

Hvordan kan vi opnå parodontal sundhed ved patienter i specialtandplejen?

Oversigtsartikel af Carina Dyreborg Prip, Odder Kommunale Tandpleje

Introduktion

Parodontitis (PA) er en multifaktoriel kronisk infektionssygdom^{1a} som medfører tab af tændernes kliniske fæste, samt parodontale lommer og gingival blødning^{1b}. Ved patienter med intellektuelle vanskeligheder, ser man en højere prævalens af parodontal sygdom og at sygdommen har en større sværhedsgrad, end ved den øvrige befolkning.² I specialtandplejen har en andel af patienter intellektuelle vanskeligheder, da specialtandplejen er et kommunalt tilbud om tandpleje til udviklingshæmmede, sindslidende m.fl. jvf. Sundhedsloven §133. Patienter med intellektuelle vanskeligheder er desuden en gruppe af patienter som overvejende har en dårligere mundhygiejne end patienter uden intellektuelle vanskeligheder.² Forskellen skyldes, at størstedelen af de patienter som har intellektuelle vanskeligheder mangler de manuelle færdigheder til at opretholde en god mundhygiejne pga. en svækket fysik og svækkede kognitive evner som vanskeliggør gennemførelse af daglige rutinemæssige opgaver som fx tandbørstning. Derfor er mange af patienterne også afhængige af hjælp fra en omsorgsperson og mundhygiejnen vil derfor, i et vist omfang, være afhængig af omsorgspersonens viden, holdning og handling.²

I specialtandplejen er der flere udfordringer ved besøgene på tandklinikken. Udfordringen kan fx være den tid patienten kan opholde sig i stolen, manglende accept af sensorisk stimuli fx fra lyde, kulde/vand og berøring, samt mange udeblivelser og afbud, hvilket vanskeliggør et behandlings- eller tilvænningsforløb.

Formålet med opgaven er, at lave et overblik over nogle af de udfordringer som man kan opleve i forbindelse med behandling af PA på patienter i specialtandplejen og forhåbentlig finde nogle løsninger eller kompromisser i behandlingen af patienterne som ikke går for meget på kompromis med vores faglighed og samtidig tilgodeser patientens evner og behov.

Det ideelle behandlingsforløb ved behandling af PA

Ved behandling af PA^{1c} vil vi som udgangspunkt først lave en behandlingsstrategi og der vil blive sat nogle mål for det, som vi ønsker at opnå ved hjælp af strategien. Målene inkluderer:

- En reduktion af gingivitis, så BoP (bleeding on probing) $\leq 25\%$.
- En reduktion af pochedybden, så ingen residual lommer har en PPD (probing pocket depth) > 5 mm.
- Fravær af smerte
- Tilfredsstillende æstetik og funktion ud fra et subjektivt synspunkt.

Behandling af PA kan opdeles i fire faser:

1. Den systemiske fase.
2. Det initiale fase eller hygiejnefasen
3. Den korrektive fase
4. Vedligeholdelsesfasen

Den systemiske fase^{1d} har det formål, at identificere og eliminere eller mindske den påvirkning, som de systemiske forhold har på behandlingsresultatet. Fasen har til formål at beskytte patienten mod uforudsete systemiske reaktioner (fx endocarditis eller blødning) og at identificere udfordringer som kan påvirke resultatet af behandlingen (fx diabetes eller rygning). En grundig anamnese med fokus på patientens familiære og sociale historie, den generelle sygehistorie og medicin, samt historik vedrørende rygning, er grundlaget for fasen. Den systemiske fase giver desuden behandlerteamet mulighed for at identificere, om der er noget i patientens sygehistorie som giver anledning til ekstra foranstaltninger for at undgå smitte i forbindelse med behandling af patienter med fx HIV eller hepatitis.

Den initiale fase^{1e} repræsenterer den årsagsrelaterede behandling. Målet er at opnå en infektionsfri mundhule uden hårde og bløde belægninger. Fasen afsluttes med reevaluering og planlægning af de sidste to faser.

Den korrektive fase^{1e} vil i relation til PA behandling fx omfatte gingivektomi og flap operationer. Fasen kan desuden opfatte behandling med protetik, implantater, fyldningsterapi osv. Hvis der i den initiale fase ikke opnås det ønskede resultat (fx tilfredsstillende plakkontrol med en plak% $\leq 25\%$), så kan det medføre, at behandlinger i den korrektive fase må udskydes eller fravælges.

Vedligeholdelsesfasen^{1e} har til mål, at hindre reinfektion og tilbagevendende sygdom. Der skal ud fra de individuelle forhold laves en plan for indkaldeintervaller ved de opfølgende besøg, hvor der bl.a. registreres PPD og BoP, samt fjernes bløde og hårde belægninger ved behov. Fasen indebærer desuden regelmæssige kontroller af fyldninger og protetik, samt vitalitetstest af tænder og røntgenundersøgelse med bitewings på indikation.

I forhold til PA behandlinger i specialtandplejen, så er den systemiske fase særligt vigtig, da de psykiske og fysiske udfordringer for den enkle patient skal vurderes i forhold til, hvilken behandling der kan tilbydes og hvordan patientens udfordringer vil påvirke behandlingens resultater.

