

En legende ser seg tilbake

Nyttårsaften 2011 fyller Sverker Toreskog 75 år. En mann som har hatt og fortsatt har stor innvirkning på odontologiens utvikling, både nasjonalt og ikke minst internasjonalt. Han vil bli hyllet med et eget symposium på Solstrand hotell i august. Sammen med ham på symposiet vil andre storheter fra skandinavisk odontologi som Bjørn Zachrisson, Ivar Mjør, Claes Myrin, Jan Wennstrøm og Hans Sandberg også forelese. Mer informasjon om dette finnes på www.saed.nu.

Tidendes utsendte har møtt jubilanten og er spent på hvilke tanker Toreskog har etter et 45 år langt odontologisk yrkesliv.

– Du kan se tilbake på over 45 år som tannlege og er fortsatt aktiv kliniker og foredragsholder. Et av dine kjente utsagn er at *The only permanency is change*. Hva vil du si er de viktigste endringene som har skjedd innen vårt fagfelt i den tiden du har praktisert?

– Da jeg den 3. mars 1960 begynte å arbeide på Folktandvården i Alingsås så visste jeg at det fantes high-speed, men jeg hadde aldri selv forsøkt denne totalt nye teknikken på Tandläkarhögskolan. Før high-speed fantes tok det 10–15 minutter med utstyr med lav omdreining å bore seg gjennom emaljen for å komme ned og kunne ekskavere et approximant kariesangrep. High-speeden innebar en stor forandring når det gjaldt teknisk utstyr.

Forebygging på tapetet

– Noe senere kom konseptet om at vi ikke skulle bore eller reparere bort kariesykdom. I stedet skulle forebyggende behandling bli en bedre løsning mot Karius och Baktus, som ble den populære betegnelsen på karies i informasjonen til alle barn. Fluorskylning i skolen og regelmessig grundig tannbørsting ble dette nye konseptets



Sverker Toreskog fyller 75 år på årets siste dag. I dette intervjuet ser han tilbake på en lang karriere. Foto: privat.

viktigste hjelpemiddel. Min studiekamerat Per Axelssons Värmlandsstudier ble i løpet av 60-tallet akseptert som basis for den forebyggende tannpleien.

Implantatteknikker utvikles

– Samtidig med denne utviklingen, på midten av 60-tallet, holdt Per Ingvar Brånemark på med sine vellykkede forsøk med osseintegrering av titanfikturer som retensjon for proteser i tilfeller med total tannløshet i en eller begge kjever. Det skulle ta adskillige år før dette konseptet ble allment anerkjent internasjonalt og ikke før på Toronto-konferansen i 1982 kom det totale aksept av hans forskning og kliniske virksomhet.

Mot slutten av 80-tallet fulgte deretter utviklingen til delimplantat, da også manglende enkelttenner viste seg

å kunne erstattes av implantat. Vi kunne nå erstatte en eller flere manglende tenner med implantat uten å måtte slipe på og skade nabotenner.

– Noe mer i skyggen, men ikke desto mindre svært betydningsfullt, var en teknikk som ble utviklet på slutten av 50-tallet, med start i Norge, av kjeveortoped Olav Slagvold og kirurgen Bjørn Bjerke; autotransplantasjon av tenner. Konseptet spredde seg raskt i Skandinavia og flere sentre ble dannet der konseptet ble videreutviklet. Meget gode resultater ble oppnådd, men teknikken var forbeholdt tilfeller med åpent apex på den tannen som skulle flyttes, og var og er derfor også i dag kun mulig å utføre på unge individer etter tidlige traumer og tap av tenner. Teknikken har i løpet av de senere år blitt estetisk forbedret av den

interdisiplinære gruppen i Oslo bestående av blant andre kirurgen Bjørn Album og kjeveortoped Bjørn Zachrisson.

– Mot slutten av 80-tallet, da singelimplantatet ble tatt i bruk, minsket raskt autotransplantasjonens popularitet. Dog ser man i dag en fornyet interesse for teknikken på grunn av de negative effekter vi har sett etter langtidsoppfølging av implantater i den estetiske sonen.

I løpet av 70-tallet blusset så den såkalte amalgamdebatten opp og store pasientgrupper krevde å få amalgamfyllingene fjernet og erstattet med det nye fyllingsmaterialet kompositt. Ettersom fyllingene som skulle erstattes ofte var store og kompositteknikken ikke alltid optimal, oppsto det mange problemer. Blant annet var postoperative smerter ikke uvanlig; med rotbehandling som følge.

Bedre lykke hadde vi da på midten av 70-tallet med kompositt i overkjevefronten, der muligheten for enkelt og relativt rimelig å omforme tenner anatomi i denne første bølgen av estetisk eller kosmetisk tannpleie. Plutselig kunne vi som tannleger tilby en pasient med et stort diastema mediale en mulighet å løse problemet minimalt.

