



Referentgranskad – accepterad för publicering 17 januari 2015.

Med strukturerad exponeringsbehandling kan barn klara tandvården

En behandlingsmodell för invänjning till tandvård, anpassad för barn och ungdomar, har utvärderats. Åttio procent av patienterna i studien klarade av konventionell revisionstandvård inom allmäntandvården under uppföljningsperioden som varierade från tre till sju år. Modellen kan användas för att förebygga eller överkomma tidiga tecken på tandvårdsrädsla eller behandlingsproblem, liksom för att identifiera barn som behöver ett mer anpassat omhändertagande.



Författare:

Margareta Fridström (bild), ötdl, Specialist-tandvården, Pedodonti, Mälarsjukhuset Eskilstuna. E-post: margareta.fridstrom@dll.se

Kristina Arnrup, docent, ötdl, forskningschef, Folk tandvårdens centrum för specialisttandvård, Odontologiska forskningsenheten, Örebro läns landsting. Inst för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet

Varje år remitteras drygt en procent av alla barn och ungdomar mellan tre och nitton år i Sverige till specialiserad barn- och ungdomstandvård [1, 2]. De vanligaste remissanledningarna är tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem av psykologisk art i kombination med ett odontologiskt behandlingsbehov (27 procent), följt av kroniska sjukdomar eller funktionshinder (18 procent) och hög kariesaktivitet (15 procent) [2]. Dessa tre remissorsaker tillsammans står för mer än hälften av totala antalet remisser och är, som diagnoser, ofta kombinerade så att den enskilda patienten har såväl tandvårdsrädsla/behandlingsproblem som ett komplext vårdbehov, ibland komplicerat av medicinska eller psykosociala förhållanden [2, 3]. Omhändertagande och behandling blir ofta tidskrävande.

Det finns en repertoar av strategier för att hantera tandvårdsrädsla och behandlingsproblem som omfattar såväl psykologiska som farmakologiska metoder [4–10]. Ett gott psykologiskt omhändertagande och smärtfri behandling är av största vikt. Användning av lokalanestesi är den viktigaste metoden för att uppnå smärtfrihet och ska användas vid all tandbehandling som kan förväntas orsaka smärta [11].

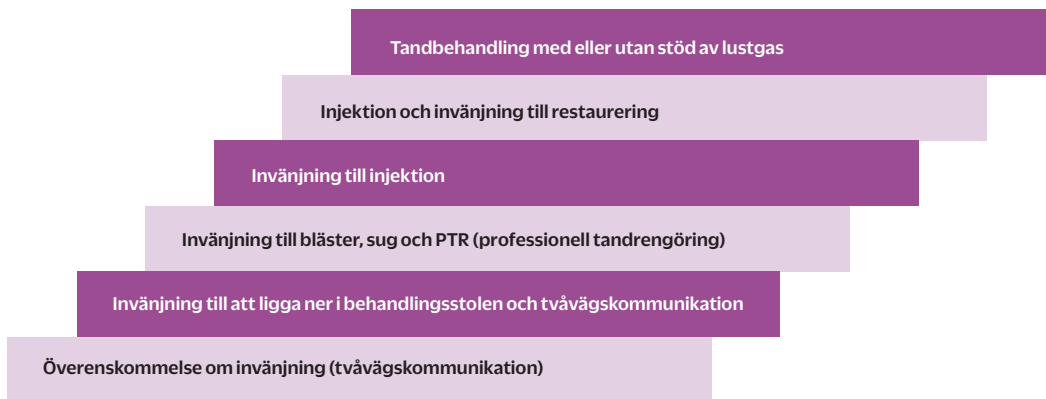
Den ofta tillämpade beteendearterade meto-

diken ”tell-show-do” myntades redan 1959 [12] och anpassades för tillämpning inom svensk barn-tandvård av Annalena Holst [13]. Den bygger på ett stegvis, strukturerat tillvägagångssätt för invänjning till tandvård och innebär att man introducerar ett moment i taget. Berätta först (tell), visa sedan (show), sist provar man (do). Om barnet accepterar detta moment, fortsätter man med nästa. Om inte, ger man barnet mer tid och fortsatt träning. Tillsammans med observation av beteende och positiv förstärkning används metoden för att uppnå acceptans [4, 10, 14]. Behandling enligt psykologiska metoder kombineras vid behov med sedering, ofta i form av lustgassedering alternativt med hjälp av bensodiazepinpreparat.