Metode og materiale

I første litteratursøgning på PubMed er der brugt følgende: periodontitis OR periodontal disease OR periodontal therapy OR periodontal treatment AND special needs OR Down Syndrome OR intellectual disability OR disability. Det gav et resultat på 335 artikler. Der er desuden lavet søgning på: preventive treatment, preventive care, non surgical periodontal therapy, non surgical periodontal treatment, disse søgninger er både lavet i relation til specialtandplejens målgruppe, men også i relation til behandling af PA på patienter som ikke tilhører målgruppen.

Efter søgningen er første sortering lavet ved gennemgang af titler. Ved relevante titler er der læst abstracts og ud fra det er der valgt nogle artikler, som er læst i hele sin længde. Sortering af artiklerne er lavet ud fra, at artiklerne skulle omhandle voksne patienter (>18 år) og der er lagt vægt på reviews for overblik og sammenfatning af emnerne. Der er inddraget artikler som er fundet, fordi de er omtalt i den litteratur som er læst i forbindelse med søgningerne.

Artikler er fravalgt hvis de omhandler omsorgstandpleje, geriatri og fx demens, samt hvis de omhandler implantologi/periimplantitis og farmakologisk behandling af PA.

Der er ikke mange studier som er rettet direkte mod behandling af PA på patienter i specialtandplejen. Derfor er der også inkluderet artikler med studier lavet på den almindelige

gennemsnitlige befolkning i forhold til behandlingsmetoder, Kooperation til behandling/fremmøde og patient evalueringer i relation til PA behandling.

Der er desuden brugt faglitteratur for baggrundsviden om PA som sygdom, behandlingsprincipper osv.

Der er risiko for bias, da artiklerne er valgt ud fra det jeg mener er relevant for emnet og for de perspektiver, som jeg ønsker belyst i min gennemgang.

Resultatet af de studier jeg har valgt at inddrage

Fremmøde

Et studie³ har undersøgt fremmødet i vedligeholdelsesfasen ved patienter som ikke tilhører specialtandplejens målgruppe. Undersøgelsen er lavet ved den parodontologiske afdeling ved universitetet i Valencia og patienterne, som er inkluderet i undersøgelsen, har alle gennemført non-operativ eller operativ PA behandling og har efterfølgende været minimum 1 år i vedligeholdelsesfasen. Patienterne inddeles i undersøgelsen i tre grupper alt efter deres compliance i forhold til fremmøde; Regular compliers (RC) med 100% fremmøde, erratic compliers (EC) med et kontinuerligt uregelmæssigt fremmøde og non-compliers (NC) som ikke møder op. Resultatet af undersøgelsen viser, at der ikke er nogen signifikant forskel på fremmødet når man ser på patienternes køn eller alder. Der er til gengæld en forskel i fremmødet når man ser på patienter med og uden smerter. Ved patienter med smerter er 65,22% af dem RC og ved patienter uden smerter er 50% NC (se figur 1). Det vil sige, at der er større sandsynlighed for at patienter møder op til de opfølgende besøg hvis de har smerter end hvis de er smertefrie. Der ses også en signifikant forskel i fremmødet på patienter som selv henvender sig (RC 48,84%) i forhold til patienter som er henvist (se figur 2) og der henvises i artiklen til, at patienter som selv henvender sig har en anden bevidsthed omkring tegn og symptomer på PA og de er derfor mere tilbøjelige til at møde op. Det tredje parameter som undersøgelsen finder signifikant i forhold til patienternes fremmøde i vedligeholdelsesfasen, er hvilken behandling der er udført. Patienter som har fået udført en operativ behandling har en øget compliance i forhold til patienter som har modtaget en non-operativ behandling (se figur 3). Artiklens forfattere antager, at den signifikante forskel skyldes, at patienter som har fået foretaget en operativ behandling har en anden bevidsthed omkring sygdommens alvor, samt et øget indblik i de økonomiske udgifter forbundet med en operativ behandling.

Non-operativ PA behandling

Et systematisk review publiceret i 2020⁴ har undersøgt effekten af håndinstrumenter i forhold til behandling med soniske-/ultralydsinstrumenter når der udføres non-operativ PA behandling. Undersøgelsen er ikke lavet på specialtandplejens målgruppe. Konklusionen af undersøgelsen er, at der ikke umiddelbart er forskel på resultatet af behandling udført med håndinstrumenter eller ultralydsinstrumenter. Der ses en reduktion i det kliniske niveau (CAL), PPD og BoP efter behandling med non-operativ PA behandling og der registreres ikke nogen signifikant forskel i CAL, PPD og BoP når det bruges håndinstrumenter frem for ultralyd. Undersøgelsen peger dog på et par fordele ved brug af ultralyd frem for håndinstrumenter. Fordelene ved behandling med ultralydsinstrument er, at det er en hurtigere behandling og depuration af hele tandsættet kan ofte udføres i ét besøg, hvor behandling med håndinstrumenter kan strække sig over 1-6 besøg. Forfatterne peger desuden på, at der kan være en ergonomisk fordel ved brug af ultralydsinstrument frem for håndinstrumenter, men samtidig kan der være præferencer og erfaringer ved den enkelte behandler som taler for eller

imod at vælge den ene metode frem for den anden. Forfatterne er kritiske over for undersøgelsens resultater, da det er svært at lave en undersøgelse uden bias, da det fx ikke er muligt at lave et forsøg hvor behandleren ikke er bevidst om, hvilken behandlingsmetode der anvendes.

