

# Garanti på fast protetik?

»Alt hvad du siger inden noget går galt, er forklaringer; alt hvad du siger når noget er gået galt, er bortforklaringer«

Bengt Öwall

På Vejlemessen 1997 afholdtes et symposium med ovennævnte titel og med advokat *Tine Reissmann* og forfatteren som indledere. Efter indledende præsentationer af de lovmæssige, respektive de tandlæge-/behandlingsmæssige aspekter, fulgte en paneldiskussion med fire tandlægekolleger med erfaring i klagesager og garantispørgsmål. Formålet var at bringe klarhed over hvor længe tandlægearbejder skal holde, og i hvilken grad en praktiserende tandlæge er ansvarlig for udført arbejde. Baggrunden var bl.a. den aktualitet som garantiaspekter har fået de senere år og den undersøgelse som DTF har initieret før en stillingtagen i sagen (1).

Sektionen indledtes med nogle kliniske eksempler på komplikationer/fejl/uheld vedr. fast protetik som var opstået inden for en vis tidsperiode efter behandlingen og som kunne give anledning til en diskussion om garanti. Diskussionen kom dog hovedsagelig til at dreje sig om principielle aspekter om holdbarhed og garanti og mindre om de forelagte eksempler. I det følgende præsenteres forfatterens seks patienttilfælde for *Tandlægebladets* læsere.

## At se ind i »fremtiden«

Patienttilfældene er valgt med særligt henblik på at eksemplificere forhold hvor ansvaret kan være vanskeligt at fastslå, og hvor udvidet eller supplerende behandling bliver nødvendig etc. Komplexiteten i protetisk behandlingsplanlægning, diagnoseproblemer, materialevalg samt relationen mellem tandlæge/patient og tandlæge/tandtekniker er nogle af de aspekter jeg ville trække frem for at påpege det vanskelige i at se ind i fremtiden, når man udfører protetisk behandling, og at opstille en prognose, og dermed også at finde ud af hvornår et garantiforhold kan tænkes at gælde. I en diskussion om evt. garanti skal man være klar over at det er ikke de simple sort-hvide tilfælde som giver problemer, men de formentlig mange tilfælde hvor der er bedømmelsesproblemer og hvor et snævert syn på holdbarhed kan hæmme og begrænse de behandlingstilbud som en patient kan få af sin tandlæge.

Forfatterens erfaring fra mange år som kliniker i den avan-

cerede protetik har givet en personlig erfaring med komplikationer. Sammen med en lang erfaring som ekspert for at vurdere fejlbehandlinger og komplikationer har dette resulteret i en dokumentation af mange patienttilfælde hvorfra nedenstående eksempler er hentet.

Bevidst præsenteres ikke behandlingsmæssige løsninger af de komplikationer som præsenteres da løsninger af enkelte tilfælde i vanskelige situationer let kan tolkes som retningslinjer, hvilket ikke er hensigten med denne præsentation. Desuden er det jo sådan at når man skal vurdere en komplikation eller et evt. garantitilfælde, er man i store vanskeligheder. Dette demonstreres her, uden at der gives noget personligt svar på om garanti skal gælde eller ej.

## Patient nr. 1

*Spørgsmål: En tandteknikerfejl, en materialefejl, en tandlægefejl?*

70-årig mand som har progen kæberelation og tidligere invertering mellem fronttænder med sænket bid. Biddet er hævet og overkæbefronttænderne proklineret med MK-bro til ligebidsrelation. Patienten havde tidligere haft partiel protese i underkæben, men vil ikke have det mere. MK-kronen 3÷ er fremstillet samtidig med overkæbebroen. Den por-



Fig. 1. Klinisk billede af patient nr. 1 med porcelænfraktur 2+.

celænsfraktur som ses i Fig. 1, opstod inden for tre mdr.

Mange synes jo at porcelænsfrakturer skyldes en tandteknikerfejl. Er det rigtigt her? Sandsynligvis ikke. Var det en dårlig plan af tandlægen at bygge en okklusion på dette hvis? Hvad var alternativet? Burde tandlægen have valgt et andet materiale?

