



UNIVERSITETET I BERGEN

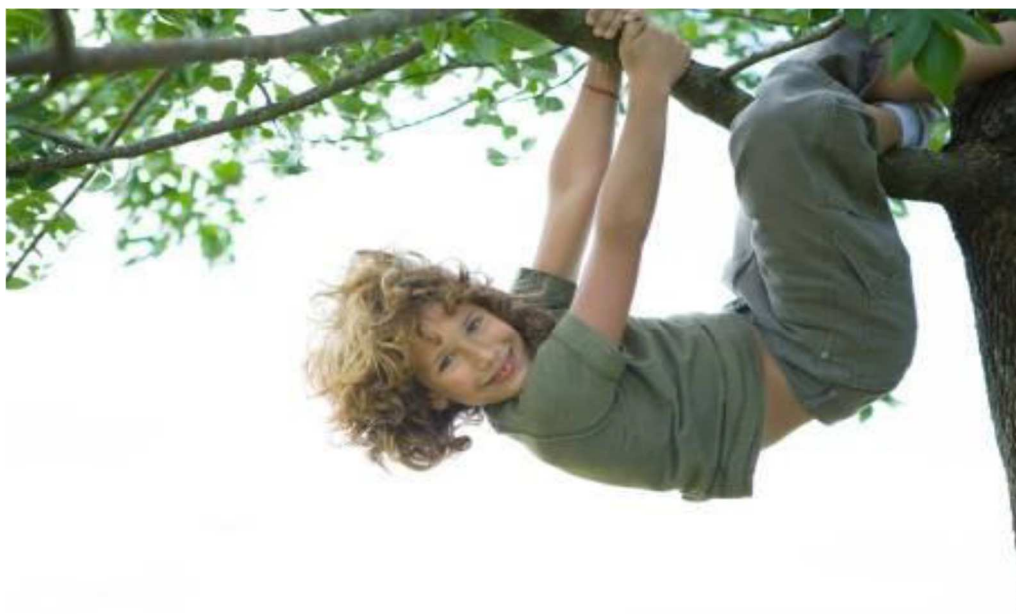
---

*Det medisinsk-odontologiske fakultet*

*Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for forebyggende tannhelse*

## KLINISK INNFØRINGSKURS KURS DEL I/ II

Kurs i forebyggende tannhelsearbeid  
2017



## FORORD

I dag vektlegges helsefremmende arbeid høyt. I 2007 la regjeringen frem Stortingsmelding nr. 35: TILGJENGELIGHET, KOMPETANSE OG SOSIAL UTJEVNING: *Fremtidas tannhelsetjenester*. Her presenteres et forslag til en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkningen, som særlig er rettet mot å oppnå et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av sosiale ulikheter. Tannpleierne har en nøkkelrolle i denne satsningen. Dere vil ofte være den i tannhelseteamet som treffer pasienten først (førstelinjetjenesten), og vil derfor kunne legge til rette for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det propedeutiske kurset (forberedende kurs) har som mål å gi studentene den nødvendige tekniske – håndverksmessige bakgrunn for pasientbehandling i klinikken. Kompendiet er en videreføring av kompendiet: PROPEDEUTISK KURS i klinisk forebyggende tannhelsearbeid.

Undervisningen i "Klinisk innføring" tar i liten grad opp problemer rundt *atferdsendring* - hvordan tannpleieren best skal kunne medvirke til at prosessen mot bedre tannhelse starter for pasienten. Her må studentene trekke veksler på lærdom fra faget TPBAPED/PSY / Pedagogikk og psykologi, som foreleses i 3.-4. semester og fra emner som diskuteres i Klinikksseminarer og i Litteraturseminarer.

I tillegg til å gi studentene tekniske ferdigheter, ser vi det som et viktig kursmål at studentene får den rette forståelse av behandlingsprinsipper og riktig arbeidsmetodikk for det kliniske arbeidet. En konstruktiv arbeidsmetode er en forutsetning for god kvalitet på det arbeidet en skal utføre for andre mennesker.

Undervisningen gis i form av forelesninger, demonstrasjoner og praktiske øvelser. All undervisning er obligatorisk. Kompendiet og emner som blir omtalt under forelesningene definerer pensum.

Dette kompendiet er en videreføring av et tidligere kompendium benyttet ved Tannpleierstudiet, utviklet av tidligere ledere ved utdanningen; Inger-Toril Norderval og Tordis A. Trovik. Kompendiet er revidert i 2017 av Gro Stenerud.

## Innholdsfortegnelse:

|                                                           |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| Læringsutbytte                                            | s. 4  |
| Mål og innhold                                            | s. 4  |
| Undervisning og omfang                                    | s. 5  |
| <b>Klinisk innføringskurs del I</b>                       | s. 6  |
| Slimhinnekontroll                                         | s. 6  |
| Hygienekontroll                                           | s. 6  |
| Retningslinjer for protesehygiene                         | s. 7  |
| Gingivitt og periodontitt                                 | s. 8  |
| Statusblad                                                | s. 11 |
| Registrering av periodontal status i Opus                 | s. 16 |
| Depurasjon                                                | s. 17 |
| Røntgenopptak                                             | s. 19 |
| Kvalitativ kariesregistrering                             | s. 20 |
| Saliva                                                    | s. 22 |
| Klorheksidin                                              | s. 25 |
| Applikasjon av fluorider                                  | s. 26 |
| Innkallingsintervall                                      | s. 26 |
| Oversiktsskjema                                           | s. 28 |
| <b>Klinisk innføringskurs del II</b>                      | s. 29 |
| Journalopptak                                             | s. 29 |
| Helseopplysninger                                         | s. 29 |
| Spesiell anamnese                                         | s. 30 |
| Konklusjon av generell (helseskjema) og spesiell anamnese | s. 31 |
| Status presens                                            | s. 32 |
| Ekstraoralt                                               | s. 32 |
| Intraoralt                                                | s. 33 |
| Gingiva                                                   | s. 34 |
| Tenner                                                    | s. 35 |
| Diagnoser                                                 | s. 39 |
| Mål for behandlingen                                      | s. 39 |
| Detaljert behandlingsplan                                 | s. 39 |
| Kooperasjonskontroll                                      | s. 41 |
| Periodontal kirurgi                                       | s. 42 |
| Avlevering av pasient                                     | s. 42 |
| Revidert prognose                                         | s. 42 |
| Evalueringsskjema                                         | s. 43 |

## **Læringsutbytte**

### ***Kunnskaper***

Studenten skal kunne redegjøre for:

- kriterier for de forskjellige pasientkategoriene i studentklinikken og hvilke forhold som skal dokumenteres i en pasientjournal
- kriterier for de vanligste dentale sykdommer (gingivitt, periodontitt, karies)
- forholde seg til pasienten på en profesjonell måte og kunne informere om orale sykdommer og om individuelle tiltak for å bedre pasientens orale helse

### ***Ferdigheter***

Studenten skal kunne:

- anvende riktige prosedyrer for klinisk tannpleiervirksomhet (jf. Prosedyreheftet)
- anvende OPUS pasientjournal
- ta opp journal med sykehistorie, opplysninger om tannhelseatferd (kosthold/spisevaner/munnhygiene/røyking osv.)
- utføre kliniske og røntgenologiske undersøkelser av slimhinner, tenner og festeapparat
- diagnostisere defekte og intakte tannrestaureringer
- utføre kliniske tester som saliva test og vitalitetstest
- ta kliniske foto, avtrykk til studiemodeller og fremstilling av studiemodell

### ***Generell kompetanse***

Studenten skal:

- kunne forholde seg til pasienten på en profesjonell måte og kunne informere om orale sykdommer og om individuelle tiltak for å bedre pasientens orale helse
- erkjenne at sykdommer i munnhulen ofte kan forebygges erkjenne viktigheten av å føre en nøyaktig pasientjournal

### **Mål og innhold**

Studenten lærer prosedyrene rundt pasientbehandling, med særlig vekt på hvordan en dokumenterer sine kliniske funn i pasientjournalen; anamnese, helseskjema, intraorale undersøkelser, dentale diagnoser, røntgenopptak og gransking. Tverrfaglige teoretisk tilnærminger til yrkesetikk, pasientrollen, behandlingsbehov og til forskrifter for pasientjournal. Introduksjon til OPUS-journal (elektronisk journalprogram) i eget kurs. Klinisk innføringskurs tar sikte på å kvalifisere til elementær pasientbehandling.

