

Vanlige tannleger kan kurere tannbehandlingsangst

Mariann Saanum Hauge har gjort en studie om behandling av tannbehandlingsangst utført av tannlege ved et vanlig tannlegekontor, uten hjelp av psykolog.

 **KARI ØVERBY, UNIVERSITETET I OSLO**
 **MORTEN FASSELAND**

Jeg ble inspirert til prosjektet fordi jeg liker å jobbe med denne pasientgruppen, de som er redde for tannbehandling. Og jeg ville gjerne bli flinkere og lære mer om fagfeltet. Det begynte i det små, men utviklet seg til et stort prosjekt.

Vi har sett på hvordan vi best kan behandle pasienter som lider av tannbehandlingsangst. Til det har vi utviklet en metode som vi har kalt for D-CBT, som står for dentist-administered cognitive behavioural therapy eller tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi. Altså en psykologisk metode som tannlegen kan bruke for å hjelpe disse pasientene, forteller Mariann Saanum Hauge.

Tannlegeadministrert angstbehandling av pasienter med tannbehandlingsangst

Opplegget består av fem timer behandling. Den første timen er kartlegging. Vi lærer pasienten om hva angst er, og lærer dem å kjenne sin egen angst. Vi forklarer metoden og hvorfor vi tror det vi har tenkt å gjøre kan hjelpe dem til å få en bedre opplevelse av tannbehandlingen. Deretter går vi over til eksponeringsterapi, det vil si å utsette dem for det de er redde for på en kontrollert og trygg måte. Det er et poeng at pasientene får bestemme trinnene selv hele veien.

Ofte begynner vi på et veldig forsiktig nivå. Det kan godt være at de får høre en borrelyd i ett sekund, og på to meters avstand, fordi de synes lyden er skummel. Så

arbeider vi oss opp til situasjoner som er mer krevende, i pasientens tempo. Vi bruker tre behandlingstimer til eksponeringen.

Når vi er kommet til time nummer fem oppsummerer vi eventuelle behov for videre tann- og angstbehandling. Vi så at de fleste pasientene kunne fortsette med vanlig tannbehandling etter en femtimesrunde.

Kognitiv atferdsterapi mot tannbehandlingsangst

– Hva er kognitiv atferdsterapi?

– Det er en metode som er mye brukt i behandling av for eksempel fobier av forskjellige slag. Vi begynner med det vi kaller psykoedukasjon, som er en form for angstopplæring. Man lærer å forstå angstens rolle og hensikt. Så bruker vi den kunnskapen til hjelp under videre eksponeringstrening. Eksponering er å utsette deg for det du er redd for til du blir mindre redd. Slik jobber vi med atferden.

Vi jobber også med tankesettet: altså kognitivt. Hva er det verste som kan skje? Vi ser nærmere på de negative forventningene pasientene kan ha. Disse synliggjøres i katastrofetanker. Pasienten kan for eksempel forvente at det skal bli en smerte på ti av ti hvis jeg setter bedøvelse. Før jeg får prøve å sette den bedøvelsen, må jeg forsøke å gjøre noe med disse tankene. Man kan spørre pasienten: Hvorfor forventer du så stor smerte? Vi har en måte vi kan gjøre noe med den smerten på, tror du det kan hjelpe?



Mariann Saanum Hauge har gjennomført studien om behandling av tannbehandlingsangst.

Vi har laget en manual som er helt detaljert, slik at tannlegen som skal jobbe med D-CBT kan følge den trinnvis for å komme greit i mål. Mye tid på prosjektet gikk med til å lage manual for metoden, og til å kvalitetssikre den.

– Hvordan jobbet dere med manualen?

– Vi begynte med å gå til faglitteraturen og så på hva det var vi visste virker mot tannbehandlingsangst fra før. Det var kognitiv atferdsterapi. Det er velkjent at det er en god metode. Men det var nødvendig å tilpasse metoden til tannlegekontoret, til tannlegen alene. Metoden ble utviklet i en trinnvis systematisk prosess. I tillegg til veilederne mine og meg selv var to professorer i psykologi involvert i den akademiske delen av metodeutviklingen. Psykologer og tannleger som har bred klinisk erfaring bidro, og vi hadde oppmerksomhet på klinikk og gjennomførbarhet.