Havde en aftagelig delprotese hjulpet? Eller en bidskinne?

### Patient nr. 2.

*Spørgsmål: Patientmedansvar pga. at bidskinne ikke blev brugt?*

Mandlig patient som tidligere har haft mange kroner med komplikationer i form af slid og porcelænsfrakturer. De revideredes.

Patienten fik snart efter behandlingen mindre porcelænsfrakturer/*chip off* som var æstetisk og funktionelt acceptable uden reparation. Han fik den gang en bidskinne og sandsynligvis en information om at bruge denne hver nat.

Efter yderligere 3½ år ser det hele ude som i Fig. 2 med æstetisk uacceptable porcelænsfrakturer. Patienten har ikke brugt sin bidskinne.

Har patienten en egen skyld i komplikationen fordi han



Fig. 2. Klinisk billede af patient nr. 2. Porcelænsfraktur inden for fire år.

ikke har brugt sin bidskinne? Hvor detaljeret skal en besked til en patient om at bruge sin bidskinne hver nat journaliseres? Skal patienten have en skriftlig besked om at bruge skinnen (med kopi i journalen)? Er det sikkert at en natskinne ville have hjulpet? Hvilken alternativ behandlingsmulighed havde tandlægen da behandlingen blev udført, også selv om han var klar over brugsisme?

### Patient nr. 3

*Spørgsmål: Ansvar for en komplikation som optræder i en anden del af resttandsættet under brobehandling? Ansvaret for en bro når*



Fig. 3. Patienttilfælde nr. 3. A: Den løsnede bro ÷3, 4, 5. B: Røntgenbillede af ÷3, 4.

*forholdene i resttandsættet i øvrigt radikalt ændres? Er den første tandlæge ansvarlig for omlavning af rodfyldninger, hvis tandlæge nr. 2 ønsker at forbedre dem i forbindelse med omlavning af en bro?*

Patienten havde en 16 år gammel bro i guld-plast fra 7÷ til ÷2 som nu skal laves om (af tandlæge nr. 2) fordi den er løsnet på 7÷ og fraktureret. Tandlæge nr. 1 har ét år tidligere lavet en MK-bro ÷3, 4, 5 med støbte opbygninger i ÷3 og ÷4 samt et ekstensionsled ÷5. Han har samtidig lavet rodfyldninger i ÷3 og ÷4.

Tandlæge nr. 2 bedømmer at broen ÷3, 4, 5 kan beholdes og går i gang med at lave broen fra 7÷ til ÷2. Mens patienten har en provisorisk bro i dette område går broen ÷3, 4, 5 løs, inkl. opbygningerne.

Det viser sig (Fig. 3) at præparationerne ÷3 og ÷4 har meget ringe, næsten ingen rodoklamring uden for opbygningerne.

Tandlæge nr. 2 vælger nu at lave en fuldbro fra 7÷ til ÷5 med nye opbygninger i ÷4 og ÷5, men også at revidere de lidt korte rodfyldninger i ÷3 og ÷4.

Det er vel rimeligvis et garantitilfælde når broen ÷3, 4, 5 går løs efter ét år. Kan tandlæge nr. 1 have nogen del i denne komplikation eftersom okklusionsforholdene med den provisoriske bro måske ændrede forholdene, sådan at broen ÷3,

4, 5 blev uheldigt belastet? Skal tandlæge nr. 1 alene være ansvarlig, eller deles ansvaret? Er præparationerne så utilfredsstillende at tandlæge nr. 1 pga. af dette skal være alene ansvarlig? Hvis tandlæge nr. 2 vil lave rodfyldninger om, må man vel sige at dette er korrekt. Skal tandlæge nr. 1 i et sådant tilfælde holdes ansvarlig for omlavning af rodfyldningerne af 3 og 4?

