

Marit Slåttelid Skeie:

Småbarns tannhelse – fra forskning til praksis

Holistisk, helhetlig, er et mye brukt begrep, for eksempel, når vi definerer oral helse. Det innebærer at når det gjelder karies, at man i tillegg til å måle hvor dypt inn i en tann en karieslesjon går, vurderer også om barnet kjenner symptomer ellers på en slik måte at det påvirker selve livskvaliteten. Også jeg ønsker å bruke et helhetlig perspektiv her i denne presentasjonen. Med ståsted utenfra vil jeg først grunne litt på dette; når det gjelder forskning og praksis sett under ett, hvordan satses det i dag på de ulike fagdisiplinene innen tannhelse.

På en flytur for en tid tilbake, møtte jeg en del praktiserende tannleger fra Bergen. De hadde vært på en internasjonal kongress i implantologi i Tyskland. Det er en disiplin med offensivt markedsføring. Her er hjemmesiden fra Astra Tech, ett av flere kjente firma som driver med implantater. En annen disiplin som det investeres mye penger i er stamcelleforskning med mål å dyrke tenner. Likevel, å omtale det på nåværende tidspunkt som *naturlig erstatninger*, virker noe søkt. For når vi tenker på det at de fleste barn i utgangspunktet har tenner, er det noe som skurrer når småbarns tannhelse ikke kan konkurrere med disse fagområdene i status. Landsmøtet i Trondheim er bare en bekreftelse – det var ikke akkurat mye pedodonti der!

Det er lenge siden at Johan Wolfgang von Goethe sa at det er ikke det voksne individ man skal begynne med, men barnet. Forskning viser også at med tanke på kostnadseffektivitet i forebyggende tannhelseprogram, så er det gunstigst å nå gruppen ”de aller minste”. Det er altså en kjensgjerning at sammenlignet med våre naboland i

Norden, har ikke barnetannpleie i Norge akkurat noe blomstringstid å vise til. Det finnes bare et fåtall spesialister, og når det gjelder offentlige spesialisttjeneste, har vi bare ett regionalt odontologisk kompetansesenter. Så, når jeg nå skal diskutere temaet ”småbarnstannpleie- fra forskning til praksis”- må det faktisk tas i betraktning at småbarnstannpleien i Norge har ståsted, i forhold til andre fagdisipliner, lavt nede i hierarkiet.

Jeg vil først i denne presentasjonen komme med noen spørsmål og fremme noen påstander. Det første spørsmålet jeg stiller: Hvorfor skal det alltid ta slik tid før forskningsbasert viten blir utnyttet i klinisk praksis? Jeg våger meg nemlig med den påstanden at ”vente og se” holdning er en utbredt holdning i tannlegestanden. Det er faktisk snart gått 60 år siden emaljekaries, eller ”non-cavitated caries” som litteraturen kaller det, først ble beskrevet, men enda er det ikke inngått som diagnosekriterium i de norske tannhelsestatistikkene. At emaljekaries kan forsinkes i utvikling, stoppes opp, eller til og med reverseres, har man hatt kunnskap om siden 1965. Denne type karieslesjoner utgjør også i dag en stor andel av den samlede karieserfaring. Man skulle derfor tro at også de som bearbeider statistikkene hadde hatt interesse av å få et tall på omfanget av emaljekaries, for det er jo her potensialet for ikke-operativ kariesterapi ligger og tallene kunne også hatt verdi i planleggingen av tannhelsetjenesten, for eksempel i å kalkulere behovet for tannpleiere.

Min andre påstand er at det ofte ikke er god nok kommunikasjon mellom forskere og klinisk praktiserende. Ta forskernes verden først: Noen forskere har liten bakgrunn i klinisk praksis, noe som også da kan føre til at tema som forskes på, blir lite praksisrelevante. Det er også slik at de termer og uttrykk forskere bruker, blir sjeldnere

benyttet i klinisk virksomhet. Så omgås forskere mest sine forskerkolleger, går på sine forskningskongresser og publiserer til sist sine artikler i internasjonale tidsskrift, mye sjeldnere i nasjonale tidsskrift. Formidling, selv om det anses som viktig innen forskning, er det nok av og til også "så som så" med. Selvsagt er det unntak, men noe er det i dette.

