
Minimal invasive dentistry:

Svar til Jan Line

Det var slett ikke overraskede at det var Jan Line som formidlet disse interessante refleksjonene og bringer opp alle disse viktige spørsmålene. Jeg kjenner ham som en meget flink og engasjert lærer ved avdeling for kariologi i Oslo. Jeg er så glad for at han tar utgangspunkt i at «Frisk tannsubstans er det best egnede biomaterialet i munnen». Som lærer og forsker i kariologi har det alltid vært en del av mitt budskap til studentene at målet er å kunne behandle karies uten å legge fyllinger. Fyllingsterapi er en mislykket kariesbehandling. Jeg mener at vi har hatt en veldig positiv utvikling i Norge og Skandinavia. I 1983 rapporterte tannleger gjennom en studie vi gjorde at de boret og fylte 66 prosent av alle emaljelesjoner de så approksimalt, 12 år senere var det 18 prosent som gjorde det, mens i 2009 var det kun syv prosent som laget fyllinger på lesjoner som var i emaljen. Kunnskaper om kariesprogresjon og effekten av fluor og forebyggende tiltak har gjort at vi har spart mye tannsubstans på den norske befolkning.

Når det så kommer til den operative behandlingen som selvfølgelig ennå er en viktig del av klinikerens hverdag, er jeg helt enig med Jan Line i at «vi vet for lite om våre nye fyllingsmaterialer». Jeg vil si at vi vet for lite om hvordan de fungerer i munnen på våre pasienter. I «gamle dager» var det slik at materialene måtte gjennom en klinisk utprøving før de kom på NIOM sine lister. Dette var en kvalitetskontroll på at materialene fungerte i praksis. I dag kan en kjøpe materialer som ikke har vært gjennom en tilsvarende klinisk utprøving. Det betyr at i mange tilfeller blir det tannlegen som tester materialets egnethet i praksis. På den annen side må vi ikke glemme at hovedårsaken til at fyllinger skiftes er sekundærkaries og dette kan ha mer

med pasientens kariesaktivitet å gjøre enn kvaliteten på materialet.

Hvis vi tenker tilbake til «amalgamtiden» hadde vi mange års erfaring med dette materialet og det ble rapportert i mange undersøkelser at amalgamfyllinger hadde lang holdbarhet. Når kompositten ble introdusert var det først i fortenner og som kl.V-fyllinger, men etter hvert kom kompositene også på de tyggebeltede flatene. I studier der en sammenliknet varigheten av amalgam og kompositt var det svært ofte sammenlikning mellom kl. III- og kl. V-fyllinger mot kl. II-fyllinger som var amalgam. Det var ingen reell sammenlikning mellom materialene. Derfor har det i mange år vært vanskelig å trekke riktige slutninger om holdbarhet av fyllingsmaterialer under klinisk like vilkår. Det er først når vi legger amalgam og kompositt på tilsvarende tenner og helst i samme munn at vi kan gjøre reelle sammenlikninger. En slik situasjon vil vi sikkert aldri få igjen. Jeg sier dette for å illustrere hvor vanskelig det er å gjøre gode kliniske studier. Et annet poeng er at materialer som blir introdusert på markedet knapt er klinisk utprøvd. Det tar for lang tid (for produsentene). Det overlates til forskerne (universitetene) å gjøre slike studier. En klinisk studie krever minst tre års oppfølging og bør inkludere et stort antall fyllinger. Planlegging, gjennomføring og oppfølging og publisering av resultatene vil i alle fall ta minst fem år. Da er kanskje det aktuelle materialet ute av markedet.

Da «amalgam-forbudet» var et faktum ble vi tvunget til å bruke kompositt som fyllingsmateriale der vi tidligere hadde brukt amalgam. Men, på det tidspunktet var det ingen undersøkelser som kunne si oss noe om holdbarhet av komposittfyllinger i tyggebeltede områder der det tidligere var naturlig å bruke amalgam. En kan

spørre seg om «noen» burde ha sørget for at slike data var tilgjengelige? Etter hvert ble det gjort en klinisk studie der en observerte store kompositter i molarområdet for å vurdere holdbarhet over tid. Det sier seg selv at slike studier må gå over en del år for at de skal kunne gi oss et så sant bilde som mulig. I disse dager skal Torgils Lægred i Bergen forsvare sin doktoravhandling der en slik studie er involvert.

