

Varigt inhabile patienter som patientgruppe og i mødet med tandplejen

DKTE-uddannelse i special-, omsorgs- og socialtandpleje, ATO 2026

Tandlæge Bolette Gullak
Special- og Omsorgstandplejen
Københavns Kommune

Vejleder: Torben Lindahl Gasseholm
Overtandlæge
Tandplejen Nyborg

Indledning

Da jeg i 2018 blev ansat som tandlæge i Special- og Omsorgstandplejen i Københavns Kommune, var det fordi jeg gerne ville hjælpe kommunens mest udsatte borgere med deres tandsundhed. I al sin væsentlighed, er der rent tandfagligt ikke den store forskel på at behandle tænder på ressourcestærke borgere og udsatte borgere. Om end livsstilsfaktorerne er anderledes, så er tandsygdommenes ætiologi den samme og derfor tænkte jeg også, at jeg var godt nok klædt på til at løfte opgaven som tandlæge i Special- og Omsorgstandplejen. Hvad jeg ikke vidste var, at jeg ville få brug for at udvikle min viden betragteligt til især varigt inhabile patienter, hvor jeg i høj grad oplevede, at jeg kom til kort i mødet med disse patienter. Det er typisk personer med demens, udviklingshæmning eller hjerneskade, der på grund af varig psykisk og/eller kognitiv funktionsnedsættelse ikke er i stand til at forstå information om tandbehandling, overskue konsekvenserne af behandlingsmuligheder eller give et gyldigt informeret samtykke.

Varigt inhabile patienter er en særlig og sårbar patientgruppe, der kræver kendskab til andre dele af Sundhedsloven, end jeg var vant til at navigere i. Yderligere er det en gruppe af patienter, der er forbundet med en større grad af etiske overvejelser og dilemmaer, netop fordi de ikke selv evner at træffe beslutninger om tandbehandling kombineret med en generelt dårligere tandsundhed pga. deres funktionsnedsættelse og plejefafhængighed.

Da jeg startede med at behandle varigt inhabile patienter, søgte jeg meget råd og vejledning hos kolleger med en større erfaring med patientgruppen. På den måde blev min tilgang til og behandling af disse patienter nødvendigvis præget og formet af min arbejdsplads' kultur og erfaring. Der er som sådan ikke noget forkert i at læne sig op ad andres opbyggede erfaring, men hvis det udelukkende sætter behandlingsniveauet, risikeres et uensartet behandlingstilbud på tværs af landet samt at vigtige nuancer i behandlingen af patientgruppen udelades, som er beskrevet andre steder end i vores fagbøger og relevante lovgivning.

Problemformulering

Med denne opgave ønsker jeg at søge et større indblik i tilgængelig, publiceret viden om varigt inhabile patienter og koble det til min kliniske hverdag. Relevante dele af Sundhedsloven gennemgås, begreber som (in)habilitet og autonomi vil blive undersøgt nærmere og spørgsmål om hvorvidt man foretager en faglig korrekt habilitetsvurdering, hvad vi baserer vores opfattelse af autonomi på og om vi bør inddrage andre potentielle værdiudtryk for autonomi, vil blive forsøgt besvaret. Til slut vil jeg inddrage to konkrete patientcases fra Special- og Omsorgstandplejen.

Sundhedsloven og informeret samtykke

Udgangspunktet for at vi som sundhedspersoner kan indlede og udføre en sundhedsbehandling, er at patienten afgiver et informeret samtykke jf. Sundhedsloven §15, stk. 1¹. Kernen i dette er patientens ret til selvbestemmelse (autonomi), der skal sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Det forpligter os som sundhedspersoner til at overholde samme rettigheder.²