Pilotstudie før hovedstudien

Før vi startet i hovedstudien gjennomførte vi en pilotstudie på ti pasienter. Resultatene var gode og gjennom tilbakemeldinger fra pasientene ble siste versjon av D-CBT-manualen konstruert.

Vi ønsket å sammenligne D-CBT med det best tilgjengelige alternativet som allerede finnes på vanlige tannlegekontorer: Sedasjon i kombinasjon med god kommunikasjon er et godt og tilgjengelig alternativ som vi mente passet godt for formålet.

I hovedstudien behandlet vi nesten 100 pasienter, fordelt på to grupper. Halvparten fikk behandling med D-CBT, mens den andre halvparten fikk tilbud om sedasjon



**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Lege & tannlege
Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
**Margareth Kristensen
Ottersen**
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi

www.kirurgiklinikken.no Tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no Kirkeveien 131, 0361 Oslo

med midazolam i kombinasjon med kommunikasjonsmetoden «Fire gode vaner». Det ble gjort som en randomisert kontrollert studie, noe som betydde at pasientene ikke selv fikk velge hvilken behandling de skulle ha. Vi var spent på om de aksepterte det de fikk tildelt, ettersom det er to veldig forskjellige behandlinger. Det viste seg at de var positive uansett og lette å samarbeide med. En god grunn til det var kanskje at vi som jobbet med dette hadde tro på begge behandlingsformer. Jeg hadde stor tro på den nye metoden, D-CBT/tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi, og jeg hadde også jobbet med sedasjon i mange år, og hadde gode erfaringer med det.

Likt resultat i begge gruppene

– Da studien var gjennomført var det like stor nedgang i angst i begge gruppene. Vi hadde som hypotese at sedasjonspasientene skulle ha lavere angst under behandling, men nedgangen i angst var like stor og varig som i den gruppen som hadde blitt behandlet med en psykologisk metode.

Ett år etter behandling var angsten like lav i begge grupper. Dette er veldig bra med tanke på den nye metoden, D-CBT, og også med tanke på det vi allerede gjør for denne pasientgruppen. Hvis sedasjon kombinert med god kommunikasjon kan gi stor og varig reduksjon i tannbehandlingsangst for flertallet av pasienter med tannbehandlingsangst, betyr det at mange allmennpraktiserende tannleger allerede har tilgjengelige verktøy som kan gi langsiktig og god hjelp til denne pasientgruppen.

Et viktig funn er at pasientene, selv de med kompleks tannbehandlingsangst og PTSD-symptomer, hadde nytte av behandlingen. Ingen ble dårligere psykisk av å gjennomgå den. Cirka en tredel valgte å fortsette behandlingen i TOO, som også innebar at videre tannbehandling ble gratis.

Manual og opplæringsprogram

Begge metodene forutsetter riktig opplæring. Manualen for D-CBT ligger åpent på nettsidene til Universitetet i Oslo, og det er meningen at det skal bli gjort tilgjengelig et opplæringsprogram med videoillustrasjoner. Opplæring trengs for å gjøre D-CBT på en trygg måte.

– Dette er noe vi ønsker å jobbe systematisk videre med.

Sedasjon kombinert med god kommunikasjon i vår studie ble utført systematisk, og er derfor ikke automatisk overførbart til all bruk av sedasjon med Midazolam. For å

benytte denne metoden trengs også opplæring. Denne ligger inne i grunnutdanningen for tannleger i Oslo.

Kriseplan i bakhånd

– Man må være bevisst på at eksponeringsterapi kan vekke sterke reaksjoner hos pasienten. Hvis en pasient for eksempel får panikkanfall må man kunne håndtere det. Og det man skal være klar over er at om du skal gjøre tannbehandling på en pasient med tannbehandlingsangst, så vil vi kunne få nøyaktig de samme sterke reaksjonene som under eksponeringsterapi. Jeg mener derfor at en tannlege bør kunne takle slike situasjoner uavhengig av om man jobber med psykologiske teknikker.

– Var det noen av dine pasienter som hadde utagerende reaksjoner?

