandbørstning og sunde madvaner hjemme, og også prioritere aftaler hos tandlægen. Før man kan forvente effekt af denne forebyggelsesinformation kræver det, at den sundhedsprofessionelle har opbygget et godt patient-behandler forhold, så der ikke er berøringsangst omkring at tale om de svære emner.

2)

Børn med psykiske og fysiske udfordringer, har ofte en tæt kontaktflade med andre sundhedsprofessionelle og andre faggrupper i deres hverdag. Fx børn diagnosticeret med ADHD og autisme. Også hos andre faggrupper ses der at mangle viden om vigtigheden af oral sundhed i forhold til den generelle sundhed. Et relationelt samarbejde mellem tandpersonale og andre faggrupper er sjældent, men kan komme barnet eller den unge til gavn, hvis dette samarbejde kan etableres, fx med sundhedsplejersker, pædagoger, støttepersoner m.m.

3)

Der ses faktisk meget sympati og empati hos det tandfaglige personale overfor børn og unge med udfordringer og deres familier. Fx ved børn med autisme. Så meget, at der ofte bliver taget

et misforstået hensyn til familierne for ikke at belaste dem yderligere med krav og anbefalinger om fx oral sundhed. Der er en tendens til at gøre udfordringer med den orale sundhed hos disse familier mindre, og omtale dem som mindre betydningsfulde for ikke at pålægge familierne en ekstra byrde.

4)

Familier med et udfordret barn er ofte ret belastede både tidsmæssigt og mentalt. Dette kan påvirke hele familien og giver generelt også et mindre overskud til at opretholde fokus på god tandsundhed. Der er i disse familier tendens til at fokusere på oral sundhed som problemer relaterede til ernæring og kommunikation, hvorimod problemer med caries, pa og andet vægter mindre højt. Der er også tendens til at fokusere på mere presserende behov og udfordringer, hvor oral sundhed generelt bliver prioriteret lavere.

5)

Selve behandleren kan også blive en barriere for at skabe et tilstrækkeligt og godt sundhedstilbud til børn og unge med særlige behov og udfordringer. Mange behandlere finder det langt mere stressende og svært at behandle disse børn og unge, og man skal være opmærksom på udvikling af omsorgstræthed og fx smerteblindhed hos behandleren. Det kan også være en udfordring at hjælpe disse familier pga. manglende struktur og guidelines for tandpersonalet. Det er altafgørende, at der er en eller flere på arbejdspladsen, som har det overordnede ansvar for behandlingen af denne patientgruppe. Det er vigtigt, at der optræder genkendelighed og reproducerbare procedurer i behandlingen af disse patienter, så man som behandler er tryk i mødet og behandlingen af denne patientgruppe. Tilmed kan dårlig

erfaringsudveksling mellem erfarne og knap så erfarne kolleger resultere i manglende viden og dermed et ringere behandlingstilbud for denne type patienter. Vidensdeling på klinikken kan højne fagligheden generelt, også i forhold til denne patientgruppe. (2)

## 7. Hvilke forebyggelsesindsatser kan reducere behovet for generel anæstesi hos børn og unge med særlige udfordringer.

Det er altid vigtigt, at man i mødet med en ny patient får dannet sig et godt overblik over hele patienten fra start. Der skal laves en grundig anamnese og spørges ind til vaner omkring kost og tandbørstning. Det er også vigtigt at få et overblik over de ressourcer, som er i familien omkring barnet. Hvis man er nysgerrig i sin kommunikation med familien, er det muligt at opnå gavnlig viden omkring familiens struktur og hverdag. Det kan fx være brugbar viden om barnet er ud af en stor søskendeflok, som kræver forældrenes opmærksomhed. Hvis forældrene er skilt, er det også rart som behandler at have en fornemmelse af, om der eksisterer et godt samarbejde mellem familierne. Selv viden omkring forældrenes jobsituation kan være givende i forhold til at få lavet en god ressourcevurdering af barnet, da der måske ikke altid er den fornødne hjælp til barnet i forhold til fx tandbørstning. Hvis far eller mor har natarbejde eller skæve arbejdstider, ligger der måske et større ansvar hos barnet i forhold til at komme afsted i skole om morgenen eller komme i seng om aftenen. Det er vigtigt at imødekomme familierne, der hvor de er og finde alternative løsninger, så det er foreneligt med familiernes hverdag. Måske kan det accepteres, at barnet instrueres i selv at kunne varetage tandbørstningen om morgenen, hvis der kan frigives tid til voksenhjælp til tandbørstning om aftenen. Hvis man på denne måde gennem dialog med familien kan få skabt et godt samarbejde, kan det måske påvirke motivationen positivt til at løfte opgaven omkring den orale sundhed på barnet.