I Sundhedsloven §18 omtales patienter, der varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke hvormed lovhjemlet til at overdrage beslutningstagningen opstår. Samtykkekompetencen overdrages i stedet til en nærmeste pårørende, en fremtidsfuldmægtig eller personligt værgemål med helbredsforhold efter værgemålslovens §5. Hvis patienten ingen nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller værge har, overdrages samtykkekompetencen i stedet til en anden relevant sundhedsperson med faglig indsigt og uden tidligere eller fremtidig deltagelse i behandlingen af patienten³. Det fremgår udtrykkeligt af Sundhedsloven, at patienter der ikke selv kan give informeret samtykke, stadig skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen og deres tilkendegivelser skal tillægges betydning, i det omfang de er aktuelle og relevante.⁴

Kort før loven om anvendelse af tvang til somatisk behandling af varigt inhabile (uddybes i næste afsnit) trådte i kræft 1. januar 2018, stillede Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg et spørgsmål til daværende sundhedsminister Karen Ellemann: ”*Vil ministeren udarbejde en vejledning eller retningslinje til, hvordan vurderingen af patientens habilitet foretages fagligt korrekt?*” I sit svar henviser sundhedsministeren til den gældende lovtekst i Sundhedsloven §18, stk. 1 og henviser til, at sundhedspersoner allerede har pligt til at foretage denne habilitetsvurdering⁵.

Omsat til praksis

- Som tandlæger er vi forpligtede til at foretage en konkret vurdering i hver enkelte behandlingssituation og vurdere behovet for inddragelse af nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller personlig værge.
- I de tilfælde hvor patienten ikke selv kan give et informeret samtykke, skal vi indhente et stedfortrædende samtykke før behandling kan igangsættes.
- Patienten skal stadig inddrages i og informeres om behandlingen, hvis det vurderes at patienten kan forstå behandlingssituationen.
- Der kan aldrig være tale om en delt samtykkekompetence, men princippet om inddragelse af patienten i behandlingssituationer, hvor pågældende ikke selv evner at give informeret samtykke, taler for at nærmeste pårørende eller værge i videst muligt omfang søger at tilgodese patientens egne ønsker.
- Der er ikke nogen nærmere beskrivelse eller veldefineret grænse for, hvornår samtykkekompetencen er nedsat i en sådan grad, at den pågældende må betragtes som værende varigt inhabil.

¹ Sundhedsloven § 15, stk. 1

² Sundhedsloven § 2

³ Lov nr. 1015 af 20. august 2007

⁴ Sundhedsloven § 20

⁵ Se bilag 1: Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17 L 185 endeligt svar på spørgsmål 17 Offentligt

Loven om anvendelse af tvang til somatisk behandling af varigt inhabile

Før 1. januar 2018 har hensynet til at beskytte varigt inhabile patienters ret til selvbestemmelse vejet tungest og det har ikke været muligt, at opnå lovhjemmel til at gennemføre nødvendig somatisk behandling uden patientens informerede samtykke. Det har haft den konsekvens, at varigt inhabile patienter er blevet udsat for en væsentlig helbredsforringelse. Med lovændringen i 2017⁶ blev det muligt for tandlæger og læger at overveje brug af tvang til at gennemføre somatisk behandling. Anvendelse af tvang kan overvejes i de behandlingssituationer, hvor en varigt inhabil patient modsætter sig behandling i ord eller handling, og hvor behandlingen vurderes nødvendig for at undgå en væsentlig helbredsforringelse. Før det kan besluttes at anvende tvang, skal alle øvrige og tillidsskabende behandlingstiltag være forsøgt med henblik på at opnå patientens frivillige deltagelse i behandlingen. Den varigt inhabile patient skal informeres om beslutningen om brug af tvang og samtykke til anvendelse af tvang skal indhentes fra den person samtykkekompetencen er overdraget til⁷.

