

VEJLEDNING 03 - DET FORVENTEDE PARODONTALE BEHANDLINGSFORLØB

1) DEN INITIALE BEHANDLINGSFASE

Den initiale behandlingsfase starter med ca. 3 besøg med ca. en uge mellem besøgene.

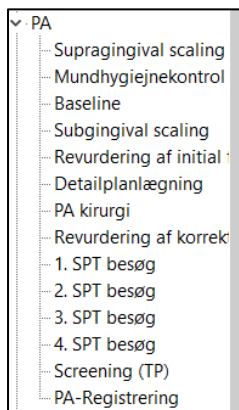
PATIENTENS FØRSTE BESØG: Supragingival scaling

Der foretages informations- og motivationssamtale. PA-informationsbrochure udleveres til patienten. Brochuren findes på FK-gangene. I journalen skal man under "Udlever brochure" vælge PA-information og gemme den. Af journalen skal altid fremgå hvilken mundtlig og skriftlig information, man har givet patienten. En måde at journalføre dette på kunne se således ud:

"Indholdet af parodontalbehandlingen gennemgås med patienten og medgives denne skriftligt".

Så vil det ikke være nødvendigt at journalføre alt det, som står i informationsbrochuren.

Under PA i Klips vælges: Supragingival scaling.



Der foretages **Plakregistrering** (altid efter indfarvning, registreres på 6 flader pr. tand som til stede/ikke til stede) med henblik på:

- Objektiv og systematisk registrering af plakniveau og behov for justeringer af hjemmetandpleje.
- At etablere mulighed for en dialog om nødvendige justeringer i hjemmetandpleje.
- At vurdere patientens evne til og Kooperation ved plakkontrol i den initiale behandlingsfase.
- At foretage individualiseret **instruktion i mundhygiejne**.
- At foretage **supragingival scaling**.

Der registreres **plakretinerende faktorer** (calculus, overskud af fyldningskanter, kronekanter, tandstillingsanomalier etc.)

SUPRAGINGIVAL SCALING (TIDL. GROVDEPURATION):

Fjernelse af al synlig tandsten og plak

Den supragingivale scaling af hele tandsættet skal færdiggøres ved første besøg. Når man har opnået erfaring, bør dette ikke tage længere end ca. 20 min.

Sammen med gruppelæreren tages stilling til behovet for **fiksering** af evt. løse tænder (registreret ved Stor Journal), og hvis nødvendigt foretages fiksering. I forbindelse med løsnede tænder undersøges også **eventuelle** okklusale hyperkontakter, som behandles. Accept fra patienten til en sådan behandling skal journalføres. Der skal **ALTID** følges op på en beslibning af en tand. Har diagnosen været korrekt, vil en beslibning føre til mindre mobilitet af tanden. Hvis dette ikke sker, må man formode, at diagnosen har været forkert. Husk på, at forøget mobilitet ved knogle-/fæstetab er helt normalt!

Ligeledes tages stilling til eventuelle tænder, der under ingen omstændigheder forventes bevaret. Hvis det er kosmetisk muligt, ekstraheres sådanne håbløse tænder, idet det vil lette såvel hjemmetandplejen som scalingen.

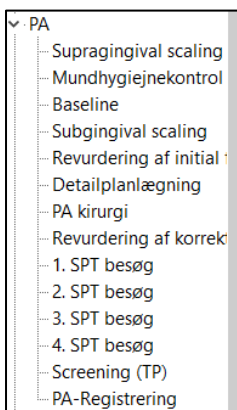
Besøget afsluttes med afpudsning.

Hele besøget journalføres i kommentarfeltet til PA 1. besøg. Supragingival scaling

NÆSTE BESØG: Kontrol af mundhygiejne

Der registreres plak og plak%. **Instruktion i mundhygiejne** justeres/gentages **efter behov**. Besøget afsluttes med afpudsning. Ved behov, kan der aftales et yderligere besøg til kontrol af mundhygiejne inden næste besøg (Baseline).