Vad gäller barn med behandlingsproblem av psykologisk art har en lyckandefrekvens på cirka 80 procent rapporterats i två svenska studier [6, 15].

SYFTET MED STUDIEN

Syftet med studien var att beskriva och utvärdera en specifik modell för invänjning till tandvård (strukturerad exponeringsbehandling), baserad på ”tell-show-do-metoden” och genomförd inom specialiserad barn- och ungdomstandvård för barn 4–12 år efter remiss med anledning av tandvårdsrädsla/ behandlingsproblem.



Figur 1. Inskolningstrappa för SEB. I botten finns överenskommelsen om invänjningen. Varje trappsteg därefter illustrerar stegvis exponering med ökad svårighetsgrad.

Till syftet var följande frågeställningar knutna:

- Hur går det att klara efterföljande odontologisk behandling på allmäntandvårdsklinik?
- Finns kvarvarande upplevd tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblematik?
- Hur minns och värderar barn/ungdomar respektive föräldrar den på specialistkliniken genomförda invänjningen och dess betydelse för de fortsatta tandvårdskontakterna 3–7 år efter avslutad behandling?

MATERIAL OCH METOD

Design

Studien är genomförd som en tvärsnittsstudie där tidigare patienter inom specialiserad barn- och ungdomstandvård vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna, behandlade enligt den nedan beskrivna modellen för invänjning, 3–7 år efter behandlingen tillfrågades angående aktuell tandvårdsrädsla, tandvårdsfarenheter efter behandlingsavslut samt upplevd nytta av invänjningsbehandlingen. I studien ingår även en retrospektiv journalgranskning avseende såväl behandlingen inom specialiserad barn- och ungdomstandvård som den efterföljande perioden inom allmäntandvård.

Studiegrupp

Inklusionskriterier var barn (då 4–12 år) som under perioden 2005–2008 remitterats till specialiserad barn- och ungdomstandvård vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna med anledning av tandvårdsrädsla eller behandlingsproblem av psykologisk art i kombination med ett aktuellt tandvårdsbehov. Totalt 228 barn uppfyllde inklusionskriterierna. Av dessa exkluderades 134 barn på grund av akuta problem, primärt kirurgiska frågeställningar eller allmänsjukdomar/funktionshinder där den aktuella mo-

dellen för invänjning inte bedömdes lämplig. Ytterligare 16 barn som remitterats under slutet av 2008 men behandlats först under 2009 exkluderades. Av de 78 barn och deras föräldrar som tillfrågades om deltagande tackade åtta nej, fem kunde inte nås och fem svarade inte på enkäten trots två påminnelser. Sextio barn (77 procent), varav 28 pojkar och 32 flickor, ingick i studien.

Behandling på specialistklinik

Behandlingen börjar med ett inledande samtal och intervju/anamnes och därefter klinisk undersökning alternativt en enkel inspektion beroende på barnets förmåga att samarbeta.

En väsentlig ingrediens i modellen är strävan att skapa en samsyn kring behandlingsproblematiken och en överenskommelse kring behandlingsupplägg inklusive den förberedande invänjningen. I samtalet tydliggörs även de ömsesidiga krav som ställs när det gäller kommunikation och samarbete. Modellen för invänjning förklaras för barn/förälder och påbörjas först efter överenskommelse.

Den tillämpade modellen, som vi kallar strukturerad exponeringsbehandling (SEB), bygger på ett gradvis närmande av varje moment ("tell-show-do") i ett stegvis förfarande enligt en hierarki [12, 13], se figur 1.

Först får barnet åldersanpassad information om varje moment, sedan se och känna på instrumenteringen utanför munnen (till exempel bläster och sug

"Ett gott psykologiskt omhändertagande och smärtfri behandling är av största vikt."



Tabell 1. Ålder, kön och uppföljningstid.

	N	Ålder (år)						Uppföljningstid (år)			
		Vid start		Vid avslutad behandling		Vid uppföljning		Första besöket på ATV		Sista besöket på ATV	
		Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD
Pojkar	28	6,6	2,2	7,6	2,2	12,5	2,6	0,6	0,4	5,3	1,1
Flickor	32	6,6	2,0	7,6	2,0	12,8	2,4	0,6	0,6	5,5	1,0
Alla	60	6,6	2,1	7,6	2,1	12,6	2,5	0,6	0,5	5,4	1,0

”Om barnet inte klarar av SEB-momenten på tre besök, utökas antalet träningstillfällen tills barnet verkar tryggt.”

på handflata och kind, putsborst mot nagel). Därefter tränas instrumenteringen i munnen. Träningen av varje moment fortgår tills full acceptans erhålls. Ovanstående genomförs som regel som en första sekvens inom SEB och utförs vid ett besök. Besöket avslutas med att patientens acceptans kontrolleras genom att professionell tandrengöring med roterande instrument utförs varvid patienten bör ligga avslappnad i behandlingsstolen och kunna följa inskolningsmomenten i patientspeglarna.