#### Patient nr. 4

*Spørgsmål: Skal tandlægen være ansvarlig for al diagnostik vedr. okklusale materialer i antagonist? Skal rodfyldning og opbygning som følge af okklusal gennemslidning af en krone og caries efter ét år lastes tandlægen som har fremstillet kronen? Hvis en tandlæge har overset en dårlig tand og en ny bro må laves længere, skal tandlægen da være økonomisk ansvarlig for denne udvidelse?*

En kvindelig patient med tydelige tegn på bruksisme (slitage, bruksofacetter, kraftig muskulatur) har ét år tidligere fået fremstillet en MK-bro fra 7÷ til 4÷ med 6÷ som mellemlid. 5÷ og 4÷ har støbte opbygninger. 7÷ havde oprindelig okklusalt porcelæn, men er blevet slidt okklusalt til perforation af såvel porcelænen som guld. Der er opstået caries i den vitale 7÷, og kronen er løsnet. Broen er blevet skåret over mellem 6÷ og 5÷, og 7÷ ekskaveret. Den er meget lav, og af retentionhensyn behøves en rodfyldning og en stiftopbygning. 7+ har en guldkrone i konventionelt guld med en overdækning med facademateriale i komposit plast okklusalt og bukkalt. Denne er af ukendt materiale, men det kan være et materiale som giver ekstrem slitage på antagonist. 4÷ har lingualt en poche på 8 mm og en uklar diagnose på røntgenbilledet. Der kan være tale om en rodfraktur som dog ikke kan diagnosticeres nu (Fig. 4). Broen skal laves om og sandsynligvis også kronen 7+.

Det kan her diskuteres hvorvidt tandlægen er ansvarlig for en manglende diagnostik vedr. det meget ualmindelige materiale på 7+ som sandsynligvis er grunden til komplikationen. Hvis tandlægen som har udført broen er ansvarlig, skal han så også være ansvarlig for rodfyldning og opbygning i 7÷? Hvis tandlæge nr. 2 vil inddrage 3÷ i broen og evt. ekstrahere 4÷, er tandlæge nr. 1 ansvarlig også for dette?

#### Patient nr. 5

*Spørgsmål: Hvordan håndterer man relations- eller tillidskonflikter undervejs i et større broarbejde?*

Patienten har på fornuftige indikationer fået udført præparationer og aftryk til en fuldbro i overkæben. Tandlægen og tandteknikeren fremstiller broen på normal vis (Fig. 5). Da patienten kommer for at få broen udleveret, vil hun ikke sætte sig i behandlingsstolen, men ønsker at få udleveret broen i hånden, så hun kan gå til en anden tandlæge og få arbejdet

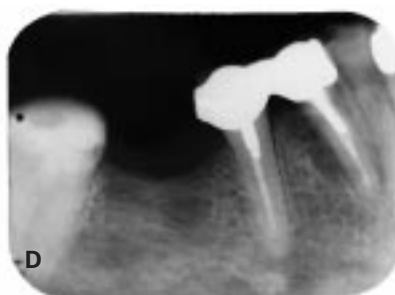


Fig. 4. Patienttilfælde nr. 4. A: Den fjernede brodel 7, 6÷. B: Den kliniske situation efter deling af broen fra 7÷ til 4÷. C: Antagonisterne til underkæbebroen. D: Røntgenbillede af 5, 4÷. Obs. for rodfraktur af 4÷.



Fig. 5. Patienttilfælde nr. 5. Den fremstillede fuldbro, klar til cementering.

kontrolleret. Patientens voksne søn er med og bevidner at dette er patientens bestemte ønske. Efter lang forhandling får hun broen med sig hjem uden at tandlægen har prøvet broen i munden. Det er meget uklart hvilken type af relationskonflikt eller mistænksomhed som ligger bag patientens reaktion. Kontakten med tandlæge nr. 1 bliver afbrudt.

En ny tandlæge vil med stor sandsynlighed ikke ønske eller få lov til at cementere denne bro. Hvis broen prøves, kan der være behov for korrigeringer, som også den første tandlæge ville have opdaget og udført.

Selv om tilfældet er specielt kan man i princippet forstå en nervøs patient som kommer i tvivl om dét hun skal have sat ind i sin mund, er godt.

Kan den første tandlæge i en situation af ikke tekniske, men relationsmæssigt begrundede behandlingsproblemer komme til at have et garantiansvar?

