

Helena Oladottir Haugbo, Lillian Rydning og Jorun Torper

## Tilrettelagt tannhelsetilbud: Erfaringer med tverrfaglig behandling av pasient med sammensatt odontologisk og psykologisk problematikk

Hensikten med denne kaspresentasjonen er å gjøre TOO-tilbudet kjent for tannleger, samt å peke på utfordringer knyttet til et større behandlingsforløp i narkose som involverer ulike fagdisipliner.

Presentasjonen tar spesielt for seg den delen av TOO-behandlingen der eksponeringsterapi brukes som et verktøy. Dette blir eksemplifisert med en mann på 43 år som har Asperger syndrom, odontofobi og et ønske om rehabilitering av tannsettet.

**T**annhelsetjenestens kompetansesenter øst (TkØ) har et tilrettelagt tannhelsetilbud til pasienter som har blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi (TOO). De tverrfaglige teamene som arbeider med denne målgruppen kalles TOO-team. Det finnes tilsvarende team tilknyttet alle de seks regionale odontologiske kompetansesentre (ROK). Teamet har spesialiserte fagpersoner som tilbyr behandling basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) med utgangspunkt i eksponeringsterapi. I Oslo har det regionale TOO-teamet hatt et samarbeid med Sykehustannklinikken ved Lovisenberg Diakonale sykehus (TAKO-senteret) om pasientbehandling. I kasuistikken som legges frem ble pasienten henvist dit for sanering i narkose.

I denne kasuistikken ønsker vi å løfte frem sårbare pasienter og utfordringer knyttet til behandling av denne pasientgruppen. Det kan være mange ulike årsaker til sårbarhet hos pasienter, fra psykiske lidelser til for eksempel negative erfaringer med andre mennesker, tidligere traumer, tortur eller overgrep. Her illustreres dette med en pasient som har dia-

gnosen Asperger syndrom kombinert med en traumatisk barndom. Asperger syndrom kjennetegnes blant annet av vansker med å forstå andre menneskers følelser, intensjoner og kroppsspråk. Dette kan gjøre tannbehandlingssituasjonen vanskelig fordi risikoen for misforståelser mellom behandler og pasient øker (1). Selv om pasienter med Asperger syndrom generelt sett blir sett på som «høyt» fungerende» sammenliknet med andre pasienter i autismspekteret, er det stor variasjon og bredde på symptomer og funksjon. Asperger syndrom er 3–10 ganger hyppigere hos gutter enn hos jenter. Avhengig av diagnosekriteriene er det 1 av 250 barn eller 1 av 10 000 barn som får Asperger syndrom.

Forfatterne ønsker å synliggjøre betydningen av å identifisere og håndtere sårbarheter som kompliserer et behandlingsforløp. Noen av utfordringene ved tverrfaglig samarbeid, både odontologisk og mellom ulike helseinstitusjoner, blir belyst i denne kasuistikken.

### Kasuistikk – introduksjon

Våren 2015 ble en 43 år gammel mann henvist fra en privatpraktiserende tannlege til TOO-teamet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ).

### Hovedbudskap

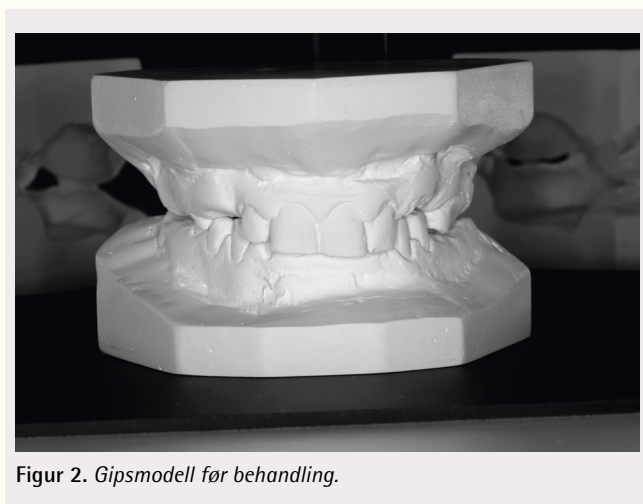
- Sårbare pasienter kan ha et stort behov for et tilrettelagt tannhelsetilbud.
- Et godt tannhelsetilbud til denne gruppen innebærer tidkrevende oppfølging og at man har interesse for og ressurser til å jobbe tverrfaglig.
- Narkose er ikke alltid en rask vei til målet og begrenser hva som er mulig å gjennomføre av teknikk sensitiv tannbehandling.
- Det er en stor mangel på litteratur om postoperativ oppfølging etter tannbehandling i narkose hos voksne pasienter med psykologiske utfordringer.