Hvordan påvirkes patienternes OHRQoL (Oral health-related quality of life) og hvorfor er det relevant? Et studie omhandlende non-operativ PA behandlings indflydelse på OHRQoL⁵ påpeger, at PA generelt har en negativ indflydelse på OHRQoL. OHRQoL måles her ved hjælp af OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), hvilket er baseret på et spørgeskema som besvares af patienterne (se spørgsmålene i bilag 1). Ud fra besvarelser gives en score på 0-56 og jo lavere score jo bedre er OHRQoL. Studiet inkluderer 519 patienter, som ikke er i specialtandplejens målgruppe og de er fordelt på 12 studier. Resultatet viser, at OHRQoL forbedres efter non-operativ PA behandling og forbedringen peaker ca. 1 måned efter den udførte behandling. Der ses 3-4 uger efter behandlingen en bedring af OHRQoL på i alt 8,94 point sammenlignet med før behandlingen. Til sammenligning, så ses der forbedringer på 2,49 ved opfølgning 1-2 uger efter behandlingen og en forbedring på 6,49 efter 6-12 uger. Resultatet af undersøgelsen er klinisk relevant i forhold til muligheden for forventningsafstemning mellem behandler og patient før behandlingen påbegyndes.

En anden undersøgelse som omhandler patienternes oplevelser efter PA behandling⁶ peger desuden på, at der både er en bedring i OHRQoL umiddelbart efter behandlingen og at der fortsat ses en bedring 12 måneder efter behandlingen. Bedringen i OHIP-14 scoren i studiet er associeret med bedring i PPD, CAL og BoP, hvilket hænger sammen med patienternes oplevelse af færre smerter, mindre blødning fra gingiva og en reduktion i halitosis. Undersøgelsen er ikke lavet på specialtandplejens målgruppe.

Non-operativ og operativ PA behandling

I forhold til PA behandlinger, så findes der ud over den non-operative behandling også en operativ behandling og den langsigtede forskel på de to behandlingsmetoder undersøges i et studie⁷ som har kigget på 17 publiceringer som samler op på 14 forskellige studier. Studierne omfatter en gruppe af 964 patienter som ikke er i målgruppen for specialtandplejen og der er en opfølgningsperiode på 5-15 år. I de fleste af studierne udføres der en modificeret Widman flap ved den operative behandling, hvilket synes at give en større reduktion i den gennemsnitlige PPD i forhold til cases hvor der udføres en non-operativ behandling med depuration og rodafglatning. Studiet viser dog også, at både de patienter som modtog operativ og non-operativ behandling har et stabilt CAL over en periode på 5 år. Efter behandlingen, operativ eller non-operativ, så udføres der en fase med vedligehold med aftaleintervaller på 3-6 måneder i en periode på 6-24 måneder. Resultatet af studiet viser desuden, at hvis patienterne efter behandling oplever progression af PA, så vil det oftest være i forbindelse med approksimale sites og ved molarene. Det vil typisk være patienter med dårlig mundhygiejne, dårlig compliance til fremmøde og rygere som oplever progressionen.

Hvad synes patienterne? Et tidligere omtalt studie⁶ viser, at der er en forværring af OHRQoL ved operative PA behandlinger i forhold til non-operative behandlinger, da de operative behandlinger er associeret med gingivale retraktioner, sensitive rodoverflader, psykologiske traumer i relation til behandlingen, samt post-operative hævelser og ubehag.

Plak kontrol – den vigtigste faktor

Et tidligere omtalt studie⁷ viser en sammenhæng mellem progression af PA og patienter med dårlig mundhygiejne, ustabil fremmøde og rygning. Hvilket hænger sammen med, at PA er en

multifaktoriel sygdom. Dog peger et studie⁸ på, at plakfjernelse og plakkontrol er det vigtigste redskab i forebyggelse og behandling af parodontale sygdomme, samt for at hindre tandtab grundet PA.

Da det er patienterne selv eller en omsorgsperson som står for plakfjernelsen i det daglige, så er det relevant at se på, hvordan man optimerer den hjemmetandpleje som udføres af patienten selv eller af omsorgspersonerne. Der er lavet et review⁹ som forsøger at give nogle retningslinjer for, hvordan man bedst underviser og motiverer personer med svære psykiske diagnoser som fx skizofreni, bipolar lidelse og personlighedsforstyrrelser. Der bliver vurderet på forskellige forløb med fx motivationssamtaler, mundtlige råd, instruktioner og undervisning i tandsundhed. Der er kun inkluderet 3 studier i dette review og konklusionen er, at der ikke er tilstrækkelig evidens for, at den ene metode er bedre end den anden, da det vurderes at forskellen i resultaterne er af en størrelsesorden, der ikke kan siges, at være klinisk relevant. Der bliver dog også påpeget, at der ikke er registreret ulemper eller bivirkninger ved nogle af de tiltag de undersøges i studierne.