Jeg var med å starte Kvit-prosjektet i 2001. Kvit-prosjektet står for kvalitetsutvikling i Tannhelsetjenesten. Dette var en studie som skulle følge opp kl. II-fyllinger i premolarer og molarer og der hovedmengden av fyllingene var «kvite fyllinger». Det ble vel 4 000 fyllinger lagt av tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, som nå er fulgt opp i fire år. Det er det største materialet av sitt slag som nå blir beskrevet og resultatene er i ferd med å bli publisert. Dette

materialet skal inngå i stipendiat Simen Vidnes-Kopperud sitt doktorgradsarbeid i Oslo. Det jeg vil si er at vi faktisk har noen data å fortelle om, men vil også poengtere at det tar lang tid å skaffe pålitelige data. Til tross for at vi har noen store kliniske studier i Norge i tillegg til studier som publiseres i andre land, har vi for lite kunnskaper til å besvare alle de spørsmålene Jan Line reiser. Han kommer inn på dette med prepareringsteknikk, hvor mye skal vi fjerne og hvordan skal kaviteten se ut når vi praktiserer «minimal invasive» teknikk? Et meget godt spørsmål. Skål-preparasjoner ble i Norge tatt i bruk i stor utstrekning da kompositt erstattet amalgam uten at det på forhånd var testet ut om denne prepareringsformen egnet seg. Håkon Nordbø hadde gjort en studie på dette, men det var ikke tilstrekkelig til at vi kunne danne oss et bilde av hvordan det skulle gå når denne teknikken ble brukt for fullt. Vi hadde dårlig erfaring med tunnelteknikk som ble tatt i bruk i Norge lenge før den ble undersøkt klinisk. Når de kliniske studiene kom etter noen år viste det seg at dette tydeligvis ikke var en god teknikk. I KVIT-prosjektet er prepareringsteknikk tatt med og resultatene vil snart

bli tilgjengelige. Men heller ikke denne studien kan gi svar på alle spørsmål.

Jeg forstår godt at tannlegen gjerne vil vite: «Hvordan må tannen forberedes, og hvor langt kan vi strekke bruk av plastmaterialer. Hva skal de absolutt ikke brukes til? Anbefalinger støttet av forskning som sier at slik er bedre enn sånn». Mitt svar er: Mer forskning. Men, forskning krever ressurser i form av kvalifisert personell og penger til drift av prosjektene. Det stilles meget strenge krav i dag for å få tillatelse til å gjennomføre prosjekter. Det kreves mye kunnskaper og erfaring for å kunne gjennomføre et prosjekt slik at en kan trekke ut pålitelige resultater fra studien. Etter mitt skjønn har en i Norge brukt alt for lite ressurser til å utdanne gode forskere. De er mangelfulle!

Jeg er så hjertens enig med Jan Line når han skriver: «Jeg ønsker meg og tydeligere føringer fra myndighetene med hensyn til terapivalg. Den minst invasive behandling, også interseptiv behandling, må tydelig favoriseres også når behandling utføres med trygdens støtte». Jeg er svært bekymret når jeg ser at «interseptiv kariesbehandling» ikke har noen takst i trygdesystemet. Dette er jo den behandlingsfor-

men vi gir til de emaljelesjonene som ikke skal fylles, men hvor interseptiv behandling skal stoppe progresjonen. Forebyggelse er heller ikke nevnt i trygdereglene i forbindelse med kariesbehandling. Ett sted kan en lese om Forebyggende behandling: «Takst 101, Opplæring til egenomsorg og forebyggende behandling (honorartakst 370,-). Det står videre at: «Taksten kan kun benyttes i sammenheng med behandling av sjeldne medisinske tilstander og ved infeksjonsforebyggende behandling ved særlige medisinske tilstander, jf. forskriften § 1 nr. 1 og 4.» Når en bare gir økonomisk uttelling for fyllinger og kroner kan det faktisk «styre» terapivalgene i feil retning! Et annet eksempel; personer med skjemmende misfarginger på tennene i forbindelse med dental fluorose kan få bidrag til behandling med laminaer/kroner. Men hvis en gjør «minimal invasive» behandling, mikroabrasjon, som både er skånsom behandling og billigere behandling sammenliknet med laminaer, så dekker trygden ikke dette! Hvem forstår logikken? Håper noen kan gi meg et svar.

Anne Bjørg Tveit
a.b.tveit@odont.uio.no

Avdeling for medlemsrådgivning

Medlemsrådgiverne gir råd innen de fleste næringsjuridiske områder samt i arbeidsgiver- og arbeidstakerspørsmål.

Advokat Elisabeth Scarpello

Juridisk medlemsrådgivning generelt, etiske spørsmål, samarbeidsavtaler mellom tannleger.
E-post: elisabeth.scarpello@tannlegeforeningen.no

Advokat Dag Kielland Nilsen

Juridisk medlemsrådgivning generelt, skatte- og avgiftsspørsmål.
E-post: dag.nilsen@tannlegeforeningen.no

Forhandlingsjef John Frammer

Medlemsrådgivning om lønns- og arbeidsvilkår, herunder pensjon. Rådgivning ift. kollektiv arbeidsrett, herunder tariffspørsmål og forhandlinger.
E-post: john.frammer@tannlegeforeningen.no

Seniorkonsulent Lin Muus Bendiksen

Medlemsrådgivning generelt, lønns- og arbeidsforhold for hjelpepersonell og internkontroll-HMS.
E-post: lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

Telefontid 09.00–11.00 alle hverdager. Tlf. 22 54 74 00