

Hans Jacob Rønold, Erik Saxegaard og Jan Eirik Ellingsen

Hvordan sikre en god start på en vellykket tannbehandling?

En gjennomarbeidet behandlingsplan vil alltid være grunnlaget for et forutsigbart sluttresultat. Det vil oftest være flere alternativer til en behandling. Valget pasienten og tannlegen gjør i fellesskap, vil påvirkes av flere faktorer. Gjennomføringen av planen må ses på som en dynamisk prosess hvor justeringer må gjøres avhengig av pasient respons på behandling i innledende faser. Ofte vil det være et kompromiss som er akseptabelt for begge parter når økonomiske og prognostiske forhold legges til grunn. Behandlingsplanen skal være en avtale mellom pasient og tannlege.

I møte med pasienter med omfattende og komplekse dentale problemstillinger, kan det i mange tilfeller være vanskelig å velge hvor behandlingen skal starte, og enda vanskeligere å se hvilket sluttresultat som er mulig å oppnå. Det vil ofte finnes flere mulige behandlingsalternativer for å løse et problem, og hvilken behandling som velges vil være avhengig av behandlerens erfaring og kunnskap, samt hvilke tilgjengelige teknikker behandleren behersker. Faktorer som kan være essensielle for hvorvidt en behandling vil være til hjelp for pasienten, årsakene til problemene og ikke minst hvordan behandlingen vil fungere over tid, blir ofte ikke identifisert. Karakteristisk for en slik restorativ behandlingsfilosofi er at tannlegen gjerne søker å løse pasientens problemstillinger

med fokus på å erstatte manglende tenner. Tanker på hvorfor pasienten har kommet i den aktuelle situasjonen og hvilke behov pasienten har på lang sikt, kan ofte komme i andre rekke. Klinisk praksis har i den senere tid endret seg fra en restorativ- til en mer helseorientert modell. En helseorientert modell tar i større grad utgangspunkt i de aktuelle diagnoser hos den enkelte pasient. Det legges mer vekt på årsaksrelatert behandling for å sikre et langsiktig godt resultat. Det vil si at behandleren må bruke mer tid på å identifisere årsaken(e) til pasientens problemer og om mulig må bakenforliggende årsaker elimineres før en igangsetter restorativ behandling. Behandlingsform bør velges i lys av pasientens aktuelle problemstilling og livssituasjon, samt hensynta evne til vedlikehold.

Andelen eldre i befolkningen som beholder egne tenner er sterkt økende, og for denne pasientgruppen vil en helseorientert modell være viktig. Ved behandling av geriatriske pasienter kan det være mange risikofaktorer som vanskeliggjør tannbehandling. Både somatiske og psykiske lidelser hos pasientene vil i betydelig grad kunne påvirke vellykkethet og overlevelse av en eventuell restaurering. Samtidig, sett i et helseperspektiv, vil tannbehandling i denne pasientgruppen kunne bidra positivt til livskvalitet.

Innen de fleste medisinske disipliner er det nå fokus på pasientsentrert tilnærming til all behandlingsplanlegging. En pasientsentrert behandlingsplan er en helhetlig plan der pasienten selv deltar i valget av tilgjengelige undersøkelsesmetoder og behandlinger. Pasientens fulle deltakelse i denne prosessen sikrer at behov og ønsker, motivasjon for og mål med behandlingen blir ivarettatt.

Forfattere

Hans Jacob Rønold, dr.odont., spesialist i oral protetikk, førsteamanuensis. Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Erik Saxegaard, dr.odont., spesialist i oral protetikk, førsteamanuensis. Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Jan Eirik Ellingsen, dr.odont., spesialist i oral protetikk, professor. Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Klinisk relevans

Vellykket behandlingsplanlegging forutsetter tilstrekkelig kunnskap, god kommunikasjon, kliniske ferdigheter, etiske vurderinger – og sunn fornuft. Klinisk skjønn krever praktisk erfaring, herunder observasjon av egne behandlinger over tid. Mislykket klinisk resultat kan i noen tilfeller være relatert til utilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon med pasienten.

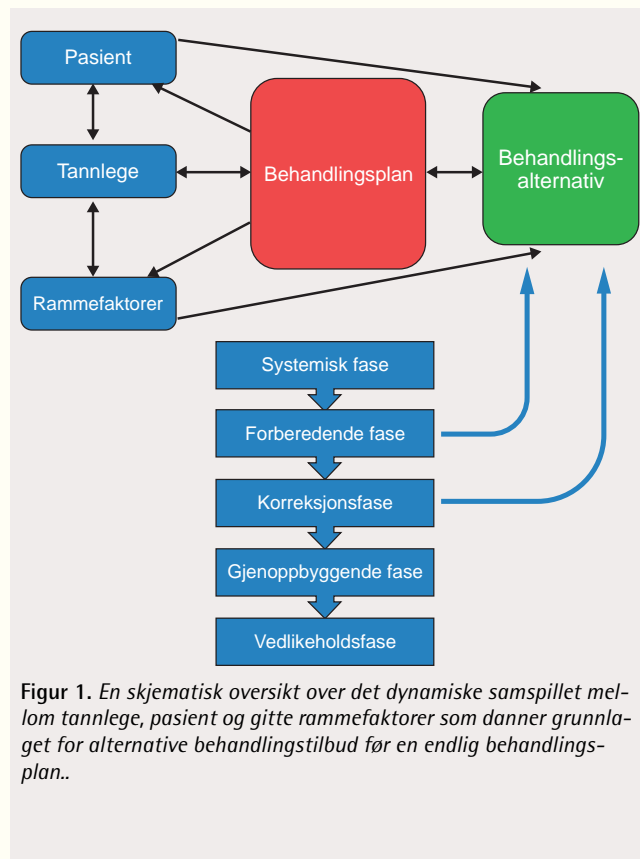
Tabell 1. Anbefalt systematisk oversikt over behandlingsprosessen når komplekse rehabiliteringer er nødvendig (tilpasset etter Lang & Brægger (3) og Kay & Nuttall (4)). De fem hovedbehandlingsfaser er presentert i den første kolonnen, og noen tilsvarende relevante trinn innenfor hver fase, er angitt i de respektive boksene i den høyre kolonnen

Fase	Innhold
Systemisk	Kontroll av akutte smerter, infeksjoner, frakturer, gingival blødning og andre patologisk tilstander. Medisinske konsultasjoner om nødvendig.
Forberedende	Informasjon og motivasjon. Hygieneinstruksjon, scaling og profylakse. Kostanalyse. Fluoridbehandling. Ekstraksjon av håpløse tenner, rotrester. Midlertidige restaureringer, – proteser
Korreksjon	Enkle restaurerende arbeider, stifter og konusoppbygginger. Endodontiske, periodontale, protetiske, ortodontiske, osv, konsultasjoner
Gjenoppbyggende	Endelig vurdering av behandlingsbehov og muligheter. Alle alternativer skal være vurdert. Endring av vertikal høyde? Informasjon om operativ behandling
Vedlikehold	Recall, reinstruksjon, remotivasjon. Kontroll av periodontal helse, kariesaktivitet, okklusjon, faste og avtakbare proteser og implantater. Supplerende røntgenbilder og tester som måtte kreves.

I et informert samtykke ligger det at beslutningene gjøres i samråd med pasienten. Som behandlere har man kunnskap om diagnostiske teknikker, sykdommer, prognoser, behandlingalternativer, forebyggende strategier o.l., men det må ikke glemmes at mange av pasientene kan besitte mye bakgrunnskunnskap. Pasientene har i dag ofte kunnskap rundt egne tidligere sykdommer, sosiale forhold, vaner og atferd, risikotoleranse, egne verdier og preferanser. Mange pasienter søker i dag kunnskap på internett og er opplyst på en helt annen måte enn tidligere (1).

Arbeidet med en behandlingsplan burde derfor være en prosess der behandler og pasient sammen identifiserer og rangerer hvilke problemer som kan og bør løses, kommer til enighet om kortsiktige og langsiktige mål, og på bakgrunn av dette beslutter hvilke behandlingsmetoder og ressurser som skal benyttes. Det finnes mange flytskjemaer og andre tabellariske oppsett for å forenkle behandlingsplanleggingsprosessen. Mange av disse er spesifikke og for lite generelle for en samlende oversikt. Det vil ikke nødvendigvis si at de er uegnet, men for generell bruk blir de for snevre og mangelfulle. Det er viktig å skille mellom en behandlingsplan som fokuserer på behandling på tann-nivå, og en plan som formulerer en langsiktig strategi som involverer beslutninger om behandling av enkelttenner i et helhetlig tannsett. Hele tannsettet må betraktes som en funksjonell enhet (2).

For å oppnå et vellykket sluttresultat, bør noen behandlingsstrategier deles inn i kortsiktige, mellomlangsigte og langsiktige planer. Men behandleren må hele tiden ha et helhetlig syn og ta hensyn til den enkelte pasients spesielle behov. Den strukturerte behandlingsplanen som er benyttet, er modifisert etter



Figur 1. En skjematisk oversikt over det dynamiske samspillet mellom tannlege, pasient og gitte rammefaktorer som danner grunnlaget for alternative behandlingstilbud før en endelig behandlingsplan..

Lang & Brægger (3) og er inndelt i fem faser: systemisk fase, forberedende fase, korreksjonsfase, gjenoppbyggende fase og vedlikeholdsphase.

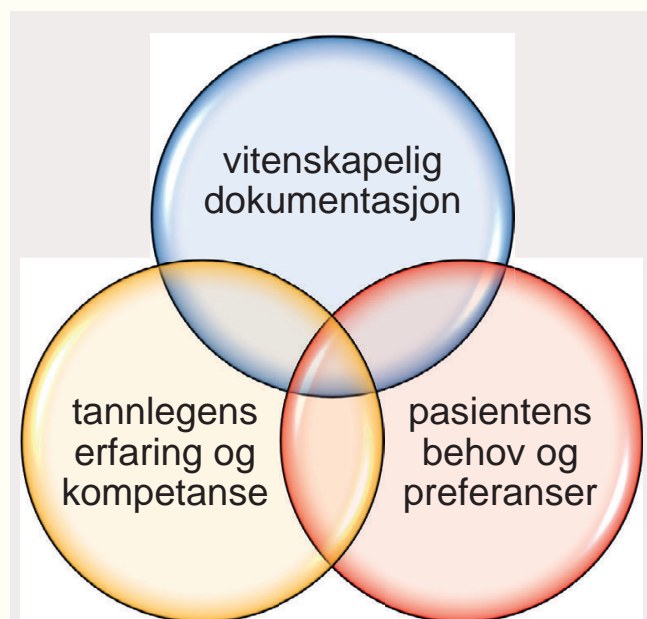
Systemisk fase

I den systemiske fasen skal tannlegen primært samle inn og sammenstille informasjon. Både i akutsituasjoner og ved mer planlagte behandlingløp er dette viktig for å beskytte pasient og behandler mot uønskede konsekvenser av en eventuell behandling. Det må avklares om pasienten har sykdommer eller bruker medikamenter som kan medføre uønskede og kanskje alvorlige konsekvenser i forbindelse med behandlingen. Det gjelder for eksempel pasienter som er strålebehandlet etter å ha gjennomgått kreftbehandling, og pasienter som er under systemisk behandling med bisfosfonater, som i begge tilfeller må identifiseres før eventuell kirurgisk behandling starter. Før kirurgiske inngrep må tannlegen uansett ta opp en grundig anamnese med kartlegging av pasientens helsetilstand og medikamentbruk slik at uforutsette hendelser i forbindelse med behandlingen kan unngås.

Det første spørsmålet som bør stilles pasienten, er det enkle, men avgjørende; «Hva kan jeg hjelpe deg med?» Dette er langt mer enn en forespørsel om informasjon. Det viser at behandleren først og fremst er innstilt på å hjelpe pasienten. Dette skaper tillit og trygghet – som er viktige komponenter i et tannlege/pasient forhold. Det er viktig å identifisere pasientens hovedproblem, noe som ofte kan kreve mer enn ett besøk. Pasienten må gis tid til å forklare sin situasjon og problemstilling med egne ord. I denne egenbeskrivelsen bør også vedkommendes forventninger om

mulige behandlingsresultater journalføres. I tillegg journalføres hvilke behandlingsalternativer som er presentert for pasienten, og pasientens respons på disse. I tillegg til pasientens odontologiske problemer kan det være allmenmedisinske, psykologiske, sosiale og økonomiske problemstillinger som må hensyntas. La pasienten få tid til å snakke ut! Det er en fare for at medisinsk personell kan gi pasientene for liten tid til å utdype sine problemer og man kan dermed lett gå glipp av viktig informasjon. En behandling kan ikke anses som helt vellykket dersom pasienten ikke blir fornøyd. Mange tannleger har nok opplevd å føle at man har gjort en samvittighetsfull og god jobb, men likevel ikke klart å innfri pasientens forventninger. Derfor gjelder det å avdekke disse forventningene på et tidlig tidspunkt i prosessen, ikke minst om de er urealistiske. Selv om den faglige kvaliteten på utført arbeid er av stor betydning for en restaurerings levetid, vil pasientene ofte ikke ha noe forhold til dette. At behandlingen er smertefri, at sluttresultatet oppleves som estetisk tilfredsstillende og at det kjennes behagelig i munnen, er oftest avgjørende for pasientens aksept og tilbakemelding.

Noen pasienter har store og dels urealistiske forventninger til behandlingsresultatet. Et av målene som behandlere ofte er opptatt av er å ha fornøyde pasienter og å tilfredsstille pasientenes ønsker. Men det er også viktig at behandler innser egen begrensning når det gjelder håndtering av komplisert behandling. Dersom kommunikasjonen er dårlig eller mangelfull samtidig som pasientens urealistiske forventninger forsøkes tilfredsstillt, vil det ofte kunne ende i problemfylt konflikt med pasienten. Om man som behandler har følelsen av at tilbudt behandling ikke vil komme til å tilfredsstille pasienten, bør man så tidlig som mulig si fra om dette. Det er tross alt bedre å miste en pasient før behandlingen har startet enn etter at den er avsluttet.



Figur 2. Evidensbasert tannbehandling integrerer tannlegens kliniske ferdigheter og erfaring, behov og preferanser som uttrykt av pasienten, og ikke minst vitenskapelig dokumentasjon. Alle disse tre faktorene er like viktige ved valg av alternative behandlingstilbud.

Anamnese og klinisk undersøkelse er to viktige sider ved den systemiske fasen. De utfyller hverandre i en slik grad at det er vanskelig å legge en optimal behandlingsplan uten å sammenstille informasjon fra de to. En mulig diagnose kan synes innlysende ved undersøkelsen alene, men uten en grundig anamnese kan viktige momenter bli oversett. Noen «synlige» sykdommer/tilstander kan lett kamuflere andre. Om pasienten er kjent fra før, er det likevel nødvendig å oppdatere tidligere anamnestiske opplysninger da nye sykdommer eller ny medisinbruk siden siste besøk hos tannlegen, kan påvirke behandlingsvalg og -muligheter. Mange pasienter unnlater eller glemmer å fortelle dette uoppfordret slik at tannlegen selv aktivt må spørre pasienten om eventuelle endringer siden sist.

Sammenstilling av informasjon fra anamnesen med den kliniske undersøkelsen gjør det mulig å:

- Stille en tentativ diagnose på pasientens odontologiske hovedproblem
- Fastslå eventuelle systemiske faktorer som kan påvirke denne diagnosen
- Fastslå om eventuell behandling vil kreve spesielle forholdsregler før og/eller underveis i prosessen.

Tentativ diagnose

Ofte er det mulig å stille en foreløpig diagnose allerede på bakgrunn av innsamlet informasjon under den første konsultasjonen, mens den definitive diagnosen derimot ofte kan være vanskelig å stille uten bruk av en eller flere tilleggstester eller -undersøkelser. For eksempel kan et dypt kariesangrep i en tann synes som en åpenbar årsak til smerte, mens supplerende røntgenbilder er nødvendig for å utelukke annen patologi som hovedkilde til smerten.

Et orthopantomogram (OPG) representerer en åpenbart relevant tilleggsundersøkelse som kan avdekke ikke frembrutte/retinerte tenner og røtter, rotfragmenter, samt «stille» patologiske tilstander. Det gir god oversikt og kan videre bekrefte posisjon og morfologi av tenner, alveolarprosess og kjeveledd. På samme vis kan blodprøver brukes både for å bekrefte en spesifikk diagnose og til generell screening for identifisering av uoppdagede tilstander. Artikulerte studiemodeller kan være til uvurderlig hjelp for å studere aktuell bittstatus og for å vurdere eventuelle endringer i pasientens okklusjon og artikulasjon.

Endelig diagnose

De endelige diagnosene, uansett om de er enkle eller mer komplekse, kan stilles etter at anamnesen, den kliniske undersøkelsen og ulike relevante supplerende undersøkelser er gjennomført.

Forberedende fase

Den forberedende fasen er kanskje den viktigste i en årsaksrettet behandling. Formålet er å etablere rene og sunne forhold i munnhulen. Hvor lang tid denne fasen tar, er avhengig av hvor omfattende behandlingsbehovet er, men bør alltid gjennomføres før den endelige behandlingsplanen legges. Punktene som bør inngå er:

- Informasjon og motivasjon av pasienten
- Instruksjon i egenprofylakse m.h.t. til karies og den periodontale situasjonen
- Profesjonell profylakse og fjerning av plaqueretinerende faktorer
- Ekstraksjon av «fortapte» tenner
- Fremstilling av temporære erstatninger

Sammen med øvrige tiltak fører effektiv årsaksrettet behandling til optimale og mer forutsigbare forhold for etterfølgende behandling. Det finnes alltid flere enn ett behandlingsalternativ. Ved gjennomgang av de ulike alternativene, må hele tannsettet vurderes som en funksjonell enhet selv om pasientens hovedproblem kun er relatert til enkelttenner. Pasienten skal alltid involveres i vurderingen av de ulike alternativene, og motta informasjon slik at man på fritt grunnlag evner å ta stilling til økonomiske-, prognostiske- og tidsmessige- forhold ved disse. Tannlegen bør tilstrebe å ikke fremheve ett behandlingsalternativ fremfor et annet dersom dette ikke er fundamentert i vitenskapelig dokumentasjon, men kun bygger på personlig preferanse (4). Grunnleggeren av begrepet «Evidence-based medicine» (EBM), David L Sackett, definerer tilnærmingen til EBM som «the integration of individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research» (5). Alle tannleger bør være fortrolig med begrepet EBM eller evidensbasert tannbehandling (EBT). EBT forutsetter en fornuftig integrering av klinisk relevant vitenskapelig dokumentasjon med utøverens kliniske skjønn og pasientens preferanser og behov for tannbehandling. Problemet med en EBT-tilnærming er at den ikke evner å ta hensyn til pasientens ønsker, oppfatninger og holdninger. Oversiktene unnlater dessuten å ta hensyn til at alle behandlingsforslag både kan ha fordeler og ulemper. Videre finnes det studier som viser stor variasjon mellom forskjellige tannlegers diagnoser og behandlingsplaner for samme pasient. Hva som er relevant eller av betydning for én behandler, trenger ikke nødvendigvis å være det for en annen. Svaret på pasientens naturlige spørsmål om hvilket alternativ tannlegen anser som det beste, må baseres på den informasjon som er samlet under anamnese og klinisk undersøkelse i den systemiske fasen.

Generelle betraktninger

Forholdet pasient – tannlege

Sannsynligheten for at tannlege og pasient har samme forventninger til behandlingen, er ikke veldig stor. Det kan også være motsetninger mellom hva pasienten ønsker og hva som faktisk er behovet. Pasienter kan ha sterke, men feilaktige tanker om årsakene til sine tannproblemer, og kan bli forvirret av dental terminologi eller sjargong. Dessuten kan mange pasienter ha problemer med å forstå hva som blir forklart, og hvorfor en behandling blir foreslått. Men til syvende og sist er det tannlegens ansvar at pasienten forstår innholdet i de undersøkelses- og behandlingsopplegg som blir presentert.

Pasienters oppfatninger om og holdninger til sin tannhelse

En velegnet behandling for én pasient kan være uegnet for en annen. Om en pasient for eksempel tidligere har hatt negative erfaringer med en gitt type behandling, vil oppfatninger og holdninger preges av dette. Men i de fleste tilfeller vil en omsorgsfull tilnærming og grundig forklaring fra tannlegens side være tilstrekkelig for at pasienten aksepterer behandlingen.

Pasientens alder

Pasientens alder kan ha betydning for valg av behandling. Hos barnepasienter vil fortsatt tannfrembrudd eller stort pulpacavum kunne påvirke valg av terapi ved for eksempel restaurering av en tann. Større risiko for periodontal sykdom og redusert salivasjon hos eldre pasienter kan også spille en viktig rolle i utforming av behandlingsplanen. I begge tilfeller må anbefalinger bli presentert på en måte som er tilpasset pasientens alder og helsesituasjon. En god behandlingsplan kan slå feil som følge av pasientens manglende evne til å tåle lange behandlingseanser eller grunnet vedkommendes reduserte gapeevne. På samme måte kan generelle medisinske tilstander gjøre selve behandlingen vanskelig. Slike forhold må også vurderes opp mot pasientens evne og mulighet for vedlikehold av kompliserte restaureringer. All behandling må planlegges med prognosevurdering basert på pasientens muligheter for vedlikehold. Mangelfull oral hygiene med påfølgende biologiske komplikasjoner er en av de viktigste årsakene til tap av faste protetiske restaureringer. Hvorvidt tannlegen bør anbefale en bestemt behandling eller velger å observere en mulig sykdomsutvikling, avhenger av om pasienten er innstilt på og motivert for å møte til regelmessig kontroll.

Pasientens økonomi

Økonomi er for mange en begrensende faktor ved valg av terapi. Kostnadens betydning blir større jo mer komplekse behandlingsalternativene er, som i eksemplene ekstraksjon versus rotbehandling, komposittoppybygging versus onlay el. krone, og avtakbar protese versus fast bro eller implantat. Et grunnleggende prinsipp er at pasienten må være informert skriftlig om de sannsynlige kostnadene før behandlingen påbegynnes. Det er ellers en viss fare for at offentlige bidragsordninger kan virke behandlingsdrivende og derved føre til overbehandling.

Tannlegens kompetanse

Tannlegens manglende erfaring og kompetanse må ikke utelukke pasienten fra en gitt type behandling. Et nærliggende eksempel er innsetting av implantater. Pasienter som har et slikt behov, må nødvendigvis henvises videre til kompetente kolleger.

Korreksjonsfasen

Etter at alle tiltak er gjennomført i den forberedende fasen, følger en fase der målet er å behandle konsekvensene av oral sykdom eller feil og samtidig legge til rette for den endelige behandlingen. I denne korreksjonsfasen vil tiltak styres av den behandlingsplanen som er lagt og inkludere faktorer som:

- Motivasjon og kooperasjon med pasienten

- Hygienestatus
- Kariesstatus
- Periodontal status
- Preprotetisk kirurgi, implantater
- Endodontisk status
- Funksjonelle okklusale forhold, krefter og påkjenninger, tannslitasje
- Behov for kjeveortopedisk korreksjon, ekstrusjon mm.

Da det som oftest finnes flere behandlingsalternativer å velge mellom, bør denne fasen ses på som et skritt på veien i en helhetlig behandlingsplan og alltid komme etter en årsaksrettet behandlingsplan. En løpende risikovurdering er viktig, og før man utformer den endelige behandlingsplanen, bør det gjøres en prognosevurdering av de ulike behandlingsalternativene. Det bør fortrinnsvis søkes støtte i evidensbaserte studier for å sikre at pasienten fullt ut forstår den sannsynlige langsiktige prognosen for hvert alternativ. I de fleste publiserte studier finnes bare begrenset informasjon om helseøkonomiske gevinster. I den svenske Sosialstyrelsens «Nationella riktlinjer för vuxentandvård» gis imidlertid slik vurdering av en ekspertgruppe for hver enkelt tilstand, og med det en nyttig indikasjon både for pasient, behandler og bevilgende helsemyndigheter.

Gjenoppbyggende fase

I denne fasen tas det sikte på å forbedre funksjonelle og estetiske forhold samt å hindre negativ utvikling. Hovedmålet med all behandling er å gi pasienten et funksjonelt tannsett fritt for aktiv sykdom og ubehag og som er estetisk tilfredsstillende. Det mest hensiktsmessige behandlingsalternativet er sannsynligvis det som gjør at man som behandler kan opprettholde sin yrkesetiske standard samtidig som man tilfredsstiller pasientens behov og krav. I de fleste tilfeller vil dette være lett oppnåelig, men som allerede nevnt, blir det likevel konflikt når disse to kravene står mot hverandre. Dersom tannlegen er i tvil om planlagt behandling er den rette, eller tviler på egen evne til gjennomføring, bør en ikke gå videre selv om pasienten presser på etter eget ønske. En god regel når behandlingsvalget ikke er helt åpenbart, er å velge en behandling som er minst skadelig og belastende biologisk og økonomisk, etter det velkjente motto; «...så lite som mulig, men så mye som nødvendig».

En godt gjennomtenkt og dokumentert behandlingsplan som er tilpasset pasientens behov og forventninger, burde gi følgende fordeler:

- Jevn og logisk progresjon gjennom de ulike behandlingsfasene
- Mindre stress for pasient, tannlege og klinikkpersonale
- Mer effektiv bruk av klinikktiden
- Mindre ulemper for pasienten
- Større sannsynlighet for å tilfredsstillende pasientens forventninger
- Redusert risiko for at pasienten ikke vil betale
- Enklere for kollega å overta/fortsette behandling dersom det skulle være nødvendig

Når tannlegen nå har gjennomgått de ovennevnte faser, og er klar til å presentere flere mulige behandlingsalternativer med respektive fordeler og ulemper for pasienten, er det forhåpentligvis etablert en viss grad av faglig respekt og tillit. I kommunikasjonen med pasienten bør bruk av tekniske termer og unødvendig mange detaljer unngås. Tannlegen bør først og fremst bruke tid på å informere pasienten om årsakssammenhenger og om forebygging av mulige fremtidige problemer. Foto, røntgenbilder og diagnostiske modeller kan bidra til informasjon og forklaring av hva som skal gjøres videre. Fordelene ved foreslått behandling og hvordan den vil hjelpe pasienten, bør vektlegges. Tannlegen bør alltid forsikre seg om at pasienten forstår den informasjon som gis, ikke minst er klar over konsekvensene av eventuelt ikke å motta behandling eller unnlate å følge råd om forebygging. Mulig risiko ved å akseptere behandlingen må naturligvis også bli forklart. Pasienten må være trygg på at behandlingen vil løse de aktuelle tannproblemene på en tilfredsstillende måte og sikre et langsiktig vellykket resultat. Det må gis informasjon om viktige sider ved behandlingen som kostnader, tidsaspekt, smerter og ubehag, og informert samtykke bør alltid innhentes fra pasienten (el. vergen) før en behandling starter. Ved større arbeider, hvor behandlingen forventes å være kostbar og strekke seg over en lengre periode, er det spesielt viktig at pasienten ved sin signatur aksepterer alle aspekter ved den foreslåtte behandlingsplanen, inklusive eventuelle nedbetalingsordninger. Det vil selvfølgelig ikke være påkrevet med like omfattende forhåndsvurdering og like omfattende utarbeidelse av behandlingsplan for alle pasientkasus. Noen pasienter søker kanskje bare akutt behandling og ønsker ikke annet enn lindring av smerte og ubehag. Pasienten har ofte sin egen tannlege som naturlig vil følge opp nødvendig videre behandling. En grundig anamnese bør likevel tas opp for å sikre at ikke tilstedeværende systemiske forhold vil skape problemer selv ved akuttbehandling. En kort epikrise adressert til pasientens tannlege vil være hensiktsmessig å sende med pasienten.

Når det gjelder kjente pasienter i egen praksis vil det normalt bare være nødvendig å oppdatere anamnese etter siste ordinære konsultasjon. Det er vanligvis tilstrekkelig å spørre etter eventuelle endringer i pasientens medisinske status og medisinbruk, mens mange av de ovenfor nevnte momenter kan sees bort fra eller bare flyktig berøres. Det er primært i denne pasientgruppen den enkelte tannlege møter de fleste av sine daglige behandlingsutfordringer.

Vedlikeholdsfasen

Vedlikeholdsfasen er den fasen som skal sikre behandlingen en optimal funksjonstid. I tillegg til rent teknisk vedlikehold av restaureringer og erstatninger er det viktig å opprettholde en god gingival og periodontal helse. Som nevnt, er kariesrecidiv, sekundærkaries og periodontitt de viktigste årsakene til biologiske komplikasjoner. Oppfølging må individuelt tilpasses den enkelte pasient ut fra risikoforholdene og hvilken behandling som er utført. Oppfølging av pasienter er en integrert del av en helhetlig behandlingsprosedyre. Ofte er dette en lite prioritert fase. Spesielt

viktig er dette for pasienter som har vært henvist, hvor en annen behandler enn den som normalt har pasienten til regelmessig kontroll, har utført vesentlige deler av behandlingen. I slike tilfeller bør det sendes epikrise til henvisende tannlege med vedlikeholdsanbefaling. Uavhengig av om behandlingen har innbefattet protetiske konstruksjoner på tenner eller implantater, men kanskje spesielt da, er regelmessig egeninnsats fra pasientens side m.h.t. fjerning av supragingivalt plaque en forutsetning for en langsiktig god prognose. For å nå dette målet, er det nødvendig med regelmessig klinisk reevaluering med passende interseptiv behandling samt informasjon og remotivasjon av pasienten. Vedlikeholdsfasen starter normalt umiddelbart etter at den årsaksrelaterte behandlingen er fullført og slutter i prinsippet aldri.

English summary

Rønold HJ, Saxegaard E, Ellingsen JE.

Dental treatment planning

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 162–7

A well considered and prepared treatment plan will always be a basic platform for the best predictable treatment result. Usually several alternative treatment options may be chosen. The final decision is made by the dentist and the patient together and will be influenced by a number of factors. The process of fulfilling the treatment plan is a dynamic one allowing modifications depending on patient responses on treatment actions during the first steps (phases). Very often the final treatment outcome is a compromise which is acceptable for both parties regarding prognosis

and cost. The treatment plan should always be based on a mutual agreement between the patient and the dentist.

Referanser

1. Woolever DR. The art and science of clinical decision making. *Fam Pract Manag.* 2008. May; 15: 31–6.
2. Ørstavik J. Examination. In: Nilner K, Karlsson S, Dahl BL, editors. *Fixed Prosthodontics. The Scandinavian Approach.* Gothia. 2013: 14–27.
3. Lang NP, Brägger U. Principles of prosthetic treatment planning. In: Öhwall B, Käyser AF, Carlsson GE, editors. *Prosthodontics. Principles and management strategies.* St Louis: Mosby Wolfe 1996: 135–48.
4. Kay EJ, Nuttall NM. (1997). *Clinical decision making: An art or a science?* London: BMJ Publishing Group, 1997.
5. Kronsöm M, Palmqvist S, Söderfeldt B. Prosthodontic decision making among general dentist i Sweden. II: The choice between fixed and removable partial dentures. *Int J Prosthodont.* 1996; 12: 527–33.
6. Sackett David L, Rosenberg William MC, Gray JA Muir, Haynes R Brian, Richardson W Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't.* BMJ. 1996; 312: 71.
7. Newsome P, Smales R, Yip K. Oral diagnosis and treatment planning: part 1. Introduction. *Br Dent J.* 2012; 13; 213: 15–9.

Adresse: Hans Jacob Rønold, epost: h.j.ronold@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Rønold HJ, Saxegaard E, Ellingsen JE. Hvordan sikre en god start på en vellykket tannbehandling? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 162–7.