

Jofrid Bjørkvik

Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst

I denne studien ble det undersøkt hvorvidt pasienter etter avsluttet behandling hos TOO-teamet (TOO: tortur, overgrep, odontofobi) ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland (TkVest/Hordaland) i Bergen mestrer vanlig tannbehandling, samt hvordan de har erfart overgangen til ordinær tannbehandling. Utvalget er pasienter som i løpet av 2013 startet behandling av tannbehandlingsangst ved TkVest/Hordaland.

Av de 16 intervjuede pasientene, hadde kun én pasient ikke kommet i gang med ordinær tannbehandling etter avsluttet behandling hos TOO-teamet. Fem pasienter hadde kommet i gang med tannbehandling hos ordinær tannlege etter gjennomført angstbehandling ved TkVest/Hordaland, men deretter hatt tilbakefall. Felles for disse fem var opplevd svikt i kommunikasjonen med tannlegen og redusert opplevd kontroll.

Av de 16 intervjuede var 15 svært godt fornøyd med behandlingen ved TkVest/Hordaland. En person var middels fornøyd. På spørsmål om hva det var ved behandlingen som pasienten særlig opplevde var til hjelp, ga 11 uttrykk for kvaliteter ved tannlegen. De hadde møtt en fagperson som de fikk tillit til og følte seg trygg på. Fem oppgav elementer ved selve behandlingsprosedyrene. En person takket ja til å komme til oppfølgingskonsultasjon hos TOO-tannlegen.

Artikkelen understreker tannlegens ansvar for relasjonen og pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor. Videre drøftes betydningen av at pasienten får støtte til å uttrykke egne behov i behandlingssituasjonen.

Hensikten med denne studien er å presentere resultater av en oppfølging av voksne pasienter som har startet behandling hos tortur, overgrep og odontofobi (TOO)-teamet ved TkVest/Hordaland i Bergen i løpet av et kalenderår.

Forfatter

Jofrid Bjørkvik, psykolog, PhD, spesialist i klinisk voksenpsykologi, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland, Bergen

Hovedmålsettingen med studien er å undersøke hvorvidt pasientene etter avsluttet behandling ved TkVest/Hordaland mestrer vanlig tannbehandling samt hvordan de har erfart overgangen til ordinær tannbehandling. Jeg spør også i hvilken grad behandlingen hos TOO-teamet var til hjelp og eventuelt hva pasienten opplevde som nyttig ved behandlingen.

TOO-teamet er tverrfaglige team med ansvar for tilrettelagt tannhelsetilbud til mennesker som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. På oppdrag av Helsedirektoratet har de regionale odontologiske kompetansesentrene de siste årene etablert og bygget opp denne type team, som består av tannlege, psykolog, tannhelsesekretær og i noen tilfeller tannpleier. Det er behandling av tannhelse relaterte angstlidelser som er hovedoppgaven og ikke selve tannbehandlingen. I noen tilfeller vil enkle tannbehandlingsprosedyrer inngå i den kognitive adferdsterapien og noe akuttbehandling kan være aktuelt.

Effekten av kognitiv atferdsterapi ved tannbehandlingsangst er dokumentert i flere randomiserte kontrollerte studier i Norge (1, 2) og internasjonalt (3–5). Den viktigste indikatoren for å måle effekten av behandlingen er i hvilken grad pasienten over tid etter avsluttet behandling benytter seg av ordinær tannhelsetjeneste. En systematisk oversikt og metaanalyse fra 2013 som inkluderer 22 randomiserte kontrollerte studier (4) viser store effektstørrelser (ESs 2.10–3.99)

Hovedbudskap

- Overgangen fra behandling hos tortur, overgrep og odontofobi-team til tannbehandling hos ordinær tannlege er krevende for mange pasienter.
- Kommunikasjonen med tannlegen og opplevelsen av å bli forstått og tatt på alvor er særlig viktig.
- Noen pasienter forblir tause selv om de har det vanskelig fordi de har vansker med å uttrykke egne behov overfor tannlegen. Dette kan ha sammenheng med frykt for kritikk eller uro for å skuffe tannlegen.
- Forståelse og empati kombineres med støtte til å uttrykke og verbalisere egne behov.

for kognitiv atferdsterapeutisk behandling som omfattet eksponering. De fant at gjennomsnittlig 73 % av pasientene (variasjon 45–91 %) var i stand til å motta ordinær tannbehandling etter avsluttet odontofobibehandling. I lys av dette viser forfatterne til at det fremdeles er rom for forbedringer i behandlingen og at kunnskapen ennå er begrenset. Interessant i denne forbindelse er en annen systematisk oversiktsartikkel om psykologisk behandling av tannbehandlingsangst blant voksne (5) som graderte randomiserte kontrollerte studier (RCT) fra høy forskningsmessig kvalitet til utilstrekkelig i henhold til visse kriterier (6, 7). Det ble funnet sviktende forskningsmessig kvalitet og store kunnskaps-hull i feltet. Særlig rammer kunnskapsmangelen langtidseffekter av behandlingen og overgangen til ordinær tannbehandling (5). Klinisk erfaring fra TOO-team tilsier at overgangen fra angstbehandling hos spesialopplært tannlege til ordinær tannbehandling er krevende for mange, og risikoen for tilbakefall er relativt stor.

Vi mangler kunnskap om pasientene som ikke oppnår bedring i behandlingsperioden, og vet således lite om hvilke faktorer som eventuelt kan forklare at ønskede behandlingsresultater ikke oppnås. Og vi vet generelt lite om subjektive opplevelser og erfaringer hos pasienter som gjennomgår behandling for odontofobi. En svensk forskergruppe (8) intervjuet 18 pasienter som var i behandling for tannbehandlingsangst ved en spesialklinikk i Göteborg. Målet var å utforske og beskrive pasientenes oppfatning av egen tannbehandlingsangst og deres erfaringer med tannbehandling. De fant at tannbehandlingsangstens kjernetema var en eksistensiell trussel som var assosiert med tannbehandlings-situasjonen, individuell sårbarhet og tannlegen som lite støttende (8). Disse resultatene indikerer at behandlingens kontekst og relasjonelle aspekter er av stor betydning, i tillegg til prosedyrer og metodespesifikk behandling.

Denne studien tar utgangspunkt i den kliniske praksisen i TOO-teamet ved TkVest/Hordaland og de voksne pasientene som har vært til behandling av odontofobi. Mange har også store tannbehandlingsbehov som følge av mange års unngåelse av tannbehandling. Studiens viktigste målsetting var å undersøke om pasientene som fikk behandling for tannbehandlingsangst hos TOO-teamet TkVest/Hordaland i løpet av et kalenderår var kommet i gang med ordinær tannbehandling i ettertid og hvordan de opplevde overgangen til ordinær tannbehandling. Vi ønsket også å undersøke i hvilken grad de hadde opplevd behandlingen som nyttig og eventuelt hva ved behandlingen den enkelte pasient vurderte som nyttig. Vi ønsket også å få vite om det var noe vi kunne gjøre annerledes for at vedkommende kunne mestre tannbehandling og om de eventuelt hadde behov for videre oppfølging TkVest/Hordaland.

Metode

Utvvalg

I løpet av kalenderåret 2013 fikk 28 voksne pasienter tilbud om behandling hos TOO-teamet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland. Pasientene hadde enten selv tatt kontakt eller var henvist fra egen tannlege eller lege. Pasienter som ikke møtte opp til kartleggingssamtale hos psykolog (n=2) og pa-

sienter som ikke møtte til innledende sesjon hos tannlege eller som falt ut av behandlingen etter en sesjon hos tannlege (n=4) ble ekskludert fra studien. Tre pasienter som fremdeles var i aktiv behandling da undersøkelsen ble gjennomført ble ikke intervjuet. Tre pasienter hadde flyttet utenlands eller var ikke tilgjengelig på telefon. Totalt ble 16 pasienter intervjuet via telefon.