## Patient nr. 6

*Spørgsmål: Hvad sker når en patient er meget stærkt utilfreds med en behandling, men ingen tandlægelig diagnose kan finde nogen fejl eller nogen grund til omlavning?*

En patient fik for ca. et halvt år siden en MK-bro fra +2 til +6 (fire led; kun én præmolar), med +3 og +6 som ankertænder, +4 som mellemlid og +2 som ekstensionslid. +6 er rodfuldt og forsynet med en opbygning i forbindelse med at broen blev lavet. +3 har vital pulpa (Fig. 6). Der er ingen æstetiske eller okklusionsmæssige klager eller fund. Patienten har yderligere to MK-broer i munden, en gammel og én udført samtidig med den nye. De besværes ikke.

Patienten mener at det smager surt fra broen, lokaliseret til +3 distalt, og at der siver en væske derfra som gør at hun må skylle munden hver anden time. Alle undersøgelser foretages: ingen pocher, ingen caries, ingen broløsning, okklusion ia, saliva ia etc. Efter en tid lokaliseres symptomet mulig-

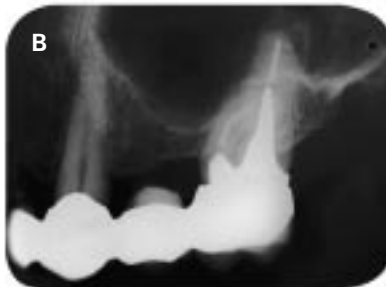


Fig. 6. Patienttilfælde nr. 6. A: MK-bro fra +2 til +6 med +3 og +6 som ankertænder. B: Røntgenbillede af ankertænderne.

vis til +3 som måske er perkussionømt. Den rodfuldes. De samme symptomer bliver ved, næsten forværrede. Ingen broløsning kan konstateres efter seks mdr.

Patienten ønsker/kræver at broen skal tages ud og laves om. Det er her selvfølgelig meget usikkert og måske uklogt at tage broen ud uden diagnose. Dog findes der sikkert tandlæger som på patientens stærke ønske går ind for dette, og som det måske lykkes for at løse problemet med odontologi eller psykologi. Skal den tandlæge som har lavet broen være ansvarlig for en garanti, også selv om grunden til omlavningen går ud over dét som med konventionelle odontologiske metoder kan diagnosticeres eller konstateres?

## Afsluttende bemærkninger

Garanti på fast protetik er studeret af forfattergruppen Cronström, René og Öwall (2,3) i et materiale fra den Svenske Garantiordning. Det drejer sig om komplikationer inden for de første to år efter cementering.

Løsning af kroner (evt. inkl. opbygning) var den hyppigst forekommende komplikation ved broer, derefter porcelænsfraktur, fraktur af tand eller rod og fraktur af metalstel. For enkelte kroner var porcelænsfrakturer det hyppigste og derefter løsning og rodfraktur. Af broerne i dette materiale var stort set halvdelen af tilfældene på fire led eller mindre.

Patienter med vanskelige subjektive okklusionsmæssige forhold (s.k. *phantom bite* syndrom) beskrives godt af Marbach (4). I bogen »Ethical questions in dentistry« (5) beskrives og diskuteres mange patienttilfælde af forskellige konflikter relateret til patientbehandlinger.

**Litteratur**

1. Garantiforsikringen venter. Reportage fra HGF '97. Tandlægebladet 1998; 102: 46-7.
2. René N, Öwall B, Cronström R. Dental claims in the Swedish Patient Insurance Scheme. Int Dent J 1991; 50: 157-63.
3. Öwall B, Cronström R, René N. Prosthodontic claims in the Swedish Patient Insurance Scheme. Acta Odontol Scand 1992; 50: 365-74.
4. Marbach JJ. Orofacial phantom pain: Theory and phenomenology. J Am Dent Assoc 1996; 127: 2211-29.
5. Rule JT, Veatch M. Ethical questions in dentistry. Chicago: Quintessence; 1993.

**Forfatter**

*Bengt Öwall*, professor, odont.dr.

Afdeling for Protetik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet