

Brug af generel anæstesi i forbindelse med tandbehandling af udviklingshæmmede patienter.

Torben Gasseholm

tandlæge

Specialtandplejen på Fyn



Indledning:

Der er generelt i sundhedsvæsenet et stigende krav om kvalitetssikring, dokumentation og evaluering. Målet er ensartede behandlingstilbud, evidensbaserede behandlingsmetoder – og selvfølgelig patientsikkerhed og god økonomi. I øjeblikket er alle landets sygehuse og hospitaler i gang med en akkrediteringsproces; designet, styret og overvåget af IKAS – Institut for Kvalitetssikring og Akkreditering i Sundhedsvæsenet¹.

Med tiden skal alle dele af sundhedsvæsenet gennemgå en sådan proces, som handler om udarbejdelse og overholdelse af en lang række standarder – som dækker de forskellige arbejds gange på en klinik, hospitalsafdeling, apotek eller lignende.

I den ”almindelige” sygesikringstandpleje forventes det, at det autoriserede personale anvender opdaterede og anerkendte behandlingsmetoder; og der udføres verden over betydelig, kvalificeret faglig forskning. Skønt der er et betydelige økonomiske resurser - private og offentlige – på spil, er der ikke i øjeblikket særlige krav om afrapportering, vidensindsamling eller sundhedsstrategier i denne sektor.

Det er der til gengæld en lang tradition for i den kommunale tandpleje (børnetandplejen), hvor der er udviklet et indberetningssystem der årligt monitorerer børnenes tandsundhed, og som kan bruges som et ledelsesredskab i indsats-strategi, resursetildeling, effektevaluering og outcome-bedømmelse.

Den meget store og ret homogene patientmasse i børnetandplejen, har gjort det muligt at opnå betydelig evidens for de fleste behandlingstilbud, ligesom der er rimelig konsensus mellem behandlere landet over, i forhold til hvad der er en god og effektiv indsats over for børnene, og ”best practice” på klinikken.

I specialtandplejen behandler vi udelukkende patienter der ikke ”passer ind” andre steder. Det er en højst broget forsamling; de har kun det tilfælles, at de skønnes at have behov for en særlig indsats. Personalet opnår efterhånden en betydelig *erfaring* i at behandle denne type borgere; men kassen med solid naturvidenskabelig, forskningsbaseret *viden* om tandbehandling af vores patienter, er ynkelig tom.

Specialuddannelser er så småt ved at dukke op flere steder i verden; men i Danmark findes der ikke nogen formel videre-/efteruddannelse på området.

På verdensplan findes der næppe mere et par tilgængelige tidsskrifter, der publicerer artikler om specialtandpleje – og som oftest i form af kasuistikker.

Jeg har i denne undersøgelse fokuseret på den allersvageste af vores patientgrupper:

det er udviklingshæmmede, der er så svagt fungerende - og har så dårlige samarbejdsevner - at det ikke er muligt at foretage en ordentlig undersøgelse af deres tænder. Samtidig er det en gruppe der er helt afhængig af at få børstet tænder af andre (plejepersonale); hvilket en tidligere undersøgelse har påvist, ofte er forbundet med betydelige problemer⁷.

Yderligere kan nævnes at disse patienter almindeligvis har vanskeligt ved at udtrykke sig verbalt, og for eksempel give udtryk for smerter eller ubehag.

Kun få af disse borgere er hjemmeboende i traditionel forstand. De er alle tungt plejekrævende, og bor typisk på store eller mellemstore institutioner, som for eksempel Strandvænget i Nyborg (som nu hedder Engbo, Lilleskov og Skovhuse), eller Bognæs i Bogense.

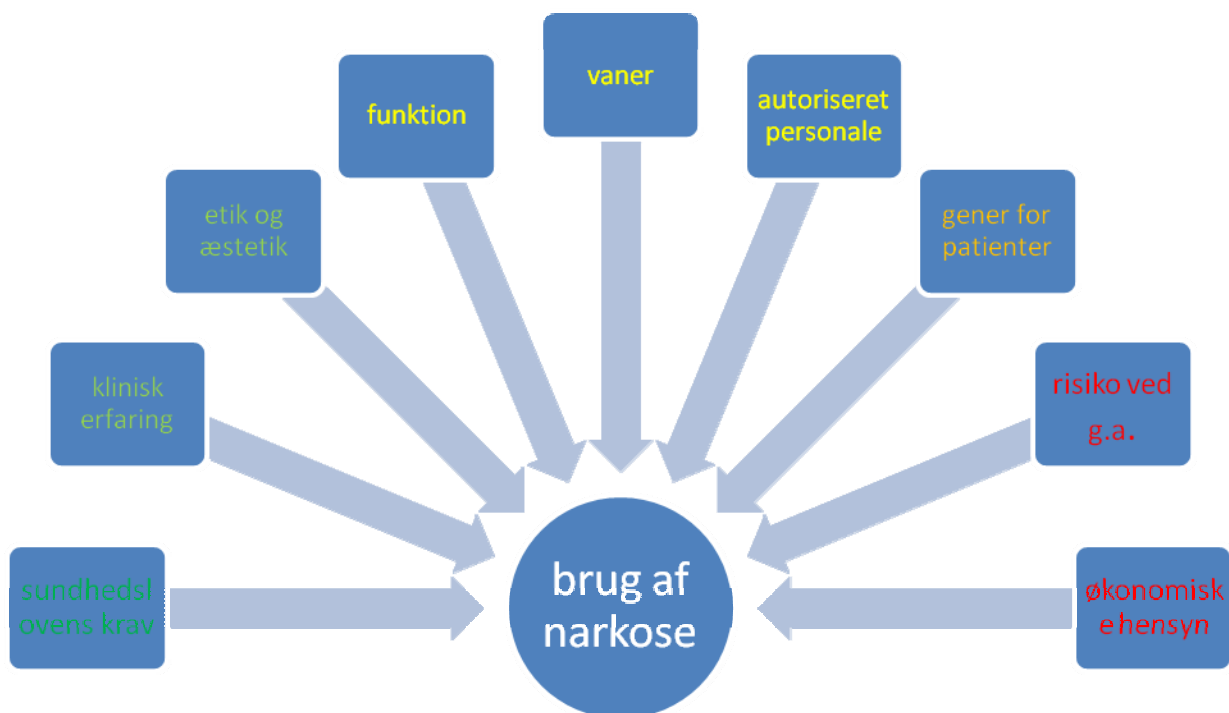
Hvilket behandlingsmæssigt niveau skal vi lægge for disse svagt fungerende borgere?

Skal de have tandbehandlinger, skal de under alle omstændigheder lægges i narkose; men:

Skal patienterne lægges i narkose/generel anæstesi for at blive ordentligt undersøgt – og i givet fald hvor ofte?

Der findes ingen vejledninger eller standarder at forholde sig til; på landsplan er specialtandplejen som nævnt et meget lille nicheområde; folk der arbejder med området kender hinanden; men egentlig ERFA-grupper eller videndeling finder ikke rigtig sted. Praksis kan derfor variere betydeligt fra egn til egn.

En række faktorer påvirker vurderingen af hvor niveauet skal lægges:



Tungest vejer: på den ene side de lovmæssige formuleringer: ”Tandplejen skal være opsøgende, regelmæssig og forebyggende. Tilbuddet skal gives under skyldig hensynstagen til personens almene funktionsnedsættelse, og såvel mål som midler bør afpasses denne. Behandlingsomfanget vil ofte nærme sig det normative behov.”⁸.

På den anden side: narkose er en omkostningstung behandlingsform. Som leverandør til kommuner, må ønsket om besparelser altid tages alvorligt. Som figuren viser, er der en lang række andre modererende faktorer – faglige og ikke-faglige, der påvirker kerneydelsen. Overdrives brugen af g.a.(narkose), belaster det borgerne unødigt og påfører dem helbredsmæssige risici; underdriver vi, kan konsekvenserne være smerter, ubehag og unødigt tandtab.

Spørgsmålene er derfor på godt dansk: *Nytter det noget?...er der overhovedet nogen rimelighed i, at vi som fagpersoner bestemmer på andres vegne, at de skal bedøves for at få kigget på deres tænder?*

Eller (mere formelt):

Er undersøgelse i generel anæstesi nødvendig for at opfylde lovens krav til specialtandplejetilbuddet?

I hvilket omfang ønsker vi i fremtiden, at gøre brug af generel anæstesi for at undersøge/behandle patienter uden forud kendt diagnose?

Metode:

For at indsamle data til opgaven, har jeg valgt at gennemgå oplysninger fra vores eget journalarkiv, som beskriver den praksis vi har i øjeblikket. Jeg har valgt at foretage en systematisk journalgennemgang = audit, af patienter behandlet i generel anæstesi i specialtandplejen i en tre-måneders periode.

Der er valgt tre tilfældige måneder januar-februar-marts 2011, ud fra en vurdering af at disse er fuldt repræsentative, og at intet tyder på arbejdet, eller patienter behandlet i disse måneder skulle afvige fra årets øvrige. Ifølge IKAS' standarder for journalaudit¹, kan man ved at udvælge tyve journaler/patienttilfælde opnå tilstrækkelig information om et undersøgt emne. Det vil sige, at der ikke er datamængder til at foretage egentlige videnskabelige statistiske analyser; men at tendenserne i materialet er så klare at de er rimeligt valide.

”Nationale og internationale erfaringer viser, at man med en stikprøve af denne størrelse kan identificere de fleste væsentlige kvalitetsproblemer i en population”

I denne opgave har jeg gennemgået i alt 139 patientjournaler, og deraf udvalgt 35 som opfylder kriterierne:

- faste patienter i specialtandplejen
- behandling aftalt uden forudgående grundig/sufficient undersøgelse af tandsættet
- mulighed for at registrere dato for seneste undersøgelse.

For hver af de 35 patienter registreres:

- patientens alder
- interval - i måneder - siden seneste fulde undersøgelse (i narkose)
- antal tænder til stede
- interventioner/tiltag i forløbne periode
- aktuelle fund – i overskrifter
- udført behandling – i overskrifter
- smertevurdering
- tidsforbrug
- patientidentifikation (tid i aftalebog)

en udførlig argumentation for de valgte datapunkter, samt en nærmere beskrivelse af hver enkelt kategori, vil fremgå af resultatgennemgangen.

Resultater og analyse.

Antal:

det præcise antal udviklingshæmmede i Danmark kendes ikke. Der er ikke nogen egentlig registrering på området. Udviklingshæmning kan inddeles i flere grader, men grænserne mellem grupperne - og til "normalbefolkningen" - er flydende.

Der formodes at være omkring 36.000 udviklingshæmmede i Danmark; heraf godt 20.000 med brug for væsentlig hjælp og støtte³.

Tallene er således skønnede – især beregnet ud fra behovet for støtte og institutionspladser.

I denne undersøgelse handler det om de dårligst fungerende udviklingshæmmede; typisk med en IQ < 35. Størstedelen har ingen sproglige færdigheder, og har normalt samtidig udtalte motoriske vanskeligheder⁴.

Set fra vores synsvinkel er det karakteristisk, at de ikke er i stand til at medvirke til en almindelig/grundig tandundersøgelse.

Så godt som ingen borgere med denne grad af udviklingshæmning er hjemmeboende; de har typisk så store plejebehov at de bor på institution.

I mit materiale indgår 35 personer, som er indkaldt for at blive behandlet i generel anæstesi.

Med nogen statistisk usikkerhed betyder det, at vi på Fyn udfører omkring 115 af den type behandlinger på et år.

Dette tal indebærer, at det samlede antal borgere på Fyn i denne kategori, skønsmæssigt kan beregnes til omkring 220.

I forhold til den samlede mængde patienter der modtager specialtandpleje på Fyn udgør gruppen omkring 15 %.

Med et endnu grovere skøn, vil dette betyde et antal omkring 2500 på landsplan – det vil sige i underkanten af 10 % af de udviklingshæmmede.

En tidligere undersøgelse på en institution for svært udviklingshæmmede (tidligere Strandvænget) viste at knap halvdelen af beboerne her, normalt ville have behov for narkose for at gennemføre grundig tandundersøgelse⁷.

Alder:

patienterne i undersøgelsen havde en gennemsnitsalder på 47,3 år.

Aldersfordelingen af patienter i specialtandplejen svarer ikke til normalbefolkningens; idet for eksempel kun omkring 10 % er under 18 år, og kun cirka 12 % ligger i gruppen over 60 år.

Afviselserne kan i nogen udstrækning forklares med levealder, henvisningspraksis (en del kommuner behandler selv udviklingshæmmede børn) m.v.

Men den forholdsvis høje gennemsnitsalder hos vores fokusgruppe, afspejler muligvis samtidig det forhold, at antallet af svært udviklingshæmmede er for nedadgående (i takt med ændrede tilbud om undersøgelse til gravide), ligesom det er en klar fornemmelse, at de udviklingshæmmede unge der er vokset op i de seneste årtier, i kraft af en forbedret pædagogik på institutionerne, er væsentlig bedre rustede til at klare udfordringer som for eksempel tandlægebesøg.

I undersøgelsesgruppen på 35, var der således kun 5 patienter under 30 år.

En del tyder altså på, at vi på lang sigt kan forudse et formindsket behov for tilbud om behandling i narkose.

Interval:

Det beregnede interval der er forløbet siden seneste behandling/undersøgelse i narkose, er beregnet til 22.2 måneder.

Der ses betydelig spredning i værdierne; et par stykker ligger på knap et år; omkring 40 % har haft et interval på to år eller derover.

Den typiske patient følges løbende, og indkaldes til generel anæstesi efter en individuel vurdering og i samarbejde med institutionspersonale og/eller pårørende. Et mindretal skønnes at være så svært tilnærmelige, at der med det samme aftales et nyt interval til næste behandling. Generelle ventetider, og tidskrævende formalia, betyder at de registrerede intervaller generelt er to-tre måneder længere end de egentlig ønskede.

Den enkelte autoriserede behandler i specialtandplejen afgør uafhængigt, hvornår det vurderes at være tid til narkosebehandling.

Intervallængden er væsentlig faktor i forhold til det endelige økonomiske outcome.

Tandantal:

antal tilstedeværende tænder giver et ganske vist groft - men dog brugbart - billede af tandsundheden. Tandtab ses i alle befolkningsgrupper, og skyldes som oftest caries (huller), eller parodontitis/parodontose (fæstetab). Det er en gængs vurdering, at man skal have mindst 20 tænder (i passende kontakt) for at kunne opretholde en normal funktion.

For den undersøgte gruppe gælder det desuden, at der ofte ses tandtab på grund af traumer (epilepsi), ligesom kraftigt slid kan medføre tab af tænder.

Flere patienter i gruppen er af andre grunde end tandtab, ikke i stand til at spise normalt, og ernæres gennem forskellige former for sonder.

Total tandløshed er tilsyneladende et ret sjældent fænomen blandt de svært udviklingshæmmede. I den tidligere omtalte undersøgelse blandt Strandvængets beboere, fandt vi kun omkring 5 % helt uden tænder⁷.

I undersøgelsesgruppen blev der registreret gennemsnitligt 23.5 tænder tilstede. Ingen i denne gruppe kan benytte aftagelige proteser.

Kun syv af patienterne havde under 20 tænder tilbage. Gennemsnitsalderen for disse var knap 59 år (- godt 47 år for hele gruppen). Tandtabet følger altså et forudsigeligt mønster, idet det er aldersrelateret.

Umiddelbart er det dog en overraskende stor del af den samlede patientgruppe, der har bevaret de fleste af deres tænder.

Ifølge en opgørelse fra Statens institut for Folkesundhed⁵, er der i den danske befolkning generelt, 85 % i aldersgruppen mellem 45 og 64 år der har bevaret 20 tænder eller flere. I vores materiale var det 76 % i samme aldersgruppe.

Fuldstændig forskellige levevilkår og livsstil, betyder dog at der ikke umiddelbart kan drages sammenligning mellem grupperne, ligesom der her er en betydelig statistisk usikkerhed. Tendensen synes dog at være at de udviklingshæmmede tilsyneladende ikke mister væsentlig flere tænder end normalbefolkningen.

Intervention:

Hovedparten af patienterne - 25, har været i kontakt med klinikken en eller flere gange siden forrige narkosebehandling.

Det typiske forløb er at man undersøger patient "så godt som muligt" - registreret som undersøgelse med forbehold. Det vil sige at man af hensyn til patienten ofte må gå på kompromis med rengøring,

tørlægning, sondering med videre, ligesom brug af røntgenbilleder vil være så godt som udelukket. Man kan med andre ord afsløre de mest synlige og graverende tilstande. En del af patienterne har også i mellemprioriteten været tilbudt forskellige profylaktiske tiltag, som almindelig tandbørstehjælp, afpudsninger, fluorbehandlinger eller overfladiske tandrensninger. En mindre gruppe er så afvisende og uadadreagerende over for tilnærmelser fra tandplejepersonalet, at der ikke skønnes at være overensstemmelse med den belastning der påføres borgeren, og det faglige udbytte der kan opnås ... de får simpelthen lov at være i fred.

Fund:

patienterne gennemgår under narkose en grundig klinisk undersøgelse, som oftest suppleret med røntgenbilleder af alle tænder.

Af de 35 patienter havde 12 caries (huller) og/eller defekte fyldninger der krævede behandling.. 26 havde parodontitis (parodontose) af forskellig grad.

Kun på tre patienter, blev der ikke konstateret egentligt behandlingskrævende tilstande.

Parodontitis er et yderst komplekst sygdomsfænomen. Der arbejdes stadig med nye klassifikationssystemer, ligesom der stadig kommer nye forskningsresultater omkring ætologi, mulige konsekvenser og behandlingsstrategier.

Det betyder at det er svært at lave entydige epidemiologiske sammenligninger; men en nyere dansk undersøgelse rapporterer at 33 % af en undersøgt befolkningsgruppe havde alvorlig parodontitis, ca. 13 % procent moderat - og altså godt halvdelen ikke havde disse problemer².

Med nævnte forbehold lader det til at vores patienter er væsentligt mere udsatte for parodontitis end normalbefolkningen – under alle omstændigheder ligger tallet i undersøgelsesgruppen på hele 75 %. Udviklingen af parodontitis er afhængig af en lang række faktorer, til dels individuelle, og i nogen grad tilsyneladende genetisk betingede. Livsstil (for eksempel rygning) og forskellige medicinske tilstande kan påvirke forløbet. En enkelt faktor som i mange år har været kendt, er mundhygiejnen. Der er konstateret en indiskutabel sammenhæng mellem tilstedeværelsen af plak/bakterier på tænderne – og forekomsten af pa.

Tidligere har vi dokumenteret at næsten halvdelen af de udviklingshæmmede på Strandvænget vurderes at have dårlig eller meget dårlig mundhygiejne.



Billedet illustrerer hvad det handler om: dårlig mundhygiejne, store mængder belægninger og fremskreden parodontitis.

Det er derfor ikke overraskende at parodontitis er et 'ualmindeligt almindeligt' fund i undersøgelsesgruppen.

Konsekvenser: gennem de seneste 20 år er det godtgjort, at der er en sammenhæng mellem parodontitis, og diabetes, forskellige hjerte-karsygdomme og lungebetændelse⁶.

En mulig ikke-medicinsk konsekvens:

Patienterne er oftest socialt isolerede, og for størstedelens vedkommende er den daglige kontakt begrænset til institutionspersonale, og lejlighedsvis besøg af familie/pårørende.

Der findes endnu ingen undersøgelser der beskriver hvilken effekt et uplejet og ildelugtende tandsæt har på den udviklingshæmmedes sociale muligheder. De fleste vil umiddelbart beskrive et tandsæt som vist på billedet som frastødende.

Behandling:

af de 35 patienter fik 11 lavet fyldninger, 13 fik trukket tænder ud, 14 behandlinger sigtende mod moderat parodontitis, 12 mod sværere tilfælde. 1 fik trukket en mælketand ud af hensyn til tandfrembrud, og 2 fik ikke nogen særlig behandling - ud over undersøgelsen og tandrensning. 19 forskellige patienter fik enten trukket tænder ud eller lavet fyldninger.

Smertevurdering:

Patienterne i undersøgelsen er ikke umiddelbart i stand til at udtrykke smerte. Personale og nære pårørende kan undertiden aflæse tegn på smerte eller ubehag; men ofte kan der være stor tvivl om årsag, sværhedsgrad eller lokalisation.

Ofte høres påstanden om, at den udviklingshæmmede har ændret smerteopfattelse eller abnormt høj smertetærskel. Det kan naturligvis være svært at påvise; men der er ikke pålidelige undersøgelser der godtgør, at det skulle forholde sig sådan. Det vil derfor være rimeligt at arbejde ud fra en antagelse af, at disse patienter plages af smerter som alle andre.

Alle klinikere har dog erfaret, hvor svært det kan være at bedømme, hvad der gør ondt og hvad der ikke gør. Tilsyneladende plages nogle voldsomt af tilstande som ser ret harmløse ud; mens andre kan leve med noget der virker voldsomt.

Jeg har helt subjektivt brugt min kliniske erfaring til at vurdere de 35 patienter – og scoret dem i tre kategorier:

1: man ville normalt ikke forvente symptomer. Parodontitis er for eksempel oftest kronisk, og i det store hele smertefri.

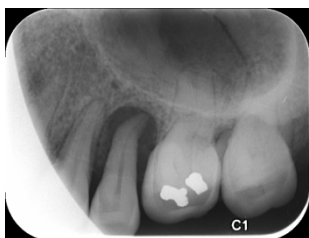
2: det er meget tænkeligt at patienten har oplevet symptomer. Defekte eller mistede fyldninger og cariesangreb af en vis størrelse, vil ofte være forbundet med nogen form for smerter og ubehag.

3: det er meget sandsynligt, at der er - eller har været - smerter. Tænder med meget dybe cariesangreb, involvering af nerven, betændelsestilstande eller ekstremt løse tænder vil som oftest give symptomer.

Efter en sådan vurdering er fordelingen: 23 i gruppe 1; 5 i gruppe 2, og 7 i gruppe 3.

Der ses ikke noget mønster i forholdet mellem smertescoring og intervallængde.

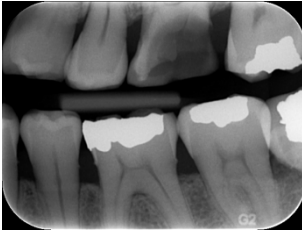
Case 1: 39-årig kvinde; beboer på Strandvænget. Har i en længere årrække været undersøgt og behandlet i narkose; senest for 18 måneder siden- Hovedproblem: parodontitis; men også enkelte caries-angreb. Ved sidste undersøgelse var +4,+5 løse af første grad; pocher på 7-8 mm. Der har været forsøgt forskellige profylaktiske tiltag; blandt andet i patientens eget hjem. Men hun hyler, skriger og gør voldsomt modstand; så effekten er mere end tvivlsom. Nu ses +5 løs af tredje grad;



Rtg. viser total knogledestruktion omkring tanden. Tilstanden må formodes at medføre betydelig gene/ubehag; dog ikke nødvendigvis smerter.

Det sorte område omkring tandroden er et udtryk for, at knoglen er helt opløst/betændt. Tandens dinglende løse.

Case 2: 47-årig mand; ligeledes fra Strandvænget. Undersøgt i narkose med jævne mellemrum i en del år. Seneste undersøgelse ligger 18 måneder tilbage. Nu ses +6 helt nedcarieret;



der ses fistel ud for tanden. Det er overvejende sandsynligt at der i perioder har været smerter; men der har ikke været henvendelse fra personale/pårørende.

Stor kindtand i venstre side af overmunden med kæmpe cariesangreb. Der er rodspidsbetændelse og pus.

Tidsforbrug:

Specialtandplejen registrerer og afregner al behandling i (påbegyndte) halve timer.

Der bruges typisk en til halvanden time på hver behandling; gennemsnittet ligger på 2.34 timer.

Med den pris kommunerne betalte for narkosebehandlinger i 2011, svarer dette til en gennemsnitspris på godt 6.300 kroner pr. patientbehandling.

Med de registrerede intervaller i underkanten af to år, giver det en årlig udgift pr. patient på 3415 kroner til narkosebehandlingerne.

Hertil kommer udgifterne til de mellemliggende besøg i forbindelse med forskellige profylaksetiltag og undersøgelsesforsøg.

Udgifterne hertil er ikke opgjort for hver enkelt patient i gruppen; men kan svinge mellem 0 og ca.5000 kroner årligt.

Den gennemsnitlige udgift for behandling af en patient i specialtandplejen ligger omkring 6000 kroner om året.

Der er altså ingen holdepunkter for at antage, at patienterne i observationsgruppen - med den nuværende praksis - er dyrere at behandle end gennemsnittet.

Konklusion:

Med den indkaldepraksis vi benytter i specialtandplejen i øjeblikket kan vi registrere at:

- godt 200 patienter på Fyn indkaldes til generel anæstesi uden forudgående diagnoser.
- det gennemsnitlige interval i undersøgelsesgruppen lå mellem 1½ og 2 år
- under 10 % havde *ikke* behandlingskrævende tilstande
- hos cirka hver tredje konstateredes potentielt smertevoldende tilstande

- hos mere end halvdelen (19) var det nødvendigt at trække tænder ud eller lave fyldninger
- tre ud af fire havde parodontitis i varierende grad
- antal tænder tilstede, var ikke væsentligt lavere i undersøgelsesgruppen end blandt den øvrige danske befolkning
- det synes meget vanskeligt at forudsæ hvilke patienter, der udvikler symptomgivende tilstande, og med hvilken hastighed.
- behandlingen af denne gruppe, er ikke dyrere end gennemsnitsprisen i specialtandplejen

i forhold til parodontal-behandling, er det væsentligt at understrege, at et fornuftigt behandlingsresultat forudsætter en efterfølgende optimalt udført mundhygiejne. Dette opfyldes på ingen måde hos de fleste af vores patienter. Efter at tænderne er rengjort professionelt, vil det ganske vist i en periode være nemmere for personalet at holde dem rene; men med tiden vil de uvægerligt ”gro til” igen. Vi ved ganske lidt om, hvilken effekt det har at få rensede tænderne /parodontalbehandling med et eller to års mellemrum; det må antages at virkningen er eksisterende - men beskeden, set i forhold til tændernes samlede overlevelsesmuligheder.

Undersøgelsens resultater giver et informeret grundlag for besvarelsen af spørgsmålene:

Er undersøgelse i generel anæstesi nødvendig for at opfylde lovens krav til specialtandplejetilbuddet.?

Et stort antal – ofte overraskende - fund af behandlingskrævende og potentielt smertevoldende tilstande, taler for denne praksis.

En del af Specialtandplejens mission er at sikre et kvalificeret og kvalitetssikret tandplejetilbud tilpasset alle målgrupper. Undersøgelse og behandling i generel anæstesi er uundværlig i værktøjskassen, i forhold til den mindst resursestærke gruppe.

I hvilket omfang ønsker vi i fremtiden, at gøre brug af generel anæstesi for at undersøge/behandle patienter uden forud kendt diagnose?

Et samlede omfang af narkosetilbuddet, vil næppe blive mindre. Undersøgelsen peger dog på nogle svagheder i den måde vi griber det an på i øjeblikket.

En del patienter skønnes at have (haft) smerter når de kommer til undersøgelsen – det vil sige at de i virkeligheden burde have været indkaldt tidligere. Andre – om end ikke mange – kunne have ventet længere med at komme, da der ikke findes noget behandlingskrævende.

Der er derfor behov for at forbedre procedurerne omkring henvisninger/indkald til narkosebehandling, så patienternes indkaldes med et mere præcist, individuelt fastsat interval.

Undersøgelsen åbner for en række ubesvarede spørgsmål og emner til fremtidige projekter. Først og fremmest vil vi meget gerne vide mere om det egentlige outcome for patienter behandlet i generel anæstesi: kan man registrere forbedret livskvalitet, ændret adfærd, velvære eller bedre samarbejdsvillighed omkring tandbørstning; eller hvad med social kontakt: sker der ændringer/forbedringer. En undersøgelse der involverer plejepersonale og pårørende, vil være aktuel som fortsættelse af denne rapport.

Et væsentlig - faktisk altoverskyggende emne - som skal søges løst, er hvordan vi motiverer og instruerer plejepersonalet, i at varetage borgernes mundhygiejne på en tilfredsstillende måde.



Litteraturliste:

- 1: IKAS: Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale sundhedsvæsen
- 2: Tandlægebladet: 9/2011 - temanummer om parodontologi
- 3: www.lev.dk: Udviklingshæmning i tal
- 4: www.oligo.dk: Udviklingshæmning
- 5: Statens institut for Folkesundhed: Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007
- 6: De offentlige Tandlæger: Nyhedsbrev 11; 2011
- 7: Gasseholm T: Tandplejeforhold blandt beboere på institutionen Strandvænget. (-afleveringsopgave UCL 2009)
- 8: Sundhedsloven § 133 med vejledning

