

God tannhelse i sikte

– konsekvenser for utdanning og arbeidsmarked

La det bli en fest! oppmuntret mannen (Per Bærum) professor Dorthe Holst før hun reiste til Lillestrøm for å oppsummere 40 år med epidemiologisk forskning. Forelesningen åpnet med norske DMFT-verdier for 13–14-åringene fra 1973 med sammenligninger til land i Europa og resten av verden.

– Dorthe, kan du forklare hvorfor verdiene i Norge lå så høyt sammenlignet med andre land?

– En forklaring er at det faktisk var særlig høy risiko og høyt nivå på karies i Norge da. En konkurrerende, eller medvirkende, forklaring kan være at det var lengre mellom tannlegebesøkene da på grunn av ubesatte stillinger og lignende. Ubehandlet karies kumulerte over flere år, og ga et alvorligere inntrykk av den underliggende sykdomsintensitet og insidens/tilvekst.

– Gir de aktuelle DMFT-verdiene et riktig bilde på den underliggende sykdomsintensitet tilbake på 70-tallet? Vi skal i hvert fall huske at det da var riktig å legge fylling også i tidlige kariesangrep, som kanskje kunne ha remineralisert, særlig etter hvert som fluor-tannkremen ble alminnelig ut på 1970-tallet.

Holst understreker at fluor ikke endrer de kausale krefter/årsaker til at demineraliseringen starter.

– Dorthe, kan du beskrive Trøndelagsundersøkelsen med tanke på utvikling av DMFT-verdier siste fire tiår, karies hos eldre, tannløshet og sosiale ulikheter?

– Det er et stort spørsmål du stiller:

Både unge og voksne vil beholde mange friske tenner



Professor Dorthe Holst oppsummerte 40 år med epidemiologisk forskning. Foto: Kristin Aksnes.

Eldre vil få mange friske og reparerte tenner

Det er og blir svært lite ny karies også blant eldre

Det er lite tanntap og «ingen blir tannløse»

Det samlede reparative behovet går ned! Indikerer en kraftig endring i profilen av behovet for tannbehandling.

Vi ser av våre tall at det er en vesentlig reduksjon i den sosiale ulikheten vi har data fra på 1970-tallet. Det gjelder tradisjonelle tannsykdomsindikatorer. Tannløshet, antall egne tenner, ubehandlet karies, tenner med reparasjoner etc.

– Hvordan vil du beskrive linjene i utvikling frem til 2030?

– Vi har fremskrevet utviklingen frem til 2030, som det bare er 18 år til nå. Vi har brukt den gjennomsnittlige

årlige endringen fra 1973 til 2008, og multiplisert med 22 (2008–2030). Fra våre forskjellige datasett ser vi at tannløshet forsvinner helt, det blir en manko på -11%. Unge voksne vil beholde alle sine tenner og det er lite karies og fyllinger. De eldre voksne vil ha en del behandling fra før som skal vedlikeholdes, men har ellers lite ny sykdom. De eldste har mye behandling å vedlikeholde, men har relativt lite ny sykdom. De pleietrengende eldre er i en helt annen situasjon. De har behov for godt tilsyn og tilpasset behandling, men det er tross alt en liten del av den samlede voksne befolkning.

– Dorthe, hvilke konsekvenser for arbeidsmarkedet og utdanningen har dette for norske tannleger?

– Det blir behov for flere typer samarbeid:

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Mellom offentlig og privat sektor
innen tannhelsetjenesten

Mellom tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten og i pasientkasus også spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å være oppmerksom på at det er mange oppgaver som tannhelsetjenesten ikke klarer alene:

En del eldre, eldre på sykehjem, hjemmesykepleie

Mennesker med store odontologiske og medisinske sammensatte problemer

Mennesker i vanskelige livssituasjoner, med lav inntekt, delvis fremmed kultur og alvorlig sykdom

Reduksjonen i sykdomsforekomsten har konsekvenser for arbeidsmarkedet fremover. Men ingen har fullstendig oversikt. Og dette må utredes både i forhold til antall personell og innholdet i utdanningene. Det er bare 18 år til 2030. Vi vil fort ha for mange tannleger med delvis feil fokus i utdanningen.

Basert på våre data fra 1973 til 2008, er det grunn til å tro at regelmessige tannpleievaner er godt innarbeidet i den norske befolkning. De unge har erfaring med lengre intervaller mellom de regelmessige kontrollene. Erfaringene tar de med seg. Innholdet i hvert besøk blir mer helsefremmende og forebyggende og det blir mindre restorativt behov.

Jørn Arne Fridrich-Aas

B A R

EN AVDELING I RAINBOW HOTEL A