

Tannterapeuter løste kariesproblemet i Vest-Australia

Samfunnsodontolog og spesialist i pedodonti, Paul Riordan, mente det var mye å lære av hva man hadde gjort i Vest-Australia der karies i barnetenner var et stort problem i 1960-årene. I 1968 hadde 12-åringene 8 DMFT, og nå er DMFT redusert til 0,85, takket være vannfluoridering, utdanning av tannterapeuter og tannpleiere, samt tannhelseopplysning for foreldre og barn.

Han ble introdusert som en ekte kosmopolitt, Paul Riordan, da han holdt gjesteforelesning ved Det odontologiske fakultet, UiO. Og det var der han startet den norske delen av sin karriere med tilleggskurs i 1972. – Jeg ble utdannet tannlege i Belfast hvor vi ikke lærte å stille spørsmål fordi vi fikk svarene servert, fortalte han og sa at han fikk et annet syn på odontologi som en vitenskap da han kom til Oslo. – Jeg kan takke tilleggskurset for at jeg satset på forskning, la han til.

Internasjonal erfaring

Riordan har arbeidet i en rekke land. Etter 14 år i Bergen har han tilbrakt like lang tid i Australia, og innimellom har han vært på WHO-opppdrag i Bahrain og tatt en master i Michigan, USA. Nå arbeider han ved tannlegeutdanningen ved universitetet i Clermont Ferrand i Frankrike. Forelesningen hadde som tittel «Tenner og tannhelsetjenester i tre land», det vil si Norge, Australia og Frankrike. Men det han vektla var det vestaustralske systemet der en viktig rolle spilles av tannterapeuter. Eller School Dental Therapists, som de kalles.

Tannterapeuter med mobil klinikk

Western Australia har et folketall på 2,1 millioner, det er 25 000 barn per kohort, og 275 000 barn i alderen 5–17 år får behandling i School Dental Service. Staten dekker et stort areal, det er lange



Irske Paul Riordan på fransk visitt i Oslo med gjesteforelesning om australske tannterapeuter.

avstander, og tjenesten er sterkt sentralisert med en administrasjon som overvåker både økonomi og resultater. Personellet består av 32 tannleger, hvorav 25 arbeider klinisk, 130 terapeuter, 140 assistenter (les tannhelsesekretærer) og 35 i administrasjonen. På grunn av avstandene og at store deler av staten er tynt befolket, har man i stor grad satset på mobile tannklinikker. Nyansatte sendes på kjøreskole for å beherske store, kraftige biler med en tannklinikk på slep. Terapeutene arbeider selvstendig og er ansvarlig for sin klinikk, men mye bestemmes ovenfra.

Hva terapeutene kan gjøre

Barna skal undersøkes av tannlege når de er 5, 9, 12 og 15 år, men ellers er det terapeutene som står for undersøkelse og det meste av behandlingen. De er registrert i Dental Board of Western Australia, de kan bare arbeide offentlig og

bare behandle skolebarn. Terapeutene foretar kariesbehandling med amalgam og glassionomer, men kan ikke bruke kompositt. De kan sette anestesi og ekstrahere melketenner. Ekstraksjon av permanente tenner, kirurgi, endodonti, kjeveortopedi og protetikkk må de henvise til tannlege.

Det blir brukt mye amalgam som fyllingsmateriale. Årsaken er en kombinasjon av flere faktorer: Det har ikke vært noen motstand mot amalgam i befolkningen, terapeutene har ikke fått opplæring i bruk av kompositt, og kompositt er et mer kostbart materiale enn amalgam. Dette blir vektlagt av sentraladministrasjonen som bestemmer innkjøpene.

Hva kan vi lære?

Riordan stilte spørsmålet og ga følgende svar: Barn i skolealder har enkle behov, hjelpepersonell med 2 1/2 års utdanning kan, med hjelp av tannlege til spesielle behandlinger, løse oppgaven, det er et kostnadseffektivt system, det fungerer godt og gir gode resultater. Tannhelsestatus som overvåkes ved utvalgsundersøkelser av ca. 8 % av barna, viser god tannhelse. – Når 12-åringene har 0,85 DMFT, må man si seg fornøyd, sa Riordan og mente at man i hvert fall sørover i Europa hvor det ikke er noe tilbud til skolebarn, burde vurdere å satse på et tilsvarende system.

Han kom altså ikke med forslag om å satse på utdanning av tannterapeuter i Norge, men kanskje fylkestannleger med bemanningsproblemer ville ønske seg en slik yrkesgruppe?

Tekst og foto: Reidun Stenvik