Så praktikerens: For det første, hvis man arbeider offentlig, må man følge de retningslinjer som gjelder for offentlige stillinger. De gjeldende bonusordninger, hvor det er bonusordninger, har hittil ikke gitt den samme uttelling for å drive forebygging blant småbarn sammenlignet med å behandle betalende pasienter. Noe av grunnen er at det mangler system der tid brukt, for eksempel i kariesrisikovurdering, blir synliggjort og kreditert for. Travel hverdag gjør også at man ikke får "hodet nok over vann" til å tenke fremover og forebygging på sikt, men også skepsis til at forskere har innsikt i en klinikerens hverdag, gjør at kliniker ikke alltid er like begeistret for såkalt "ny forskningsbasert viten". Og det er jo også mest lettvent å jobbe som man alltid har gjort.

Den største forskjellen mellom forskning og praksis, som jeg ser det, er likevel synet på de gjeldende prinsipper for å behandle karies, og jeg vil si noen ord om det temaet. Forskere enes i dag om at den viktigste måten å kontrollere en kariesprosess som er i gang, er ved intervensjon. Både ved generell intervensjon med mål å få foreldre til å passe på barnas tenner og følge de prinsipper som gjelder her, og ved lokal intervensjon på tannflatene, ved hjelp av interseptiv behandling, for eksempel fluorpensling – sekundær prevensjon. Vi får ikke kontroll over kariesprosessen ved bare å legge fyllinger. Og innsatsen må legges så tidlig som mulig - å få lesjoner mens de enda er små til å ikke utvikle seg videre. Det er etter hvert også utviklet gode opplegg for forebygging på helsestasjon, og dette bildet viser opplegget man benytter i Jönköping län i Sverige. Like

viktig som kariesregistrering er risikovurderingen for at barnet kan utvikle ny eller ytterligere mer karies. Basisprogram gjelder for alle. Som supplement og i tråd med risikograderingen, blir det planlagt tilleggsprogram med ulik intensivitet. Viser også denne nettsiden som beskriver "lift the lip" programmet, som er en side der foreldre selv kan få informasjon om hvorledes de kan lære seg å oppdage kares i tidlig stadium.

Selv om det i dag er engasjement å spore mange steder når det gjelder helsestasjonsarbeid, bør slikt forebyggende arbeid på helsestasjonene konsolideres i retningslinjene for den offentlige tannhelsetjenesten. Og samtidig, viktig, forskere og praktikere, om det nå er tannleger, tannpleiere eller helsesøstre, må snakke sammen og inngå ansvarsfordeling seg imellom. Det gjør det dessverre vanskelig at karies er benevnelsen på både symptom og sykdom. En av konklusjonene fra doktoravhandlingen min var i alle fall at det er ofte for sent å introdusere forebyggende tiltak og preventiv behandling når barnet er 3 år. Av treåringene med innvandrerbakgrunn hadde halvparten allerede karies, hvorav 34.1% også hadde dentinlesjoner og/eller fyllinger.

Tankeboblen skal her illustrere et sukk og et men, fra klinikerens. "Nå begynner de fra fakultetet og mase om de bitte små kariesangrepene igjen. De vet ikke hva de snakker om – de skulle bare vært her og sett hvordan tannhelsen i realiteten er. Dessuten, det er jo bare primære tenner. Jeg får nå ta meg av de tennene som er dårligst stilt; ekstrahere der det trengs samt fylle de største kavitetene. Så tar jeg pasienten inn når de permanente tennene kommer".

I det følgende vil jeg fortelle litt fra min egen forskning, som jeg håper vil belyse det faktum at det er som praktiker verdt å bry seg med de primære tennene, både det tidlige primære tannsett, men også det tannsett som vises her, det sene primære tannsett. I

Bergensstudien som utgjorde en del av doktorgradsarbeidet mitt, fulgte man 217 barn fra 5-årsalder opp til de var 10 år. Det ble foretatt en kariesregistrering i 1993 og i 1998, da man undersøkte både permanente tenner og gjenstående primære. Kariesstatus av primære hjørnetenner og molarer som var felte, ble notert fra journalen. Man fant en betydelig kariestilvekst i perioden fra barna var 5 til 10 år, også blant de barn med ikke registrerbar karies ved 5 år. Flesteparten av nye lesjoner var lokalisert på approximalflatene i primære molarer, særlig på distalflaten av 2. primære molar. Man så også på relasjonen mellom karies ved 5 år og risikoen for å ha karies i primære tenner ved 10 år. De barna som hadde proximale lesjoner på en eller flere primære molarer ved 5 år, hadde størst sjans for å havne i en på forhånd definert ”verstingsgruppe” ved 10 år, det vil si at ved 10 år hadde de et alvorlig kariesmønster i det primære tannsettet.