#### Forfattere

Helena O. Haugbo, tannlege. Sykehustannklinikken v/TAKO-senteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus  
Lillian Rydning, psykolog. Tidligere ansatt ved TkØ  
Jorun Torper, tannlege. TkØ og universitetslektor ved Universitetet i Oslo



Figur 1. Ortopantomogram før behandling.



Figur 2. Gipsmodell før behandling.

Pasienten var somatisk frisk og var blitt diagnostisert med Asperger syndrom (F84.5) hos psykolog i sitt hjemland. Pasienten oppfylte også kriteriene for spesifikk fobi/odontofobi (F40.2).

Ved inntak hos psykolog ved TOO-teamet fortalte pasienten at tannbehandling oppleves som tortur. Konsekvensen var unngåelse av tannbehandling, bortsett fra akutt tannbehandling. Pasienten hadde opplevd omfattende omsorgssvikt og vold i barndommen og hadde ingen kontakt med familien. Pasienten er akademisk utdannet. All kommunikasjon foregikk på engelsk.

Samtykkeskjema på engelsk ble formidlet til pasienten og samtykke innhentet fra pasienten før kasesbeskrivelsen ble påbegynt.

Angst med påfølgende unngåelsesatferd er sentralt i fobier. For å motvirke angst har mange pasienter behov for å vite nøyaktig hva som skal skje på forhånd, ofte ned på detaljnivå. Negative erfaringer fra tidligere behandling var med på å øke pasientens opplevelse av tannbehandling som skremmende og uforutsigbar. I tillegg til angstbehandling hadde pasienten også behov for et tannbehandlingstilbud på tvers av institusjoner og fagspesialiteter. Han hadde blant annet behov for å få sanert tenner og rotrester (figur 1 og 2) og for å få satt inn implantater for man-

glende tenner hos spesialist i privat praksis.

Odontologiske diagnoser: karies og apikal periodontitt.

Behandlingsplan for tenner: Ekstraksjon 17, 15, 14, 13, 23, 35, 36, 37, 46, 47, 48 og konserverende behandling av resttannsettet i narkose. Deler av den konserverende behandlingen ble utført i våken tilstand som en del av eksponeringsterapien.

Videre rehabilitering av tannsettet var planlagt hos henvisende tannlege i samarbeid med spesialist i kirurgi.

