

Omsorgstandpleje – en geriatrisk kasuistik

Jørgen Juul og Peter Østergaard

Der er forskellige kliniske behandlings- og fravalg ved oral rehabilitering af syge ældre. Her påvirker patientens almentilstand prioriteringen af odontologisk behandling. Alt efter anamnesen vælges kurativ eller palliativ behandling.

En Alzheimer-dement patients orale sygehistorie beskrives. Den alvorlige demenstilstand med aftagende kognitive funktioner og reduceret mundhygiejne kombineret med en medicinsk betinget mundtørhed betyder dårlig prognose for protetisk behandling. Forebyggelse og behandling må tilpasses, mens avanceret protetisk behandling kan være uhensigtsmæssig.

Det kan være spændende og frustrerende at arbejde som tandlæge i omsorgstandplejen. Hos de svageste og mest syge ældre er behandlingsvalgene ofte komplicerede. Det kræver overblik. Over- og underbehandling er reelle risici, og tandbehandling må ses i lyset af patientens individuelle situation med ofte relativt kort livshorisont.

Oral forebyggelse har også en ændret karakter når det handler om patienter i afslutningen af livet med markante tab af manuelle og mentale færdigheder. Hvor profylakse ellers er tænkt som sikring mod orale sygdomme hos børn, unge og raske voksne for fremtiden, så har det en helt anden determineret karakter når det handler om syge ældre. Opgaven med oral forebyggelse hos syge ældre er så vidt mulig at forhindre tanddestruktion på trods af stigende tab af manuelle og mentale evner til mundhygiejne. De orale forhold skal så vidt muligt ikke forfalde selvom resten af kroppen gør det.

Som behandler må man gøre sig klart at de syge ældres fysiske og psykiske habitus er bestemmende for valg og fravalg af muligheder i behandling og forebyggelse. Det kan være svært at indkredse hvad det reelt dækker når omsorgstandplejen skal baseres på et realistisk behandlingsbehov.

»Innenfor medisinen gjør man at skille mellom de friske eldre og de sykelige eldre ved å bruke termene gerontologi og geriatri. Et tilsvarende skille har vi ikke halt i odontologisk nomenklatur, hvor begrebet gerontologi skal omfatte pasientgrupper med betydelige forskjeller i behandlingsbehov, og ikke minst i mulighetene for å gjøre behandling etter gjennomsnittsnormer« (1).

»However, the greatest challenge to the clinician is to choose between treating the patient with the risk of producing iatrogenic disease, or not treating the patient with the risk of more damage occurring to the masticatory system« (2).

Behandlingsmetoderne og succeskriterierne for forebyggelse må tilpasses de aktuelle betingelser, som er markant dårligere sammenlignet med forholdene hos raske og yngre patienter. For de syge ældre kan der skelnes mellem normative og realistiske behandlingsbehov (3). Det får betydning for tandplejens art og kravene til varighed i behandlingen. Konsekvenserne må være at der er vide rammer for kompromisser, selvom basis for disse behandlingsvalg altid skal være odontologisk acceptable. Som udgangspunkt tilstræbes således altid at forebygge og behandle sygelige tilstande. Der må altid vælges det mest ambitiøse behandlingsniveau, hvilket også er en elastisk størrelse når der skal tages alvorligt hensyn til patientens almentilstand.

Barrierer for behandlinger

Hos plejehjemsboere er 75% af hoveddiagnoserne psy-

kiatriske lidelser og 25% fysiske lidelser (1). Det begrænser Kooperationen hos de syge ældre i et omfang der ikke kan beskrives, men må opleves klinisk. I dagligdagen betyder det at »Veltilpassede delproteser med støbte skelletter, konuskronkonstruktioner eller avancerede patentfeste-rentensjoner kan være umulige for patienten å få av eller på« (1).

Hos dårligt koopererende patienter er avanceret protetikk uhensigtsmæssig. Det er ofte nødvendigt at vælge mellem kurativ og palliativ behandling ligesom inden for de almenne medicinske fag. Palliativ behandling kan være brug af analgetika (som egentlig »behandling«), slibning af skarpe kanter, ekstraktioner, midlertidige fyldninger, midlertidige rebaseringer osv.

Vigtigst er det at holde sig for øje hvad der gavner patienten; uden at den tandlægelige etiske faglighed sættes over styr, og selvom de pårørendes normative krav ikke altid kan opfyldes.

Oftentimes kan de syge ældre heller ikke undersøges adækvat. Patienten kan være urolig eller kan ikke forstå at åbne munden. Her er tvang ikke mulig, og hvis patienten ikke er umyndiggjort, skal patienten faktisk udtrykke samtykke til en given behandling. Det kan være næsten umuligt at få en accept.

Hvis behandlingen er accepteret, må det tages med i planlægningen at patientens almenne situation oftest betyder begrænset behandlingstid.

Prioritering af behandling og forebyggelse

Selvom patienten og pårørende nok vil vælge omvendt, så må behandleren insistere på at prioritere sundhed – funktion – æstetik i nævnte rækkefølge (4).

Konkret klinisk betyder det at lade rodrester blive siddende, hvis 1) de er infektionsfrie, dvs. rodfyldte, oblitererede e.l., 2) de skal bruges som rodankre eller støtte under dækproteser, 3) de ikke forårsager sår eller fistler, eller 4) de er umulige at fjerne pga. kooperationsvanskeligheder, alvorlige medicinske problemer eller kort livshorisont (1).

For fyldningsmaterialer betyder det ikke at plast er kontraindiceret, men at amalgam og glasionomercement er de foretrukne materialer (1).

I forebyggelsen betyder det at instruktion af de syge ældre i tandbørstning mv. er vanskelig med patienternes ofte reducerede manuelle og/eller mentale færdigheder. Der må oftest tyes til sekundær profylakse med tandbørstning udført af plejepersonalet, hvilket sker med svingende kvalitet (5). Endelig er der mulighed for terapi med fluor og chlorhexidin (6). Fravær af aftagelig protetikk kan også være en løsning til at hindre yderligere tanddestruktion, selvom fx pårørende vil foretrække disse tanderstatninger af æstetiske hensyn (1).

Patienttilfælde

Baggrund

Ved behandlingens start var den mandlige patient 87 år og havde moderat fremskreden Alzheimer demens.

Alzheimer demens er den hyppigste demensform og tegner sig for ca. 60% af alle demensformer. Et demensforløb varer ca. 5-10 år. Efterhånden som demensprocessen skrider fremad, vil flere intellektuelle og kognitive funktioner blive berørt.

Tankegangen bliver usammenhængende og brudstykkeagtig. Koncentrationen svigter så den demente kan ikke sidde stille eller opretholde personlig hygiejne. Hukommelsen bliver øagtig, og ordforrådet reduceres. Den demente taber orienteringen i tid og sted, hvilket øger personens utryghed, samtidig med at genkendelse svigter af fx pårørende.

Mens den demente reduceres intellektuelt, sker det ikke i følelseslivet. Alligevel påvirker tingene hinanden. Når verden omkring den demente bliver uforståelig, falder angsttærsklen. Dermed opstår ofte irritabilitet og vrede hos den demente. Familien opfatter det gerne som personlighedsændringer hvis den demente fx virker grov og uforkammet i sin afmagt.

Alzheimer demens kan ikke helbredes, men den seneste medicin kan forsinke sygdomsudviklingen i 1-2 år. I den sidste fase, som varer 1-3 år, vil gangfunktion ophøre, og pga. spiseproblemer vil den demente blive meget afmagret. Den Alzheimer-demente vil enten dø af tilstødende sygdomme fx infektioner eller af sine hjerneskader (7).

Medicinforbrug

Antipsykotika og antidepressiva.

Klinisk beskrivelse

Patientens tandsæt var i totalt forfald. Tidligere havde patienten passet godt på sine tænder, men pga. uoprettelige følger af demensudviklingen var destruktionen voldsom og irreparabel. Det orale forfald var udviklet over kort tid sent i livet – i modsætning til hvad der fx ses hos unge misbrugere, der godt kan udvise lignende tanddestruktion.

Behandlingsmål

1) Symptomfrihed, 2) fjernelse af infektionsfoci, 3) bevarelse af en vis tyggefunktion, og 4) en bedre mundhygiejne.

Behandlingsvalg

Palliativ behandling – Den alvorlige demenstilstand med aftagende kognitive funktioner og reduceret mundhygiejne kombineret med den medicinske betingede mundtørhed betød dårlig prognose for protetisk behandling. En realistisk behandling var sanering af radices relictæ, mens patienten endnu kunne acceptere et sådant indgreb. Valg af



Fig. 1 A-B. I marts 2006 kunne den 87-årige Alzheimer-demente patient endnu gå og udtrykke sig i enkle sætninger eller ord, samt give accept til behandling. Gav også accept til kliniske fotos – med fingerstøtte. Patientens tandsæt var i totalt forfald. Foto: Jørgen Juul.

Fig. 1 A,B. In March 2006 the 87-year-old Alzheimer dement patient could still walk and express himself in simple sentences or words, and give consent to treatment. Gave also consent to clinical photos – with finger-aid. The patient's teeth were totally decayed. Photo: Dr. Jørgen Juul.

fyldningsterapi var glasionomerfyldninger ved caries dentalis langs gingiva. Personalet opmuntredes til gradvis helt at overtage den daglige tandbørstning. De pårørende informeredes om årsager til behandlingsvalg.

Behandlingsforløb

Ved behandlingens start i marts 2006 kunne patienten endnu gå og udtrykke sig i enkle sætninger eller ord, samt



Fig. 2 A,B. I september 2006 var patienten tilfreds med sine orale forhold, men det var svært for personalet at holde mundhygiejnen optimal. Foto: Jørgen Juul.

Fig. 2 A,B. In September 2006 the patient was satisfied with the oral situation, but it was difficult for the staff to maintain a satisfactory oral hygiene. Photo: Dr. Jørgen Juul.

give accept til behandling. Patienten gav også accept af kliniske fotos – med fingerstøtte. Der sås en del radices relictae og enkelte intakte tænder med cervikal caries (Fig. 1 A,B). Successivt udførtes ekstraktioner og cariesbehandling med glasionomercement. Patienten udtrykte intet ønske om proteser. Med patientens generelle prognose med Alzheimer demens var anvendelse af delvise proteser på sigt dubiøs. Personalet instrueredes i at opretholde en god mundhygiejne.

I september 2006 sås patienten igen til klinisk undersøgelse. Patienten var tilfreds med sine orale forhold, men det var svært for personalet at opretholde mundhygiejnen; derfor gaves reinstruktion i dette (Fig. 2 A,B).

I januar 2007 foretoges atter klinisk undersøgelse, og den orale tilstand var endnu ikke helt stabil, og der var stadig problemer med mundhygiejnen (Fig. 3 A,B). Højkon-



Fig. 3 A,B. Ved klinisk undersøgelse i januar 2007 var den orale tilstand stadig ikke stabil. Der var stadig problemer med mundhygiejnen. På knapt ét år havde patienten tabt sig i ansigtet, og Alzheimer demensen var fremskreden. Foto: Jørgen Juul.

Fig. 3 A,B. At a clinical examination in January 2008 the oral situation was not stable. There were still problems with the oral hygiene. In less than a year the patient had lost weight in his face, and the Alzheimer dementia had progressed. Photo: Dr. Jørgen Juul.

centreret fluortandpasta må anvendes fremover. Anamnestisk havde patienten nu mistet sin gangfunktion. På knapt ét år havde patienten tabt sig i ansigtet og Alzheimer demensen var mere fremskreden.

English summary

Dental care – a geriatric case report

In geriatric dentistry it is even more important to consider the patient's general health situation. Oral rehabilitation

has a different perspective if the cognitive capacity is limited, and the physical resources, too. E.g. for patients with Alzheimer dementia, which catches some 60% of all geriatric dementia patients.

Any oral treatment to geriatric patients needs an analysis whether curative or palliative treatment is feasible. Standard solutions do not exist to the sick elderly. Sometimes it is the greatest challenge to the clinician to choose between treating the geriatric patient with the risk of producing iatrogenic disease, or not treating the patient with the risk of more damage occurring to the masticatory system. The clinician urges to prioritize in direct order: oral health – oral function – oral aesthetics. Thereby treatment – or lack of treatment – might be different from non-geriatric patients. Compromises are necessary and are only acceptable if the health benefit of the patient is greater than the damage. Acceptance of the patient or relatives is obligatory in dealing with geriatric patients with little compliance.

A case story of an Alzheimer dementia patient is described. A severe dementia with declining cognitive functions and reduced oral hygiene combined with medical introduced dry mouth syndrome means poor prognosis for prosthetic treatment. Advanced prosthetic treatment might be inappropriate. Other oral treatments (e.g. choices of filling materials and extractions) and oral prevention (e.g. passive) might be preferred contrary to younger and healthier patients.

Litteratur

1. Størksen K. Når standardløsninger ikke findes – om behandlingsvalg hos syke ældre. Tandlækartidningen 2001; 93: 50-9.
2. Budtz-Jørgensen E. Prosthetic considerations in geriatric dentistry. In: Holm-Pedersen P, Løe H, editors. Textbook of geriatric dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p. 446-65.
3. Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution (disp.). Tandlægebladet 1990; 94: 165-94.
4. Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health program for persons with disability. Acta Odontol Scand 2005; 63: 278-83.
5. Østergaard P, Tind M. Plejepersonalets problemer med oral forebyggelse for indlagte psykiatriske patienter. Tandlægebladet 2003; 107: 248-51.
6. Nordenramm G, Westphal P. Comparison of two routines for long-term oral hygiene treatment with klorhexidin gel in geriatric patients. Gerodontology 1987; 4: 23-6.
7. Hansen M, Kragerup J, Bech S, Olsen I. Psykiatri. København: Munksgaard; 2004.

Forfatter

Jørgen Juul, tandlæge, og Peter Østergaard, tandlæge, MPH
Omsorgstandplejen, Københavns Kommune, Tietgensgade 31 B,
1704 København V