Hvis der er opstået oral sygdom er det af stor betydning, at man som behandler er opmærksom på tidlig diagnostik af eventuelle udfordringer og kooperationsproblemer hos barnet, inden en behandling indledes. Også her er anerkendende sundhedspædagogik og god kommunikation en vigtig faktor i behandlingen af børn og unge med særlige behov, så der kan skabes en tillidsrelation mellem patient og behandler fra start. Det kræver hos behandler-teamet en stor ydmyghed og bevidsthed omkring kompleksiteten og variationen i reaktionsmønstre hos børn med særlige behov, når man skal igangsætte et behandlingsforløb hos denne patientgruppe.

Her er det igen vigtigt at søge dialogen med forældre og barnet/den unge, da årsagen til udvikling af kooperationsproblemer og udvikling af tandlægeangst afhænger af flere ting, såsom barnets personlighed, tidligere erfaring i tandlægestolen, forældrenes egen tilgang til tandbehandling og muligvis egen tandlægeangst, sociale forhold, alder, modenhed, diagnoser m.m. **(7,8)**

Som nævnt tidligere har det vist sig, at den hyppigste årsag til tandlægeangst og dårlig Kooperation er tidligere erfaring med behandling og smerte forbundet hermed **(1)**. Så der ligger en meget vigtig opgave i at forstå og aflæse barnet/den unge, samt at reducere smerte til et minimum, så man som behandler ikke selv er med til at inducere udviklingen af kooperationsproblemer og tandlægeangst. Det er vigtigt, at man altid holder fokus på sin egen faglighed og ikke lader sig presse ud i uønskede situationer af for eksempelvis forældrene, som kan have en forventning til hastigheden og udførelsen af behandlingen, fordi de eksempelvis har taget fri fra arbejde eller vurderer, at deres barn kan klare mere end vi som fagpersoner vurderer, at de kan. En vigtig kommunikationsstrategi er derfor at sætte barnet i centrum og turde tage samtalen med forældrene om, at det måske er mindre skadeligt på lang sigt for barnet at overveje den henholdende kompromis-behandling, hvis det er acceptabelt i forhold

til symptombilledet, og på denne måde afvente mere behandlingsmodenhed fremfor at presse en behandling igennem.

Som behandler bør man forsøge at finde den rigtige vej til god behandling og samarbejde gennem tilvænning fra start. Og hvis de anvendte tilvænningsstrategier viser sig at være utilstrækkelige, skal man være i stand til at kunne sadle om tidligt i behandlingsforløbet og overveje behandling ved hjælp af fx sedering. Vågen sedering kan være et godt redskab til at opnå succes i sin behandling og dermed undgå generel anæstesi, hvis behandlingsomfanget ikke er for stort. Generel anæstesi kan dog komme på tale, hvis ikke andet er muligt. Dette beskrives senere.

Når der skal tænkes egentlige forebyggelsesindsatser til at reducere behovet for generel anæstesi, må der i vores risikovurdering af patienterne også tages højde for især cariesrisikoen. At behandle børn, som udvikler caries i en tidlig alder kan ofte være meget ressourcekrævende. Det kan være svært at opnå Kooperation til at kunne gennemføre konventionel tandbehandling, og behandlingen må ofte tilpasses barnet og dets behandlingsmodenhed. Behandlingen af mindre børn med caries kan ofte kræve sedering med Midazolam for at reducere risikoen for at inducere tandlægeangst. Og hvis behandlingsomfanget er så stort og akut, at det ligger udenfor det, som kan forventes af barnets modenhed, kan generel anæstesi komme på tale.

Early childhood caries har tydelig sammenhæng med baggrunds faktorer som den socio-økonomiske status i familien og dermed forældrenes uddannelsesniveau, samt kulturelle baggrunde. Ligesom kostrelaterede faktorer hos barnet også spiller ind (7).

Tidligere carieserfaring er den største prædikator for nye carieslæsioner, særligt hos førskolebørn. Kolonisering i mundhulen med cariesrelaterede bakterier i de tidlige leveår er derfor en risikofaktor. Denne kolonisering har vist sig at blive påvirket af mundhygiejne og kost og der ligger en stor opgave i at introducere forældrene til sund kost og viden herom tidligt (7).

Denne vigtige opgave skal løftes af det tandpersonale, som møder barnet og familien til de første besøg hos tandplejen. Den viden som skal gives forældrene ved fx første sundhedstandplejebesøg, skal være nem at forholde sig til og ramme hele målgruppen indenfor vores Tandpleje. Informationen skal derfor være let forståelig og måske gøres mere visuel i form af gode billeder af den kost, som anbefales for at undgå cariesudvikling, den mængde tandpasta som skal bruges på tandbørsten m.m. Tandpersonalet, som ser børnene tidligt, bør ligeledes have fokus på at screene og udvælge de familier, som har brug for ekstra støtte og som er ekstra sårbare. Her kan et tæt samarbejde med sundhedsplejerskerne også være nyttigt, da de ser familierne i deres eget hjem og følger dem lige fra fødslen. Måske kan man etablere et godt samarbejde om, at sundhedsplejersken kan opnå samtykke fra familierne til at kunne henvise dem til et tidligere besøg hos tandplejen, hvis det vurderes, at familien kunne have gavn af ekstra støtte for at forebygge oral sygdom.