Når siden Richard Simonsen og John Kalamia på begynnelsen på 80-tallet lanserte skallfasettkonseptet, tynt klistret porselen som erstattet tannens forside, var lykken total og de estetiske mulighetene ble nå optimale;

kombinasjonen autotransplantasjon, tannregulering og skallfasetter ble et vinnende konsept i den estetiske sonen. En ny æra av interdisiplinær estetisk tannpleie var et faktum.

Som en følge av de vellykkede forebyggende tiltakene fulgte en tid med protetisk nirvana på midten av 70-tallet, spesielt i Sverige, og dette hadde sitt opphav i det faktum at Sture Nyman og Jan Lindhe publiserte sine vellykkede resultater med ekstensjonsbroer samtidig som Tandvårds-forsikringen ble innført i Sverige i 1974. Hver tannlege med respekt for seg selv begynte å lage tiledds broer støttet på to hjørmetenner med begrenset benstøtte. Dette var i utstrakt grad et lokalt svensk konsept; takket være de for pasienten økonomisk fordelaktige reglene.

Estetikk og etikk

På 80-tallet begynte så den ekstreme estetikken å komme inn i tannpleien, på godt og vondt. Pasientenes ønske om å få en perfekt tanngard, med perfekt gingiva ble mulig takket være ulike nye konsepter; bleking av vitale tenner skjøt fart og nådde de store høyder, utviklingen av nye estetiske bondbare materialer samt metoder for å kirurgisk estetisk å optimere bløtvevet gjorde dette mulig.

Som en følge av det økte kravet til estetikk har også etikken kommet i sentrum, det vil si; hvor langt får jeg gå som tannlege for å oppfylle en pasients estetiske ønsker? Transparensen

innen tannpleien har med dette økt, ettersom betydningen av nøyaktig journalføring er blitt mye viktigere. En annen betydningsfull utvikling er den måten vi informerer pasienten på; kravet om en adekvat beskrivelse av planlagt behandling og dens konsekvenser har økt behovet for digital, visuell og skriftlig informasjon.

Fremtidens protetikk?

– Du har jo i flere tiår vært en talsmann for bondet protetikk med mindre beslipning av tannen og supragingivale kroneavslutninger. Så langt jeg kan forstå må dette være fremtidens protetikk. Til tross for dette virker det som teknikken ikke er blitt tatt i bruk av tannleger, og heller ikke blir det undervist i dette ved lærestedene våre. Hva tror du dette kommer av?

– Dette er et svært godt spørsmål! Naturligvis finnes det flere årsaker; der den første er menneskets iboende uvilje til forandring. Vi ser den overalt i livet, og et godt eksempel innen svensk industri er den klassiske historien om Facitbedriften. Dette store foretaket gikk konkurs på grunn av at man ikke kunne forstå at noen kunne være interessert i en kopieringsmaskin, når man kunne lage kopier gjen-



Eksempel på samarbeid med kjeveortoped Bjørn Zachrisson med preprotetisk kjeveortopedi og protetisk behandling med bondet protetikk. Bondet protetikk er utført av tannlege Erik Svendsrud basert på prinsippene til Sverker Toreskog.

Pasient, mann 50 år, har en metallkeramisk krone på 13 fra før som er cirka seks år ved første gangs konsultasjon. Gingiva har retrahert og man ser at overgang mellom kronekant og rot på 13 blir langt mer synlig enn på de fem bondede tynne skallkronene 12–23 som også har supragingival kronekant. Preparering til bondede skallkroner krever også mindre beslipning av tannen enn ved tradisjonelle kroner.



Ferdigbildene er tatt fem år etter behandling av overkjeven. De bondede kronene er laget av tanntekniker Pål Risvang. Pasienten var fornøyd etter behandling av overkjeven og ønsket ikke å behandle underkjevefront med porselen og de defektene som sees her er kronisk karies/abfraksjoner som ikke trenger fyllingsterapi. Pasienten har god hygiene og følges opp hos tannpleier.

nom å legge et blått kopipapir mellom hvert papir i sin egen skrivemaskin.

Den andre årsaken er helt klart de odontologiske læresteders motstand mot forandring i en retning der man ikke har noen ferdig forskning.

Denne uviljen er jo således delvis berettiget, men ikke at utviklingen er SÅ langsomtgående. Jeg mener i stedet at de odontologiske læresteder skal bane vei og løse de nye utfordringer som dukker opp. Når vi nå kjenner til den tradisjonelle protetikens svakheter; som for eksempel 10–15 prosent pulpanekrose etter fullkroneterapi, og dessuten et svært mørkt, uestetisk område apikalt for den subgingivalt plasserte preparasjonsgrensen (som ikke forblir subgingival) – så burde man aktivt lete etter konsepter som reduserer disse åpenbare negative biefekter av behandlingen.

Dette har man ikke gjort og undervisningen om bondet, minimalinvasiv protetik har derfor lenge vært fraværende. Jeg har først i høst fått en reell mulighet til å forelese for grunnstudenter og deres lærere om et konsept som jeg har arbeidet med siden 1985. Men, bedre sent enn aldri! Tenk bare på Per Ingvar Brånemark. Det tok lang tid før hans ideer om osseointegrering ble akseptert og i dag er implantatindustrien en av de store innen odontologien.