Når hjemmetandplejen ikke er effektiv nok til at stoppe eller bremse udviklingen af PA, så kan der være behov for ekstra hjælp og et studie⁸ undersøger effekten af den professionelle mekaniske plakfjernelse (PMPR) som typisk er et af de tiltag som udføres i forbindelse med de vedligeholdende besøg og PMPR kan fx udføres i forbindelse med motivation og instruktion af patienten. Studiet er ikke lavet på specialtandplejens målgruppe. Det er svært at afgøre, hvad den egentlige effekt af PMPR er, da PMPR sjældent står alene og det er altså den samlede indsats ved besøgene i vedligeholdelsesfasen som vurderes. Behandlingerne i vedligeholdelsesfasen viser sig, at have effekt i forhold til tandtab, da der over en periode på 5 år ses et signifikant større tandtab ved patienter med uregelmæssigt fremmøde til de vedligeholdende besøg, i forhold til patienter med et stabilt fremmøde.⁸

Et japanske studie¹⁰ med 10 unge i alderen 21-29 år og som er diagnosticeret med autisme eller mental retardering, viser effekten af PMPR. 6 af de 10 unge børster selv deres tænder og 4 får børstet tænderne af en omsorgsperson. Der er ved alle 10 patienter forsøgt af forbedre hjemmetandplejen med instruktion og motivation, dog uden effekt på mundhygiejnen og den orale sundhed. I studiet deler de munden op i sekstanter og der renses kun én sekstant med PMPR ved hver besøg. Patienterne besøges hver anden uge, så i løbet af 12 uger er hele munden rensed. PMPR består i studiet af en mekanisk, elektrisk plakfjernelse approksimant, faciale, orale og okklusale, samt polering med pudsepasta. Der laves en status på PPD, BoP, plak-indeks og pH-værdi før forløbet opstartes og værdierne måles igen ved hvert besøg hvor der udføres behandling, samt ved opfølgningerne 2, 6 og 14 uger efter sidste besøg med PMPR. Resultatet viser generelt en signifikant reduktion i antallet af sites med BoP ved forløbets afslutning, samt ved opfølgning efter 2 og 6 uger. 8/10 af de unge har desuden en signifikant reduktion af PPD, mens de sidste 2 har uændret PPD. I studiet lægges der vægt på, at der i løbet af de 6 besøg med behandling ses en bedring i PPD og BoP på sites i mundhulen, som endnu ikke er behandlet, hvorfor de konkluderer, at der på trods af en insufficient PMPR, må kunne forventes en effekt af indsatsen. Når man ser på opfølgningen 14 uger efter det sidste besøg med PMPR, så ser man en lille stigning i BoP, dog ikke så meget, at det kommer op på samme niveau, som før forløbet startede. I artiklen kommer de med et bud på at resultatet muligvis kan tolkes til, at intervallet for PMPR på denne målgruppe bør sættes til 6 uger, for at opretholde en forbedring i BoP. Studiet viser, at der er kun én patient i forløbet som ikke viser nogen tegn på effekt af behandlingen og det er en patient med en meget smal maxil og udtalt trangstilling. Forfatterne lægger derfor vægt på, at alle forløb bør tilrettelægges individuelt, for at opnå det bedste resultat.

Diskussion - Er resultaterne gældende for patienterne i specialtandplejen?

Fremmøde

Kan resultaterne fra studiet omkring fremmøde³ overføres til specialtandplejen? Ja, det må formodes, at motivationen i forhold til fremmøde til behandlinger i vedligeholdelsesfasen i specialtandplejen også vil være større, hvis det er patienten selv som kan se, at der er behov for behandling, fx grundet symptomer eller smerter, sammenlignet med patienter som er henvist af fx støttepersoner eller personale på et bosted. Ved patienter hvor den personlige pleje varetages af andre end dem selv, så synes jeg ofte, at vi ser en større compliance i forhold til fremmøde i vedligeholdelsesfasen, hvis der er smerter, hvis der har været smerter eller hvis der har været behov for behandling under anvendelse af generel anæstesi, da det understreger vigtigheden af forebyggende tiltag og behandling af PA, men også andre dentale sygdomme, som fx caries. Hvilket er i overensstemmelse med studiets³ resultater.

Flere studier som handler om PA viser en betydelig andel af patienter med drop-out³⁺⁸. Måske vil grupperne med drop-out i virkeligheden være den gruppe i studierne, som ligner vores patienterne i specialtandplejen mest? Patienterne i specialtandplejen er efter min erfaring en gruppe som har det ekstra svært med at møde op, sammenlignet med patienter i privat praksis. Særligt, så synes udfordringen at være større, når de ved, at besøget fx er planlagt til PA behandling eller anden behandling forbundet med ubehag eller smerter. Patientgruppen er desuden omfattet af en stor andel af patienter med misbrug og/eller psykiske diagnoser. Det er patienter, hvor mange har et kaotisk liv med flere udfordringer, som generelt gør det svært at møde op til fastlagte tider i et sundhedsvæsen som ikke giver mulighed for fleksibilitet i fremmødetidspunktet. Problemet med det manglende fremmøde er, at der uden fremmøde ikke er mulighed for professionel behandling af sygdommen. Den manglende kontinuerlige behandling giver ikke grundlag for et optimalt behandlingsforløb og hvad gør vi så?