Angstbehandlingen

Den typiske behandling hos TOO-teamet inkluderer innledende samtale med psykolog og deretter fem sesjoner kognitiv atferdsterapi hos spesialopplært tannlege med vekt på stegvis eksponering for de angstfremmende aspekter ved tannbehandlingen. Noen ganger utvides rammen til flere sesjoner, når dette vurderes som meningsfullt for pasienten. Behandlingen innrettes i hovedsak i tråd med prinsipper beskrevet av Öst (9), men går over flere sesjoner. Noe tannbehandling blir også gjennomført som del av angstbehandlingen. Psykologsamtalen innebærer kartlegging av bakgrunn for tannbehandlingsangsten, kartlegging av symptomer og hvordan problemet påvirker personens daglige fungering. Pasienten fyller også ut spørreskjemaer for kartlegging av ulike aspekt av tannbehandlingsangsten. Psykologen vurderer hvorvidt pasientens symptomer og plager er i samsvar med diagnosen odontofobi, en underkategori av det som kalles Spesifikke fobier (DSM-V, 300.29) (10). Det gjennomføres vanligvis ikke ytterligere differensialdiagnostiske kartlegginger og vurderinger. I samtalen inngår også psykoedukasjon om angst med vekt på å forklare og normalisere både fysiologiske og mentale reaksjoner. Pasienten får grundig informasjon om videre behandling av odontofobi hos tannlege, og vedkommende tar stilling til om han eller hun ønsker å ta imot tilbudet. Fokus for behandlingen hos tannlegen er angstmestring og angstreduksjon. Tannlege og pasient lager sammen en behandlingsplan med utgangspunkt i pasientens uttalte vansker, og en legger opp til en stegvis tilnærming til de stimuli pasienten frykter eller unngår. Overordnede prinsipper for behandlingen bygger på respekt, tillit og kontroll. Pasienten skal oppleve å bli tatt på alvor og lyttet til. Samtidig er det viktig å ha klart hva som er målet med behandlingen, pasienten skal oppleve angstreduksjon ved å trene på å mestre noe han eller hun tidligere har unngått og som er forbundet med ubehag.

Prosedyre og datainnsamling

Artikkelforfatteren, som er psykolog i TOO-teamet TkVest/Hordaland for odontofobi, kontaktet pasientene via telefon som ledd i klinikkens ordinære oppfølgingsprogram for sine pasienter. De ble forespurt om å dele noen av sine erfaringer med behandlingen. To av pasientene hadde tidligere møtt intervjueren i forbindelse med kartleggingssamtale før odontofobibehandlingen. Intervjuene ble ikke spilt inn, men svar ble notert i anonymisert form for bearbeiding og vurdering av tematikk. Viktig klinisk informasjon ble notert i den enkeltes journal. De viktigste spørsmålene var:

1. «Har du etter avsluttet kontakt med TOO-teamet vært hos egen tannlege?»

2. «Hvilke utfordringer har du møtt i overgangen til ordinær tannbehandling?»
3. «Hvordan vil du vurdere behandlingen du fikk TOO-teamet»
4. «Dersom du opplevde behandlingen som nyttig, hva tror du det var det som hjalp?»
5. «Er det noe vi i TOO-teamet kan bistå med videre for at det skal bli lettere for deg å mestre tannbehandling?»

Resultater

Spørsmål 1 «Har du etter avsluttet kontakt med TOO-teamet vært hos egen tannlege?»

Av de 16 intervjuede pasientene, hadde kun en pasient ikke kommet i gang med ordinær tannbehandling etter avsluttet behandling ved TOO-teamet. Vedkommende hadde hatt avtale, men avlyst denne grunnet lite tid. De andre 15 pasientene var i gang med ordinær tannbehandling, noen av disse ferdigbehandlet med avtale om innkalling på senere tidspunkt for ny kontroll.

Spørsmål 2 «Hvilke utfordringer har du møtt i overgangen til ordinær tannbehandling?»