**Undervisning og omfang**

Undervisningen foregår i 1. og 2. semester, som seminar og kliniske øvelser på medstudent under veiledning av instruktørtannpleiere og instruktørtannleger.

**Vurderingsformer**

To skriftlige prøver må bestås før en får fortsette studiet.

**Karakterskala**

Bestått/ikke bestått

## KLINISK INNØRINGSKURS DEL I - Pasienter i vedlikeholdsfase

Etter avsluttet hygienefase får pasienten tilbud om å fortsette som vedlikeholdspasient ved Seksjon for tannpleie. Forslag til recall intervall skal foreligge når pasienten framstilles for godkjenning av hygienefase. Når en skal fastsette besøksfrekvens, legger en stor vekt på individuelle behov. Gjennomsnittspasienten kommer en til to ganger årlig, men den enkeltes behov må stadig revurderes. Arbeidsoppgavene studenten skal utføre ved hvert kontrollbesøk må også vurderes for hver pasient.

### *Oppdatering av personalia*

Navn, adresse, fødselsdato, personnummer, stilling, telefon privat, arbeid og mobil kontrolleres ved hver recall. Vær ekstra nøye med å innhente korrekte opplysninger fra pasienten.

### *Oppdatering av helseskjema*

Før opp ev nye sykdommer, medikamenter eller annet. Trykk deretter oppdater og lagre. Hvis det ikke er endringer, trykkes oppdater og lagre.

### *Slimhinnekontroll*

Dette utføres ved hver recall. En benytter speil og godt lys.

En ser på lepper, kinnslimhinne, overgangsfold, bløte og harde gane, tunge og området under tungen. Patologiske tilstander beskrives med hensyn til lokalisasjon, utstrekning (størrelse), avgrensing, overflateforandring, hevelse eller smerte. Ta foto.



### *Hygienekontroll*

Dette gjøres ved hvert besøk. Etter innfarging noterer en resultatet på hygienebladet. De flater som viser plakk (mye eller lite) etter innfarging skraveres med *rødt*. En teller antall flater med plakk og regner ut pasientens plakkprosent på basis av forholdstallet mellom antall flater med plakk og det totale antall flater. Eventuelle mellomledd på fast protetik teller ikke med. Plakkprosenten skrives inn i Opus-journalen. Etter godkjenning legges det inn i registreringsbildet under «perioknappen». Deretter makuleres Hygienebladet.

HYGIENESTATUS NR.: **Hygieneblad**

Navn: ..... Dato: .....

Overkjeven

Underkjeven

Antall tannflater med bakteriebelegg: av

Prosent tannflater med bakteriebelegg: %

Instruksjon gitt i dag:

For å bedre tannrensingen er vi blitt enige om følgende:

Combi-Trykk A.s. N.T.F. nr. 60

Det er viktig at hygienebladet i tillegg til å vise *hvor* det er plakk, også er påført den *veiledningen* en har gitt pasienten i den hensikt at hygienen skal bli bedre.

Pasienter med avtakbare proteser må ha spesiell hygieneinstruksjon. Før behandlingen tar til, skal pasientens proteser tas ut og legges i protesekopp. Protesene skal være uten plakk og tannstein når pasienten forlater Klinikken.



### Retningslinjer for protesehygiene

- Protesen skylles under rennende, lunkent vann. Det bør være vann i vasken for å unngå fraktur av protesen
- En foretar en mekanisk rengjøring med protesebørste i lunkent vann tilsatt flytende såpe
- En skyller igjen protesen under rennende, lunkent vann

Dersom det er tannstein på protesen, fjerner en den ved hjelp av håndinstrumenter eller ultralydscaler. Dersom det hyppig dannes tannstein på protesen, kan pasienten ved behov legge den i en eddikoppløsning – en del 7 % eddik og en del vann. Protesen kan legges i denne oppløsningen om natten og pusses godt etterpå.



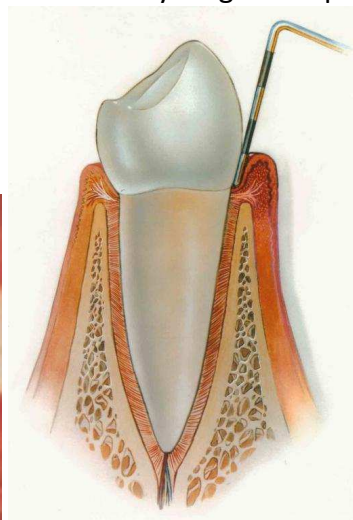
### **Gingivitt og periodontitt**

Gingivitt er en betennelse i gingiva. Gingiva blir ødematøs og det blør ved tannpuss. Gingivitt er en reversibel prosess. Det betyr at den vil tilhele med grundig tannpuss to ganger pr dag. En gingivitt kan utvikle seg til periodontitt. Periodontitt kjennetegnes ved nedbryting av periodontale fibre og bein, apikalvekst av kontaktepitel og fordypning av den gingivale sulcus. Det dannes en periodontal lomme.

Ved endring i det marginale periodontium benyttes følgende diagnoser

*Kronisk gingivitt (G - gingivitt)*

- Moderat blødning ved sondering
- Sonderingsdybder er vanligvis ikke over 3 mm
- Røntgen viser ikke marginalt beintap, eller helt ubetydelig beintap



*Akutt gingivitt*

- Relativt sjelden og må skilles fra kraftig *kronisk gingivitt*

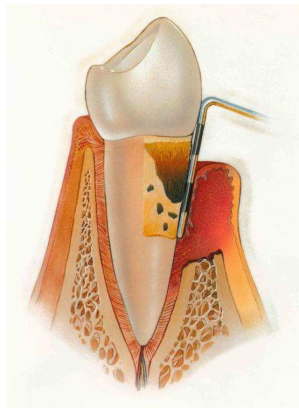
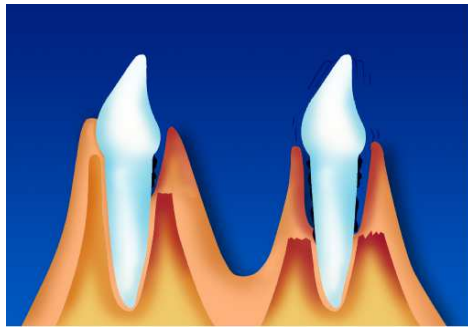


- Stor blødningstendens/spontanblødning
- Store formforandringer kan forekomme
- Sonderingsdybden kan i enkelte tilfeller overstige 3 mm

#### *Marginal periodontitt*

##### *PS – periodontitis superficialis*

- Sonderingsdybder på 4 eller 5 mm
- Blødning (eller pussflod)
- Røntgen viser marginalt beintap med et horisontalt resorpsjonsmønster opp mot  $\frac{1}{2}$  av rotlengden
- Sonderingsdybder er 4 eller 5 mm
- Ved tap av feste forflyttes periodontalfibrenes nivå mot apeks
- Eventuell hypermobilitet og furkasjonsspredning er begrenset til grad I eller grad II



##### *PP – periodontitis profunda*

- Røntgen viser marginalt beinsvinn over  $\frac{1}{2}$  av rotlengde, og beinlommer/ skrådefekter kan forekomme
- Kliniske lommedybder 6 mm eller større.
- Blødning ved sondering (eller pussflod)

- Eventuell hypermobilitet og furkasjonsspredning er gjerne grad II eller grad III



*Blødningsprosenten skal alltid noteres i forbindelse med diagnose på gingivale forhold.*

#### *Statusblad*

- *Måling av lommedybder*
- *Blødning ved sondering*
- *Registrering av furkasjoner*
- *Registrering av mobilitet*

KLINIKK FOR PERIODONTI

Behandlungstrinn: .....

Student: .....

Blødning ved sondering (rødt)

| Customer (y, w, h) | Commodity (x, y, w, h) | Customer (y, w, h) | Commodity (x, y, w, h) |
|--------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |
|                    |                        |                    |                        |

BEHANDLINGSPLAN:

Blødningsindeks:      /      =      %

### *Lommedybder:*

Lommedybden er avstanden fra gingivalranden til lommens bunn. Den gir oss en viss informasjon på hvor mye feste som er gått tapt.