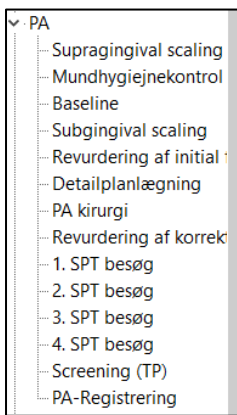
Under PA i Klips vælges: Mundhygiejnekontrol.



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

NÆSTE BESØG: Baseline

Under PA i Klips vælges: PA Baseline.



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

Der registreres plak og plak%. **Instruktion i mundhygiejne** justeres/gentages **efter behov**.

Efter ca. 3-4 ugers forløb er det forventningen, at forbedret mundhygiejne og supragingival scaling har resulteret i mindre inflammation med hævelse, så det nu er muligt at måle en valid baseline for pochedybderne. **Pochedybde (PD), BOP og furkaturinvolvering (grad og BOP+/BOP-)** registreres.

Pochedybderne ved dette besøg sammenlignes med målene fra Stor Journal, og det vurderes i hvilken grad supragingival scaling og den forhåbentlig forbedrede mundhygiejne har forbedret disse. Hvis der foreligger aktuelle røntgenbilleder, foretages også en analyse heraf med fokus på planlægning af den subgingivale scaling (rodfrur, knogledefekter, opklaring omkring furkaturer etc.).

Der udarbejdes en **detaljeret behandlingsplan med mål og plan for subgingival scaling inkl. fin-scaling**. Der skal i planen angives, hvilke tænder, der skal have fin-scaling (se nedenunder). Ved store behandlingsbehov (fx store mængder subgingival calculus, mange dybe pocher og furkaturinvolveringer) vil den subgingivale scaling typisk udføres kvadrantvis over flere besøg. Fin-scaling i dybe pocher (> 5mm) og furkaturinvolveringer **skal normalt altid foretages under anvendelse af lokalbedøvelse**.

BEHANDLINGSMÅL:

Der skal arbejdes på at opnå følgende optimale behandlingsmål for parodontitisbehandlinger:
BOP ≤ 15%, PD < 5 mm og ingen furkaturinvolveringer med BOP

SUBGINGIVAL SCALING:

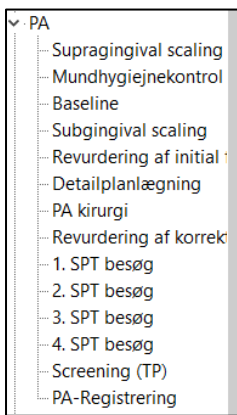
Scaling af alle sites med BOP, men **kun** fin-scaling i pocher PD ≥ 5 mm (og samtidig CAL ≥ 2 mm) samt i furkaturinvolveringer med BOP

Den del af den subgingivale scaling, som ikke er fin-scaling (dvs. i pocher <5 mm med BOP), vil normalt ikke tage særlig lang tid eller have behov for bedøvelse. Er der ikke calculus i disse pocher, består behandlingen af plakfjernelse (evt. forsigtigt med en curette) i pocherne.

Når den detaljerede behandlingsplan for subgingival scaling er godkendt, kan denne påbegyndes (evt. samme dag, hvis der er tid). Hvis behandlingen ikke påbegyndes samme dag, afsluttes besøget med afpudsning.

FØLGENDE BESØG: Subgingival scaling

Under PA i Klips vælges ved hvert af disse besøg: Subgingival scaling



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

Hvert besøg indeholder

- Kontrol af mundhygiejnen med indfarvning.
- Plakregistrering med plak%.
- Nødvendig reinstruktion i mundhygiejne.
- Subgingival scaling jf. den udarbejdede plan.