Behandling af PA

Vi har konstateret, at patienten har PA og det kræver behandling med depuration for fjernelse af hårde og bløde belægninger. Som udgangspunkt, så vil jeg altid foretrække at udføre den non-operative PA behandling med en kombination af ultralyds- og håndinstrumenter. Udfordringen i forhold til patienter i specialtandplejen kan ofte findes i relation til brugen af ultralyd, da det larmer og sprøjter med vand. En del af patienterne i specialtandplejen har udfordringer med øget sensitivitet generelt og det ses fx i relation til lyden, kulden og den sensoriske stimuli som brugen af ultralyden medfører.

Da den omtalte undersøgelse⁴ viser, at non-operativ behandling af PA med ultralyds- og håndinstrumenter er lige effektive, så burde det ikke være et problem, at lade patienterne vælge mellem de to metoder. Der er dog også udfordringer ved behandling med håndinstrumenter, da det tager længere tid og ofte kræver flere besøg, hvis hele tandsættet skal behandles. Ofte vil det desuden være nødvendigt at udføre behandlingen under anvendelse af lokal bedøvelse med injektion grundet smerter i relation til udførelsen af behandlingen. Dog er injektion ikke altid en mulighed grundet manglende Kooperation.

En anden udfordring med non-operativ PA behandling er, at det sjældent er nok med én behandling, da det typisk er et behandlingsforløb. Hvis man opnår stabile forhold, så vil der fortsat være behov for vedligeholdende behandling og hvis der bliver ved med at være patologisk fordybende pocher, så kan operativ behandling blive nødvendig. Jeg oplever, at patienterne i specialtandplejen fravælger

behandling af PA grundet smerter under og efter behandling. Fravalget af PA behandling eller de mange afbud/udeblivelser i relation til PA behandlingen kan også hænge sammen med, at en del af vores målgruppe i specialtandplejen ikke oplever en øget livskvalitet i relation til, at deres parodontale forhold bedre efter en non-operativ behandling. Nogen har en begrænset forståelse for deres egen situation og kroppens fysiske tilstand. Mange har andre, større og sværere ting i deres livssituationer som tager fokus fra deres egne småskavanker. Samtidig er der andre i vores patientgruppe, som er ligeglade eller måske så påvirkede af medicin, stoffer eller alkohol, at de ikke registrerer forskellen på parodontal sundhed og PA.

Det kunne være interessant, at udforske andre metoder til non-operativ PA behandling, fx laser, sandblæsning eller farmakologiske behandlinger. Vil det give en anden oplevelse for patienterne i forhold til fx smerteopfattelse og symptomer efter behandlingen? Og hvordan vil effekten af behandlingen være. Optimalt set, så skal der findes en behandlingsmetode som er smertefri, som er hurtig at udføre og som ikke er så omkostningstung, at de kommunale tandplejer vælger det fra.

Kirurgi eller ikke kirurgi?

I forhold til behandling af patienter med PA i specialtandplejen, så vil det være yderst sjældent, at patienterne tilbydes operativ PA behandling, da Kooperation til udførelse af behandling, samt vedligehold og håndtering af postoperative komplikationer og gener, vil være vanskelige. Der kan desuden argumenteres for, at patienter i specialtandplejen, som kan samarbejde til operativ behandling af PA, egentlig ikke er berettiget til at gå i specialtandplejen, da de kooperationsmæssigt muligvis kan benytte det tandplejetilbud som de privatpraktiserende tandlæger tilbyder.

Den operative behandling kan udføres i generel anæstesi, men giver det mening?

Plakfjernelse

Desværre ser vi kun patienterne i specialtandplejen 2-6 gange om året og den største opgave i forhold til plakkontrol skal derfor udføres derhjemme. Det kan være vanskeligt, at opretholde en sufficient mundhygiejne, hvis der er fysiske forhold som fx motorisk vanskeligheder eller psykiske udfordringer som medvirker, at opgaven bliver uoverkommelig. Der er også patienter som grundet mentale udfordringer ikke har forståelsen for, hvorfor tænderne skal børstes og som ikke kan gennemskue konsekvenserne ved at undlade tandbørstningen.

Afhængig af, hvad patientens udfordringer er, så er det meget relevant for patientens forløb, at der inddrages relevante omsorgspersoner i form af plejepersonale eller støttepersoner. Nogle gange kan vi rette op på den mangelfulde hjemmetandpleje, men andre gange må vi indse, at det aldrig bliver muligt, at nå et niveau på mundhygiejnen som godt nok til at bremse eller standse udvikling af sygdommene i mundhulen. I de tilfælde bør der suppleres med et individuelt tilrettelagt vedligeholdelsesforløb, hvor vi støtter patienterne bedst muligt, fx med kortere intervaller mellem PMPR.