Andra träningstillfället fokuseras på invänjning till injektion. All träning sker nu intraoralt med ökande svårighetsgrad. Efter invänjning till lidocaininnehållande ytanestesi Xylocain® 5 procent [16] introduceras sond och separat kanyl mot den bedövade slemhinnan. Ytanestesi säkerställs genom att bomullsrulle med Xylocain® Salva, 5 procent, ligger i omslagsveckat medan sprutans delar visas, monteras och introduceras medan patienten ser på via patientspegel. När patienten klarar att på ett avslappnat sätt ligga stilla med händerna på magen injiceras en liten mängd lokalanestesi i bedövad slemhinna, varefter besöket avslutas.

Tredje träningstillfället inleds med injektion följd av lagningsproceduren, omfattande roterande instrument, etsning/conditioner och applicering av restaureringsmaterial. Detta kan ske till exempel i form av fissurblockering eller mindre lagning.

Om barnet inte klarar av SEB-momenten på tre besök, utökas antalet träningstillfällen tills barnet verkar tryggt. Vid behov kan även tidigare steg repeteras. SEB finns beskriven i detaljerad manual (kontakta denna artikels korresponderande författare). Efter SEB har patienterna erhållit tandbehandling utifrån individuella behov och därefter som regel återförts till ordinarie allmäntandvård.

Uppföljning

Uppföljningskontakten 3–7 år efter behandlingen på specialistkliniken har initialt tagits per telefon av den tidigare behandlande tandläkaren (MF). Efter förfrågan och muntligt samtycke till studiemedverkan har patient/förälder tillsänts samtyckesblankett, frågeformulär och svarskuvert.

Journaldata har hämtats efter inkommet skriftligt samtycke. Regionala etikprövningsnämnden

i Uppsala har godkänt studien (diarienummer 2012/896-31/1, datum 2012-06-07).

Mätmetoder

Frågeformuläret besvarades för åldersgruppen 9–10 år av förälder, för åldersgruppen 11–14 år av både patient och förälder och för åldersgruppen 15–19 år enbart av patienterna själva. Formuläret innehöll frågor om hur man minns och värderar den på specialistkliniken genomförda SEB-modellen, dess betydelse för fortsatta tandvårdskontakter och eventuell rädsla och/eller obehag i samband med tandbehandling.

Dessutom skattades tandvårdsrädslan av patienterna själva med hjälp av så kallat CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale) [17, 18]. CFSS-DS innehåller 15 delfrågor [17, 18]. Varje delfråga graderas från 1 = ”inte alls rädd” till 5 = ”livrädd”, summavärdet kan därmed variera mellan 15 och 75. Ett ofta tillämpat brytvärde för tandvårdsrädsla mätt med CFSS-DS är ≥ 38 [18, 19], men brytvärde ≥ 32 har framförts beskriva en ”risk range” [20]. CFSS-DS har använts i flera svenska och internationella studier [19, 21, 22] och betraktas som ett användbart och pålitligt instrument för att mäta tandvårdsrädsla hos barn [23].

Information om patientens tandvårdshistorik (inklusive regelbundenhet och uppföljning) samt dokumenterade uppgifter kring samarbete i tandvårdssituationen (inklusive rapporterad tandvårdsrädsla) hämtades ur specialist- och allmäntandvårdsjournal.

Statistik

Materialet redovisas med beskrivande statistik i form av medelvärden och standarddeviationer, medianvärden, min-max-värden samt frekvensfördelningar. All statistik är framtagen via IBM SPSS Statistics, version 22.

RESULTAT

Strukturerad exponeringsbehandling

Medelåldern vid uppföljningen, 3–7 år efter behandlingsperioden inom specialiserad barn- och ungdomstandvård, var 12,6 år (tabell 1). Vid behandlingsstart var patienterna i genomsnitt 6,6 år och

Tabell 2. Graden av acceptans vid tre på varandra följande träningstillfällen enligt SEB-modellen.

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1. Instrumentering						
Full acceptans*, följer modellen	25	89	28	88	53	88
Tveksam acceptans**, anpassning/repetition krävs	3	11	4	12	7	12
Ingen acceptans	0	0	0	0	0	0
2. Injektion						
Full acceptans, följer modellen	16	57	21	66	37	62
Tveksam acceptans, anpassning/repetition krävs	11	39	11	34	22	37
Ingen acceptans	1	4	0	0	1	2
3. Lagning***						
Full acceptans, följer modellen	19	73	22	69	41	71
Tveksam acceptans, anpassning/repetition krävs	6	23	9	28	15	26
Ingen acceptans	1	4	1	3	2	3
Totalt						
Full acceptans vid samtliga träningstillfällen	16	57	18	56	34	57
Bristande acceptans i någon grad, anpassning krävs (repetition, sedering eller narkos)	12	43	14	44	26	43

*Full acceptans innebär att patienten klarar instrumentering vid första träningsbesöket, injektion vid andra träningsbesöket och injektion samt enkel lagning/fissurförsegling vid tredje träningstillfället.

**Tveksam acceptans resulterar i någon typ av anpassning, vanligtvis repetition men även stöd av sedering med lustgas i låg koncentration.

***Två pojkar gick direkt vidare till behandling under sedering med lustgas utan inväntningsprocedur lagning.

uppföljningstiden var i genomsnitt 5,4 år. Tiden mellan behandlingsavslut inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården och första efterföljande besöket inom allmäntandvården var i genomsnitt 0,6 år (tabell 1).

Av de 60 studiepatienterna hade 56 (93 procent) ett tandvårdsbehov i form av restaurering eller extraktionsterapi till följd av karies, medan fyra barn kom för extraktioner av andra skäl. De flesta barnen hade ett stort behandlingsbehov med mer än 4 tänder (52 procent) eller 3–4 tänder (32 procent) i behov av restaurering eller extraktion. Endast 10 patienter (17 procent) hade ett mindre omfattande behandlingsbehov.

SEB följde av kvadrantvis tandbehandling genomfördes som planerat på 54 patienter (90 procent). Mer än hälften av patienterna (35 patienter; 58 procent) erhöill under någon del av behandlingen stöd av lustgassedering. Konventionell tandbehandling utan någon form av sedering genomfördes på 19 patienter (32 procent). För två patienter fick SEB:n avbrytas och återupptas efter akutinsats under sedering med Midazolam® APL, oral lösning 1 mg/ml. I fyra fall reviderades överenskommelsen och tandbehandlingen genomfördes under narkos.

Antalet besök för SEB (inklusive det första besö-

”Efter avslutad behandling inom specialiserad barn- och ungdomstandvård återfördes 59 av de 60 patienterna till ordinarie allmäntandvård.”

ket för undersökning och överenskommelse) varierade från 2 till 7 (median 4). För mer än hälften (57 procent) av patienterna kunde instrumentering, injektion och lagningsträning utföras enligt SEB-modellen och med full acceptans inom tre planerade besök (tabell 2). För övriga krävdes någon form av anpassning av SEB (repetition eller stöd av lustgassedering, n = 20), akutbehandling under sedering (n = 2) eller revision av behandlingsplan (narkos; n = 4). Injektion var det moment i SEB som oftast krävde anpassning (tabell 2). Antalet besök för tandbehandling efter SEB varierade från 1 till 6 (median 4). Totala antalet besök (SEB och tandbehandling) varierade från 4 till 16 (median 8).

Uppföljning inom ordinarie allmäntandvård

Efter avslutad behandling inom specialiserad barn- och ungdomstandvård återfördes 59 av de



Tabell 3. Uppföljning inom ATV (allmäntandvård) efter behandling på specialistklinik. Antal besök, genomförd behandling och anteckningar i allmäntandvårdsjournalen om tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem.

Uppföljning ATV	Pojkar		Flickor		Totalt	
	Median	Min-max	Median	Min-max	Median	Min-max
Antal besök	11	2-22	13	2-30	12	2-30
Antal återbud	2	0-8	3	0-12	3	0-12
Antal uteblivande	0	0-5	0	0-5	0	0-5

Utförd behandling	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen invasiv behandling	4	14	5	16	9	15
Enbart enstaka lagningar	6	21	6	19	12	20
Flertal lagningar	5	18	6	19	11	18
Enbart extraktion	3	11	3	9	6	10
Både lagningar och extraktioner	10	36	12	38	22	37

Anteckning om tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Inga anteckningar	18	64	20	62	38	63
1-2 anteckningar	8	29	7	22	15	25
3-6 anteckningar	2	7	5	16	7	12

Tabell 4. Tandvårdsrädsla mätt med CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule – Short Form) vid uppföljningstillfället.