Fysiologisk lomme: 1-2 mm

Patologisk lomme:  $\geq 4$  mm

Pseudolomme:  $> 4$  mm ved klinisk undersøkelse.

Pseudolommer skyldes hypertrofisk gingiva, ikke tap av feste.

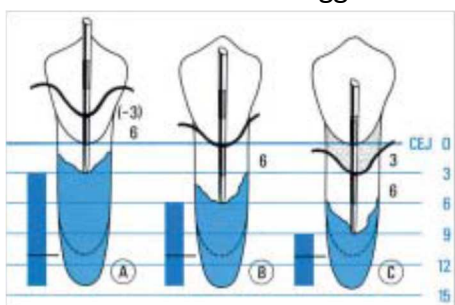
En måler lommedybden med en lommesonde. Sonden føres med et forsiktig trykk til lommens bunn så parallelt med tannens akse som mulig. En «spaserer» med små skritt kontinuerlig langs hele tannens omkrets.

<https://youtu.be/l6rDu4iSem4>





Approksimant brukes en annen prosedyre. Erfaringsmessig er det under kontaktpunktet en hyppigst finner lommens dypeste parti. En måler derfor lommen to steder approksimant. Den ene målingen gjøres fasialt for kontaktpunktet og den andre lingualt/palatinalt. For å nå lommens dypeste parti, må sonden skråstilles. En får derfor et for stort mål og må korrigere for det. Det dypeste mål registreres slik at en får fire noteringer pr. tann. En noterer bare hele tall, og den største målte lommedybden for vedkommende flate noteres. Lommer fom 4 mm noteres. Mellomliggende verdier rundes oppover.



Lommedybde måles fra gingivalranden til lommens bunn. Klinisk festetap måles fra emalje-sementgrensen til lommens bunn. Figuren viser tre forskjellige festetap (A: 3 mm, B: 6 mm, C: 9 mm)

#### *Blødning ved sondering:*

En noterer den blødningen som oppstår i forbindelse med lommesondering med et *rødt punkt* utenfor den aktuelle flate. Blødningen opptrer ofte ikke umiddelbart etter sondering. En bør derfor utføre lommesondering på 2-3 tenner og deretter gå tilbake og registrere blødningen fra de samme gingivalområdene. Blødningsindeks: En teller antall flater med blødning og regner ut pasientens blødningsindeks i prosent.

#### *Mobilitet:*

Tennenes fysiologiske mobilitet angis til ca. 0,2 mm. Den er størst for incisivene, størst i fasio-lingual retning, og større om morgenen enn senere på dagen. Når festeapparatet brytes ned, øker tennenes mobilitet.

#### *Tennenes mobilitet registreres etter følgende skala:*

Grad 0 = fysiologisk mobilitet

Grad I = økt bevegelighet, men < 1 mm i fasio-lingual/palatinal retning

Grad II = bevegelighet > 1mm i fasio-lingual/palatinal retning

Grad III = bevegelighet > 1mm i fasio-lingual/palatinal retning samt bevegelighet i aksial retning

En noterer funnene med *blått*. En noterer kun hele tall.

Ved å undersøke en tanns mobilitet, får en raskt et foreløpig inntrykk av festeapparatets tilstand.

#### *Furkasjonsspredning:*

På tenner med flere røtter er en interessert i om nedbrytningen av ben har nådd furkasjonen. En furkasjonsspredning kompliserer behandlingen og prognosen blir dårligere. Ved registrering av furkasjonsspredning benytter en vanligvis en *lommesonde*. Det kan av og til være gunstig å bruke en *tynn kyrette* til dette formålet. OBS: Normalanatomi.

Destruksjon av interradiikulært støttevev graderes etter følgende skala:

Grad I = initial furkasjonsspredning

Grad II = partial furkasjonsspredning

Grad III = total furkasjonsspredning (tunnel)

PI – periodontitis interradicularis

- Furkasjonsinvolveringer grad II eller III



Furkasjonsspredning skal markeres med *rødt*. En eventuell furkasjonsspredning skal tegnes inn i diagrammet der de potensielle spredningsområdene er stiplet. Ved *grad I*, initial spredning, kan furkasjonen føles med sonden uten at en kan påvise spredning inn mellom røttene. Den markeres ved at det stiplede furkasjonsområdet tegnes med *rødt*, men uten å fargelegge hele trekanten. *Grad II* er en partiell spredning mellom røttene og markeres med fylt *rød* trekant. *Grad III* er total spredning med mulighet for sondering tvers gjennom furkasjonen og med inntegnet kommunikasjon mellom disse. Etter godkjenning legges det inn i registreringsbilde under perioknappen. Deretter makuleres Statusbladet.

Statusblad tas vanligvis en gang pr år. Etter opptak vurderes det om pasienten har rett til trygderefusjon for utført periodontal behandling:

- Marginalt beinsvinn
- Minimum 2 tenner med lommer på  $\geq 4$  mm med blødning
- Utført subgingival depurasjon

*ICD-10-diagnose (på pasientnivå)*

- K 05.0 Akutt gingivitt
- K 05.1 Kronisk gingivitt
- K 05.2 Akutt periodontitt
- K 05.3 Kronisk marginal periodontitt



### Registrering av periodontal status i Opus.

1. Hygieneblad og statusblad føres manuelt som tidligere. Når godkjent av instruktør legges data inn i Opus' periojournal. Aktiv student er innlogget.
2. Under utført trykk på perio-knappen. - Velg:  
Tatt opp hygiene / statusblad  
Aktiver registreringsbilde for perio

Ved første gangs bruk skal hver student gå inn på **verktøy** i registrering.

Under **Oppsett** kommer ulike valg. - Aktiver knappene for:

- Registrer: Plakk; Blødning; Mob(ilitet); Inv (furkasjoner)
- Registrer flate: 4-kanter
- Plakk / Blødning: Visuell blødning
- Inv: Fullstendig furk
- Målerrekkefølge: Lommer tann for tann

Trykk så OK og oppsettet er lagret. Det må siden ikke endres da data vil gå tapt!



Innlegging av data:

- Før innlegging av data vær nøye med å ha korrekt tannstatus. Kontroller journal under status at tenner som mangler er angitt og eventuelle implantater er registrert.
- Registreringen starter i aktivt vindu for distalflate av siste tann i 1. kvadrant.
- Rekkefølgen for data i 1. kvadrant er D – B – M – P og endres til M – B – D – P i 2. kvadrant. I underkjeven blir 3. kvadrant som 1. kvadrant og 4. kvadrant som 2. kvadrant.
- En kan aktivere feltene ved å trykke på Tab-tasten eller musen for valg av flate eller felt.

Når lommedybder er lagt inn ( $\geq 4$  mm kan blødning registreres).

- Blødning – plasser musen i området for blødning for hver enkelt flate. Trykk mellomroms tasten og feltet blir rødt/blankt.
- Plakk – plasser musen i området for plakk for hver enkelt tann. Legg inn tallet 1.
- Prosent blødning og plakk må regnes ut manuelt.
- Mobilitet – mob-feltene. Legg inn aktuell verdi 1, 2 eller 3.
- Furkasjon – furkfeltene- Legg inn aktuell verdi 1, 2 eller 3

For å lagre trykk på lagre eller lukk-knappen.

I vanlig journalbilde skifter en bruker og ansvarlig instruktør legger inn en linje om at statusblad og/eller hygieneblad er godkjent.

**Se vedlegg for å få se skjema.**

*Depurasjon:*

Depurasjon omfatter fjerning av overheng, korrigering av fyllinger og fjerning av tannstein. En fjerner tannstein ved behov. De fleste pasienter danner noe tannstein mellom hvert besøk.

Vi kan ikke vente optimalt resultat av pasientens innsats før vi har gjort vår del av jobben; dvs. vi må gjennom vår depurasjon legge forholdene til rette slik at retensjonsmulighetene for plakk blir minimale.

Før all behandling bør instrumentene kontrolleres og eventuelt settes opp (slipes). Gode og skarpe instrumenter er halve arbeidet!



Depurasjon utføres systematisk. Der det er mye tannstein og lite behov for korreksjon av fyllinger, prioriteres tannsteinsfjerning. Ved tannsett med stort behov for fyllingskorrigering og minimalt med tannsteinavleiring er det gunstigst med motsatt prioritering. Er det tilnærmet like stort behov for begge typer arbeidsoperasjoner, utføres de parallelt, kvadrant for kvadrant. Det er hensiktsmessig å fjerne overheng før en fjerner tannstein.

#### *Subgingival depurasjon*

- Normalt kan subgingival depurasjon utføres i en kvadrant pr seanse
- Start der det er mest sykdom
- Anestesi benyttes etter behov.
  - Overflateanestesi kan gi tilstrekkelig effekt
- La det gå minst en uke før depurasjon foretas i neste område
  - Begynn med å kontrollere området som ble depurert forrige gang

#### *Profesjonell tannrengjøring*

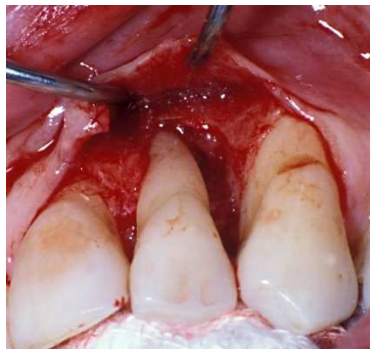
Depurasjon skal avsluttes med profesjonell tannrengjøring og påføring av fluorid (lakk eller skylling).

*Hva er hensikten med periodontal kirurgi?*

- Skaffe adkomst for fullstendig depurasjon
- Legge forholdene til rette for optimal hjemmehygiene
- Skaffe adgang for regenerasjonsbehandling

*Dessuten:*

- Skaffe tilgang for inspeksjon (eksplorativ)
- Kroneforlengelse, forbedre estetikk
- Frilegge områder for annen behandling



## **Røntgenopptak**



### *Apikale røntgenbilder*

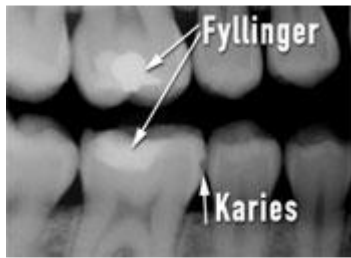
En angir ikke bestemt intervall for opptak av nye bilder. Behovet vurderes på bakgrunn av blant annet de endringer som skjer med tannsettet, for eksempel mange ekstraksjoner, rotfyllinger eller ny fast protetik.

På rotfylte tenner og vitale tenner med kroner skal det imidlertid tas nye bilder ca hvert fjerde år for å utelukke apikale forandringer.

### *Bitewings*

Bitewingbilder viser tannkronene, den øvre del av tannroten og øverste del av kjevebeinet. De brukes for å diagnostisere karies, påvise fyllingsoverheng og tannstein og en kan også se nivået på kjevebeinet – om det er intakt eller om det har skjedd en nedbryting av beinet.

En tar nye bitewingbilder i forbindelse med kariesregistrering. En skal vanligvis ikke ta kariesregistrering ved hjelp av bilder som er eldre enn seks måneder.



### Kvalitativ kariesregistrering

Grad 1 og 2 – ICD10 Emaljekaries

Grad 3 – 5 – ICD10 Dentinkaries

#### *Okklusalkaries*

Grad 1 (O1): Karies karakterisert ved en hvitlig/brunlig misfarging uten substans tap. Substans tap i forbindelse med kriteriene betyr kavitedannelse/brudd i overflaten. Ingen røntgenologiske funn

Grad 2 (O2): Lite substans tap med brudd i emaljeoverflaten eller misfarget fissur med grålig/opak tilstøtende emalje og/eller karies begrenset til emaljen røntgenologisk

Grad 3 (O3): Moderat substans tap og/eller karies i ytre 1/3 av dentin røntgenologisk



Grad 4 (O4): Betydelig substans tap og/eller karies i midtre 1/3 av dentin røntgenologisk

Grad 5 (O5): Stort substans tap og/eller karies i indre 1/3 av dentin røntgenologisk

#### *Karies på faciale og linguale/palatinale glattflater*

Grad 1 (F/L1, F/P1): Karies karakterisert ved en hvitlig/brunlig misfarging uten substans tap. Matt overflate kan sees ved tørrlegging

Grad 2 (B/L2, B/P2): Lite substans tap med brudd i emaljeoverflaten

Grad 3 (B/L3, B/P3): Moderat substans tap med eksponert dentin (kan sonderes)

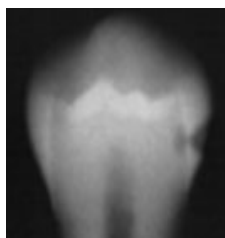
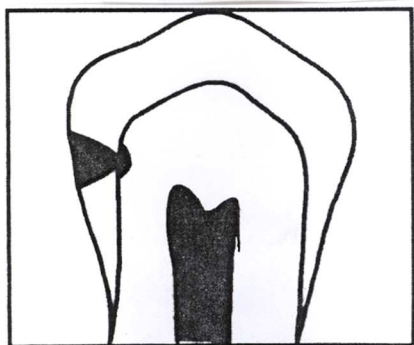
Grad 4 (B/L4, B/P4): Betydelig substans tap i emaljen med moderat kavitedannelse i dentin

Grad 5 (B/L5, B/P5): Stort substans tap med betydelig kavitedannelse/oppbløting av dentin.

### *Approksimalkaries (røntgendiagnose)*

Grad 1 (A1): Lesjon i ytre halvdel i emaljen (inntil  $\frac{1}{2}$  emaljetykkelsen)

Grad 2 (A2): Lesjon i indre halvdel av emaljen (inntil emalje-dentin grensen, men ikke inn i dentinet)



Grad 3 (A3): Lesjon i ytre tredjedel av dentinet (inntil  $\frac{1}{3}$  av dentintykkelsen)

Grad 4 (A4): Lesjon i midtre tredjedel av dentinet (inntil  $\frac{2}{3}$  av dentintykkelsen)

Grad 5 (A5): Lesjon i indre tredjedel av dentinet.

### *Sekundærkaries (karies i tilknytning til en fylling)*

Grad 1 (S1): Karies karakterisert ved en hvitlig/brunlig misfarging i emaljen, uten substans tap og /eller lesjon i ytre halvdel av emaljen klinisk/røntgenologisk

Grad 2 (S2): Lite substans tap med brudd i emaljeoverflaten og/eller lesjon i indre halvdel av emaljen klinisk/røntgenologisk

Grad 3 (S3): Moderat substans tap og/eller karies i ytre  $\frac{1}{3}$  av dentin klinisk/røntgenologisk

Grad 4 (S4): Betydelig substans tap og/eller karies i midtre  $\frac{1}{3}$  av dentin klinisk/røntgenologisk

Grad 5 (S5): Stort substans tap og/eller karies i indre  $\frac{1}{3}$  av dentin klinisk/røntgenologisk

### *Rotkaries*

Graderes 3 - 5.

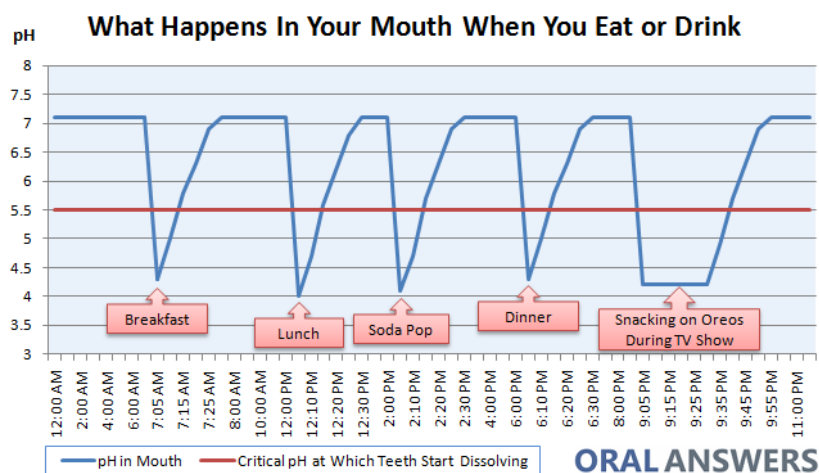


Kariesregistrering gjøres vanligvis en gang pr år. Før registreringen starter, må en oppdatere tannstatus på pasienten. Kariesregistrering skal alltid utføres på rene, tørre tenner og med godt lys. Det betyr at all tannstein og plakk må fjernes før en gjør kariesregistrering.