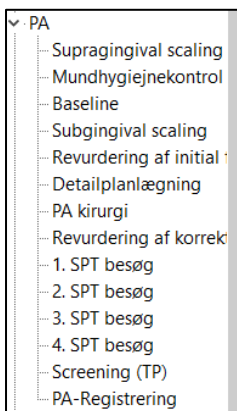
Der skal journalføres, hvilke tænder, der udføres fin-scaling på. **KUN** hvis der **IKKE** foreligger tanddiagnoser fra StorJournal, skal disse angives for de pågældende tænder.

Hvert besøg afsluttes med afpudsning.

Ved fin-scaling på PA-kirurgisk afsnit (**kun pøcher ≥ 6 mm**) vælges i Klips også: Subgingival scaling. Noter også i journalen: "Finscaling på PA-kir". Der kan ikke afpudses eller bruges ultralyd på PA-kir, hvorfor det anbefales – hvis muligt - at foretage dette på en stol på FK, når behandlingen på PA-kir er slut (kl. 10.00).

REVURDERING AF DEN INITIALE BEHANDLINGSFASE

Under PA i Klips vælges: Revurdering af **initial** fase



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

1-2 måneder efter det sidste besøg, hvor der er foretaget subgingival scaling, kan effekten af den initiale behandling vurderes. Med henblik på at vurdere, om behandlingsmålene er opnået, foretages derfor registrering af:

- Plak%

- BOP
- Pochedybde (PD)
- Måling af furkaturer (grad og BOP+/BOP-)

Hvis målene ikke er nået, tages **på dette tidspunkt** stilling til det eventuelle behov for **Korrektiv Behandling** (parodontalkirurgi, ekstraktion, mv.). En gentagelse af fin-scaling af udvalgte sites kan undertiden også overvejes, men **KUN** hvis man skønner, at en sådan gentagelse vil kunne gøre disse sites inflammationsfrie.

Hvis det gennem behandlingsforløbet har været vanskeligt at opnå en tilstrækkelig lav plak% til at opnå optimale behandlingsresultater, bør følgende muligheder overvejes:

- Behandler kan opsøge sparring med kollega (tandplejer/tandlægestuderende, klinisk underviser, underviser fra sektionen) mhp. at udvikle sine kompetencer ift. kommunikationen med pt. omkring hjemmetandplejen.
- Pt. kan tilbydes regelmæssig behandling til vedligeholdelse af et (suboptimalt) behandlingsresultat, fx indkald hver 3. måned i et år på FK, hvorefter der ved 1-års revurderingen udskrives fra PA-behandling til egen tandlæge/tandplejer. Forbedres mundhygiejnen i løbet af SPT-perioden, tages oprindelig foreslået behandling igen op til overvejelse.

Er målene ved revurderingen derimod opnået, kan patienten overgå til Vedligeholdelsesfasen (SPT) – se pkt. 3).

Specifikke risikofaktorer for patienten (alder, rygning, diabetes, tandtab, mv.) vurderes, og på baggrund heraf aftales en behandlingsplan i samråd med den kliniske lærer og med hensyntagen til patientens ønsker og forventninger.

- **Alle** konklusioner ved revurderingen, inklusive den detaljerede reviderede behandlingsplan, skal journalføres.
- Der skal stå, hvilke tænder, man anbefaler kirurgi på, og hvilke, man mener, kan behandles i mål ved en gentagelse af fin-scaling. Der skal ved anbefaling af kirurgi journalføres, hvilke tænder, der skal opereres under samme indgreb. Samtidig journalføres en rækkefølge af indgrebene.
- Der skal **altid** journalføres det behandlingsforslag, som under optimale forhold vil kunne føre til de optimale behandlingsmål. **Dette gælder også, selv om man vælger ikke at gennemføre** den foreslåede behandling pga. individuelle forhold hos pt., fx vanskelighed ved at opnå en stabil god hjemmetandpleje.
- Hvis den foreslåede og journalførte optimale behandlingsplan ikke kan gennemføres, skal der journalføres, hvilke negative konsekvenser der er ved undladelse af denne. Samtidig journalføres, hvad man foreslår som alternativ til optimal behandling.
- Antibiotikabehandling indgår **aldrig** i en standardbehandling af parodontitis og yderst sjældent før korrektiv behandling har været forsøgt. Hvis man alligevel overvejer antibiotikabehandling, må denne **aldrig** igangsættes, før man har drøftet den med en af sektionens afdelingstandlæger.