Når man skal vurdere cariesrisikoen, er det vigtigt at vide, hvornår barnet eller den unge er i særlig risiko for at udvikle caries. Igennem denne viden kan man målrette sine indkald på tandklinikken, så de gør mest gavn i at støtte familien i disse risikoaldrer. **(7)**

Risikoaldrer for udvikling af caries:

1-3 år: Mælketænderne erupterer. Der sker en kostændring. Og tandbørstningen samt kostvaner er alene afhængigt af forældrenes/omsorgspersonernes formåen.

5-7 år: I disse år bryder 6 års tænderne frem. Cariesrisikoen har vist sig størst i de blivende tænder i de første år efter eruptionen, da der ikke er noget mekanisk slid fra antagonistten og

også sværere forhold at renholde på, da tænderne og dermed tyggefladerne ikke er fuldt frembrudte i tandrækken endnu.

12-15 år: Der sker i disse år frembrud af 76 nye tandflader, midt i puberteten, hvor der kan ske en ændring i kostvanerne og rutinerne i forhold til tandbørstning.

Derudover skal man som behandler være opmærksom på, at børn kan flytte sig i vores rød-gul-grøn-kategorisering, hvis der sker store ændringer i deres liv. Livshændelser såsom skilsmisse, astma, diabetes, neuropsykiatriske diagnoser, udvikling af angst, skolevægring m.m. kan også øge cariesrisikoen. Det er derfor optimalt, at man ved hver statusundersøgelse får en fornemmelse af, hvor barnet og familien er i forhold til overskud og trivsel **(7)**.

Børn med diagnoser, såsom autisme og ADHD er som tidligere nævnt i større risiko for at udvikle oral patologi.

Børn med diagnosen autisme kan tit opleve vanskeligheder ved at få børstet tænder pga. en øget sensitivitet i forhold til at acceptere smagen af tandpasta og følelsen af at få børstet tænder. Samtale med familien omkring mulige løsninger for at lette udfordringerne ved den daglige tandbørstning er altafgørende. Fx kan foreslås en tandpasta uden smag **(8)**.

Den øgede cariesforekomst hos patienter med ADHD skyldes derimod ofte hyppige fødeindtag, samt hurtig og ustruktureret tandbørstning som er afledt af symptomerne på deres diagnose **(8)**. Også her må man forsøge at finde muligheder sammen med familien for at reducere risikoen for udvikling af oral sygdom.

Tidlig indsats og individuelle behovsvurderinger må derfor siges at være af overordentlig stor betydning i vores arbejde med alle vores patienter, ikke mindst for at reducere behovet for

generel anæstesi. Den tidlige indsats bør derfor tænkes ind i vores dagligdag på klinikken. Her kan det tværfaglige samarbejde med andre faggrupper, såsom sundhedsplejersker og pædagoger, måske gøre os stærkere i at opspore de patienter, som har brug for flere individuelle forebyggende indsatser.

Som tidligere nævnt kan der ligge en stor gevinst i at udnytte potentialet i samarbejdet med sundhedsplejerskerne, da de ser familierne tidligere end vi gør i tandplejen. De kan også have kendskab til familierne gennem andre søskende og der kan måske sættes ind så tidligt som under graviditeten, hvor der kan laves gruppeundervisning for vordende mødre og fædre sammen med fx tandplejere, som kan informere omkring sund kost og tandbørstevaner inden barnet er født. Der kan også etableres undervisning og dialogmøder med mere sårbare mødregrupper sammen med tandplejere og klinikassistenter.

Pædagogerne kan bringes i spil ved at søge et samarbejde med fx tandplejerne og klinikassistenterne, om fx en temauge omkring sund kost og tandbørstevaner i børnehaven. Der kan også skabes fokus på, at alle børn får børstet tænder, når de møder i børnehaven om morgenen sammen med en tandplejer, en klinikassistent eller en pædagog over en fastsat periode. Dette kan måske få børnene til at interessere sig mere for fx sund og usund kost og tandbørstning i den periode det står på, og på den måde indirekte påvirke forældrene.

Børn og unge med særlige behov, som kan have store udfordringer med at møde op på klinikken til tandundersøgelser og behandling kan måske også imødekommes ved at turde at tænke i alternative løsninger i vores tandpleje. Måske kan en klinikassistent eller en tandplejer møde barnet/den unge og familien i hjemmet, hvor der er trygt og her påbegynde tilvænning til at få kigget på tænderne med fx medbragt undersøgelseskassette. Gennem tålmodighed og flere besøg kan det nogle gange lykkes at få skabt en tillidsrelation som gør, at barnet tør møde

op på klinikken med den samme klinikassistent eller tandplejer som de kender, og som kan deltage ved den første undersøgelse på klinikken **(5)**.

Tidligere har der været mere tilbageholdenhed i forhold til at behandle børn og unge med særlige behov inden der kom symptomer, da der var en antagelse om, at oral sundhed var mindre vigtigt end den generelle sundhed. Muligvis kunne der også opstå en mere passiv tilgang til behandling, fordi der kunne opstå en form for berøringsangst overfor denne type patienter med en mere afvigende adfærd. Der var tilmed en tendens til fravær af regelmæssige tandundersøgelser i symptomfrie perioder og passiv profylaktiske tiltag blev ikke udført. **(5)**

Tidligere var det altså mere normal praksis først at behandle, når der opstod smerte/hævelse eller andet akut. Behandlingen blev hovedsageligt udført i GA med højere biologiske omkostninger for patienterne og også økonomiske omkostninger for sundhedssystemet, da der hovedsageligt blev udført tandekstraktioner med sjælden eller mangelfuld opmærksomhed på bevarelsen af tænder. Samme behandlingsmønster blev udvist overfor behandlingsvanskelige børn. **(5)**

Der er i de senere år kommet en øget bevidsthed omkring, at den orale sundhed er en vigtig del af den generelle sundhed og vores livskvalitet. Dette har også medvirket til en ændring i, hvordan vi behandler patienter med særlige udfordringer, samt behandlingsvanskelige børn. Når der laves en ressourcevurdering af barnet allerede ved undersøgelsen er der mulighed for at lave individuelle tiltag i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, hvis der i en periode er brug for mere støtte. Ved at indkalde de mest udsatte af patienterne til fx passiv profylakse kan man støtte et barn, som ikke selv har ressourcerne eller hvor der ikke er overskud i familien til at opretholde et minimum af oral hygiejne.

Forebyggelse må være vejen frem til at reducere behovet for GA eller udskyde behovet for GA.

Der er dog fortsat patientcases, hvor GA er eneste optimale behandlingsmulighed. **(5)**

## 8. Hvad er indikationerne for anvendelse af behandling i generel anæstesi og kan disse præciseres så behandlingens fordele kan udnyttes bedre og ulemper reduceres.

At kunne tilbyde behandling i generel anæstesi er en anerkendt del af et moderne tandplejetilbud.

Generel anæstesi og vågen sedering anses som tidssvarende, supplerende behandlingsmetoder, der på indikation bør være tilgængelig for alle børn og unge **(1)**.

Generel anæstesi er også den dyreste behandlingsmetode. Derudover er generel anæstesi også forbundet med en risiko, selvom denne risiko dog er lille. Men dette bør selvfølgelig være med i vores overvejelser omkring henvisning af et barn til behandling i generel anæstesi. Der bør også altid tages højde for ASA klassifikationen ved behandling af børn i generel anæstesi. ASA klasse I og II, har den absolut laveste risiko for komplikationer relateret til generel anæstesi og kan behandles på de lokale tandklinikker, hvis der foreligger denne mulighed, uden henvisning til et sygehus **(10)**

I Dansk Pædodontisk Selskabs retningslinjer for behandling af børn i generel anæstesi fremgår det, at indikationerne for behandling i GA er:

*De generelle indikationer for tandbehandling af børn og unge i generel anæstesi er, at behandlingsbehovet skal være så omfattende, at det skønnes, at patienten på sit nuværende*

*alders- eller udviklingstrin ikke kan præstere den tilstrækkelige Kooperation til, at behandlingen kan gennemføres på konventionel vis.*

En hovedregel må være, at tilvænningsbehandling skal være forsøgt. Det kan også overvejes om man i første omgang kan forsøge med behandling ved hjælp af sedering. Der skal dog rettes en opmærksomhed på ikke at udtrætte barnet med utallige tilvænningsbesøg, og overveje GA tidligere, hvis det vurderes som den mest optimale løsning for barnet. Min egen erfaring fortæller mig, at børn som er udtalt tandlægeangste eller meget behandlingstrætte, har så tillært et reaktionsmønster i tandlægestolen, at de kan modarbejde den sederende medicin så meget, at man ikke får den ønskede sederende effekt og dermed må opgive behandlingen. I nogle tilfælde kan der også optræde en paradoksreaktion som bivirkning ved brug af Midazolam. Ved en sådan paradoksreaktion må behandlingen afbrydes og generel anæstesi bør overvejes, hvis behandlingsomfanget er så stort, at det ikke kan forsvares at lave henholdende behandling.

Dansk Pæodontisk selskab har samlet indikationer for behandling af børn og unge i generel anæstesi i tabellen nedenfor:

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-2 år             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Akut behandlingsbehov som følge af traumer, f.eks. abscesser</li></ul>                                                                                                                                                                |
| 2-3 år             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Akut behandlingsbehov som følge af traumer, f.eks. abscesser</li><li>• Mange, større cariesdefekter i primære molarer</li><li>• Kompliceret caries i molarer</li><li>• Børn, hvor den henholdende behandling er mislykkedes</li></ul> |
| 3-6 år             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dårlig Kooperation, akut behandlingsbehov og behov for behandling af mange større cariesdefekter i såvel primære som permanente molarer</li></ul>                                                                                     |
| > 6 år             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Børn, hvor den henholdende behandling er mislykkedes</li><li>• Stærkt hypomineraliserede første permanente molarer</li><li>• Kirurgiske indgreb, hvor belastningen skønnes at overskride barnets Kooperationsevne</li></ul>           |
| Alle aldersklasser | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kronisk syge eller funktionshæmmede børn</li></ul>                                                                                                                                                                                    |

|  |                                                                                                                                                                                                                        |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Børn der har været udsat for overgreb (f.eks. mishandling, vold eller incest)</li> <li>• Psykisk udviklingshæmmede børn</li> <li>• Børn med psykiatriske diagnoser</li> </ul> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabel 1. Indikationer for behandling af børn og unge i generel anæstesi.

Noget andet som kan tale for en henvisning til behandling i generel anæstesi er kompleksiteten af en given behandling og den behandlingstid som kræves, for at kunne udføre behandlingen på tilfredsstillende vis. Disse to faktorer kan overstige det, som kan forventes af barnets modenhed og alder, og kan dermed kompromittere kvaliteten af behandlingen og stille barnet dårligere. I sådanne tilfælde kan det bevirke, at en henvisning til behandling i generel anæstesi er eneste løsning, for at behandlingen kan udføres optimalt og acceptabelt. Her kunne nævnes kompliceret dobbelt denudering, fjernelse af mesiodens eller fx ekstraktion af 4 hypomineraliserede 6 års tænder på et mindre barn.

Nogle gange må en henvisning til generel anæstesi bero sig på en mistanke om tandpine og oral patologi fundet ved en screening på de børn, som er så udfordrede, at en undersøgelse næsten er en umulighed. Fx dybt autistiske små børn uden sprog. Er der ved screeningen sket fund, der kræver behandling, og kan patienten ikke gennemføre behandlingen, må der også i dette tilfælde overvejes henvisning til behandling i generel anæstesi **(11)**

En prædikator for henvisning til behandling i generel anæstesi er lav alder kombineret med høj cariesaktivitet **(10)**

Ved henvisning til behandling i generel anæstesi vil etniske børn oftest vise sig med et større behandlingsbehov pga. høj cariesaktivitet. De bliver oftere henvist i en lavere alder og får udført flere ekstraktioner. Drengene vil hyppigere henvises end piger. **(1).**

Derudover viser børn med særlige udfordringer sig at blive henvist i en ældre alder, og med et mindre behandlingsbehov **(1)**

Undersøgelser har vist, at børn med særlige udfordringer og behov, som oplever udfordringer i tandlægestolen ved deres første visit, oftere bliver henvist til GA uden at afprøve alternative behandlingsstrategier først. For at undgå dette kræver det, som nævnt i de tidligere afsnit, at man som behandler har en nysgerrighed omkring patientgruppen. Der skal være tid til relationsdannelse og tilvænning og det kræver erfaring med den relevante patientgruppe, samt en koordineret indsats mellem omsorgspersoner og det tandfaglige personale at løfte opgaven omkring disse børn **(10)**

Ulemperne ved behandling i generel anæstesi bør også overvejes inden man træffer sin beslutning om henvisning **(10)**:

- 1) Lange og hyppige tilvænningsbesøg kan være udfordrende for både personale og familie. Men kan retfærdiggøres nogle gange, da det virker mere tandbevarende. Carierede tænder har større sandsynlighed for at blive bevaret, hvis der behandles på konventionel vis end hvis der behandles i generel anæstesi, da man her går mere radikalt til værks.
- 2) Det kan være svært at opretholde behandlingsresultatet hos patienterne, hvis der ikke er opbygget motivation inden behandlingen.
- 3) Økonomisk byrde for sundhedssystemet.
- 4) Risici forbundet med GA.

Det er også blevet diskuteret og undersøgt, dog uden endelige konklusioner, om generel anæstesi på børn under 3 år, specielt for procedurer længere end 3 timer, kan påvirke hjerneudviklingen. Det kan derfor være ønskværdigt at udsætte behandlingen, hvis muligt, til barnet er over 3 år gammelt. **(4)**

Flere tiltag kan overvejes for at udskyde behandling i generel anæstesi. Fx med behandling med sølvdiaminfluorid, som kan forsinke cariesprogressionen og evt. også selve behandlingstiden i generel anæstesi. Derudover kan det også på cariesaktive børn være en fordel at udskyde behandlingen til frembruddet af 6 års tænderne, så der under behandlingen i generel anæstesi kan laves forsegling af okklusalreliefferne på 6 års tænderne og så risikoen for mesial drifting af 6 års tænderne ved tidlig ekstraktion af 05'erne reduceres.

## 9. Hvilke indsatser kan sikre et hensigtsmæssigt forløb for børn og unge, der har modtaget behandling i generel anæstesi i forhold til forebyggelse af at ny oral sygdom opstår og så tilvænning til almindelig tandbehandling sikres.

En behandling i generel anæstesi må aldrig stå alene. Der skal følges op med regelmæssige tandlægebesøg, hvor der er fokus på individuel forebyggende behandling og sundhedsfremme. Dette for at skabe en god patient- og behandlerkontakt, så patienten kan vænne sig til og acceptere at komme til regelmæssige tandundersøgelser m.m. efterfølgende. Derudover for at undgå en ond cirkel, hvor patienten først vender tilbage til tandlægen, når der igen er symptomer. En behandling i generel anæstesi er kun en symptomatisk behandling og vil resultere i et øget tandtab i denne gruppe patienter, hvis der kun fokuseres på generel

anæstesi alene. Det kræver motivation og anerkendende kommunikation at møde patienten og dets pårørende efter behandling i generel anæstesi. Der skal være fokus på cariesætiologi, herunder kost og tandbørstevaner, samt et fokus på eget ansvar i at opretholde egen tandsundhed. Det langsigtede mål er at opbygge en tillidsbaseret relation mellem patient og behandler, hvilket kan påvirke fremmødet på klinikken positivt og dermed også reducere risikoen for behovet for generel anæstesi i fremtiden.

Helt konkret bør der efter en endt behandlingsseance i generel anæstesi foretages et opfølgende besøg 2-4 uger efter hos egen tandlæge. Tilvænning til konventionel tandbehandling og undersøgelse kan ved disse besøg genoptages. Indkald bør efter en behandling i generel anæstesi være regelmæssige og med kortere intervaller **(1)**

Hvor der ikke er opbakning familiært eller i barnets/den unges netværk til at opretholde god mundhygiejne efter behandling i generel anæstesi, må man ofte regne med en dårligere prognose for behandlingen. Det frarådes derfor også at udføre for komplicerede og højteknologiske behandlinger, og behandlingen bør derudover være radikal, for videst muligt at undgå at skulle behandle barnet igen inden for nær fremtid **(9)**. Passiv profylaktiske tiltag med hyppige indkald bør overvejes ved disse patienter.

## 10. Diskussion:

Børn og unge med særlige behov og udfordringer vil udvise adfærdsafvigelser, som kræver særlige kompetencer hos det tandfaglige personale, som skal behandle dem. Det er ikke en selvfølge, at behandler-teamet har den fornødne viden eller de kompetencer, som kræves når vi skal løfte denne opgave. Man kan ikke forvente, at denne viden og disse færdigheder kan opnås blot ved erfaring gennem behandling på klinikken. Man risikerer i hvert fald at tabe

nogle af de sårbare patienter, hvis vi som behandlere er nødsaget til at prøve os frem. Jeg mener, at der bør tilbydes kurser eller fx møder med pædagoger, socialrådgivere eller andre faggrupper indenfor fx samme kommune, som har opnået en særlig viden omkring fx børn og unge med ADHD eller autisme. Denne vidensdeling mellem faggrupper indenfor fx samme kommune, vil både styrke det tværfaglige samarbejde og skabe indsigt for det arbejde, som udføres i de forskellige afdelinger i kommunen. Jeg tror, at denne viden kan modvirke den berøringsangst, som kan opstå overfor de børn, som har en diagnose, da vi på denne måde lettere kan forholde os til deres forskellige reaktionsmønstre. Det kan fx være aldeles brugbar viden at kende til de udfordringer, som eksempelvis børn med autisme, kan have med forskellige stimuli såsom lyde, lys eller berøring. Vi har mulighed for at spørge ind til dette allerede inden vi lægger barnet ned i stolen, og det kan på denne måde føle sig imødekommet og respekteret. Det kan også være altafgørende for at opnå succes at vide, at der kan være behov for udtalt genkendelighed i form af den samme behandler på den samme klinik, og den samme måde at gøre tingene på hver gang, når man behandler et barn med autisme. Det er også gavnligt at være bekendt med, at man i mødet med et barn med fx en autismediagnose skal fatte sig i korthed og være mere faktuel, undlade ironi og andre talemåder, som kan misforstås. Børn og unge med autisme kan have en særlig interesse, som de går særligt op i. Kan man finde tiden og roen til at finde ind til den interesse, fx en snak om pokemon, kan man vinde patientens tillid og nå langt i sin tilvænnning. Flere autister har også det man kan kalde en selektiv spiseforstyrrelse, hvor de spiser smalt, kan have svært ved forskellige konsistenser og smage m.m. Dette er gavnligt at vide i forhold til vores kostanamnese.

Men vi skal også være klar over, at der selvfølgelig findes mange niveauer af autisme, som gør, at heller ikke denne patientgruppe kan behandles ens.

Når vi på denne måde finder en form for genkendelighed i mødet med disse patienter, tror jeg på, at vi tør være nysgerrige i vores dialog med familien og patienten, så der fra start kan opnås en god relation, som kan gavne på den lange bane. Jeg tror, at man i tandplejen skal vide, at det kan give gevinst at tage alternative metoder i brug, når vi skal imødekomme patienter som afviger fra 'det normale', fx ved at turde at implementere hjemmebesøg, hvor barnet er trygt, som tidligere nævnt. Eller at vi er flexible og kan tilbyde tider i fx pauserne eller i ydertiderne, hvor der ellers ikke er mange mennesker på klinikken, hvilket kan være optimalt for et barn med social angst. At vide hvilke knapper der kan skrues på, gør os i stand til at handle mere aktivt og skabe et godt samarbejde mellem behandler, barn og familie.

Når vi som behandlere er klædt på med den viden og de færdigheder, som er nødvendige og vi derigennem får en tro på egne evner og en tro på, at vi kan løfte opgaven, så mener jeg, at vi kan skabe et særligt godt samarbejde med de fagpersoner, som kan være omkring barnet og det vil gøre os i stand til at møde familierne, der hvor de er i deres hverdag på en omsorgsfuld og ikke mindst respektfuld måde.

Derudover er det fortsat af stor vigtighed at søge vidensdeling på klinikkerne. Det er optimalt at kunne trække på viden og kunnen fra erfarne kolleger og også kunne udveksle viden omkring de gode og også de dårlige erfaringer, som alle kan lære noget af. På denne måde mener jeg, at man kan styrke samarbejdet på klinikken omkring disse patienter og gøre os mere modige i forhold til at turde springe ud i forskellige tiltag, til gavn for patienternes orale sundhed og familiernes velbefindende.

At have fokus på sundhedsfremme, forebyggelse og tidlig indsats er som tidligere nævnt en altafgørende faktor for at løfte niveauet i vores tandplejer, mener jeg. Vi skal kunne se, at vi på den lange bane kan opnå en stor sundhedsøkonomisk gevinst ved at turde investere i de forebyggende indsatser og det tværfaglige samarbejde. Vi skal turde at tænke nyt og

anderledes, fx ved at rykke ud fra klinikkerne. Undervisning og tandbørstetræning i klasserne kan også øge kompetencerne hos børnene, så de børn der ikke har så sikkert et ressource-net omkring sig, lettere kan stå på egne ben, hvis der mangler overskud i familien. Man kan også prøve at undersøge om man kan komme med i de forskellige tilbud, som udbydes rundt om i kommunerne. Fx hvor der arbejdes med de mere sårbare familier, hvor vi som tandpleje også kan tage os en plads. Fx med en repræsentant fra tandplejen, som kan tage ud og undervise i et aktuelt emne såsom snus, kost, tandbørstevaner, erosioner m.m. I Fredericia kommune er der eksempelvis et aktivt tilbud, som hedder 'stærke børn i stærke familier' og det har vist sig effektivt, at vi som tandpleje også får en fod indenfor i sådanne sammenhænge, så vi på den måde gør os mere synlige og tilgængelige.

Vi skal være os bevidste om, at det er en stor og meget vigtig opgave, som vi har i vores kommunale tandplejer, i forhold til at løfte vores børn og unge til at kunne indgå i et godt tandplejetilbud, som styrker dem videre gennem hele livet, hvis vi formår at skabe gode vaner for egenomsorg og eget ansvar for egen tandsundhed.

Man skal kunne lide at kombinere sin faglighed med de pædagogiske og psykologiske færdigheder, som det kræver for at blive en dygtig børne- og unge tandlæge. Og det kræver øvelse, ydmyghed og konstant nysgerrighed, når vi møder vores patienter på klinikken. For ingen af vores patienter er ens, og vi skal kunne gribe efter de indsatser og tiltag, som kan virke for det enkelte barn. Man skal kunne lide processen og muligheden for at følge udviklingen hos et barn og en familie. Det er også det, som jeg mener er det vigtige i vores børne- og ungetandpleje. At vi har en virkelig god mulighed for at se det hele menneske, selvom vi er repræsentanter for den orale sundhed.

## 11. Konklusion:

Det relationelle aspekt i et behandlingsforløb med et barn med særlige behov, vurderes ud fra mine fund i litteraturen at være yderst vigtigt. Barnets tidligere oplevelser og erfaringer er nødvendige at medinddrage for at forbedre kvaliteten af behandlingsforløbet, og kan være med til at øge barnets compliance i tandlægestolen. Barnets og familiernes behov og prioriteringer er vigtige at få afdækket og skal sættes i relation til deres hverdag og livssituation, inden man foretager sit valg omkring behandlingsstrategi. Dette sætter store krav til de sociale kompetencer hos det tandfaglige personale, når man skal opnå en god patient- og behandlerkontakt.