Alle pasientene rapporterte utfordringer i overgangen til ordinær tannlege, i større eller mindre grad. En fortalte at han tok kontakt med tannlegen ved TOO-teamet for å få støtte, og at ny tannlege hadde kontakt for veiledning. Dette ble opplevd som avgjørende for denne pasienten, som ved intervjutidspunktet var ferdigbehandlet og ventet på ny innkalling et halvt år senere.

Utfordringene omhandlet i hovedsak frykt for ikke å bli tatt på alvor samt uro for at behandlingen hos ordinær tannlege skulle innebære tidspress og økte krav til å bli fort ferdig. Ti pasienter oppga at utfordringene i overgangstiden ble løst og at de etter hvert fant trygghet også hos ny tannlege.

Fem pasienter hadde kommet i gang med tannbehandling hos ordinær tannlege etter gjennomført behandling ved TOO-teamet, men deretter hatt negative erfaringer som har medvirket til tilbakefall og unngåelse av behandlingssituasjonen. Felles for disse fem var opplevd svikt i kommunikasjonen med tannlegen og redusert opplevd kontroll. For noen pasienter handlet dette om enten å ha prøvd å si fra om egne behov uten å bli hørt, eller en opplevelse av å føle seg fanget uten mulighet til å kunne si fra. En pasient uttalte at «jeg klarte ikke si et ord, men kommer aldri til å gå tilbake». Tannlegen var ifølge pasienten opptatt av sin egen vurdering, viste lite interesse for pasienten som person og enda mindre for epikrisen fra TkVest/Hordaland.

Spørsmål 3 «Dersom du opplevde behandlingen som nyttig, hva tror du det var det som hjalp?»

På spørsmålet om hva det var ved behandlingen som pasienten særlig opplevde var til hjelp, ga 11 uttrykk for elementer ved behandlingens kontekst. Fem av pasientene sa at de opplevde som mest nyttig var elementer ved selve behandlingsprosedyrene. Blant pasientene som vektla behandlingens kontekst var det vanligste spontane svaret tannlegen; de hadde møtt en fagperson som de fikk tillit til og følte seg trygg på. Generelt la disse pasientene vekt på at de ble møtt med respekt og forståelse, de ble hørt og tatt på alvor. I denne gruppen la to personer vekt på at

det viktigste de hadde lært var at de selv kan ta kontroll over situasjonen ved å gi beskjed om hva de trenger. Dette var pasienter som tidligere ikke hadde våget å gi stoppsignal selv om tannlegen hadde invitert til dette.

Pasientene som vektla elementer ved selve behandlingen fremhevet betydningen av forklaring og informasjon om angst og om behandlingen, bruk av angstkurven (psykoedukasjon om angst) samt nytten av å undersøke og avkrefte egne katastrofetanker. De fem pasientene som la vekt på elementer ved selve behandlingen var ved intervjutidspunktet alle godt i gang med behandling hos ny tannlege og de ga uttrykk for at dette fungerte godt.

Blant pasientene (13) som oppga elementer ved behandlingens kontekst som særlig viktig, først og fremst kvaliteter ved tannlegen eller relasjonen mellom en selv og tannlegen, var seks godt i gang med behandling hos ny tannlege. De resterende fem hadde opplevd tilbakefall i form av utrygghet og frykt som de forklarte med svikt i kommunikasjonen med ny tannlege.

Spørsmål 4 «Er det noe vi kan bistå med videre for at det skal bli lettere for deg å klare tannbehandling?»

Pasientene som opplevde utfordringer med tannbehandling etter avsluttet behandling ved TOO-teamet fikk spørsmål om det var noe SFO kunne gjøre for å hjelpe dem videre. En person takket ja til å komme til oppfølgingskonsultasjon hos tannlegen ved TOO-teamet. De andre takket nei til dette tilbudet. De fikk informasjon om at de kan ta kontakt med TOO-teamet på et senere tidspunkt for å få støtte til å komme videre, om de ønsker det.