Enda mer viktig er det for meg å tydeliggjøre relasjonen mellom karies i primære tenner ved 5 år og karies i permanente tenner ved 10 år. Her ser vi på sammenhengen mellom, hva x-akse viser, proximale lesjoner ved 5 år på molarer, og hva y-aksen viser, andelen barn med mesiale lesjoner på 6-årsmolarene ved 10 år. For de barna som ved 5 år ikke hadde registrerbar karies på primære molarer, så hadde 70% av denne gruppen ved 10-årsalder heller ikke registrerbar karies på noen mesialflate av 6-årsmolarene. Og veldig få barn i den gruppen hadde karies på samtlige mesialflater av 6-årsmolarene. Følger vi x-aksen og ser på 5-årsgruppen med over 5 karieslesjoner på proximale flater på disse molarene, så er her bildet et helt annet ved når de har blitt 10 år, nemlig mange barn med karieslesjoner på samtlige 6-årsmolarers mesialflater.

Det siste bildet jeg vil vise fra denne kohorten barn for å vise relasjonene mellom tannsettene, er dette. Her ser vi kun på 2. primære molar ved 5 år, og man deler barna i to

grupper, enten har de mer enn 2 karieslesjoner på en eller flere av 2. primære molar, eller så har de ikke det. Hypotesen var at vi ved å se på 2. primære molar kunne si noe om kariesmønsteret i det permanent tannsett ved 10-årsalder. Man definerte derfor på forhånd en gruppe barn med alvorlig kariesmønster ved 10-årsalder etter følgende kriterier: 1. at de hadde dentinkaries, eller fylling på mesialflate 6-årsmolar; 2) eller samme type karieserfaring på en insiciv; 3) eller at den totale karieserfaring lå på ett standardavvik over middelvei, mean. Ett av funnene var at 76 prosent av de barna som hadde mer enn 2 lesjoner på 2. primære molar ved 5 år, havnet i den såkalte verstingsgruppen. Det blir faktisk sett på som ganske betydelig verdi når selve verstingsgruppen utgjorde 24% av utvalget. Som vi ser er summen av sensitivitet og spesifisitet 148, hvilket også betyr at denne testen ved 5 år er ganske god til å forutsi hvilke barn utvikler et alvorlig kariesbilde i permanente tenner ved 10 år.

Konklusjoner: Karies i primære tenner betyr oftest karies i permanente tenner. Karies er additiv, men husk, det er også kariesrisikofaktorene. For å endre negative holdninger og tannhelseatferd, må de nybakte foreldre påvirkes så tidlig som mulig – primær-primær prevensjon.

I kampen om økonomiske bevilgninger gjør vi oss selv bjørnetjeneste ved å rapportere karies uten emaljelesjoner. Nåværende rapporter gir jo inntrykk av en bedre tannhelse enn hva den er i virkeligheten.

Tiden er inne for å bevisstgjøre tannhelsemyndighetene slik at småbarnstannhelsetjenesten i fremtiden i hovedsak vil drive med intervensjon med hensikt å kontrollere kariesprosessen, ikke fortsette å ha fokuset primært på fyllingsterapien.

Til slutt, ett internasjonal tidsskrift har som spørsmål til forfattere ved innlevering av artikkel: "Indicate why this paper is important for paediatric dentists". Det spørsmålet synes jeg er verdt å dvele med. Forskeren bør stille seg selv det spørsmålet litt oftere. Samtidig, den kliniske praktikerens bør kanskje bli mer lydhør og lytte mer til de råd som forskerne kommer med. Og ikke dvel 50 år før ting kommer i siget! Et hjertesukk til slutt knyttet til det jeg sa innledningsvis om at jeg traff praktiserende tannleger på vei hjem fra internasjonalt kongress i implantologi. Hvor artig det hadde vært om flere klinisk praktiserende tannleger hadde deltatt på kongresser i pedodonti. Vi skal ha i slutten av mai i Dubrovnik. "Bli med da vel!"

Takk for meg.

Foredrag på NFP seminaret 2007 8-9. november i Bergen