

# **EAPD-retningslinjer for *Behaviour Management* – hvad blev det til?**

Hanne Berthelsen<sup>1</sup>, Gro Haukali<sup>2,3</sup>, Birthe Høgsbro Østergaard<sup>3</sup>, Birgitte Uldum<sup>4</sup>, Ulla Kirkegaard<sup>4</sup>, Pia Clemmensen<sup>5</sup>, Pia Wogelius<sup>5</sup>, Anne-Marie de Fønss<sup>3,6</sup>, Sven Poulsen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>: Afdeling for Samfundsodontologi, Odontologisk Fakultet, Malmø Universitet, Sverige

<sup>2</sup>: Tandplejen Aarhus, Aarhus Kommune

<sup>3</sup>: Afdeling for Pædodonti, Odontologisk Institut, Aarhus Universitet

<sup>4</sup>: Børne- og Ungdomstandpleje, Københavns Kommune

<sup>5</sup>: Tandplejen, Aalborg Kommune

<sup>6</sup>: Kolding Kommunale Tandpleje, Kolding Kommune

For et par år siden beskrev vi i TNT, hvorledes *European Academy of Paediatric Dentistry* (EAPD) arbejdede med at udvikle retningslinjer for *Behavioural Management* (1). Arbejdet blev kompliceret af, at det var vanskeligt at opnå enighed på grund af de forskellige kulturelt betingede holdninger til behandling af børn og unge i Europa. Det blev derfor aldrig til et sæt egentlige retningslinjer (*guidelines*). I stedet har EAPD bedt fire såkaldte *Old Elephants*, som de kaldes i EAPD-slang at skrive en oversigtsartikel, som kan betragtes som vejledende på området. Man skal her bemærke, at man bruger ordet ”vejledning” (*guidance*) og ikke retningslinjer (*guidelines*). Denne oversigtsartikel er nu publiceret i augustnummeret af EAPD’s tidsskrift *European Archives of Paediatric Dentistry* og indeholder så megen værdifuld viden, at vi finder den værd at referere for danske børnetandlæger<sup>1</sup>. Dette nummer af tidsskriftet indeholder også en leder af Martin Curzon, der diskuterer evidensgrundlaget for de forskellige metoder, samt en gæsteleder af John Roberts, der belyser hvorledes forskelle i opfattelsen af forældre-barn relationen inden for Europa vil påvirke synet på *Behavioural Management*.

## **Diskussionen om evidens**

Den evidensbaserede tilgang benytter sig af RCT (Randomised Controlled Trials) som videnskabelig basis for kliniske beslutninger, men har nogle klare begrænsninger i forhold til dette område indenfor pædodontien. Dette tema tager Curzon op i lederen til dette nummer af *European Archives of Paediatric Dentistry* (2).

Når det drejer sig om *Behaviour Management*, så bliver det hurtigt åbenlyst, at RCT-studier ikke er praktisk mulige at gennemføre. Derfor må vi se i øjnene, at vi må fortsætte med den type viden vi har, dvs. en betydelig mængde litteratur baseret på studier af den virkelige verden, konkluderer han.

---

<sup>1</sup> De fulde tekster er tilgængelige på Dansk Pædodontisk Selskabs hjemmeside (<http://www.pedodonti.dk/>).

Det dilemma, som Curzon bringer op her, svarer til Bensings diskussion af de to paradigmer: *evidensbaseret medicin og patientcentreret medicin* (3) Begge tilgange har som forudsætning, at der skal gøres det bedst mulige for patienterne, - evidensbaseret ud fra et sygdoms/ behandler-fokus og patientcentreret ud fra et patient-fokus. Evidensbaseret medicin har sit udspring fra en biomedicinsk tankegang, mens patientcentreret medicin har sin oprindelse i et biopsykosocialt perspektiv. Selvom perspektiverne og de teoretiske udgangspunkter er forskellige, så vil begge tilgange med fordel kunne finde gensidig inspiration. Indenfor et fagområde som pædagogik benytter vi ofte metoder og viden fra mange forskellige videnskabelige traditioner som f.eks. epidemiologi, sociologi, forebyggelse og kommunikation. Evidensbegrebet må dermed nødvendigvis have et bredere sigte end det traditionelle evidensbegreb, som vi ser det fra naturvidenskaben udtrykt ved RCT.

### **Forældre-barn relationen i Europa**

Principper for børneopdragelse har altid varieret både over tid og fra land til land. Tænk f.eks. på Benjamin Spock, hvis råd gennem generationer er blevet fulgt af forældre, indtil der kom nye udfordringer og dermed nye måder at opdrage børn på. ”Betød det så, at tidligere generationer havde forkerte principper eller var det fordi samfundet havde udviklet sig?” spørger Roberts i sin gæsteleder (4)

Også mellem de forskellige lande i Europa er der i vore dage betydelige forskelle. I Storbritannien betragtes det i modsætning til i Skandinavien som et overgreb på børn at administrere medicin rectalt. I Storbritannien vil det kunne udløse indgreb fra sociale myndigheder, hvis forældre bruger denne metode.

I nogle kulturer opdrages børn og unge til at have stor respekt for ældre, i andre ikke.

Hvis man skulle opstille retningslinjer for børneopdragelse i Europa, skulle man altså tage højde for f.eks. forskellene i kultur og lovgivning i de forskellige lande i Europa. Dette er også dilemmaet for EAPD i denne organisations forsøg på at opstille retningslinjer eller i det mindste vejledninger for, hvorledes tandbehandling af børn skal foregå.

EAPD er i øjeblikket kørt fast i dette problem. Der er to skoler. Den ene mener, at et dokument skal omfatte alle tilgængelige ikke-farmakologiske (pædagogisk-psykologiske) metoder til tilvænnning med angivelse af metodernes anvendelsesmuligheder. Den anden skole mener, at man overhovedet ikke skal nævne assertive metoder, som fastholdelse eller *hand-over-mouth* (HOME), selvom disse metoder jævnligt bruges i dele af Europa.

## **Oversigt over metoder til tilvænnning af børn til tandbehandling (*Behaviour Management Techniques*)**

Nedenfor refereres ganske kort beskrivelsen af de forskellige teknikker. I de tilfælde, hvor vi ikke har kunnet finde et passende dansk navn for metoderne, har vi anvendt det engelske ord med kursiv. Oversigten falder i to dele (5). Efter hver del giver vi vore egne kommentarer.

- teknikker, som er universelt accepterede og anvendt
- teknikker, som er kontroversielle og ikke universelt accepterede, men som dog angiveligt anvendes med succes af deres udøvere. Heriblandt kan forekomme teknikker, som ikke er lovlige i alle europæiske lande.

### **Teknikker, som er universelt accepterede og anvendt**

**Desensibilisering:** trinvis exponering, hvor barnet gradvist tilvænnes til tandbehandling.

Formålet er at hjælpe det angste barn til at klare en tandbehandling. Trinvis exponering kan

også bruges til at introducere tandpleje til alle andre børn og kan således ses som en forebyggende metode i forhold tandlægeangst.

**Tell-show-do:** Metoden har samme formål som trinvis eksponering. Den eneste forskel på de to teknikker er, at behandleren med *tell-show-do*-metoden går meget systematisk frem i forhold til først at fortælle, hvad hun vil gøre, herefter viser, hvad hun vil gøre og til slut udfører behandlingen på barnet. Den trinvis eksponering er imidlertid fælles for de to teknikker.

**Modelling:** En teknik, der benytter sig af at børn lærer ved at efterligne andre. Ved at lade et ængsteligt barn se, hvordan en behandling foregår – enten på en video eller ved at observere behandlingen af et ikke-ængsteligt barn, kan behandleren introducere det ængstelige barn til tandbehandling. Det er naturligvis en forudsætning, at ”model-scenen” forløber fredeligt.

**Forstærkning:** Denne metode sigter mod at forstærke en positiv adfærd. At forstærke en adfærd positivt foregår ved at behandleren opmuntrer den positive adfærd. Omvendt kan en negativ forstærkning foregå ved, at behandleren lader en negativ adfærd finde sted uden at skride ind.

**Voice control:** En teknik, hvor behandleren benytter sin stemmeføring og stemmestyrke til at styre barnet gennem behandlingen. Ved hård stemmeføring kan en u hensigtsmæssig adfærd fra barnet stoppes, Omvendt kan en blid stemmeføring forstærke et barns positive adfærd.

**Vores kommentar:** Før man kan anvende disse metoder med succes, er det nødvendigt at kunne skelne mellem angst-problemer og negativ adfærd. Vi kender ikke konsekvenserne af at benytte forstærkning og *voice control* på angste børn. Derfor er det vores vurdering, at det er teknikker, som børnetandlæger skal benytte med stor omtanke. Omvendt mener vi, at desensibiliserig, trinvis

eksponering og *tell-show-do* har store fordele som teknikker, idet de både har et forebyggende og et behandlende aspekt i forhold til tandlægeangst.

### **Teknikker, som er kontroversielle og ikke universelt accepterede**

I denne del af oversigten beskrives de mere håndfaste metoder til at håndtere *Behaviour Management* problemer.

***Restraint (fysisk fastholden)***: Formålet med denne metode er fysisk at begrænse barnets bevægelser for at muliggøre tandplejebehandling og mindske risikoen for mulige skader på barnet og/eller tandplejepersonalet. Det består af en vifte af procedurer fra at holde barnets hoved med den ene hånd, mens injektionen gives med den anden, til at pakke hele barnet ind for at forhindre bevægelse (*wrapping*).

Anvendelse af bideklods hos et bevidst/vågent barn vurderes ikke af forfatteren at være *restraint*.

Det understreges at metoden kræver særlig uddannelse. Tandlægens væsen og adfærd er afgørende for, og at der opnås forældreaccept og effekt af metoden hos børnene. Ligeledes understreges det, at hvis teknikken fremstår som straf, eller udspringer af tandlægens vrede eller frustration, er denne fuldstændig uacceptabel.

Det anføres, at litteraturen er delt i forhold til alle former for fysisk fastholdelse, ligesom det anføres, at det er nødvendigt at gøre sig klart at forældreholdninger til hvordan børn håndteres er under konstant forandring.

***Hand-over-Mouth (HOM)***: Denne teknik har delt vandene i årtier. Teknikken anvendes på varierende måde tandlæger imellem, og selvom resultaterne kan synes overbevisende, beskrives metoden også som utiltalende.

Formålet med teknikken er at opnå barnets opmærksomhed, for at muliggøre kommunikation.

I et arbejde fra UK svarede 51 % af pædodontister, at de mente, at metoden kunne inducere angst for tandbehandling.

HOM er ikke længere anerkendt af *American Academy of Pediatric Dentistry*) AAPD, mens anvendelsen af HOM fortsat diskuteres i Europa.

Metoden består i, at tandlægen placerer sin hånd over barnets mund indtil barnets højlydte protest stopper, således at effektiv kommunikation med barnet muliggøres. Samtidig holder assistenten barnets arme/hænder, medens tandlægen taler stille og roligt ind i barnets øre. Når barnet holder op med at protestere, tager tandlægen sin hånd væk. Dernæst skal enhver positiv handling/adfærd barnet udfører roses. Men øges barnets angst i stedet for at mindskes, skal tandlægen standse med HOM med det samme.

Som indikationer for anvendelse af *restraint* eller *HOM* angives:

*Restraint:*

- Når det er akut nødvendigt at stille en diagnose eller behandle og patienten er ude af stand til at samarbejde
- For at sikre sikkerheden for både patient og tandplejepersonale
- For at kontrollere ufrivillige bevægelser hos sederede patienter.
- Når det ikke er muligt at sedere eller anvende GA, eller forældrene ikke tillader det.

*HOM:*

- For at opnå kommunikation med hysterisk eller rasende 3-8 årigt barn, med hvilket man under normale omstændigheder kan kommunikere effektivt.

Kontraindikationer:

- Det er kontraindiceret at anvende teknikkerne hvis barnets mentale kapacitet umuliggør effektiv kommunikation.

**Vores kommentar:** I vort tidligere referat af EAPD's udkast til retningslinjer (1) skrev vi, at "... der ikke findes evidens for at metoder, der tvinger barnet til en behandling mod dets vilje, har nogen god effekt i tilvænning til tandbehandling. De bliver da heller ikke anvendt i de fleste europæiske lande og er i nogle lande forbudt ved lov. Forfatterne erkender, at disse metoder anvendes, men har den klare holdning, at det ikke er acceptabelt at tvinge barnet ind i en underdanig og ydmygende situation." Denne konklusion står vi stadig ved.

## **Afslutning**

En lang række forskellige teknikker til at håndtere adfærdsproblemer er tilgængelige for børnetandlæger. Disse skal anvendes hensigtsmæssigt og under hensyntagen til landets kulturelle og lovmæssige forhold og er relevante for alle tandlæger, der beskæftiger sig med tandpleje for børn.

## **Referencer**

- (1) Berthelsen H, Poulsen S, Uldum B, Østergaard BH, Wogelius P, Clemmensen P, et al. European Academy of Paediatric Dentistry arbejder med retningslinjer for Behavior Management. Tandlæg Nye Tidsskr 2008;23(9):14-6.
- (2) Curzon M. Experience versus Evidence? Eur Arch Paediatr Dent 2010 Aug;11(4):163.
- (3) Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns 2000 Jan;39(1):17-25.
- (4) Roberts J. Guest Editorial: Parenting within Europe. European Archives of Paediatric Dentistry 2010;11(4):164-5.

- (5) Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2010 Aug;11(4):166-74.