### Behandlingsforløp

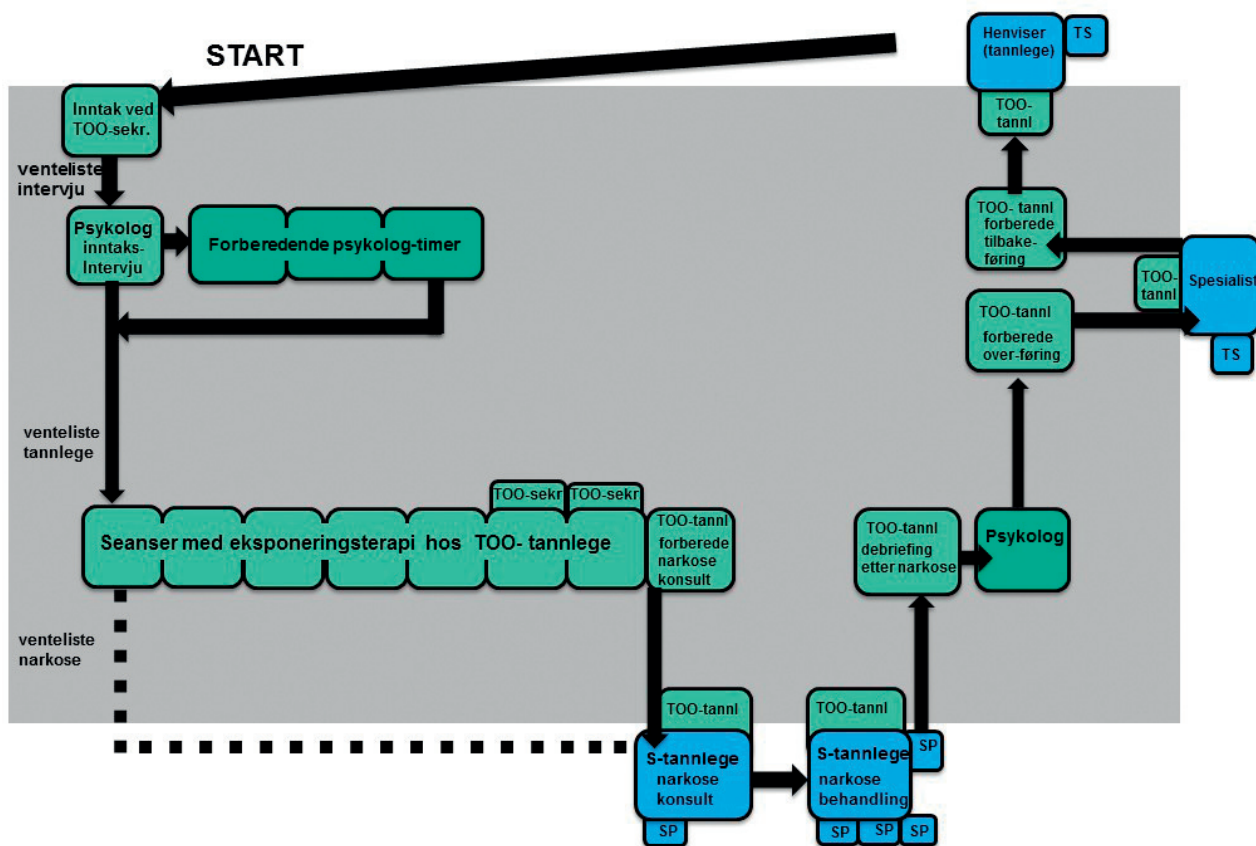
Behandlingsforløpet er illustrert i figur 3 og kan i prinsippet representere et hvilket som helst forløp i TOO-prosjektet. Før eksponeringsterapi kan påbegynne er det en forutsetning at pasienten ikke har akutte tannsmarter. Pasienten hadde ikke akutte tannsmarter, men å fjerne rotrester var utenkelig uten generell anestesi. Pilene i figur 3 viser forløpet fra henvisende tannlege, videre gjennom behandlingen hos TOO-teamet, narkosebehandling, spesialistbehandling og tilbakeføring til henvisende tannlege. Seanser med ulike behandlere og tilknyttet støttepersonell er merket i figur 3.

Pasienten tar kontakt med tannhelsesekretær ved TOO og settes på venteliste til inntakssamtale hos psykolog. Etter tre psykologtimer starter eksponeringsterapi hos tannlegen ved TOO. Parallelt med eksponeringsterapi står pasienten på venteliste til narkose ved sykehustannlege (S-tannlege) og støttepersonell (SP= tannhelsesekretær, anestebilege, anestesisykepleier, postoperativ sykepleier). Etter narkosen trenger pasienten debriefing hos både tannlege og psykolog hos TOO. Deretter forbereder TOO-tannlege pasienten til overføringskonsultasjon hos ekstern spesialist og senere til henvisende tannlege, med deres tannhelsesekretærer.

### Oppstart hos psykolog

Psykolog tilknyttet TOO-teamet har ansvar for å kartlegge pasientens psykiske helsetilstand, klargjøre pasienten for eksponeringsterapi og vurdere eventuelle psykologiske differensialdiagnoser.

Ved inntak hos psykolog hadde pasienten flere negative erfaringer med helsepersonell bak seg, og hadde selv lite håp om bedring. Som del av relasjonsbyggingen ble det derfor lagt vekt på å vise at pasientens tidligere erfaringer ble tatt på alvor. Pasienten fikk også fortløpende forklart hensikten både med det behandler gjorde og spørsmålene som ble stilt. Ingen kommunikasjon mellom pasient og behandler ble overlatt til kroppsspråket da det særlig kan misforstås hos pasienter med Asperger syn-



Figur 3. Pasientens TOO- behandlingsløp: De fargede firkantene viser seanser med de ulike behandlere. Pasientens overgang og vekslingen mellom de ulike sesjonene samt fagpersonene er beskrevet i mer detalj i teksten over. SP (støtte personell). TS (tannhelsesekretær).