Jeg har i min gennemgang af litteraturen fundet, at det tværfaglige samarbejde omkring børn med særlige behov er absolut nødvendigt, for at kunne opnå en mere helhedsorienteret indsats. Samarbejdet mellem fx skole- og dagtilbud, sundhedsplejen og tandplejen kan støtte de familier, som har brug for flere individuelle indsatser. Dette tværfaglige samarbejde kan også styrke tandplejens rolle i mere brede forebyggelses- og sundhedsfremmende tiltag, hvor der fx kan laves kampagner omkring sund kost, energidrikke m.m. på skolen eller i udsatte områder, der hvor patienterne har deres hverdag. Vi bliver som tandpleje på denne måde mere synlige og tilgængelige og skaber viden om, at den orale sundhed er en vigtig del af vores generelle sundhed.

I mange kommunale tandplejer sker der sammenlægning af klinikker og vi skal fungere i større enheder. Dette har mange fordele, da det kan være gunstigt for den kollegiale sparring, hvis man formår at bruge det potentiale der er i at flere specialer, herunder erfaring med børn med særlige behov, er samlet under et tag. Dog skal man være

opmærksom på, at det ikke ender i en form for stordrift, hvor man med fx automatiske bookingsystemer, kan udvaske muligheden for at opretholde den gode og kendte behandler-patient relation, som jeg i min litteratur har fundet er så vigtig for et vellykket behandlingsforløb. Hvis det relationelle aspekt skal tilgodeses og man skal arbejde med et fokus på 'den hele patient', kræver det den fornødne tid til undersøgelse og behandling. Jeg mener, at man skal være forsigtig med en generel standardiseret fastsættelse af tid, der må bruges på den enkelte ydelse, da det ikke er hensigtsmæssigt i mødet med børn med særlige behov.

Vi er som tandfagligt personale uddannede klinikere og er vant til at diagnosticere og behandle ud fra det. Vi modtager under vores studieforløb ikke megen undervisning i pædagogiske og psykologiske færdigheder i forhold til de børn, som har særlige behov. Da vi møder flere af disse patienter på klinikken mener jeg, at man på ledelsesniveau bør se behovet for mere systematisk opkvalificering af medarbejderne, så de opnår de færdigheder, som forventes, når man skal løfte opgaven omkring disse børn. Jeg mener, at det vil give et trygt arbejdsmiljø og højne vores faglighed generelt.

For at bedre den orale sundhed hos børn med særlige behov, skal der som tidligere nævnt være et stort fokus på forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser, og der ligger en stor gevinst i at knække koden til et stærkt tværfagligt samarbejde. Det er svært at opnå dette gode tværfaglige samarbejde på tværs af de forskellige sektorer i kommunen. Derfor skal det måske igen løftes op på ledelsesniveau, så der kommer en overordnet plan for alle medarbejdere. Der kan fx tages initiativ til fælleskurser eller kaffemøder mellem fx sundhedsplejerskerne og os i tandplejen, så vi derigennem kan

få sat ansigt på hinanden og få skabt en god dialog omkring vores fælles opgave, som er at skabe sundhed for vores børn og unge. Ved et sådant fysisk møde føles kontakten til hinanden måske kortere, når vi finder behovet for at trække på hinandens faglighed i hverdagen. På denne måde kan vi måske få øjnene op for hinandens potentiale og kan samle vores styrker og faglighed til gavn for de børn vi alle skal hjælpe.

## 12. Litteraturliste:

1. Sedering og generel anæstesi ved tandbehandling af børn med  
kooperationsproblemer; Tandlægebladet 2014 (Østergaard; Milvang; Uldum;  
Strunge; Haubek)
2. Oral health – not a priority issue A grounded theory analysis of barriers for young  
patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others  
(Klingberg; Hallberg)
3. Dental fear/axiety and dental behaviour management problems in children and  
adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors  
(Klingberg; Broberg)
4. Pediatric dental surgery under General Anesthesia, uncooperative children  
(Campbell; Shetty; Pope)
5. Dental treatment in special needs patients and uncooperative young children; a  
retrospective study (Biasotto; Poropat; Porrelli; Ottaviani; Rupel; Preda; Lenarda;  
Gobbo)
6. Oral care for children with special healthcare needs in dentistry: A literature review.  
(Alamri)
7. Cariesrisikovurdering af børn og unge. Tandlægebladet 2016 (Twetman)
8. Behandling af børn med langvarig sygdom og funktionsnedsættelse i tandplejen.  
Tandlægebladet 2016. (Klingberg; Dahllöf)
9. Tandbehandling af komplekse patienter med særlige behov – behandlingsmæssige  
overvejelser. Tandlægebladet 2016. (Bagger; Hede)
10. Dental treatment of children with special healthcare needs: a retrospective study of  
10 years of treatment. (Hieronymus; Aydin; Frese; Huck; Wolff; Sekundo)

- 11.** Dansk pædodontisk selskabs 'retningslinjer for tandbehandling af børn og unge i generel anæstesi'
- 12.** Psykiatrifonden.dk
- 13.** Sundhedsdatastyrelsen.dk
- 14.** Tandlægebladet 'Flere børn med angst i tandlægestolen' (17.10.2024)