Balancen mellem autonomi og omsorgspligt

Formålet med loven om anvendelse af tvang er at sikre, at varigt inhabile patienter ikke bliver udsat for omsorgssvigt, fordi de ikke er i stand til at give informeret samtykke til nødvendig behandling. Loven udgør et juridisk og etisk svar på en særlig form for sårbarhed: at være så kognitivt svækket, at man ikke kan – eller kun med vanskelighed kan – forstå konsekvenserne af relevante behandlingsmuligheder og dermed tage stilling til, hvad der er i ens bedste interesse⁸. En oplagt bekymring i forbindelse med loven er, om den kan krænke retten til selvbestemmelse. Det er et medicinsk-etisk spændingsfelt, hvor hensynet til omsorgspligten skal opvejes mod respekten for patientens autonomi. Rent menneskeretligt har varigt inhabile personer de samme menneskerettigheder som andre, herunder en ukrænkelig ret til personlig frihed, grundlovens §71, stk. 1⁹.

Habilitet, også kaldet beslutningsdygtighed, er en forudsætning for autonomi. Generelt tillægger vi evnen til rationel tænkning stor betydning, når vi vurderer om en patient er habil. Filosofier argumenterer imidlertid for at idéen om at evnen til selvbestemmelse er lig med rationel beslutningskompetence er for grovkornet¹⁰. I stedet argumenteres for at autonomibegrebet er relevant, når det angår varigt inhabile personer, men at det må udvides til at inkludere andre dimensioner eller perspektiver. Som regel er autonomi ikke noget man har, eller ikke har, men noget man har i større eller mindre grad. For varigt inhabile patienter, er det derfor vigtigt at forsøge at understøtte deres autonomi, så de stadig kan udtrykke deres værdier og udleve deres valg. Det er muligt at bevare evnen til at have værdier og ønsker, selv når man har mistet sin rationalitet og den kognitive kapacitet til at formulere og kommunikere beslutninger og emotionelle responser bør derfor også ses som en autonomi-markør.

Kliniske udfordringer

Varigt inhabile patienter har en større risiko for udvikling af caries, parodontitis, tab af tænder og systemiske sygdomme med oralt afsæt. Ofte har de dog svært ved at samarbejde om undersøgelse

⁶ Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, jf. lov nr. 655 af 8. juni 2017.

⁷ Anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, STPS, Maj 2019

⁸ Tvang som omsorg? Ugeskriftet.dk. K. Heðinsdóttir, N. C. Halmsted Kongsholm, 6. sep 2018.

⁹ Behandling med tvang? Somatisk sygdom hos behandlingsafvisende varigt inhabile. Institut for Menneskerettigheder. S. Stensgaard og C. Adolpsen, 2016.

¹⁰ Mackenzie M, Rogers W. Autonomy, vulnerability and capacity: a philosophical appraisal of the Mental Capacity Act. Int J Law Context 2013;9:37-52

og behandling af deres tænder. Det hænger sammen med, at de overordnet ikke forstår behandlingssituationen, har svært ved at følge instruktioner og udelukkende reagerer på ubehag og smerte. De kan reagere med uro, aggressivitet, angst og modstand mod behandling og gøre ellers simple undersøgelser og behandlinger vanskelige. Behandlingen er derfor nødt til at blive tilpasset deres kooperationsniveau. Der er varigt inhabile patienter, hvor en tilstrækkelig grad af Kooperation og forsvarlige arbejdsforhold kan opnås med pædagogiske tiltag, såsom show-tell-do-metoden, pauser og kortere behandlingsseancer. I andre tilfælde kan Kooperation slet ikke opnås uden brug af sedation og/eller fuld narkose fx den svært demente. Mange varigt inhabile patienter har dog også komplekse sygdomme og polyfarmaci og har som følge deraf også en øget risiko for komplikationer ved sedation eller generel anæstesi. Håndteringen af disse patienter er nødt til at foregå i et tværfagligt samarbejde for at kunne lykkes. Slutligt er der de praktiske udfordringer, da transport til klinik kan være vanskelig. Eventuelt kan behandling kun foregå i eget hjem, som så kræver mere tid, personale og eventuelt særligt, bærbart udstyr.