– Nei, men vi hadde et krav fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) før jeg kunne få lov å gjennomføre studien, at jeg måtte ha en kriseplan i tilfelle det skulle skje noe akutt. Jeg fikk en avtale med vår lokale DPS (distriktpsikiatriske senter) at jeg kunne ringe dem om det skulle skje. Pasientene i studien vår trengte ikke det, slik jeg vurderte det. Så jeg har ikke noen følelse av at det er noe som man vil måtte forholde seg til ofte. Men akkurat som ved medisinske krisesituasjoner, som heller ikke oppstår ofte, kan det være fornuftig å ha en kriseplan klar også for sterke psykiske reaksjoner. Planen kan være så enkel som å ringe til pasientens fastlegekontor eller legevakt.

Vanlige tannleger bør kunne behandle tannbehandlingsangst

Vi har nå sett at metodene virker godt når jeg bruker dem, og jeg tror at D-CBT kan fungere godt også når andre bruker den, gitt riktig opplæring. Men vi trenger å vise det i forskning. Dette krever en multisenterstudie som involverer flere tannleger og flere behandlingssteder. Vi har allerede begynt planleggingen av denne. I første omgang må vi kvalitetssikre opplæringen som tannlegene eventuelt skal få.

Vi vet at cirka én av ti av dem som dukker opp på tannlegekontoret har tannbehandlingsangst, og at hos cirka én av 20 er det en mulig odontofobi-diagnose. Vi er heldige som har TOO (Tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte), som er et godt tilbud til de aller reddeste. Men tilbudet favner ikke alle, og det er liten tvil om at tannbehandlingsangst er noe vanlige tannleger er nødt til å kunne håndtere.

Før vi startet studien hadde vi en forventning om at det ville være vanskeligere å behandle de pasientene som var veldig redde, samt de pasientene som hadde høy generell angst, skåret høyt på depresjonssymptomer, eller hadde PTSD-symptomer. Men vi så det motsatte. Vi så at effekten var god uavhengig av om de hadde ekstremt høy tannbehandlingsangst eller skåret høyt på andre psykiske lidelser. Så det kan se ut som om en del av pasientene i målgruppen for TOO, også kan hjelpes med enklere metoder, som D-CBT eller sedasjon i kombinasjon med god kommunikasjon.

Lav terskel og det lokale tannlegekontoret

Det er ikke gjort så mange sammenlignbare studier. Veldig ofte blir et sånt type prosjekt gjort på utdanningsinstitusjoner, eller på spesialistklinikker. Noe av det unike med dette prosjektet er at det var ekstremt praksisnært. Pasientene var en del av den vanlige pasientstrømmen på klinikken. Vi så at dette faktisk fungerte i klinikkhverdagen.

I studien klarte omkring tre av fire å fortsette med vanlig tannbehandling. Det betyr at det var noen det ikke lyktes

for – i hvert fall ikke i denne runden. Noen falt av underveis. Jeg ser nå at noen av dem som det ikke gikk bra med i første runde, kommer tilbake igjen en stund etter. Kanskje er de nå på et punkt i livet der det passer bedre. Da er det en fordel at tannbehandlingen har vært på et lokalt tannlegekontor. Vi er lette å finne igjen når motet kommer tilbake.

Bruk av sedasjon og psykologiske teknikker

Vi har også foretatt en spørreundersøkelse blant norske tannleger om hva de selv opplever at de kan av teknikker for behandling av pasienter med tannbehandlingsangst (Tidende 2023). Det vi så var at cirka 60 prosent av norske tannleger føler seg trygge på både å gjøre sedasjon og å bruke psykologiske teknikker. Dette tallet er altfor lavt, etter min mening, og betyr at det er viktig med etterutdanning av tannleger innenfor dette feltet. Jeg håper, og tror, at doktorgradsprosjektet kan komme til nytte i forhold til både grunn- og etterutdanning av tannleger i årene som kommer.



Nå finnes vi også i Norge

Utvid klinikkens tilbud - tilby lystgass

X-dental har i over 30 år vært leverandør i Sverige og Finland for både Matrix og Porters lystgassapparater som er markedsledere innen tannhelsetjenesten. Våre teknikere er sertifiserte fra produsentene Porter og Matrix.

Vi er med hele veien, fra nord til sør – i hele Norge.

Kontakt oss:

info@x-dental.se
www.x-dental.se
+46 70-574 55 82