## Saliva

### Salivas funksjon:

- Er en mekanisk beskyttelse for tenner og slimhinner
  - Virker smørende
  - Motvirker uttørking
  - Letter svelging
  - Danner pellikel som til en viss grad forhindrer diffusjon av syre inn i tannsubstansen (kariesforebyggende)
  - Har antibakterielle egenskaper
  - Regulerer munnhulens pH-verdi (bufferkapasitet)
  - Betydning ved demineralisering og remineralisering



### Saliva test

Hvis pasienten tar medisin som kan medføre hyposalivasjon, pasienten opplyser at han/hun føler seg tørr i munnen eller pasienten har atypiske kariesangrep, kan dette tyde på redusert salivaproduksjon. Man tar da en salivatest.

#### Man undersøker:

##### Ustimulert saliva (hvilesaliva)

Pasienten skal ikke ha spist, drukket, røykt eller hatt noe som helst i munnen den siste timen før undersøkelsen. Pasienten skal ikke ha tatt andre medikamenter enn «vanlig» kvelde før eller samme dag som undersøkelsen finner sted. Pasienten skal ikke ha drukket alkohol eller utføre hard fysisk trening. Alle medikamenter som brukes må noteres.

Pasienten bør sitte stille i ca. 5 minutter før prøven tas. Ikke snakk med pasienten mens salivatesten pågår.

Pasienten sitter oppreist og fremoverbøyd med hodet. Alt saliva spyttes i gradert målebeger i løpet av 15 minutter. Unngå å samtale med pasienten mens dette pågår.

- mengde
- pH
- bufferkapasitet (salivas evne til å nøytralisere syrer i munnhulen)
- konsistens (mucøst/serøst)

Normal variasjon 0,25-0,35 ml/min

Patologisk  $\leq 0,10$  ml/min

Normal verdi pH 6,8

#### *Sekresjonen påvirkes av*

- døgnrytme
  - er størst om ettermiddagen, reduseres om natten
- individets helsetilstand
  - flere sykdommer reduserer saliva sekresjonen
- Farmaka
  - Felleskatalogen angir munntørrhet som bivirkningsrisiko
- Psykiske faktorer

#### *Tyggestimulert saliva*

Pasienten tygger på parafinvoks og spytter ut i et gradert målebeger i 5 minutter.

- mengde
- pH
- bufferkapasitet (salivas evne til å nøytralisere syrer i munnhulen)
- konsistens (mucøst/serøst)

Normal mengde 1,0-3,0 ml/min

Patologisk  $\leq 0,7$  ml/min

Normal verdi pH 7,3

Man måler bufferkapasitet og ev tar en bakterietest.

Bufferkapasitet er salivas evne til å nøytralisere syrer i munnen.

## Nedsatt spyttkjertelfunksjon



Klinisk undersøkelse viser ofte

- tørre sprukne lepper med fissurer
- tørr erytematøs munnslimhinne med matt overflate
  - hvis man stryker over kinnslimhinnen med speilet, setter speilet seg fast
- Soppinfeksjon
  - Candida albicans under proteser og på tungen
- Mye karies med atypisk beliggenhet
- Rask utvikling av sekundærkaries



- Gingivitt



## Behandling

- Informasjon om konsekvenser av nedsatt spyttkjertelfunksjon og munntørrehet
  - Spesielt øket risiko for utvikling av karies
- Lindring av subjektive symptom
  - Stimulering av sekresjonen
    - Saliva erstatninger
    - Tyggegummi
    - Fluortabletter
- Pasienter med egne tenner anbefales produkter som er søtet med



- Xylitol
- Kombinasjon av xylitol og andre sukkeralkoholer eller syntetiske søtningsmidler

Mangler saliva produksjonen helt og stimulering ikke virker, kan en forsøke skyllevæsker og saliva erstatningsmidler. Tannhelsepersonell bør kjenne det som er på markedet slik at en kan gi pasientene god veiledning.

#### *Plakkkontroll*

- Plakktilveksten er rask og atypisk ved munntørrehet
- Munntørre pasienter må derfor få individtilpasset instruksjon i nøyaktig tannrengjøring av alle flater
- Saliva stimulerende tiltak og fluoridtilførsel etter måltider

#### *Kostveiledning*

- Av hensyn til ømfintlige slimhinner anbefales kost som er
  - Væskerik
  - Mild
- Det anbefales videre rikelig inntak av
  - Vann
  - Sukkerfri drikke

#### *Definisjoner*

- Xerostomi
  - Subjektiv opplevelse av å være tørr i munnen
- Hyposalivasjon
  - Redusert saliva sekresjon ved måling

#### **Klorheksidin**

Hos pasienter med meget høy kariesaktivitet og der spesielt plakkmengde/mikroflora anses å være en dominerende kariesetiologisk faktor, kan det være indikasjon for å supplere behandlingen med klorheksidin. Middelet benyttes under kortvarige intensivfaser, ca. 14 dager, og skal være et supplement til andre tiltak. De vanligste preparater er 0,2 % klorheksidin oppløsning eller 1 % klorheksidin gel.

#### *Dosering/administrasjon*

- Skylling 2 ganger daglig, 0,2 %: 10 ml i 1 min
- Skylling 3 ganger daglig, 0,1 %: 10 ml i 1 min
- 1 % klorheksidin gel, ca. 1-2 cm, børstes på tennene 2 ganger daglig

En velger et av de tre alternativ.

Tannkrem med natriumlaurylsulfat (NLS) kan redusere virkningen av klorheksidin og bør erstattes med en tannkrem uten NLS.

Klorheksidin bør ikke brukes fast over en lengre periode (14 dager) pga at det endrer den normale bakteriefloraen i munnhulen. Andre bivirkninger av klorheksidin kan være ekstern

misfarging på tannoverflatene og endringer av smakssansen. Dette vil opphøre når man slutter med bruken, men misfargingen må fjernes på klinikk.

### Applikasjon av fluorider

Behandling avsluttes svært ofte med applikasjon av fluorider. Ved Seksjon for forebyggende tannhelse benyttes fluorlakk; Duraphat eller Fluorprotector eller skylling med 0,2 % natriumfluorid (NaF).

Applikasjon av fluorider utføres dersom en eller flere av følgende indikasjoner er til stede:

- Initiale karieslesjoner, erosjonsdefekter, sensible tannhalser. Behandles flere ganger under behandlingsperioden
- Pasienter med antatt høy kariesaktivitet. Behandles flere ganger under behandlingsperioden
- Etter fjerning av overheng, da en del av det ytre emalje-/rotsementsjiktet vil være fjernet. Vil kunne dempe følsomhet etter sliping
- Etter tannsteinsfjerning og puss, da spesielt pimpstein fjerner en del av det ytre emaljesjiktet

Framgangsmåte ved applikasjon står beskrevet i kompendiet Propedeutisk kurs.

Følgende preparater kan pasienten benytte hjemme

- Fluoridholdig tannkrem
- Fluoridholdig tannkrem supplert med skyllevæske 0,2 % NaF for daglig bruk
- Fluoridholdig tannkrem supplert med Fluorid tabletter
- Tyggegummi med fluorid



- Ved høy kariesaktivitet anbefales det andre preparat - Duraphat tannkrem med ekstra høyt fluorinnhold (reseptpliktig)

### Innkallingsintervall

Ved vurdering av *innkallingsintervall* legger en vekt på følgende faktorer:

- Generell helse
- Fysiske forhold
- Psykiske forhold
- Medikamentbruk
- Odontologiske aspekter
- Slimhinneforandringer
- Kariessituasjon
- Periodontale forhold

- Risikovurdering
- Fluorrutiner
- Munnhygiene
- Kostholdsvaner
- Røyke- og snusevaner
- Pasientens forutsetninger, holdninger og ferdigheter.