Valg af behandling

Når det kommer til valg af behandling, kan tvivlen melde sig. Skal vi anbefale den mest optimale behandling, eller den mest skånsomme og realistiske? Med denne gruppe af patienter kan der være stor forskel på, hvad vi sundhedsfagligt vurderer nødvendigt at behandle og hvad der er realistisk og juridisk, medicinsk og etisk muligt. I praksis handler det ofte mindre om ”optimal” tandbehandling og mere om, hvad patienten realistisk kan tåle, samarbejde om og få gavn af på længere sigt. Vi forsøger at lave en afvejning mellem belastning versus gevinst. Jo mere kompleks og skrøbelig patienten er, desto mere vælges enkle, symptomorienterede behandlingsløsninger. Målet er ofte smertefrihed og mulighed for at spise, men generelt er risikoen for under- (og overbehandling) stor på disse patienter.

Personale og pårørende - medspillere eller modspillere?

Varigt inhabile patienter har generelt nedsat eller ingen selvomsorg og er afhængige af, at få støtte og hjælp til den daglige tandpleje fra enten pårørende eller socialfagligt-, eller plejepersonale.

I vores samarbejde med personalet, er der en risiko for, at der kan opstå uoverensstemmelser omkring den fagligt og etisk mest korrekte håndtering af patientens tandproblem og tandsundhed. Fx kan personalet opleve det som et urimeligt stort indgreb i den personlige frihed at benytte magtanvendelse til at børste tænder på en borger, mens vi som tandplejepersonale kan betragte manglen på samme som omsorgssvigt, da vi kender til de negative helbredsforringelser af en dårlig mundhygiejne og hvilke invasive behandlingsekvenser, det kan medføre. Personalet på bosteder og plejehjem arbejder under Serviceloven og vi arbejder under Sundhedsloven. Vores forskellige udgangspunkter, lovmæssigt og fagligt, kan spænde ben for samarbejdet, hvis ikke vi sammen søger at opnå en åben og god faglig dialog om den enkelte patient/borger.

Ligeledes kan pårørendes ønsker til tandbehandling også konflikte med vores faglige vurdering og patientens egne tilkendegivelser samt være årsag til frustration og samarbejdsvanskeligheder omkring den varigt inhabile patient. Generelt hvad angår samarbejdet med pårørende, har vi som sundhedspersoner det overordnede professionelle ansvar for at formidle vores faglige viden og sikre at de pårørende føler sig hørt og medinddraget i behandlingsforløbet. Svære dilemmaer og samtaler kan dog opstå, når vi får tvivl om hvorvidt forvaltningen af det stedfortrædende samtykke forsøger at tilgodesse patientens eller den pårørendes interesser og ønsker.

Konklusion

Når den varigt inhabile patient i tandlægestolen modsætter sig nødvendig behandling, stiller det den varigt inhabile selv, tandlægen og eventuelt pårørende i et til tider vanskeligt dilemma. I en velment intention om at beskytte disse patienter mod helbredsforringelse, har man i dansk lovgivning i 2018 indført lovgrundlag for, at vi som tandlæger har muligheden for med brug af tvang at gennemføre tandbehandling, der vurderes nødvendig og i patientens bedste interesse. Brug af lovgivningen kræver dog omtanke og forsigtighed, da vi kan risikere at krænke patienters autonomi, personlige ønsker og værdier. Nogle gange er vi både som sundhedsprofessionelle og pårørende nødt til at acceptere, at vi ikke kan give den behandling vi mener er i patientens bedste interesse.