Åldersgrupp		Antal	Medel	SD	Median
9-10 år	Pojkar	6	20,5	3,78	20,0
	Flickor	7	22,6	6,45	21,0
	Alla	13	21,7	5,29	21,0
11-14 år	Pojkar	15	26,3	8,26	25,7
	Flickor	16	22,8	5,06	22,3
	Alla	31	24,5	6,91	23,0
15-19 år	Pojkar	7	24,6	6,45	23,0
	Flickor	9	24,0	5,41	24,0
	Alla	16	24,3	5,69	23,5
Alla	Pojkar	28	24,6	7,26	23,0
	Flickor	32	23,1	5,32	22,3
	Alla	60	23,8	6,29	22,8

60 patienterna till ordinarie allmäntandvård. En flicka förblev revisionspatient vid specialisttandvården. Antalet besök under uppföljningsperioden varierade från 2 till 30 och återbud var vanligt förekommande (tabell 3). Merparten av patienterna (51 patienter; 85 procent) hade genomgått tandrestaurering och/eller extraktion vid minst ett tillfälle (tabell 3). Av dessa hade 16 patienter vid något tillfälle lagat utan bedövning. En eller flera anteckningar om tandvårdsrädsla eller behandlingsproblem förekom hos 22 patienter (tabell 3).

Av de patienter som återgick till ordinarie allmäntandvård inkom 11 (19 procent) på förnyad remiss för enstaka akut åtgärd under sedering (5 patienter), extraktion/dentoalveolär kirurgi (3 patienter) eller ytterligare behandlingsträning (3 patienter).

Tandvårdsrädsla mätt med CFSS-DS

Medelvärde för självskattad tandvårdsrädsla vid uppföljningen var 23,8, med något högre värden för äldre än för yngre patienter samt högre för pojkarna än för flickorna (tabell 4). Högst skattades rädslan inom gruppen pojkar 11-14 år (tabell 4). Totalt 8 patienter skattade vid uppföljningen sin tandvårdsrädsla ≥ 32 (riskområde för tandvårdsrädsla) och 5 av dessa var pojkar 11-14 år. Två patienter (båda pojkarna 11-14 år) låg över brytvärdet ≥ 38 .

Rädsla eller obehag

Inför ett tänkt tandläkarbesök rapporterade 10 patienter att de varken upplever rädsla eller obehag, 19 patienter rapporterade rädsla eller obehag för enstaka moment medan 31 patienter uppgav att de är rädda eller upplever obehag för 3 eller fler behandlingsmoment. Extraktion (45 patienter), injektion (38 patienter), lagning (34 patienter) och intraoral röntgen (14 patienter) var de enskilda moment som flest rapporterade rädsla eller obehag inför. Tio patienter uppgav att rädslan och/eller obehaget utgjorde ett problem för dem och ytterligare 6 trodde sig ha svårt att klara av de aktuella behandlingsmomenten om de skulle behöva utföras.

Patienters och föräldrars värdering av den strukturerade exponeringsbehandlingen

Av de sammanvägda svaren från patienter och föräldrar framkom att alla patienter utom en bedömdes/upplevde sig ha haft nytta av SEB inför den då aktuella tandbehandlingen på specialisttandvården. Flertalet, 55 av 57 svarande, angav att de även haft nytta av SEB i fortsatta tandvårdskontakter. Knappt hälften (27 av 58 svarande) beskrev den genomgångna SEB-modellen som svår (lite eller

”Medelvärde för självskattad tandvårdsrädsla vid uppföljningen var 23,8 med något högre värden för äldre än för yngre patienter samt högre för pojkarna än för flickorna.”

mycket) och en patient hade velat ha ett annorlunda upplägg. En större andel pojkar (62 procent) än flickor (34 procent) uppgav att SEB-modellen varit svår att genomgå.