drom. For å redusere pasientens uttalte opplevelse av håpløshet, ble forskjellene mellom tidligere tannbehandlingserfaringer og planlagt behandlingsforløp hos TOO fremhevet. Pasienten ble også gitt informasjon om prinsippene for eksponeringsterapi. Det ble understreket at eksponeringen skulle foregå i små kontrollerte trinn, på en planlagt og forutsigbar måte, hvor pasienten skulle ha kontroll hele veien. Dette fikk moderert pasientens oppfatning av seg selv som et håpløst tilfelle, slik at han var villig til å gi behandlingen en sjanse.

### Overføringen fra psykolog til tannlege – angsthierarki, toleransevinduet og eksponeringsterapi som verktøy

Etter tre innledende psykologtimer fulgte psykologen pasienten til første time hos TOO-tannlegen. I denne timen var fokuset på relasjonsbyggingen til tannlegen. Siste del av timen ble brukt til kartlegging av pasientens reaksjoner på ulike prosedyrer og stimuli hos tannlegen, vist i figur 4.

Det ble tidlig bekreftet at ekstraksjon lå utenfor pasientens toleranseevne. Pasienten ble derfor henvist til TAKO-senteret for å få utført dette i narkose. På grunn av flere måneders ventetid ble det planlagt å gjennomføre eksponeringsterapi i ventetiden og lagt en forutsigbar plan for de kommende timene.

Neste time hos tannlegen ble innledet med psykoedukasjon. Forklaringsmodeller for angstreaksjoner, (3) eksponeringsterapi (4,5) og toleransevinduet (6) ble tegnet, gjennomgått og individualisert til pasientens aktuelle situasjon. Dette artikkelformatet gir ikke rom for å beskrive teoriene eller den kliniske anvendelsen av samtlige forklaringsmodeller. Forfatterne velger derfor å se nærmere på mulig anvendelse av de mest sentrale teoriene.

Å befinne seg innenfor sitt toleransevinduet vil si at individet er aktivert i optimal grad, slik at ny læring kan finne sted og pasienten tåler sine emosjonelle reaksjoner uten å bli for overveldet (6). Ved hyperaktivering er angsten høy og kroppen er sterkt aktivert. Ved hypoaktivering er aktiveringen for lav og pasienten er ikke mentalt til stede i situasjonen. I begge disse tilstandene er det vanskelig å lære at tannbehandlingssituasjonen egentlig er trygg (7,8). Det er derfor avgjørende at tannlege og pasient til enhver tid samarbeider om å kartlegge toleransevinduet og sørger for å holde pasienten innenfor dette under eksponeringen. Figur 5 viser en forenklet modell av toleransevinduet. Ved oppstart var det å ligge i tannlegestolen og ha tannlegen i nærheten, det som lå innenfor pasientens daværende toleransevinduet (figur 4).

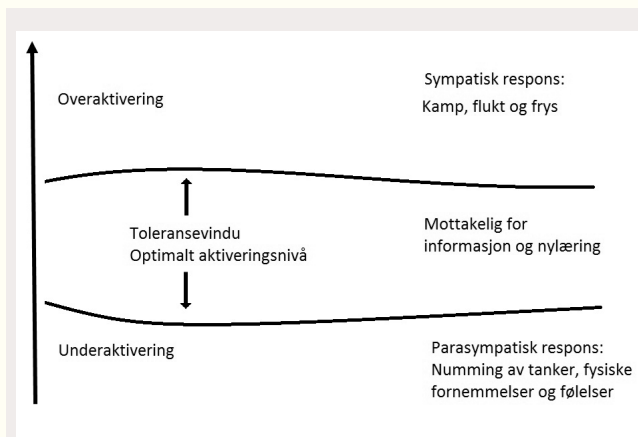
I samtalen med pasienten ble det etablert klare spilleregler for hvordan eksponeringsterapien skulle foregå. Siden lys var den største angst-triggereren, fikk pasienten bruke solbriller eller sove-

## Angst-hierarki før start av eksponering



Figur 4. Angst-hierarkiet, også «angst-trapp» (2). Jo høyere opp i trappen, jo mer angst vekker prosedyren. Lyset var mest triggende, mens det å ligge i stolen var innenfor pasientens toleransevindue ved oppstart.

maske i behandlingsrommet ved behov. Pasienten hadde behov for å vite hvilke typer prosedyrer som skulle utføres, tydelig varsel ved skifte av prosedyre og nøyaktig varighet av det som skulle utføres. Pasienten ønsket imidlertid ikke informasjon om instru-



Figur 5. Illustrasjon av toleransevinduet basert på Ogden, Minton & Pain (6).