Det kan for mange sundhedspersoner desuden være et usikkert forehavende at foretage habilitetsvurdering af patienter, da der mangler klare retningslinjer. Der er ingen tvivl om, at der er stor forskel på en ny-diagnosticeret dement patient og en person med medført svær hjerneskade. Da habilitetsstatus er så afgørende for hvad der juridisk og etisk er muligt, ville det være gavnligt at få præciseret, hvornår vi kan og bør benytte tvang. I manglen på en sådan vejledning fra myndigheder eller faglige netværk, bør vi som sundhedspersoner ophøje tvivlen til lov og søge sparring med andre relevante fagpersoner, når dilemmaerne opstår i vores hverdag. Endvidere kan afgørelser behandlet i Tvangsbehandlingsnævnet også være med til at skabe præcedens for brug af tvang til at gennemføre somatisk behandling på varigt inhabile patienter.

Studier tyder på at autonomi ikke kun skal forstås som en rationel evne til at udtrykke ønsker og behov. Også varigt inhabile patienter kan have værdier og ønsker, som kan komme til udtryk – også følelsesmæssigt – og som bør respekteres og understøttes. Selv, når behovet for at overdrage samtykkekompetencen opstår, bør disse i videst muligt omfang tilgodeses.

Patientcase 1

Almen anamnese

42-årig kvinde med Rett syndrom, epilepsi og osteoporose og har fået knoglestyrkende præparat (Alendronat) i perioden 9-12-2019 til 31-12-2024. Far er personlig værge, da patienten er vurderet varigt inhabil af læge pga. psykisk udviklingshæmning. Bor på et botilbud for voksne borgere med udviklingshæmning og multiple funktionshæmninger og får hjælp til alt. Non-verbal og gangbesværet, sidder i kørestol. Spiser almindelig varieret kost. Der udtrykkes jævnligt et ønske fra mor om at patienten får undersøgt tænderne regelmæssigt i generel anæstesi.

Odontologisk anamnese

Personalet børster tænder på patienten dagligt, Kooperation er meget svingende og personfølsom. Patienten har været tilmeldt Specialtandplejen i Københavns Kommune siden 2006. Hun er i en længere årrække (2009-2019) blevet lagt rutinemæssigt i generel anæstesi – dvs. ca. én gang årligt - med brug af tvang med henblik på at gennemføre en undersøgelse af mund og tænder og behandle eventuelle diagnostiske fund. Der har været et varierende behandlingsbehov, men generelt få seancer hvor invasiv behandling har været indiceret og gennemført.

I 2020 blev forvaltningen af Specialtandplejens retningslinjer for at henvise til tandbehandling i generel anæstesi ændret og forældrene fik besked om, at behandling i generel anæstesi kun ville foregå på en tydelig faglig indikation fx akut patologi, synlig caries eller vedvarende mistanke om smerter fra tænder. Sidste tandbehandling i generel anæstesi var d. 29.4.2021. Patienten har siden været screenet for akut patologi hver 4. måned.

Undersøgelse - diagnostiske fund

Ved seneste undersøgelse d. 20.3.26 ses igen meget lav Kooperation trods sedation med beroligende medicin hjemmefra. Mor og fast personale fastholder patientens hoved og arme mens en delvis undersøgelse af mund og tænder gennemføres. Der kan ikke gennemføres en sufficent undersøgelse. Der ses store mængder supra- og subgingival hårde belægninger, kraftig randrødme og foetor ex ore.

Fagligt optimal behandling

Statusundersøgelse, røntgenundersøgelse, parodontal udvidet diagnostisk undersøgelse og relevant behandling af diagnostiske fund, herunder fyldning, ekstraktioner og forebyggende tiltag.

Valgt behandlingsplan

Patienten er henvist til behandling i generel anæstesi, anvendelse af tvang for at kunne gennemføre statusundersøgelse, røntgenundersøgelse, parodontal udvidet diagnostisk undersøgelse og relevant behandling af diagnostiske fund.

Udført behandling

Afventer behandling i generel anæstesi.