- Journalindtastningen og registreringen i forbindelse med revurderingen **godkendes af gruppelæreren** på FK.
- Herefter sendes den initiale behandling (APA/UPA/Kategori 1-4) til godkendelse hos afdelingstandlæge Morten Kaarup-Christensen. **Dvs. at den initiale behandling, hvis denne har fulgt retningslinjerne, *ALTID* bliver godkendt ved revurderingen heraf uanset opnået resultat, da stud. får stempel for det udførte arbejde – ikke resultatet.** Behandlingen kan ikke længere godkendes af gruppelæreren.
- I forbindelse med godkendelsen af behandlingen vil Morten samtidig kontrollere journalindtastningen fra revurderingen. Ved uoverensstemmelser mellem det docerede og det skrevne vil Morten tage kontakt til den studerende og gruppelæreren for at få det rettet. Dette sker for at sikre en bedre kalibrering mellem sektionen og gruppelærerne og skal derfor ikke ses som blot en kontrolfunktion.
- **Er målene opnået:** Opret SPT i behandlingsplanen og aftal **allerede nu** tiden hertil med pt. På den måde undgår vi, at SPT-fasen glemmes.

2) DEN KORREKTIVE BEHANDLINGSFASE

En kirurgisk behandling skal planlægges. De tænder, som har behov for kirurgi, indtastes i Klips under punktet "Detailplanlægning". For detailplanlægning mv. henvises til **Vejledning forud for parodontalkirurgi**.

Følgende mulige tiltag overvejes og diskuteres med den kliniske lærer:

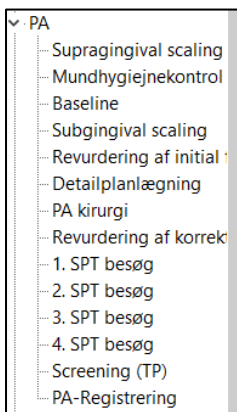
- 1) Adgangsgivende parodontalkirurgi.
- 2) Regenerationsbehandling.
- 3) Kirurgisk pochereduktion med resektive procedurer.

Detailplanlægningen **SKAL** godkendes af den kliniske lærer **FØR** den studerende drøfter den med kirurgilæreren.

REVURDERING AF DEN KORREKTIVE BEHANDLINGSFASE

Tidligst 3 måneder efter det sidste besøg, hvor der er foretaget parodontal kirurgi, kan effekten af den denne vurderes.

Under PA i Klips vælges: Revurdering af **korrektiv** fase



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

Med henblik på at vurdere, om behandlingsmålene er opnået, foretages derfor registrering af:

- Plak%
- PD
- BOP
- Måling af furkaturer (grad og BOP+/BOP-)

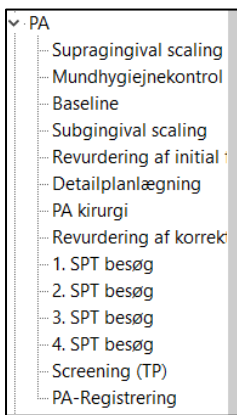
Når vejledningerne til det parodontale behandlingsforløb har været fulgt, burde man normalt komme i mål efter den korrektive behandlingsfase.

- Såfremt målene er opnået, kan patienten overgå til Vedligeholdelsesfasen (se nedenfor).
- Opret SPT i behandlingsplanen og aftal **allerede nu** tiden hertil med pt. På den måde undgår vi, at SPT-fasen glemmes.
- Der kan dog være situationer, hvor man fx har foretaget kirurgisk rensning på tænder (fx med udtalt fæstetab og furkaturinvolvering) for at forlænge "levetiden" af disse, hvor man ikke kan forvente at nå de opstillede optimale behandlingsmål. Sådanne overvejelser skal naturligvis indgå i planlægningen af det videre forløb (Vedligeholdelsesfase – se nedenfor).