Figur 6. Ved etterkontroll etter narkosen.

menter, innholdet i selve prosedyrene eller å ha visuelt innsyn underveis i tannbehandlingen. Entydig start – og stoppsignal ble avtalt og testet ut i praksis.

Målet med eksponeringsterapien var å gjenopprette tillit til tannleger og redusere angst, blant annet gjennom å dele tannbehandlingen opp i oversiktlige og håndterbare delmål. Ved å holde pasienten innenfor toleransevinduet under eksponeringen og lære ham mestringsverktøy, kunne angsten reduseres i løpet av åtte sesjoner med

eksponering (vist som 8 grønne firkanter i figur 3). Pasienten gjennomgikk trinnvis eksponering for alle prosedyrene som var nødvendige for å ivareta rest-tannsettet i fremtiden, inkludert anestesi, konserverende behandling, puss og rens. For å øke pasientens opplevelse av kontroll og trygghet, ble det til slutt utarbeidet en detaljert «bestillingsliste» over hva pasienten hadde behov for av tilpasninger og spilleregler hos fremtidige tannleger. I tillegg til lys-skjerming, og spillereglene om forutsigbarhet og kontroll nevnt ovenfor, presiserte pasienten i sin bestilling til fremtidige behandlere at det mest kritiske var å bli møtt med respekt, forståelse og empati. Et eksempel på en spilleregul, som også reflekterer de negative relasjonserfaringene pasienten tok med seg inn i behandlingsrommet, var: «Ikke kjeft på eller gjør narr av meg, spesielt hvis jeg avslører noe som er sårbart for meg.» Figur 6 viser tannstatus etter sanering og deler av den konserverende tannbehandlingen.

### Overføring til narkose

Etter fem måneder ble pasienten innkalt til før-konsultasjon hos sykehustannlegen ved lokalsykehus. Pasienten hadde behov for følge av TOO-tannlegen til konsultasjonen, både som støtte ved gjennomgangen av spilleregler og for å sortere informasjonen gitt angående narkosen. Pasienten hadde behov for tett oppfølging av TOO-tannlegen via e-post for å få informasjon repetert på detaljnivå og svar på nye spørsmål. Dette var helt avgjørende for å dempe uro og uforutsigbarhet i ukene han ventet på narkosen. TOO-tannlegen holdt derfor tett kontakt med både sykehustannlege og de ulike behandlerne underveis. Siden pasienten ikke hadde pårørende, ba han også om å bli fulgt av TOO-tannlegen til narkosetimen. I døgnet etter narkosebehandlingen er det obligatorisk med tilsyn hjemme. Derfor bestilte han en privat sykepleier for å få tilsyn i døgnet etter narkosen.



## Narkosebehandling

Sedasjon og lystgass ble rutinemessig vurdert, men ble utelukket fordi det å være våken under tannekstraksjonene var for angstskapende. Pasientens største utfordring med narkosen var et fobisk forhold til det å skulle ha veneflon på hånden (venekateter), med bakgrunn i tidligere negative erfaringer. Pasienten ønsket å få veneflon først etter at narkosen var innledet. På grunn av utfordringer med tverrfaglig kommunikasjon og interne rutiner ble ikke dette hensynet tatt.

## Postoperativt forløp

I etterkant av narkosen hadde ikke helsepersonell på sykehusets oppvåkning satt seg tilstrekkelig inn i pasientens anamnese og behov. Pasienten våknet derfor opp med veneflon i armen, noe han ikke var forberedt på. Det utløste en massiv angstreaksjon, slik at pasienten rev veneflonen ut av armen med påfølgende blødning og rømningsforsøk. Pasienten opplevde situasjonen som så traumatisk at det utløste et betydelig funksjonsfall, som varte i over 6 uker. I denne perioden opplevde han en betydelig symptomøkning, inkludert søvnvansker, mareritt, høy angstaktivering, isolering og påtrengende og skremmende gjenopplevelser av situasjonen. Sykehustannlegen forsøkte å henvise pasienten til psykolog ved sykehuset, men pasienten fikk avslag. TOO-tannlegen holdt aktiv kontakt med pasienten via e-post, og fikk til slutt pasienten til å møte til debriefing hos TOO-tannlegen, med etterfølgende konsultasjon hos psykolog ved TOO.

Tre måneder senere ble pasienten fulgt av TOO-tannlege til overføringskonsultasjon hos implantatkirurg. «Bestillingslisten» ble gjennomgått i detalj og denne gangen ble pasientens spilleregler fulgt, slik at han mestret den kirurgiske behandlingen uten traumatisk etterslep. Han ble senere fulgt av TOO-tannlege tilbake til henvisende tannlege, hvor han presenterte sine spilleregler med verbal støtte fra TOO-tannlegen. Det har totalt gått ett år fra henvisning ble mottatt til pasienten kunne påbegynne implantatbehandling hos henvisende tannlege.

## Drøfting

En trygg og god relasjon er bærebjelken i all pasientbehandling. Det kreves ofte mer tid å bygge en god og tillitsfull relasjon til pasienter med sammensatt problematikk enn til andre. Denne kasusrapporten er ment som et eksempel på hvordan sårbare pasienter kan ha nytte av å bli fulgt av samme behandler over tid, og bistand ved overføring til nye behandlere (henvisende tannlege/paraplytannlege).

Pasienter som skal motta tverrfaglig tannbehandling på tvers av institusjonene har i dag ikke krav på en koordinator. I forskrift om habilitering og rehabilitering (9) står det at pasienten har krav på en koordinator i primærhelsetjenesten. Hjelp til tannbehandling er forankret ulike steder i helsetjenesten. For en pasient kan det være en stor barriere å forstå hvor i systemet man skal ta seg frem, spesielt dersom hjelp til tannbehandling begynner i primærhelsetjenesten og på et senere tidspunkt ender i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med behov for et tilrettelagt tilbud ville en koordinator kunne vært med på å hindre situasjoner som det

vår pasient opplevde. En koordinator kan samtidig være en nøkkelperson for pasienten som kan skape bedre pasientflyt, et mest mulig effektivt behandlingsforløp og sikre kvaliteten på tannhelsetilbudet (10).

Behandlingen av denne pasienten var tidkrevende. Angstbehandlingen i TOO-teamet kan ofte omfatte inntil 10 sesjoner. Omfanget av den odontologiske behandlingen varierer mellom individer. Ofte dreier deg seg om et oppsamlet behov med kompliserte odontologiske problemer som vil kreve flere sesjoner. Skal pasienten oppnå en varig, god tannhelse mener vi at disse ressursene må til. På en annen side er det slett ikke alle pasienter som vil kreve like mye

Kombinasjonen av vansker i sosiale settinger som et resultat av grunnlidelsen, sterk angst, følsomhet for vanlig stimuli i tannlegesettinger og et sterkt behov for forutsigbarhet gjorde denne pasienten sårbar i tannbehandlingssituasjonen. Slik sårbarhet kan bli en kompliserende faktor i møte med et tverrfaglig behandlingsapparat. Det er behov for at alle som er involvert i behandlingen, setter seg inn i pasientens problematikk på forhånd. Dette inkluderer å sette seg inn i både journal, eventuelle informasjonsskriv om hva pasienten har behov for, eventuelle diagnoser og hvordan disse gir seg utslag hos den aktuelle pasienten. Spesielle behov kan ofte bli utfordrende å ivareta i et stort sykehusmiljø. Stor variasjon i hvilket og omfanget av helsepersonell som er på vakt kan øke risikoen for svikt i informasjonsutveksling, med potensielt store konsekvenser for pasienten. Denne kasusbeskrivelsen viser hvor viktig det er å kvalitetssikre og kalibrere det tverrfaglige samarbeidet, spesielt i møte med sårbare pasienter. Målet bør være å hindre at behandlingen oppleves som traumatisk og begrense unødvendig bruk av ressurser.