Motivation

Hvordan motiverer vi psykisk syge patienter? Nogle psykiske sygdomme varierer i symptombilledet og der vil være perioder, hvor der er muligt, at gennemføre et forløb med instruktion og motivation med god succes, men så kan de komme 'ned i et hul' og alt motivation og overskud til at tage vare på sig selv forsvinder. Hvis vi er så heldige, at de har overskud til at komme på klinikken i de perioder,

så kan vi måske hjælpe med PMPR, men ellers kan vi blot håbe på, at vores indsats sidder i dem, så når deres situation vender, så har de redskaberne til at gøre de rigtige ting for sig selv og deres tandsundhed. Der er ingen af studierne som rapporterer bivirkninger ved instruktion og motivation, så hvorfor skulle vi ikke gøre det?

Instruktion, motivation og forebyggelse er nogen af grundpillerne i tandplejesystemet, så vi bør altid gøre vores bedste, også selvom vi tvivler på, at det kommer til at gøre en forskel for patienten, da der ikke er nogen bivirkninger. Eller er der en bivirkning? Vil for meget motivation og instruktion have den modsatte effekt på nogle af vores patienter? Vil de blive trodsige? Vil de melde afbud, hvis de føler de skal have 'skæld ud' for ikke at gøre det rigtige? En individuel vurdering må igen være nøglen til det bedste resultat. Instruktion og motivation bør altid udføres med en konstruktiv indgangsvinkel og ikke nedgørende eller med en løftet pegefinger. Vi må skabe de bedste resultater og de bedste relationer til vores patienter ved at fokusere på det der går godt og det der fungerer.

De store spørgsmål

Hvordan hjælper vi bedst patienterne i specialtandplejen med at opnå parodontal sundhed? Det vigtigste parameter i forebyggelse og bekæmpelse af PA, men også ved bekæmpelse af caries, må være god mundhygiejne. Vores fornemmeste opgave er derfor at gøre patienterne eller deres omsorgspersoner i stand til at opretholde en mundhygiejne som er så god, at der ikke opstår et behandlingsbehov. Indsatsen kunne tydeliggøres ved at opdele vedligeholdelsesfasen i to behandlingsplaner; en professionel plan og en hjemmetandpleje plan. Det understreger vigtigheden af, at planen for hjemmetandplejen følges og måske særligt i de tilfælde hvor der er en omsorgsperson som sandsynligvis er vant til at følge planer og retningslinjer fra det øvrige sundhedsvæsen. En konkret behandlingsplan med hjemmetandpleje kunne muligvis få samme anerkendelse som en plan om sårpleje eller medicinering, men så skal vi også fremføre den med største overbevisning, engagement og professionalisme.

Vi har alle patienter med pocher der har PPD >5 mm og med BoP, hvilket medfører at vi straks ønsker at udføre en depuration, for det har vi lært at vi skal. Måske bør vi spørge os selv; Hvis behov er det, at vi behandler? Hvad vil konsekvenserne være ved at undlade behandling? Hvad får patienterne ud af en behandling som ikke er optimal? Hvad er mulighederne ved tandtab? Er der nogle tænder i tandsættet som er vigtigere end andre? Kan protetiske erstatninger med fast eller aftagelig protetik laves og hvor længe vil det holde?

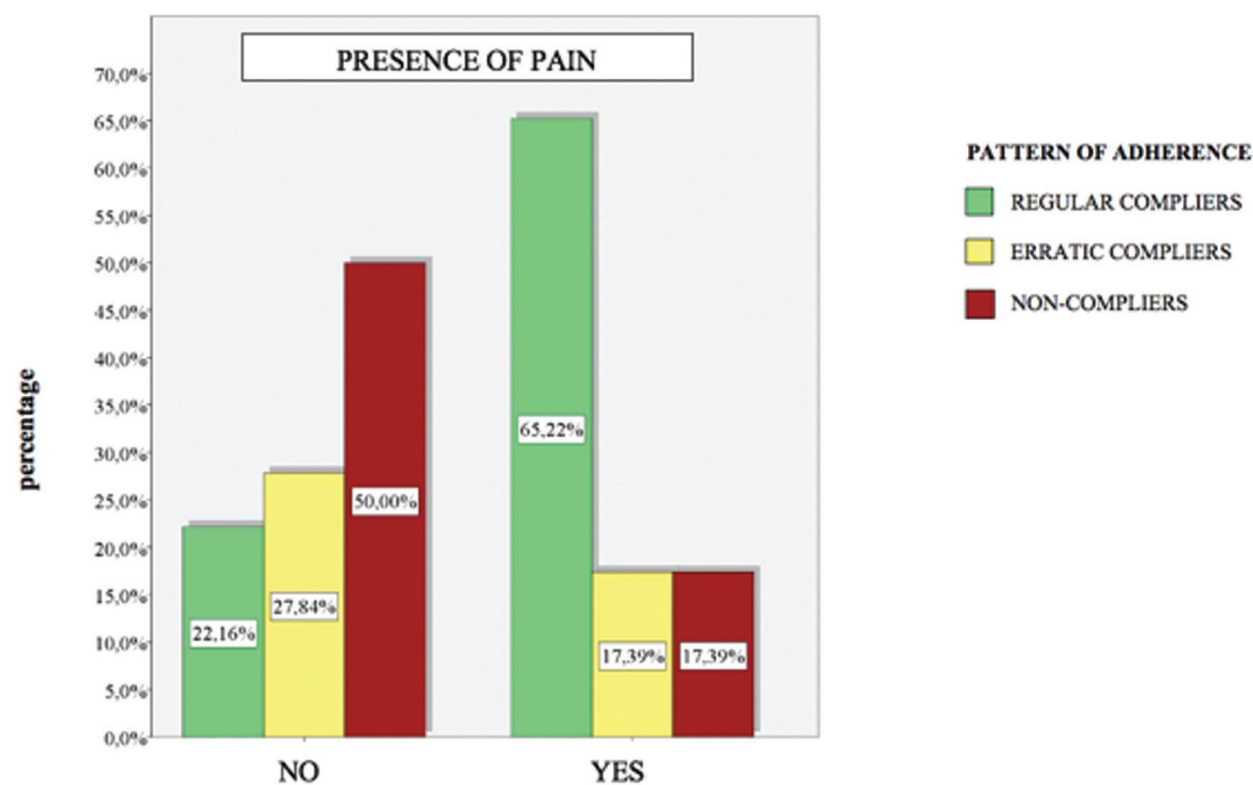
Konklusion

PA er en sygdom hvor behandling og effekten af den udførte behandling, er meget afhængig af patienternes Kooperation til behandling, fremmøde og hjemmetandpleje. Det kan derfor være svært at opnå parodontal sundhed ved patienter i specialtandplejen og vi må i vores professionelle behandling af PA ofte gå på kompromis. Konklusionen må være; plakfjernelse gør en forskel og det bør altid indgå som en væsentlig del af behandlingen af vores patienter. Operativ og non-operativ behandling af PA gør en forskel, men der bør altid laves en grundig anamnese, hvor patientens fysiske og psykiske forudsætninger tages i betragtning før der laves en individuel behandlingsplan med afsæt i den enkelte patient og deres tandsæt.

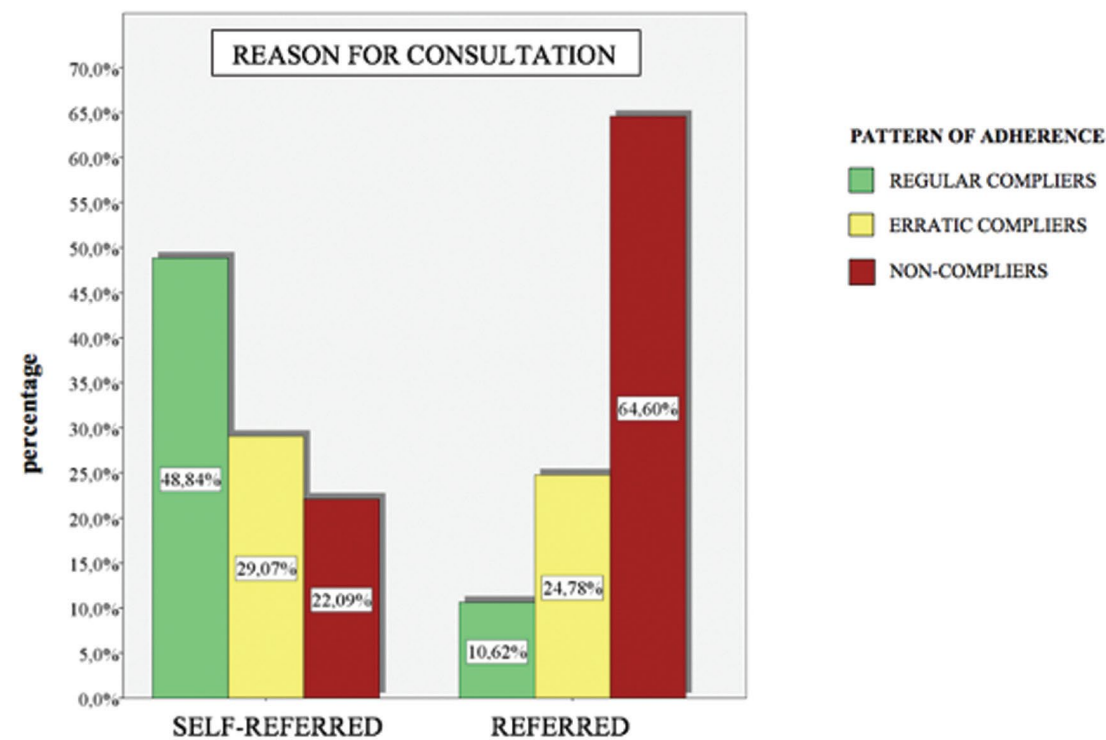
Referenceliste:

- 1 Lindhe, Jan; Lang, Niklaus P.; Karring, Thorkild (2008) *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. (5. udg.). Blackwell Munksgaard.
 - 1a s. 141
 - 1b s. 129-133
 - 1c s. 655-674, *Treatment Planning of Patients with Periodontal Diseases*, kapitel 31
 - 1d s. 686
 - 1e s. 656
- 2 Anders PL, Davis EL, (2010) *Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review*, Spec Care Dentist 30(3): 110-117
- 3 Navarro-Pardo M, Márquez-Arrico CF, Pallarés-Serrano AI, Silvestre FJ, (2022). *Adherence to supportive periodontal treatment in relation to patient awareness*. J Clin Exp Dent. 14(1): e1-8.
- 4 Muniz FWMG, Langa GPJ, Pimentel RP, m.fl. (2020) *Comparison Between Hand and Sonic/Ultrasonic Instruments for Periodontal Treatment: Systematic Review with Meta-Analysis*, Journal of the International Academy of Periodontology 22(4): 187–204
- 5 Botelho J, Machado V, Proença L, m.fl. (2020) *The impact of nonsurgical periodontal treatment on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis*, Clinical Oral Investigations 24: 585–596
- 6 Khan S, Khalid T, Bettiol S, Crocombe LA, (2021) *Non-surgical periodontal therapy effectively improves patient-reported outcomes: A systematic review*, Int J Dent Hygiene. 19: 18–28.
- 7 Sanz-Martín I, Cha JK, Yoon SW, m.fl. (2019) *Long-term assessment of periodontal disease progression after surgical or non-surgical treatment: a systematic review*, Journal of Periodontal Implant Sci. 49(2): 60-75
- 8 Trombelli L, Franceschetti G, Farina R (2015) *Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review*. J Clin Periodontol, 42(16): 221–236.
- 9 Khokhar MA, Khokhar WA, Cli-on AV, Tosh GE (2016) *Oral health education (advice and training) for people with serious mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD008802.
- 10 Mori Y, Amano A, Akiyama S, Morisaki I (2000) *Effects of short professional mechanical tooth-cleaning (PMTc) program in young adults with mental disabilities*, SCD Special Care in Dentistry, 20(1); 18–22

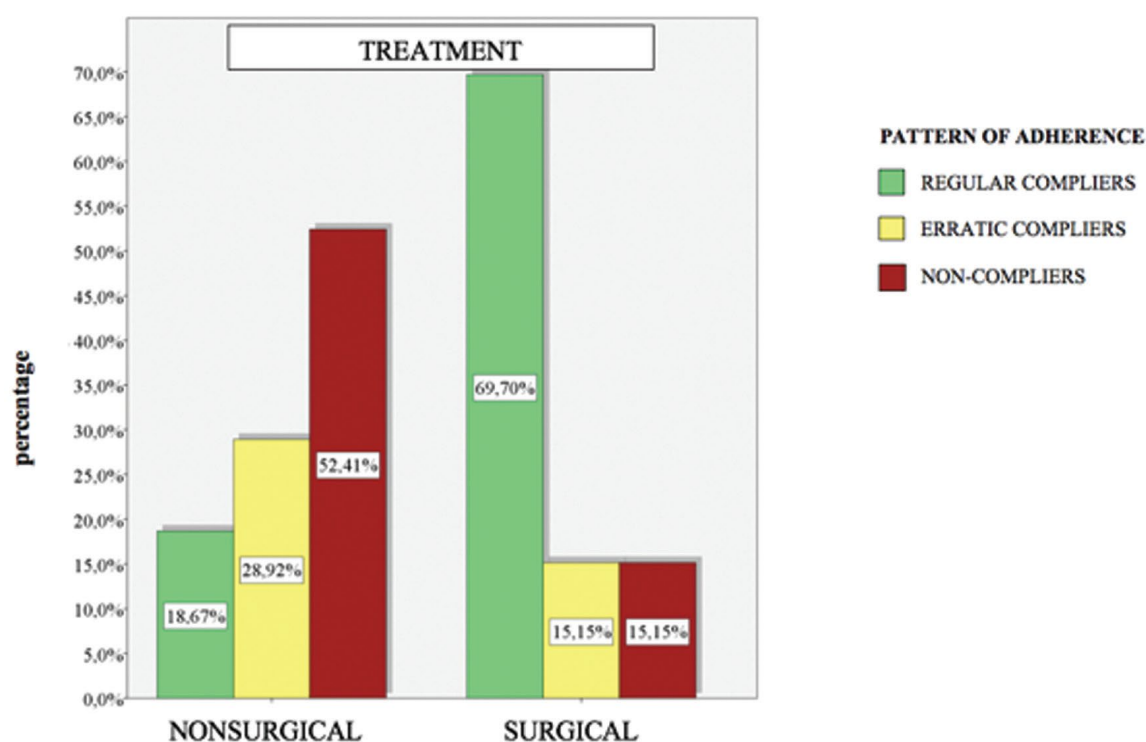
Figur 1:



Figur 2:



Figur 3:



Bilag 1

Spørgsmål til OHIP-14

1. Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
2. Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
3. Have you had painful aching in your mouth?
4. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
5. Have you been self conscious because of your teeth, mouth or dentures?
6. Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures?
7. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?
8. Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?
9. Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
10. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?

Hver spørgsmål besvares med en af følgende: meget ofte (4 point), ofte (3 point), nogen gange (2 point), næsten aldrig (1 point) og aldrig (0 point).