**Oversiktsskjema for rutiner for behandling av vedlikeholdspasienter**

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| Personalia                       | Ved hver recall                      |
| Helseopplysninger                | Ved hver recall                      |
| Slimhinnekontroll                | Ved hver recall                      |
| Innfarging plakk - Hygieneblad   | Ved hvert besøk                      |
| Motivasjon/instruksjon           | Etter behov                          |
| Statusblad                       | En gang pr år                        |
| Depurasjon - Tannsteinsrens      | Etter behov                          |
| Depurasjon - Fyllingskorrigering | Etter behov                          |
| Profesjonell tannrengjøring      | Ved hvert besøk                      |
| Røntgen helstatus                | Etter vurdering                      |
| Bitewings                        | En gang pr. år/etter vurdering       |
| Kariesregistrering               | En gang pr. år                       |
| Applikasjon av fluorider         | Etter behov, alltid etter depurasjon |

## KLINISK INNFØRINGSKURS DEL II - journalpasienter

En del av de pasienter som melder seg ved pasientinnskrivning henvises til Seksjon for forebyggende tannpleie. Denne pasientkategorien trenger å gjennomgå en hygienefase før annen behandling kan begynne. Før behandlingen kan starte, tar studentene opp en omfattende journal. Vi kaller derfor disse pasientene *journalpasienter*.

Hygienefasen omfatter:

### Journalopptak

- Anamnese:
  - Generell – helseskjema
  - Spesiell
- Klinisk og røntgenologisk undersøkelse
- Diagnoser
- Behandlingsplan
- Informasjon om karies, gingivitt/periodontitt og profylakse etter behov
- Informasjon om kosthold og spisevaner etter behov
  - Ev utlevering av kostholdsanamneseskjema
- Informasjon om tobakkens innflytelse på oral helse hvis pasienten røyker eller snuser
- Motivasjon
- Instruksjon i munnhygiene etter behov
- Behandling:
  - Tannsteinsrens
  - Korrigering av fyllinger
  - Applikasjon/veiledning i bruk av fluorider etter behov

Hygienefasen strekker seg vanligvis over to til fire besøk, alt etter vanskelighetsgrad og behov.

Dersom en ved hygienefasens avslutning finner at pasienten har behov for kirurgisk behandling av tennenes festeapparat, henvises han/hun til Seksjon for periodonti for vurdering og eventuell behandling. Seksjon for periodonti tilbakefører pasienten til Seksjon for forebyggende tannpleie for videre oppfølging; vedlikeholdsfasen. Kasus som ikke har behov for kirurgiske inngrep, går direkte over i vedlikeholdsfasen.

Dersom pasienten har behov for fyllingsterapi, henvises pasienten til Seksjon for kariologi. Hvis de ikke har kapasitet, henvises pasienten til privat tannlege.

### Helseopplysninger

Føres på helseskjema i Opus.

Studenten samtaler med pasienten og får fram opplysninger om de forskjellige punkter.

Allmenn helsetilstand: Pasientens oppfatning av egen helsetilstand

Allergier: Spesifiser hva pasienten er allergisk for

Kroniske lidelser: Noter hvilke sykdom(mer) pasienten lider av

Tobakk: Form og mengde av daglig forbruk av tobakk noteres, også snus

Medikamenter: Preparatets navn, styrke og dagsdose

Studenten må selv slå opp i *Felleskatalogen* for å se om medikamentet gir bivirkninger som involverer munnhulen eller den tannbehandlingen som er tenkt utført. Bivirkninger noteres.

Det noteres andre opplysninger som er fremkommet i samtalsløp, og som det ikke er avsatt egen rubrikk til, f.eks. graviditet (termin). Ved opplysninger om lidelser og medikamentering som kan ha betydning for vår behandling, noterer vi navnet på pasientens fastlege.

Etter at skjemaet er oppdatert, avsluttes det med å trykke ny, lagre og lukk. Dette gjøres også dersom det ikke er forandringer siden siste oppdatering.

Del 1:

### Spesiell anamnese

- Fast tannlege, hyppighet, årsak sist.
- Behandlingsønske

Gjennom samtale med pasienten skal en her forsøke å få fram hva pasienten vet om:

- karies
- sykdom i tennenes støttevev
- forebygging av disse sykdommene

Husk å bruke «vanlige ord» - ikke faguttrykk.

Eks: Karies: Vet litt om betydningen av sukker og dårlig renhold for utviklingen av karies

Gingivitt/periodontitt: Vet at tennene kan falle ut, men kjenner ikke årsaken

Profylakse: Vet at det er viktig å børste tenner

I Opus journal under Profy står følgende tekst:  
TPL JOURNAL DEL 1 (Oppdater helseskjema og personalia)  
SPESIELL ANAMNESE  
Fast tannlege  
Hyppighet  
Årsak sist  
Behandlingsønske  
PASIENTENS KUNNSKAP OM  
Årsak til hull i tennene  
Årsak til tannkjøttssykdommer  
Forebygging av sykdommer i tenner og støttevev  
Utført av ID:

Del 2:

### Egen vurdering

En krysser av i aktuelle ruter dersom pasienten klager over: Blødning, løse tenner, vandringer, smerter, ømme tannhalser, vond smak eller munntørrehet.

I Opus under Profy står følgende tekst:  
TPL JOURNAL DEL 2  
EGEN VURDERING  
Blødninger

Løse tenner  
Vandringer  
Ømme tannhalser  
Ond smak  
Munntørr  
Utført av ID:

Del 3:

### **Profylakse**

- Antall faste måltider
- Mellommål (hyppighet)
- Søtsaker/leskedrikker (type, hyppighet)
- Tannbørsting (type, hyppighet)
- Interdentalt renhold (type, hyppighet)
- Fluorid
- Annet

I Opus under Profy står følgende tekst:

TPL JOURNAL DEL 3  
PROFYLAKSE  
Antall faste måltider  
Mellommål  
Søtsaker/leskedrikker  
Tannbørsting (hyppighet)  
Interdentalt renhold (hyppighet)  
Fluorid  
Annet  
Utført av ID:

Del 4:

### **Konklusjon av generell (helseskjema) og spesiell anamnese**

Nevn kort det du mener er relevant for å kunne lage en behandlingsplan. Fastlegg pasientens grunnlag; det vi må bygge videre på.

Eks.: Pasienten har god helse, men mener han har et for høyt tobakksforbruk. Han benytter medikamenter som gir munntørrhet. Pasienten er positiv til behandling, men har hatt svært uregelmessig tannbehandling de senere årene. Han kan lite om karies og gingivitt/periodontitt og vet lite konkret om profylakse. Han har høyt karbohydratinntak. Han benytter få hjelpemidler til renhold og har ingen spesiell teknikk. Bruk av fluorider er tilfeldig. Noter også hva som er pasientens behandlingsønske.

I Opus under Profy står følgende tekst:

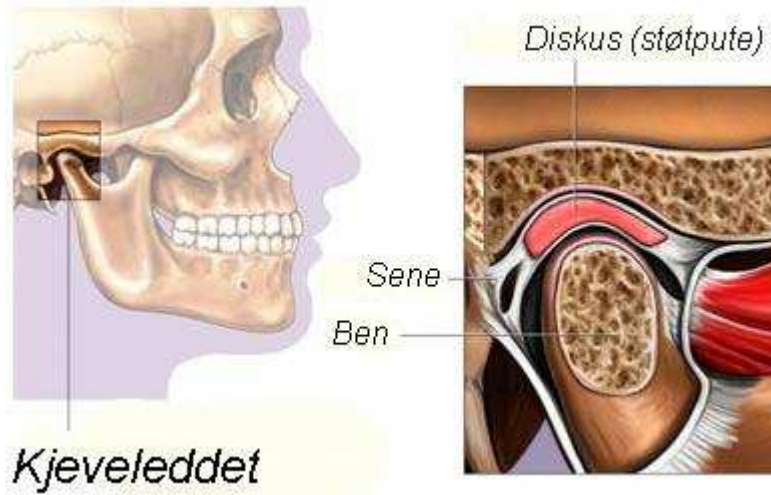
TPL JOURNAL DEL 4  
KONKLUSJON GENERELL (helseskjema) OG SPESIELL ANAMNESE  
Utført av ID:

Del 5:

### Status presens

#### Ekstraoralt

- Lymfeknuter: En palperer submandibulære, submentale og cervicale lymfeknuter. Er det hevelse og eller ømhet bemerker en dette.
- Kjeveledd/gapeevne: Kjeven beveges i ekstreme posisjoner. En noterer deviasjoner, klikking og smerte. En måler pasientens gapeevne. Normal gapebevegelse ligger i området 4,8 – 5,2 cm.





- Annet: En noterer ev. ansiktsasymmetri, arrvev, hevelse, smerte og hudforandringer i tilknytning til munnpartiet/tyggemuskulatur.



I Opus under Profy står følgende tekst:

TPL JOURNAL DEL 5

STATUS PRESENS

EKSTRAORALT

Lymfeknuter

Kjeveledd/gapeevne

INTRAORALT

Slimhinner

Gingiva

Tenner

Utført av ID:

Del 6:

### **Intraoralt**

Slimhinnekontroll: Ved hjelp av speil og godt lys undersøkes følgende

- lepper
- kinnslimhinne
- overgangsfold
- bløte og harde gane
- tunge
- området under tungen

Patologiske tilstander beskrives med hensyn til lokalisasjon, utstrekning (størrelse), avgrensing, overflateforandring, hevelse eller smerte. Ta foto.

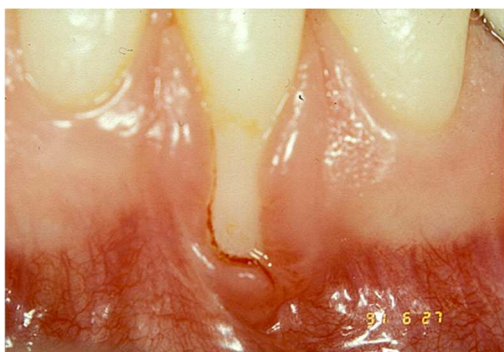
Ved ingen slimhinneforandringer eller patologiske funn noteres i.a.



## *Gingiva*

En beskriver

- farge
- form (utfyllende/avflatede papiller, retraksjoner/børsteskadeler)
- konsistens (fast/hard)
- overflate beskaffenhet (stiplet/blank)
- blødningstendens
- eventuell pussflod

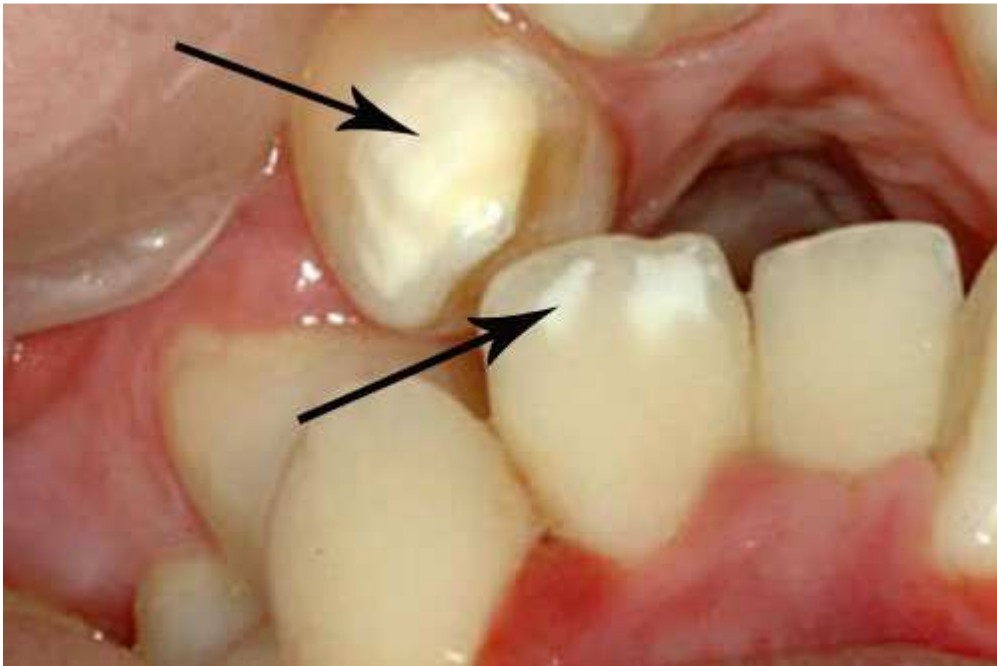




### *Tenner*

Bruk speil og godt lys. Tørrlegg med bomullsruller, spytt suger og luftblåser. Man undersøker mulige endringer i tennenes hardvev:

- hypomineralisasjon
- hypoplasi
- uttalt attrisjon (ikke fysiologisk)
- intern misfarging
- erosjon
- hypersensibilitet
- abrasjon
- infraksjon - sjelden



Eks hypomineralisasjon



Eks Hypoplasi



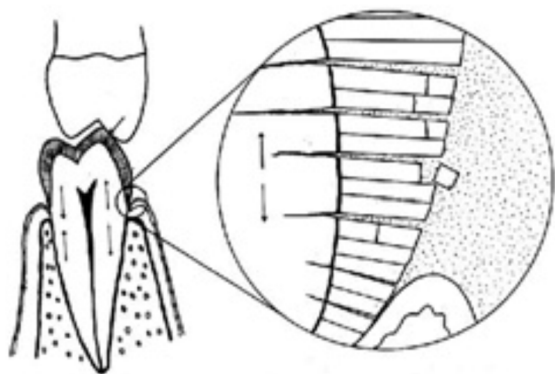
Eks intern misfarging 11



Eks erosjoner



Eks attrisjoner – ikke fysiologiske



Eks abfraksjon

Eventuelle funn vil ha innvirkning på behandlingsplanen. Eks. Hvis pasienten drikker mye brus og man finner erosjoner, må man informere pasienten om funn, årsak og forsøke å få pasienten til å endre sine drikkevaner.

### **Journalopptak hittil skal godkjennes av lærer før videre journalopptak.**

Del 6

#### **Hygieneblad**

#### **Statusblad**

Profesjonell tannrengjøring

Oppdatering av tidligere behandling og **kariesregistrering**. Hvis man finner karies som krever fyllingsterapi, skal henvisning skrives ut.

Når journalopptaket er godkjent overføres det fra planlagt til utført og signeres av instruktør.

### **Det skal IKKE gis instruksjon eller behandling under journalopptaket.**

I Opus under Profy står følgende tekst:

TPL JOURNAL DEL 6

Hygieneblad

Statusblad

Kariesregistrering

Utført av ID:

Student setter seg opp i godkjenningssperm for godkjenning av røntgengransking og behandlingsplan og preblokkerer i egen timebok i Opus. Pasienten får time til første behandlingsbesøk etter at journalen er godkjent.

Del 7 (overføres fra planlagt til utført under journalgodkjenning)

- Rtg status dato (ca 10-12 apikale røntgenbilder)
- Bw dato
- Røntgenfunn
- Diagnose
- Prognose

(Eventuelle modeller, foto I eller detaljert kostholdsanamnese skrives som dagnotat og godkjennes etter hvert.)

### Røntgenfunn

Man gransker de røntgenbilder som foreligger på eget skjema på forhånd og får det godkjent ved journalgodkjenningen.

### Diagnoser

På bakgrunn av anamnesticke opplysninger, medisinske og odontologiske, kliniske og røntgenologiske undersøkelser, samt eventuelle spesialundersøkelser, fører en opp relevante diagnoser; alle «funn» som skal ha behandling. Funnsom krever observasjon/oppfølging skal også registreres. Diagnosene karies og gingivitt/ marginal periodontitt noteres vanligvis først. Andre funn noteres etter alvorlighetsgrad. Ved diagnosen karies settes alvorligste angrep i parentes etter diagnosen, for eksempel karies (grad 3)

### Trygderefusjon:

Pasientens rett til trygderefusjon vurderes under journalgodkjenning.

### Prognose

Man setter opp et forslag til prognose. Denne kan ev revideres ved avlevering.

### Mål for behandlingen

Dette skal være basert på pasientens ønsker/forventninger og ha faglig realisme. Den bør utformes i samarbeid med pasienten. Hensikten med målbeskrivelsen er at den skal brukes som begrunnelse for behandlingsplanen, prognosevurdering og evaluering av resultatet etter behandling. Det er viktig at målsetningene er realistiske og at pasienten mener at det kan gjennomføres.

### Detaljert behandlingsplan

Behandlingsplanen settes opp på bakgrunn av de funn en har gjort og de diagnosene en har stilt. Behandlingen inndeles i informasjon, motivasjon, instruksjon, depurasjon og behandling med fluorider. Det settes opp en detaljert oversikt over hva en skal informere om og hva en skal gjøre ved hvert besøk. Det er viktig å ta hensyn til pasientens behandlingsønske.

### Informasjon:

Skal vår behandling gi gode resultater er pasientens egeninnsats av avgjørende betydning. Pasientens egeninnsats er igjen avhengig av hvor god informasjon og instruksjon vi klarer å gi og i hvor stor grad vi klarer å motivere pasienten til atferdsendring. Enhver behandling må derfor innledes med dialog med pasienten. Med utgangspunkt i *Konklusjon av generell og spesiell anamnese*, samt resultat av *kliniske og røntgenologiske undersøkelser*, går en inn på *pasientens egen situasjon og hva som er av betydning for å oppnå et godt resultat*.

**Bruk Dental Info som ligger på klinikkmaskinene.**

### Motivasjon:

Man bør forsøke å få pasienten interessert i egen tannhelse. Under informasjon og motivasjonsfasen er det gunstig å få fram en toveiskommunikasjon slik at vi kan danne oss et inntrykk av pasientens holdning til egen tannhelse og eventuelt forsøke å forbedre/endre denne. Derfor er det viktig å få fram hva pasienten mener er realistisk å kunne innfri i forhold til det vi mener pasienten bør utføre.

### *Instruksjon:*

Gjennom journalopptak har en dannet seg et bilde av pasientens hygiesituasjon. På denne bakgrunn velger en ut de hjelpemidler en mener det vil bli behov for å introdusere i pasientens munn. Til slutt lar en pasienten vise hvordan han/hun har oppfattet instruksjonen, og en får kontrollert om foreslått metode lar seg gjennomføre.

### *Henvisninger (akutt behandling)*

Ved smerter eller behandlingsbehov som bør ivaretas omgående, henvises pasienten umiddelbart. Ved behandlingsbehov av mer moderat karakter, venter vi med henvisning til hygienefasen er godkjent.

I Opus under Profy står følgende tekst:

TPL JOURNAL DEL 7

RØNTGENFUNN

Status dato

BW dato

Røntgenfunn

Konklusjon klinisk undersøkelse

Diagnoser

Prognose

Utført av ID:

Etter at journalen er godkjent skal det settes opp et kostnadsoverslag.

En behandlingsplan kan se ut som eksemplet nedenfor.

#### *Første besøk*

- Informasjon: Informasjon om pasientens diagnoser.  
Informere pasienten om momenter fremkommet under opptak av generell anamnese som kan ha betydning for tannhelse og tannbehandling. Eks.: Årsak til gingivitt/periodontitt, røyking og tannhelse, evt. motiver til røykeslutt.
- Innfarging av plakk - Hygieneblad
- Motivasjon: Motivere til bedre hygiene. Avtale fremdrift og mål med pasienten.
- Instruksjon: La pasienten vise deg hvordan han/hun utfører tannpussen, korrigere ved behov
- Depurasjon: Korrigere fyllinger i underkjeven, finrense tannstein i underkjeven
- Profesjonell tannrengjøring. Applikasjon av fluorid; Duraphat, Fluorprotector og/eller skylling med 0,2 % NaF.

#### *Andre besøk*

- Informasjon: Pasienten informeres om kosthold, kostvaner og fluor i relasjon til pasientens kariesbilde
- Innfarging av plakk - Hygieneblad
- Motivasjon: Diskutere hvordan pasienten har fulgt opp avtalte prosedyrer/teknikker. Diskutere realistiske mål, GI ROS
- Instruksjon: Evt. reinstruksjon i børsteteknikk  
Instruksjon i interdental renhold; tanntråd, tannstikker, interdentalbørster eller solobørster
- Depurasjon: Korrigere fyllinger i overkjeven, finrense tannstein overkjeven



- Profesjonell tannrengjøring. Applikasjon av fluorid; Duraphat, Fluorprotector og/eller skylling med 0,2 % NaF.

#### *Tredje besøk*

- Innfarging av plakk - Hygieneblad
- Motivasjon/remotivasjon: Diskutere hvordan pasienten har fulgt opp avtalte prosedyrer/teknikker. GI ROS  
Diskuter årsaker til mulig manglende progresjon i behandlingen
- Instruksjon/reinstruksjon i bruk av børste, interdental hjelpemidler og evt. solobørste
- Profesjonell tannrengjøring ved behov. Applikasjon av fluorid; Duraphat, Fluorprotector og/eller skylling med 0,2 % NaF.

#### *Fjerde besøk*

- Kooperasjonskontroll - avlevering
- Sende/levere ut ev henvisninger

#### *Kooperasjonskontroll*

Når studenten er ferdig med behandlingen, går pasienten inn i en kooperasjonsfase. Det skal derfor gå ca. 3 uker til neste time.

Når kooperasjonstiden er over, skal en vurdere resultatet med tanke på om hygienefasen kan godkjennes slik at pasienten kan gå over til å bli en pasient i vedlikeholdsphase.

Godkjenning av hygienefasen benevnes avlevering

Ved avlevering skal følgende foreligge

- Opusjournal
- Røntgenbilder
- Prognose
- Eventuelle modeller
- Eventuelle foto

Studenten skal registrere

- Hygieneblad
- Statusblad

Ut fra disse opplysningene vurderer studenten behandlingsresultatet i samarbeid med instruktør. Vurderingen kan ha tre utfall:

- *Tilfredsstillende*: En avslutter hygienefasen. Pasienten får tilbud om oppfølging ved klinikken, dvs. han/hun fortsetter som *Vedlikeholds pasient*.
- *Tilfredsstillende hygiene, men det er en rekke patologiske lommer som bør behandles kirurgisk*: Hygienefasen avsluttes. Pasienten henvises for periodontal kirurgi før en vedlikeholdsphase kan fortsette.
- *Tilfredsstillende hygiene, men det er noen kariesangrep som må behandles av tannlege*: Hygienefasen avsluttes. Pasienten henvises for fyllingsterapi før en vedlikeholdsphase kan fortsette.

- *Ikke tilfredsstillende*: Pasienten har ikke klart å gjennomføre en tilfredsstillende hjemme hygiene. Studenten utfører remotivasjon og reinstruksjon dersom en mener at dette kan ha effekt. Pasienten settes på en ny kooperasjonskontroll.
- Enkelte pasienter har behov for svært tett oppfølging. Disse blir avlevert og får tilbud om å fortsette i en vedlikeholdsfase med korte intervaller.

### *Periodontal kirurgi*

Indikasjoner:

- Dype lommer (>5 mm)
- Tenner med rotfissurer, konkaviteter og furkasjoner
- Gingivale hyperplasier

Kontraindikasjoner:

- Akutte tilstander av gingivitt og periodontitt
- Dårlig plakk kontroll
- Behandlet operativt tidligere – evaluere hvorfor tidligere behandling ikke lyktes

Dersom en bestemmer seg for å avslutte hygienefasen skal pasienten avleveres.

### *Avlevering av pasient*

Det skal ikke utføres behandling, men studenten fjerner ev nydannet tannstein og profesjonell tannrengjøring før pasienten fremstilles for avlevering. Etter at tannsettet er pusset opp tar en Foto II der Foto I foreligger.

Ved avleveringer skal studenten innlede med å fremlegge kasus; kort om anamnese, diagnoser, utført behandling, informasjon/motivasjon, registrert atferdsendring, pasientens motivasjon i dag og prognoser. Studenten fremlegger/presenterer pasienten uten spørsmål fra lærer. Studenten må være forberedt på å kunne svare på faglige spørsmål. Enhver avlevering fungerer som en form for underveisprøve og blir vektlagt deretter.

Studenten skal kunne redegjøre for kasus

- Tidligere behandling
- Diagnoser
- Behandlingsplan
- Behandlingens gang
- Resultat
- Revidert prognose
- Nødvendige henvisninger
- Planlegging av innkallingsintervaller i vedlikeholdsfase
- Godkjenningsskjema
- Evalueringsskjema
- Sjekkliste for avlevering

### *Revidert prognose*

Oppfatningen av prognosen kan endres under behandlingens gang. Vår behandling er avhengig av pasientens egeninnsats. Denne kan vise seg å være bedre/dårligere enn det vi innledningsvis antok. Revidert prognose noteres ved avlevering av pasienten.

### *Evalueringsskjema*

Studenten skal skrive en egevaluering av utført behandling av pasienten og presentasjonen av behandlingen (journalopptak, behandlingsplan, utført behandling og resultat av behandlingen). Deretter skriver lærer sin oppfatning av studentens arbeid. Det gis en tilbakemelding til studenten og skjemaet leveres studentens gruppelærer.