Tandlægefaglige overvejelser

Den her patientcase lægger sig op ad en case, som Styrelsen for Patientklager har sagsbehandlet pga. en klage fra patientens mor¹¹. Afgørelsen kan bruges som præcedens for hvornår der fremadrettet bør findes faglig indikation for at henvise til undersøgelse og/eller behandling i generel anæstesi. Afgørelsen gav moren medhold i sin klage over, at hendes datter (patienten) ikke blev tilbudt et eftersyn i generel anæstesi. De anamnesticke oplysninger om patienten stemmer overens

¹¹ [Ikke tilbudt behandling i narkose](#), Styrelsen for Patientklager, stpk.dk, Offentliggjort 19. maj 2025

med den fremlagte patientcase 1. På baggrund af afgørelsen bør vi have følgende faglige overvejelser vedrørende behandling i generel anæstesi:

1. Behandling i generel anæstesi er en sikker behandling, men bør altid gennemføres på rette faglige indikation. Hvis en anden mindre indgribende behandling er mulig, skal den forsøges gennemført først.
2. Behandling i generel anæstesi er et vigtigt hjælpemiddel for patientgruppen af varigt inhabile, da de har vanskeligt ved at samarbejde om undersøgelse og behandling i vågen tilstand.
3. Patientgruppen af varigt inhabile har svært ved at give udtryk for om de har smerter. Objektiv symptomfrihed kan derfor ikke stå alene som argument for at fravælge behandling i generel anæstesi, men er en vigtig oplysning som skal ses i sammenhæng med diverse risikofaktorer og eventuelle fund fx aktiv sygdom.
4. Behandling i generel anæstesi er mere radikal og sanerende, så, tænder, som under generel anæstesi diagnosticeres med tvivlsom prognose, hurtigere vil blive fjernet. Dette mindsker risikoen for infektion og gentagne narkosebehandlinger inden for et kort tidsinterval.
5. Ved fastsættelse af intervaller for undersøgelse og/eller behandling i generel anæstesi, skal der lægges vægt på om der er aktiv sygdom, der er behandlingskrævende eller kan observeres. Der skal ved sygdomstilstande foreligge vurdering af progression for tilstanden og dermed interval for ny kontrol/behandling. Kan denne vurdering (undersøgelse) kun foretages i generel anæstesi, bør den seneste undersøgelse i generel anæstesi indgå i sygdomsvurderingen med tilstrækkelig diagnostisk (beskrivelse og røntgenundersøgelse af hele tandsættet) for at kunne fastlægge prognose for tandsættet og dermed tidshorisont for næste undersøgelse/behandling i generel anæstesi.
6. Findes aktiv sygdom ved seneste undersøgelse (i dette tilfælde svær parodontitis, løsning af tænder, store mængder plak) og der ikke foreligger en tilstrækkelig prognosevurdering, er der indikation for at henvise til undersøgelse og behandling i generel anæstesi trods objektiv symptomfrihed og behov for anvendelse af tvang.

Konkluderende tanker om patientforløbet

Før 2018 blev patienten rutinemæssigt lagt i generel anæstesi med brug af tvang, uden lovhjemmel. Med loven blev det muligt at opnå lovhjemmel til at gennemføre nødvendig somatisk behandling, men samtidig skærpede loven også indikationerne for brug af tvang. Man kan argumentere for, at patienten før loven blev overbehandlet og efter loven er blevet underbehandlet qua min arbejdsplads' fortolkning af loven. Afgørelsen fra Styrelsen for Patientsikkerhed bør uden tvivl få os til at overveje på ny om vi håndhæver loven i overensstemmelse med den seneste afgørelse.

Patientcase 2

Almen anamnese

68-årig kvinde, erkendt med sklerose og demens og er inden for det seneste år blevet sengeliggende. Patienten har ingen pårørende eller værgemål, men har en nær ven, der besøger hende i ny og næ. Bor i egen bolig og får besøg af Hjemmeplejen flere gange dagligt, hvor der ydes hjælp til bl.a. personlig hygiejne. Personalet oplyser, at de oplever samarbejdsvanskeligheder omkring udførelse af omsorgsydelser, herunder tandbørstning. Plejepersonalet oplyser også, at det ikke er muligt at lifte patienten til kørestol længere, da hun skrider og råber og derfor må handlingen afbrydes. Det fremgår ikke af patientens plejelog (Cura), at hun er vurderet varigt inhabil af en læge.

Odontologisk anamnese

Adspurgt angiver patienten at være symptomfri. Spiser og drikker normal kost og drikke, ingen ændret adfærd. Det faste plejepersonale oplyser, at det er svært at gennemføre den daglige tandpleje på patienten, da tandkødet bløder meget og gør ondt ved berøring. Patientens tandlægefaglige journal oplyser, at gingivitis og parodontitis er en flerårig problematik pga. insufficient mundhygiejne. Patienten er på klinikbesøg i 2023, 2024 og 2025 blevet tilbudt ekstraktion af meget løse og inflammære tænder og har alle gange afvist denne behandling.

Undersøgelse - diagnostiske fund

Tandplejer fra Special- og Omsorgstandplejen foretager et rutinemæssigt hjemmebesøg d. 11-12-25 og patienten undersøges mens hun er sengeliggende. Her ses monstrøse mængder plak og calculus, gingival rødme, ødem og hævelse og fistler¹². På baggrund af hjemmebesøget og de diagnostiske fund, iværksættes et nyt hjemmebesøg med to tandlæger for at vurdere om klinikbesøg er realistisk, om patienten ønsker behandling og evner at give informeret samtykke (abilitetsvurdering).

Habilitetsvurdering

Under tilstedeværelse af to tandlæger og fast plejepersonale d. 16-1-26 gennemgås med patienten et radikalt og sanerende behandlingstilbud i generel anæstesi.

Patienten responderer relevant på drøftelse af behandlingstilbud dog med lange pauser og latenstid på svar. Da skriftligt samtykke til behandling i generel anæstesi skal underskrives, løfter patienten kuglepennen og lægger den ned igen *uden* at underskrive. Dette gentages. Tilstedeværende plejepersonale oplyser at patienten kan være lang tid om at underskrive og derfor efterlades samtykkepapirer til senere underskrift.

På baggrund af hjemmebesøget vurderes det, at patienten umiddelbart evner at give et mundtligt informeret samtykke til behandlingstilbud og forstår behandlingsekvenserne. Vurderingen ændres imidlertid 10 dage efter hjemmebesøg pga. voksende tvivl om samtykkekompetencens gyldighed ud fra en samlet vurdering. Da der ikke er nogen nærmeste pårørende, fremtidsfuldmægtig eller personlig værge, sendes journal til uvildig og relevant sundhedsperson i Aalborg Kommune Tandpleje.

Fagligt optimal behandling

Statusundersøgelse, røntgenundersøgelse, parodontal udvidet diagnostisk undersøgelse, udvidet tandrensning og tandrodsrensninger, ubetinget ekstraktion af tænder med 1) 3. grads løsning, 2) kombineret parodontal og endodontisk affektion og 3) apikal patologi. Desuden cariesbehandling og forebyggende tiltag herunder fluorbehandling og instruktion af plejepersonalet i udførelse af den daglige hjemmetandpleje. Eventuel fremstilling af aftagelig protetik efter endt sanering.

¹² Se bilag 2

Valgt behandlingsplan

I samråd mellem uvildig sundhedsperson, den primære behandler/tandlæge og ledelsen i Special- og Omsorgstandplejen vurderes det at patienten ikke kan erkendes ”uden evne til at give informeret samtykke”. Patienten tilbydes derfor en liggende transport til klinik mhp. at foretage en undersøgelse og indledende behandling af tænder med diagnostiske fund, herunder tandrensning og indicerede ekstraktioner i vågen tilstand. På baggrund af undersøgelsen, overvejes behandling i generel anæstesi.

Udført behandling

Ved klinikbesøg d. 13-4-26 opnås patientens accept til 6 røntgenoptagelser¹³ og på baggrund af disse findes indikation for ekstraktion af 7,6,5,4+; 2+; +4,5,6,7; 7,6,5,4-; -4,5,6,7 pga. ringe marginalt knoglefæste og/eller apikal patologi. Behandlingen tilbydes i både vågen tilstand og i generel anæstesi pga. behandlingens omfang og kooperationsgrad.

Patienten afviser tydeligt behandlingstilbud i ord og handling. Patienten drejer hovedet væk når der gives information om diagnostiske fund og behandlingsmuligheder og ved forsøg på tandrensning med curette efter patientens ønske, afslås også denne behandling i ord og med handling.

Patienten informeres om konsekvenser for fravalg af behandling (smerter, infektion, spontant tab af tænder, risiko for bakteræmi), men der er tvivl om hvorvidt patienten egentlig forstår alvoren af ikke at lade sig behandle. Eftersom patientens afvisning af behandlingstilbud er så tydelig, vurderes det, at der ikke kan gøres mere og behandlingsforløbet afsluttes. Patienten og plejepersonalet får besked om, at de kan henvende sig ved smerter.

Tandlægefaglige overvejelser

Denne patientcase er et godt eksempel på at habilitetsvurdering kan være svært, især når der ikke foreligger en lægelig vurdering af habilitet, som vi kan læne os op ad.

I dette tilfælde, kan man diskutere om klinikbesøg overhovedet skulle være arrangeret, uanset habilitetsvurdering, da patienten i de foregående år adskillige gange har fået tilbudt tandudtrækning af svært afficerede tænder, men afvist og udtrykt ønske om at bevare tænder. Dette på et tidspunkt hvor der ikke har været sået tvivl om habilitet trods det faktum, at det indiskutabelt ville gavne patientens orale og generelle helbredsstatus.

Konkluderende tanker om patientforløbet

Det er interessant at stille sig selv det spørgsmål, hvorledes behandlingstilbuddet vil komme til at se ud, når patienten, sandsynligvis inden for en kort tidshorisont, vurderes at være varigt inhabil.

Rent sundhedsfagligt er der stadig de samme indikationer for at tilbyde en omfattende sanering, men hvem kan pålægges det etiske ansvar ihukommende patientens tidligere udtrykte ønsker om, at bevare sine tænder uanset de sundhedsforringelser det indebærer. Er det os som sundhedspersoner med kendskab til patientens historik? Eller er det vedkommende, som er overdraget samtykkekompetencen?

¹³ Se bilag 3

Bilag 1



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Dato: 08-05-2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPFRE
Sagsnr.: 1601180
Dok. nr.: 353892

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 21. april 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 17 (L 185 – Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile (tvangsbehandlingsloven)) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Stine Brix (EL).

Spørgsmål nr. 17:

"Vil ministeren udarbejde en vejledning eller retningslinje til, hvordan vurderingen af patientens habilitets foretages fagligt korrekt?"

Svar:

Efter den gældende § 18, stk. 1, i sundhedsloven kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling for en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke gives af værgeren.

Bestemmelsen betyder, at sundhedspersoner – forinden behandlingen indledes eller fortsættes – skal foretage en vurdering af patientens habilitet, herunder evnen til at give informeret samtykke, forstå behandlingsbehovet, eventuelle bivirkninger m.v.

Sundhedspersoner har således allerede i dag pligt til at foretage denne habilitetsvurdering.

Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. Endvidere behandler Sundhedsstyrelsen (nu: Styrelsen for Patientsikkerhed) emnet i vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., som er rettet til landets læger og andet sundhedspersonale.

Med venlig hilsen

Karen Ellemann / Frederik Rechenback Enelund

Bilag 2



Bilag 3