En tredje årsak er naturligvis at den nyuteksaminerte kollegaen ikke har noen back-up fra studietiden, og derfor er usikker på dette konseptet.

En fjerde årsak er at vi tror at tynt porselen ikke kan være sterkt. Vi tror således egentlig ikke på ideen og konseptet i det hele tatt. Samme forståelsesproblem møtte jeg etter min hjemkomst fra USA i 1964, da jeg innførte den metallkeramiske kronen i Sverige (I Norge: PG-krone, det vil si porselengullkrone); ingen trodde at tynt porselen kunne bindes til gullegeringen og være sterkt. For å forstå at tynt, sprøtt porselen skal bli sterkt, behøver man bare tenke på en PG-krones oppbygging, der porselenet, det samme som vi bruker til fasader, er sterkest nærmest gullegeringen. Man kan også gå ut en kald vinterdag og sammenligne holdbarheten på et tynt lag is bondet eller limt til et stabilt underlag, for eksempel asfalt, og sammenligne det med et

ikke stabilt underlag som for eksempel en gressmatte; så forstår man at tynt porselen bondet under optimale forhold til hovedsaklig emalje, kommer til å bli like sterkt som emaljen.

En femte årsak er at man synes det er enklere å sementere en PG med fosfatsement enn å under kofferdam lime en tynn, skjør porselensbit. Og det er det jo; men til hvilken pris? En sjettede årsak er at med for eksempel PG, behøves svært lite fargekommunikasjon mellom tannklinikken og det tanntekniske laboratoriet; ettersom fasadematerialet har samme farge på laboratoriebenken som i munnen. Skallfasaden derimot, får mye av sin farge fra den underliggende tannsubstansen og derfor fordres mer bildekommunikasjon med laboratoriet, og dette kan være en hindrende faktor hos en del kolleger.

– I et tidligere foredrag siterte du den verdenskjente svenske periodontisten Jan Lindhe, som har sagt at de beste tannleger er de som setter inn færrest implantater. Hva tenker du Lindhe mener med dette?

– Jeg tror, uten å vite det med sikkerhet, at Jan Lindhe ser en risiko med et konsept som har store internasjonale foretak som pådrivere – i forhold til klinikerens valg av terapi. Han, om noen, vet også at prognosen for for eksempel en furkasjonsinvolvert molar, rett behandlet, er minst like god som den er for et implantat i samme område.

Bli god til det du gjør

– De som har hatt den store glede av å oppleve deg som foreleser og underholder, blir jo slått av din enorme livsglede. Hvor henter du denne livsgleden fra?

– Jeg tror at jeg egentlig er en stor egoist som vil ha det minst like bra som alle andre; og helst enda bedre. Da gjelder det å sørge for at andre trives og har det bra; fordi andres glede er en forutsetning for at jeg skal kunne ha det bra.

– Du ble i 2000 utnevnt til æresdoktor ved Tannlegehøyskolen i Göteborg, men har aldri hatt noen tilknytning til de odontologiske lærestedene i Skandinavia. Hvis vi tenker oss at du likevel hadde hatt dette, hva ville du ønsket at studentene skulle lært under studiet

sammenlignet med det som undervises i dag?

På omtrent samme tid som jeg ble æresdoktor ble jeg intervjuet av et tidsskrift for tannlegestudenter om hvilke tre råd jeg ville gi til blivende tanleger. Her er rådene jeg ga:

1. Vær glad og takknemlig når du på et tidlig stadium i dine studier innser at du har valgt verdens beste yrke. Det inneholder en tredjedel vitenskap, en tredjedel kunsthåndverk og en tredjedel sosialt samvær. Du kan fokusere din virksomhet på de deler som passer best for deg.
2. Følg med på aktuell forskning, lytt til erfarne lærere og klinikere, men stol bare på deg selv. Kjøp et kamera samtidig som du kjøper røntgenapparat og dokumenter alt du gjør. Med din egen dokumentasjon kan du følge dine egne saker, trekke dine egne konklusjoner om hva du er god på og hva som er til glede og nytte for dine pasienter.
3. Husk at det eneste som er permanent er forandring. Tro derfor aldri i løpet av din yrkeskarriere at du har nådd målet, at det finnes en måte å arbeide på som vil være den beste for all fremtid. Søk heller nye løsninger på de utfordringer som måtte komme ut fra den kunnskapen og de terapier du har til rådighet til enhver tid. Husk at forskjellen på et mentalt ungt og et mentalt gammelt individ, er nettopp den unges sterkere vilje til å forandre sin innstilling og måte å behandle på som følge av ny kunnskap. Behold den innstillingen!

– Hvis jeg til slutt kort skal oppsummere, sier Sverker Toreskog – hvordan du enklest får et godt liv og enklest oppnår et godt nivå på et vellykket profesjonelt liv- noe du bør lære deg under studietiden så er det: Gjør det du er god til! Og: Bli god til det du gjør!

Erik Svendsrud