3) VEDLIGEHOULDELSESFASEN (Supportive Periodontal Therapy - SPT)

Denne fase, som indledes ca. 3 måneder efter den kirurgiske behandling eller ved revurdering efter den initiale fase, har til formål fremadrettet at fastholde det opnåede kliniske fæsteniveau, pochedybder <5mm og BOP ≤ 15%. Hvert besøg indeholder derfor **individualiseret professionel sub- og supragingival plakkontrol samt tandrensning efter behov**. Der burde sjældent være behov for egentlig fin-scaling i vedligeholdelsesfasen.

Under PA i Klips vælges: 1. SPT-besøg



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

Ved det første SPT-besøg foretages derfor registrering af:

- Plak%
- Klinisk fæsteniveau (CAL)
- PD
- BOP
- Furkaturinvolvering (grad og BOP+/BOP-)

Det vurderes, i hvilket omfang den forudgående behandling har påvirket fæsteniveauet, positivt såvel som negativt.

Der udarbejdes en plan for indholdet af vedligeholdelsesfasens besøg samt tidspunkt for næste revurdering.

- Ved de efterfølgende to SPT-besøg vælges i Klips henholdsvis 2. SPT-besøg eller 3. SPT-besøg, og der journalføres i kommentarfeltet. Der foretages registrering af Pochedybder, BOP og plakregistrering efter indfarvning, og der re-instrueres efter behov.
- Desuden udføres professionel tandrensning i fornødent omfang (dvs. af forventeligt få flader med forekomst af plak og/eller blødning) og der afsluttes med afpudsning af tandsættet.
- Et SPT-besøg afsluttes altså efter 1 besøg og skal normalt ikke indeholde flere besøg.
- Såfremt der ved et SPT-besøg konstateres, at målene for behandlingen ikke længere er nået (der ses øget PD og/eller BOP), sættes straks ind med relevant behandling, og der følges hurtigt op på effekten af denne. Hvis dette ikke har den ønskede effekt, skal pt.'s samlede situation vurderes inkl. evt. negativ ændring i fæsteniveau, og der tages stilling til om pt. skal overgå til aktiv behandling.

I begyndelsen af Vedligeholdelsesfasen (**de første 12 måneder**) indkaldes patienten til professionel plak-kontrol relativt hyppigt, typisk med ca. 2-3 måneders mellemrum. Dette interval søges gradvist forlænget til det niveau, der gør det muligt stadigt at fastholde behandlingsresultatet.

Revurdering af vedligeholdelsesplanen med registrering af det kliniske fæsteniveau bør foretages med ca. 1 års mellemrum (ikke hyppigere, men eventuelt sjældnere, afhængig af patientens aktuelle omstændigheder) for at vurdere, om progressionen af parodontitis er standset eller ej.

Under PA i Klips vælges: 4. SPT-besøg.

- ✓ PA
- Supragingival scaling
- Mundhygiejnekontrol
- Baseline
- Subgingival scaling
- Revurdering af initial
- Detailplanlægning
- PA kirurgi
- Revurdering af korrek
- 1. SPT besøg
- 2. SPT besøg
- 3. SPT besøg
- 4. SPT besøg
- Screening (TP)
- PA-Registrering



Hele besøget journalføres i kommentarfeltet.

Ethvert konstateret fæstetab (ændring fra baseline) på 3 mm eller derover skal føre til vurdering af behovet for supplerende tiltag, så som intensivering af vedligeholdelsesregimet eller fornyet aktiv behandling.

Såfremt vedligeholdelsesfasen forløber som forventet, skal patienten efter ca. 4 SPT-sessioner **udskrives fra PA-behandlingen til egen tandlæge/tandplejer** med henblik på fortsat livslang vedligeholdelsesbehandling.

HUSK at journalføre, hvad man har anbefalet patienten af videre behandling hos egen behandler!