Diskusjon

Av de 16 intervjuede pasientene hadde 15 vært hos ordinær tannlege minst en gang, og 10 var godt i gang med behandlingen og anså tannbehandlingsangsten som ikke lenger funksjonsnedsettende. Ikke minst med tanke på at behandlingen er kortvarig, kun fem sesjoner hos tannlege etter en orienterende samtale hos psykolog, må resultatet sies å være godt. Det er også i tråd med tidligere resultater (4) som viser til at gjennomsnittlig 73% av pasientene som mottar behandling ved spesialiserte klinikker for behandling av odontofobi klarer å benytte seg av ordinær tannbehandling i etterkant.

Resultatene inviterer samtidig til refleksjon og ettertanke. Jeg vil videre presentere og drøfte aspekter ved resultatene som aktualiserer behandlingssituasjonens rolle og da særlig relasjonen mellom pasient og behandler. Diskusjonen gjøres i lys av interpersonlige og relasjonsorienterte psykodynamiske teoribygninger (11–13).

Tannbehandling er en interpersonlig opplevelse og erfaring der to personer med høyst ulike roller kommer tett på hverandre. Relasjonen er ikke symmetrisk og rolleulikheten understrekes ved at den ene, tannlegen, fysisk står over den andre, pasienten, og arbeider med instrumenter i vedkommendes munn. Det er grunn til å anta at personens tidligere erfaringer i samspill med andre, og autoritetspersoner i særdeleshet, vil bidra til å prege vedkommendes følelsesmessige reaksjoner og forventninger til utfall i den aktuelle situasjonen (11).

I kraft av sin profesjonelle rolle har behandler alltid ansvaret for å skape en trygg relasjon og en arbeidsallianse der pasienten opplever seg respektert og tatt på alvor. Dette innebærer å lytte til pasienten og ta hensyn. I tannlegestolen innebærer dette at tannlegen imøtekommer og aksepterer pasientens subjektive behov, og respekterer pasientens avtalte stoppsignal. Stoppsignal er en på forhånd avtalt bevegelse fra pasienten (for eksempel å løfte en hånd) når han eller hun trenger pause og ikke klarer ytre seg muntlig. Vår kliniske erfaring fra TOO-teamet er at alt for mange pasienter formidler at de har prøvd å bruke stoppsignal, men erfart at tannlegen enten overhørte dette eller kommenterte at «nå er vi snart ferdige, du klarer dette» eller får høre at «dette gjør ikke vondt» når pasienten opplever det motsatte. Denne erfaringen ble også bekreftet av tre av de intervjuede pasientene. Disse tre prøvde å gi stoppsignal, men ble ikke tatt på alvor. For mange pasienter blir en slik opplevelse en bekreftelse på at de ikke kan påvirke situasjonen og at deres egen opplevelse ikke tillegges verdi.

Et annet element her er at en del pasienter ikke klarer si fra, eller bruke avtalt stoppsignal, og derved stilltiende lar tannlegen gjøre ferdig tannbehandlingsprosedyren mens man selv lider. Dette kan ha å gjøre med frykt for konsekvenser ved eventuelt å ytre egne behov, noe som ble eksplisitt uttrykt av flere av studiens intervjuobjekter. Noen ganger kan tausheten skyldes at pasienten i situasjonen er hypoaktivert og er i en dissosiativ tilstand (14). Det kan i tråd med dette advares mot å tro at en stille pasient er en fornøyd pasient, og det må understrekes at det alltid er behandlerens ansvar å se til at pasienten ikke presses utover sin toleransegrense (14). En måte å ta opp dette temaet med pasienten på er å spørre ved starten av sesjonen: «Jeg vet at for noen pasienter er det vanskelig å vise stoppsignal. Er det slik for deg»? Og dersom pasienten bekrefter, snakk sammen om hvordan dere da skal gjøre det for at pasienten skal oppleve så god kontroll som mulig. Ved å ta opp dette temaet med pasienten, signaliserer tannlegen et ønske om å vise respekt og forståelse.

Tannlegene ved TOO-teamene er særdeles bevisste på de relasjonelle aspektene ved behandling og betydningen av å ta hensyn til pasientens behov. Mange blir svært dyktige til å «lese» pasienten uten at vedkommende trenger ytre seg. De fem pasientene som opplevde tilbakefall og brudd i relasjonen hos ny tannlege, vektla alle at TOO-tannlegen var trygg og ivaretagende. Om ny tannlege ble det for eksempel uttalt: «Jeg turde ikke si noe, for jeg var redd tannlegen skulle bli sint eller lei seg» og «jeg klarte ikke si et ord, men kommer aldri til å gå tilbake». Disse utsagnene reflekterer en betydelig hjelpeløshet hos pasienten, en opplevelse av å være prisgitt den andre. For disse pasientene betyr «kontroll» at tannlegen forstår og tar hensyn til hva de trenger, uten at de selv signaliserer hva dette innebærer. Situasjonen kan også et stykke på vei sies å være vanskelig for tannlegen, idet tannlegen ikke kan forventes å forstå hva pasienten mener uten at dette verbaliseres.

I lys av interpersonlig og relasjonelt orientert teori (11–13) kan vi se situatene som ulike refleksjoner av personenes interpersonlige stil (14) eller interpersonlige forventninger (16). Ut fra

denne teoretiske referanserammen vil mennesker alltid møte nye situasjoner med et sett av forventninger (basert på tidligere erfaringer) til hvordan man blir møtt og hva ens egen og den andre personens rolle er. God psykisk helse og livskvalitet forbindes i denne sammenheng med fleksible handlingsmønstre og væremåter, mens psykiske vansker og problemer i større grad kjenetegnes med fastlåste og rigide gjentatte handlingsmønstre (11, 17).

Tilbake til tannlegestolen kan vi si at pasienten er fanget i en ond sirkel med utgangspunkt i hans eller hennes interpersonlige forventninger. Pasienten kommer til behandling med forventninger eller ubevisste forestillinger om seg selv som maktesløs og underlegen mens tannlegen har makten og bestemmer. Vedkommende våger derfor ikke uttrykke behov av frykt for kritikk eller å skuffe tannlegen. Hun underkaster seg. Når tannlegen tar hensyn bedres pasientens opplevelse, hun kan puste lettet ut, det gikk bra denne gangen også, takket være tannlegen. En tannlege som opptrer høflig, trygg og ivaretagende vil kunne gi pasienten en positiv opplevelse, men personens maladaptive interpersonlige forventninger vil kunne vare ved. Et eksempel på en maladaptiv interpersonlig forventning er at en selv er underlegen og ikke kan eller bør ytre seg. Derved vil også neste nye møte med en person være like skjebnesvangert; hvordan blir jeg møtt, blir jeg ivare tatt? All makt plasseres på den andre, mens en selv blir usynlig og hjelpeløs.

I behandling av pasienter med en særlig interpersonlig sårbarhet er det altså nødvendig, men ikke tilstrekkelig å behandle pasienten med respekt og empati. Man står i fare for å bli dradd inn i pasientens særegne og dysfunksjonelle samspillsmønstre og bidra til å bekrefte og opprettholde dette. Behandlers store utfordring i denne sammenheng er hvordan han eller hun kan ta hensyn til pasienten uten å bekrefte vedkommendes interpersonlige forventninger. Et viktig mål er å styrke pasientens egenkraft og opplevelse av å være aktør i eget liv. Pasienter som mestret overgang til ny tannlege godte rapporterte at de hadde lært og erfart at de selv kan ytre behov og ønsker, en uttalt at dette skjedde «for første gang i mitt liv». Dette utsagnet kan sies å reflektere en betydelig endring hos personen, en overgang fra å være passiv mottaker, eller offer, til å være aktør. Funnene understreker nødvendigheten av å stimulere og støtte pasientens opplevelse av mestring og positiv selvhevdelse i situasjonen. Dette handler i denne sammenheng ikke om at pasienten våger å gjøre det tannlegen foreslår (utfordre angsten), men å gi uttrykk for egne behov overfor tannlegen.

Studien har flere og åpenbare begrensninger. Utvalget er lite og det er ikke kontrollert for bakgrunnsvariabler, tilleggsdiagnoser, grad av tannbehandlingsangst og tannstatus. Intervjuer presenterte seg som ansatt ved TOO-teamet og denne bindingen kan ha påvirket resultatene på en annen måte enn om det var en nøytral person som ringte. Samtidig har vi å gjøre med subjektive tilbakemeldinger fra reelle pasienter som oppsøker tannhelsetjenester både i spesialisert klinikk og ordinær tannklinikk. Deres anliggende kan tross metodiske begrensninger være verdt å ta inn i refleksjonen over egen praksis.

English summary

Bjørkvik J.

The dentist and the patient: a follow-up study of patients who have received treatment for dental anxiety

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 350–4

The aim of the present study was to explore to what extent dental phobic patients manage to have dental treatment from an ordinary dentist after treatment at a specialized dental fear clinic. The subjects were 16 patients who started treatment at the dental fear clinic in Bergen, Norway during 2013. We also examined the patients' experience of the treatment and the transfer to ordinary dental care.

Only one of the interviewed patients had not visited an ordinary dentist. Five patients had started treatment, but then discontinued due to fear of losing control and poor communication with the dentist.

Fifteen of the patients evaluated the treatment at the dental fear clinic as excellent; one patient evaluated the treatment as good. We asked the patients to reflect on what they believed was the most helpful ingredients in the treatment. Eleven patients suggested that the dentist, and the trusting relationship, was most helpful. They had met a professional who was an active listener and showed respect. Five patients suggested that aspects of the treatment procedures were most important.

The study emphasizes the dentist's responsibility for the treatment alliance and for establishing mutual trust. Further, the study underscores the need for strengthening patients' sense of agency in the clinical setting.

Referanser

1. Haukebø K, Skaret E, Öst L-G, Raadal M, Sundberg H, Kvale G. One- vs. Five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008; 39: 381–90.
2. Vika M, Skaret E, Raadal M, Öst L-G, Kvale G. One- vs. five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study. *Eur J Oral Sci*. 2009; 117: 279–85.
3. Kvale G, Berggren U, Milgrom P. Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioural interventions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 250–64.
4. Öst L-G, Kvale G. Effects of cognitive behavioural treatments. A systematic review and meta-analysis. In: Öst L-G, Skaret E, editors.

Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety, 1th ed. London: John Wiley & Sons; 2013. p. 163–82.

5. Wide Boman U, Carlsson V, Westin M, Hakeberg M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *Eur J Oral Sci*. 2013; 121: 225–34.
6. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004; 328: 1490.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Methods guide for effectiveness and comparative effectiveness reviews*. Rockville, MD, USA: 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47095/>.
8. Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2002; 16 : 188–96.
9. Öst L-G. One-session treatment of dental phobia. In: Öst L-G, Skaret E, editors. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*, 1th ed. John Wiley & Sons; 2013. p. 119–34.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. Levenson H. *Brief dynamic psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association; 2010.
12. Nielsen GH, Binder, PE. Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. In: Kennair LEO, Hagen R, editors. *Psykoterapi. Tilnæringer og metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. p. 91–109.
13. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton; 1953.
14. Anstorp T, Benum K. *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
15. Alden, LE, Wiggins JS, Pincus AL. Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J Pers Assess*. 1990; 55: 521–536.
16. Wachtel, PL. *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press; 2008.
17. Bjørkvik J, Biringer E, Eikeland O-J, Nielsen GH. Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. *Scand J Psychol*. 2009; 50: 259–65.

Adresse: Jofrid Bjørkvik, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland, Årstadveien 19, 5009 Bergen; e-post: jofrid.bjorkvik@hfk.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Jofrid Bjørkvik. *Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst*. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016; 126: 350–4.