DISKUSSION

Denna studie avsåg att utvärdera en modell för in-vänjning till tandvård enligt en strukturerad exponeringsbehandling (SEB) och med ”tell-show-do” som bas. SEB, följt av kvadrantvis tandbehandling, ibland under stöd av sedering med lustgas, genomfördes utifrån individuella överenskommelser för flertalet patienter, medan några få i stället erbjöds tandbehandling under narkos. Med undantag för en flicka återfördes patienterna efter SEB och erforderlig tandbehandling till ordinarie tandvård för fortsatt revisionstandvård. För ungefär en tredjedel av patienterna fanns under uppföljningstiden journalanteckningar om tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem och några patienter återkom till specialisttandvård efter förnyad remiss. Flertalet patienter och/eller deras föräldrar uppgav att de haft, och i viss utsträckning fortfarande hade, nytta av den genomgångna strukturerade exponeringsbehandlingen.

Flera studier har visat att en strukturerad betendepåverkande behandlingsstrategi på ett framgångsrikt sätt kan påverka barnets tandvårdsrädsla och förmåga att samarbeta till tandbehandling [5, 24]. I det aktuella arbetet togs, i samband med den inledande behandlingsöverenskommelsen, såväl tidigare behandlingserfarenheter och aktuellt behandlingsbehov som bedömd behandlingsförmåga och psykosocial situation i beaktande.

Genom att ge lustgassedering till de patienter som bedömdes som ångsliga/sköra [4, 25] eftersträvades en positiv upplevelse av tandvården och underlättande av acceptans av invasiva behandlingsmoment. Dessutom fanns en strävan att undvika långa behandlingsperioder med risk för akutisering.

Knappt hälften av patienterna krävde repetition/anpassning av SEB-modellen. Ett kliniskt intryck, som förstärks av resultaten enligt tabell 2, är att det är av stor vikt att inte forcera utan genomföra samtliga moment enligt den stegvisa och hierarkiska modellen. Med repetition av injektion (vanligaste momentet med tveksam acceptans) vid det tredje besöket nås full acceptans av fler än vid det andra besöket. Barn behöver tid att under strukturerade former lära sig att acceptera procedursmärta där full acceptans av injektion är den viktigaste faktorn för att sänka rädsla och lära patienterna strategier som kan hjälpa dem att klara framtida tandvård [4, 5].

Utifrån ett antagande om lyckat behandlingsresultat för patienter som återgår till ordinarie tandvård utan behov av ytterligare remiss ligger lyckandefrekvensen i denna studie i paritet med tidigare redovisade femårsuppföljningar i Sverige [6, 15]. Även de elva patienter som återkom på förnyad

”En större andel pojkar (62 procent) än flickor (34 procent) uppgav att SEB-modellen varit svår att genomgå.”

remiss, och den flicka som under några år hade sin revisionstandvård vid specialistkliniken, har senare återgått till ordinarie allmäntandvård. I den gruppen fanns tre patienter med funktionshinder varav två med lätt utvecklingsstörning, två patienter i familjer med sociala problem, en patient med långvarig sjukdom, två patienter med mineraliseringsstörda tänder, en patient med en historia av negativa tandvårdserfarenheter och tre patienter som (senare) diagnostiserats med ADHD. Ytterligare tre patienter fick initialt eller under uppföljningen diagnosen ADHD. Även dessa behövde anpassad SEB och extra stöd under tandbehandlingen på specialisttandvården men klarade därefter sin tandvård inom allmäntandvården. Blomqvist et al visade i en studie att barn med uppmärksamhetsproblem och/eller inlärningsproblem uppvisade mera DBMP under tandbehandling än en kontrollgrupp [26], samt i ett annat arbete att tandvårdsrädsla befanns vara signifikant korrelerad med ”verbal intelligens” medan inga samband kunde noteras med andra aspekter av kognitiv förmåga eller specifik ADHD-diagnos [27].

Någon formell skattning av tandvårdsrädsla genomfördes inte inledningsvis utan behandlingsöverenskommelsen träffades mot bakgrund av den intervju som genomfördes med barn och föräldrar. Den skattade tandvårdsrädslan vid uppföljningen låg, för de yngsta patienterna, i nivå med normvärden bland barn i Sverige [19], medan något högre värden noterades för de äldre patienterna (framför allt pojkar 11–14 år). Mönstret i denna tidigare remitterade grupp avviker således från förhållandet som ofta ses i normalpopulationer, där yngre barn skattas mer rädda än äldre barn och ungdomar [28].

Rädsla är ett normalt utvecklingsfenomen och, för det lilla barnet, en naturlig reaktion på till exempel konstiga smaker, obehag och kanske till och med smärta i en okänd miljö med okända människor. Tandvårdsrädsla hos äldre barn är mer komplex och svårare att lösa [29]. Det är därför ingen överraskning att det i denna grupp finns mer av kvarstående rädsla bland de patienter som var äldre vid remisstillfället.

Trots att merparten av patienterna uppgav att de var rädda eller upplevde obehag inför enstaka eller flera behandlingsmoment var det endast tio patienter som bedömde att rädslan eller obehaget utgjorde ett problem för dem.

På grund av den begränsade tillförlitligheten i retrospektiva svar kring den upplevda nyttan av SEB bör dessa resultat tolkas med försiktighet.



”Tandvårdsrädsla hos äldre barn är mer komplex och svårare att lösa. Det är därför ingen överraskning att det i denna grupp finns mer av kvarstående rädsla bland de patienter som var äldre vid remisstillfället.”

Ändå antyder resultaten att patienterna och deras föräldrar uppfattade att SEB-modellen gjorde nytta såväl inför tandbehandlingen vid specialisttandvården som i de fortsatta kontakterna inom allmäntandvården. I frågeformuläret fanns möjlighet att komplettera med egna kommentarer, vilket utnyttjades i 25 fall. Den tydligt vanligaste kommentaren handlade om tillfredsställelsen med att inte längre vara rädd för att gå till tandläkaren. Den uppgivna specifika rädslan för enskilda behandlingsmoment återspeglas alltså inte i dessa kommentarer.

Invänjning till tandvård enligt den beskrivna modellen kan med fördel användas även inom allmäntandvård i syfte att förebygga eller överkomma tidiga tecken på tandvårdsrädsla eller behandlingsproblem samt för att identifiera barn som behöver ett mer anpassat omhändertagande. Patientgruppen tar mycket tid i anspråk inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Det är därför angeläget att barnpatienten kan tas om hand tidigt, adekvat och långsiktigt i syfte att förebygga eller avhjälpa tandvårdsrädsla och behandlingsproblem. Inom specialiserad barn- och ungdomstandvård bedöms modellen kunna användas för mer komplexa fall.

KONKLUSION

1. Av de barn som på grund av tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem fått strukturerad exponeringsbehandling (SEB) inför tandbehandling på specialistklinik i pedodonti klarade en stor andel (80 procent) av konventionell revisions-tandvård på allmäntandvården under en uppföljningsperiod av 3–7 år.
2. Trots detta uppgav några patienter en kvarstående tandvårdsrädsla och journalanteckningar om rädsla och/eller behandlingsproblem förekom under uppföljningsperioden.
3. SEB utgör en ändamålsenlig behandlingsform för flertalet barn med tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem och uppskattas av patienterna och deras föräldrar.
4. Enskilda patienter har behov av ett än mer individualiserat omhändertagande och SEB kan bidra till att identifiera dessa patienter.
5. Fortsatt uppmärksamhet krävs kring barn med behandlingsproblem av psykologisk art, eftersom mycket tyder på att såväl tandvårdsrädsla som bristande acceptans för olika barn kan förknippas med faktorer hos barnet och/eller dess

sammanhang och som för vissa barn kan innebära ett behov av speciellt omhändertagande och/eller bemötande under lång tid.

SLUTSATS OCH KLINISK RELEVANS

Den beskrivna modellen för SEB kan användas av tandvårdspersonal inom såväl allmän som specialiserad tandvård i syfte att förebygga eller överkomma tidiga tecken på tandvårdsrädsla och/eller behandlingsproblem, liksom för att identifiera barn som behöver ett mer anpassat omhändertagande.

ENGLISH SUMMARY

Structured exposure therapy helped children to manage dental treatment

Margareta Fridström and Kristina Arnrup

Tandläkartidningen 2015; 107 (4): 64–71

The aim of this retrospective follow-up study was to describe and evaluate a model for introducing dental treatment by structured gradual exposure using the "tell-show-do" technique to a group of children, referred to a specialist pediatric dental clinic because of excessive dental fear and/or dental behavior management problems during 2005–2008. An additional aim was to explore treatment outcomes and persistent dental fear/or dental behavior management problems at follow-up. The children were 4–12 years at referral and 9–19 at follow-up.

Data was collected from clinical medical records and from questionnaires sent to the former patients and their parents. The time interval from treatment to follow-up ranged from 3 to 7 years and showed that 80 percent of the patients managed routine dental care without sedation or other special arrangements at their ordinary public dental clinic during the follow-up period.

The results indicate that the structured gradual exposure treatment model for introduction of dental treatment was beneficial prior to invasive treatment at a specialist clinic, as well as during subsequent treatment sessions at ordinary public dental care clinics. Contrary to previous reports of persistent dental fear or discomfort at follow up, most of these patients considered their fear or feelings of discomfort not a problem.

The presented model for introduction to dental treatment by structured gradual exposure using the "tell-show-do" technique could also be utilized by dental personnel at ordinary and routine dental clinics in order to prevent or overcome early signs of dental fear and/or dental behavior management problems. In specialized pediatric dentistry, the model could also still be useful for more severe manifestations of fear or behavioral management problems. Further, the model may act as an aid to identify children in need of extra attention and more customized methods to aid consent for ordinary dental treatment. ●

Referenser

1. Klingberg G, Dahllof G, Erlandsson AL, Grinde-fjord M, Hallstrom-Stalin U, Koch G, et al. A survey of specialist paediatric dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. *Int J Paediatr Dent* 2006;16(2): 89–94.
2. Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grinde-fjord M, Lundin SA, Ridell K, Tsilingaridis G, et al. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20(5): 313–21.
3. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Behavioural and emotional problems in children referred to a centre for special dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(3): 1816.
4. Hallonsten AL, Klingberg G, Schröder U. Children refusing dental treatment. *Tandläkartidningen* 1998; 90(2): 31–8.
5. ten Berge M. Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9 Suppl 1: 41–6.
6. Holst A, Crossner CG. Management of dental behaviour problems. A 5-year follow-up. *Swed Dent J* 1984; 8(5): 243–9.
7. Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Changes in children's dental fear: a longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9 Suppl 1: 29–35.
8. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ* 2001; 65(12): 1369–77.
9. Roberts JF. How important are techniques? The empathic approach to working with children. *ASDC J Dent Child* 1995; 62(1): 38–43.
10. Berggren U, Willumsen T, Arnrup K. Treatments of dental anxiety in children and adults. *Tandläkartidningen* 2003; 95: 48–57.
11. Klingberg G, Raadal M, Arnrup K. Dental fear and behaviour management problems. In: *Pediatric Dentistry – A clinical approach*. Koch G, Poulsen S, (editors). Wiley-Blackwell, 2009.
12. Addeleston HK. Your child's first visit to his dentist. *Oral Health* 1971; 61(12): 16–7.
13. Holst A. Behaviour management problems in child dentistry. Frequency, therapy and prediction. *Swed Dent J Suppl* 1988; 54: 1–55.
14. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2010; 11(4): 166–74.
15. Varpio M, Wellfelt B. Some characteristics of children with dental behaviour problems. Five-year follow-up of pedodontic treatment. *Swed Dent J* 1991; 15(2): 85–93.
16. Holst A, Evers H. Experimental studies of new topical anaesthetics on the oral mucosa. *Swed Dent J* 1985; 9(5): 185–91.
17. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982; 49(6): 432–6.
18. Klingberg G. Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS. *Acta Odontol Scand* 1994; 52(4): 255–6.
19. Klingberg G, Berggren U, Noren JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health* 1994; 11(4): 208–14.
20. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(2): 101–7.
21. Arnrup K, Berggren U, Broberg AG, Lundin SA, Hakeberg M. Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *Eur J Oral Sci* 2002; 110(2): 75–82.
22. Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *Int J Paediatr Dent* 2013; 23(2): 94–100.
23. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuur AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child* 1998; 65(4): 252–8, 29–30.
24. Arnrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: an exploratory study. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13(5): 304–19.
25. Hallonsten AL, Koch G, Schroder U. Nitrous oxide-oxygen sedation in dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11(6): 347–55.
26. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Dahllof G. A retrospective study of dental behaviour management problems in children with attention and learning problems. *Eur J Oral Sci* 2004; 112(5): 406–11.
27. Blomqvist M, Ek U, Fernell E, Holmberg K, Westerlund J, Dahllof G. Cognitive ability and dental fear and anxiety. *Eur J Oral Sci* 2013; 121(2): 117–20.
28. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swed Dent J Suppl* 1995; 103: 1–78.
29. Gustafsson A. Dental behaviour management problems among children and adolescents – a matter of understanding? Studies on dental fear, personal characteristics and psychosocial concomitants. *Swed Dent J Suppl* 2010; 202: 1–46.

Vill du bidra med en vetenskapsartikel?

Hit sänder du ditt manuskript för bedömning:
 Tandläkartidningen, Box 1217, 111 82 Stockholm
 E-post: manus.tlt@tandlakarforbundet.se
 Tel: 08-666 15 00