Kasusbeskrivelsen peker på et behov for utvidet kompetanse blant allmenntannlegene og annet helsepersonell når det gjelder pasienter med sammensatte problemer. Tannbehandling av voksne med psykiatridiagnoser krever odontologisk og medisinsk tverrfaglighet, og helst etablerte nettverk av behandlere med erfaring med denne typen problematikk. Narkosebehandling er ikke en enkel løsning, og kan innebære flere mulige fallgruver knyttet til tverrfaglig samarbeid og informasjonsflyt. Psykologiske vurderinger i planleggingen av narkosebehandling bør tas med, og behandler tannlege i narkose bør ha kjennskap til sykehusets prosedyrer og personell. Kommunikasjon mellom henvisende tannlege og alle involverte behandlere er ønskelig for å avklare endelig behandlingsmål og ansvarsfordeling. Fra et odontologisk perspektiv bør det fremheves at teknikk sensitiv og avansert tannbehandling (for eksempel endodontisk behandling av 7'ere, presisjonsavtrykk og bittregistreringer) er en stor utfordring i narkose. I tillegg vil langvarig narkosebehandling øke de medisinske risikofaktorene og bivirkninger i etterkant. Vår erfaring er at angstbehandling bør være forsøkt gjennomført før narkose vurderes, blant annet fordi narkosen også kan være psykologisk belastende (11,12). Tannbehandling i narkose på pasienter med kjente psykologisk traumer er ikke beskrevet spesifikt i litteraturen (Ifølge D.Ø. Nordanger, 2016. Personlig meddelelse.)

## English summary

Haugbo HO, Rydning L, Torper J.

### Interdisciplinary dental care: A case study investigating dental and psychological aspects

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 98–103

The purpose of this case presentation is to make the TOO service known among dentists, as well as pointing out challenges and pitfalls associated with longer courses of treatment involving various groups of professionals and general anaesthesia in hospitals.

The presentation places particular emphasis on the part of TOO that practices exposure therapy. This is exemplified by a case concerning a 43-year-old man diagnosed with Asperger's syndrome and odontophobia.

While working on this case presentation, we discovered:

- In order to give a qualitative good dental treatment for vulnerable patients, extra time and resources are needed as well as an interest in working interdisciplinary.

- A lack of literature concerning post operative follow up after dental treatment performed with general anaesthesia among patients with known psychological difficulties.

### Referanser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed., text rev. Washington, DC: Author. 2000.
2. Shahnavaz S. Tandvårdspsykologi. Lund: Student Litteratur AB; 2012.p. 160.
3. Öst L-G, Skaret E, editors. Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety, 1th ed. John Wiley & Son; 2013. p. 119–34, p. 44.
4. Rosquist J. Exposure Treatments for Anxiety Disorders. New York: Taylor & Francis Group; 2005. p.56.
5. Appukuttan Deva Priya. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: litterature review. Clin Cosmet investig Dent. 2016; 8: 35–50.
6. Ogden P, Minton K & Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: W. W. Norton; 2006. P. 26–40.
7. Siegel DJ. Developing Mind, 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2012. P. 281–3.
8. Braarud H, Nordanger DØ. Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2014; 51: 530–6.
9. Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16 desember 2011 nr.1256. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
10. Bjørkvik J. Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst. Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 350–4.
11. AcetoP, Perilli V, LaiC, Sacco T,Ancona P, Gasperin E,Sollazzi L. Update on post-traumatic stress syndrome after aneste-sia. Eur Rev Pharmacol Sci.2013; 17: 1730–7.
12. Rattray JE, Hull AM. Emotional outcome after intensive care: litterature review. J Adv nurs 2008; 64: 2–13.

# Zirkonzahn®

## ONLY THE BEST FOR THE PATIENT

Prettau® Bridge med anodiserte titanium distanser



Høykvalitet fra Zirkonzahn

Vil du vite hvorfor?  
Skann QR koden!



Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tirol – T +39 0474 066 680  
[info@zirkonzahn.com](mailto:info@zirkonzahn.com) – [www.zirkonzahn.com](http://www.zirkonzahn.com)

*Korresponderende forfatter: Helena.O. Haugbo, Sykehustanklinikken v/  
TAKO-senteret Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberggata 17, 0440  
Oslo.*

*Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.*

*Haugbo HO, Rydning L, Torper J. Tilrettelagt tannhelsetilbud: Erfaringer  
med tverrfaglig behandling av pasient med sammensatt odontologisk og  
psykologisk problematikk. En kasusrapport. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2018;  
128: 98–103*