

Tannlegenes rolle i folkehelsearbeidet

Tannlegenes hovedfokus skal og bør fortsatt være profylakse, diagnose, terapi og oppfølging av de primære orale tilstander. Det forventes også at vi som helseutøvere skal diagnostisere oral manifestasjoner av systemiske lidelser.

I løpet av flere tiår har det også vært snakket og skrevet om tannlegenes rolle som folkehelsearbeidere. Ulike synspunkter har bl.a. vært fremmet av våre læresteder og av Den norske tannlegeforening. Representantskapet vedtok et eget policydokument om folkehelsen i 2013. Tydeligst kom dette til uttrykk i forbindelse med munnhelse-dagen 20. mars i år hvor budskapet i hovedsak var knyttet til diabetes type 2 og hvor ett av kampanjens overordnede mål var «å bidra til at flere med diabetes 2 får stilt en diagnose». Diabetes 2 er i dag et betydelig helseproblem i Norge. Ca. 265 000 personer er i dag registrert med diagnosen, og det antydes at det er et like høyt antall av uoppdagede tilfeller. Disse uoppdagede tilfellene besøker tannlegen regelmessig, og det er derfor rimelig å spørre om tannlegene kan oppdage disse tilfellene på et tidlig tidspunkt før sykdommen får alvorlige organkonsekvenser. Det antydes i dag at tannlegens rolle blir spesielt knyttet til observasjon av økt forekomst av karies, nedsatt spyttsekresjon, munntørrehet, soppinfeksjoner og periodontale infeksjoner i forbindelse med diabetes 2. Alle disse symptomene er høyst uspesifikke og ingen sikker indikasjon på at det foreligger en diabetes type 2. Kan og bør man på slike indikasjoner henvise en pasient til sin fastlege for videre undersøkelser og blir dette gjort?

Spørsmålet blir derfor: Hva kan tannhelsepersonell gjøre for fastslå en sikrere diabetes 2-diagnose, og hvilken kompetanse har tannlegene for å forfølge mistanken om alvorlig sykdom?

I tillegg til de spørsmål som stilles på våre helseskjema, bør det være naturlig å følge opp med andre spørsmål der hvor dette er naturlig ut fra pasientens tilstand. De tre polys – polyurea (behov for å late vannet), polydipsia (uvanlig tørste) og polyphagia (uvanlig matlyst). Disse tre symptomene er ofte relatert til hyperglykemi og glucosuri, selv om polyphagi ikke alltid er knyttet til type 2 diabetes. Videre bør vi kunne spørre om det foreligger diabetes i nære familie. En overfladisk vurdering av pasientens BMI og aktivitetsrutiner vil også si noe om hvor disponert pasienten kan være for diabetes 2. Positive svar på disse spørsmålene og vurderingene bør lede til en oppfølging, også på tannlegekontoret.

Enkle blodtester er enkle å utføre på et tannlegekontor og krever enkelt utstyr.

Tilfeldig glucosetesting uten hensyn til måltider eller tidspunkt på dagen er en enkel og rask undersøkelse. Med testverdier over 7 mmol/L, og sammenfallende verdier med de tre polys og mulige synsforandringer, bør mistanken være tilstede, men bør forfølges med:

Fastende blodsukker test (uten inntak av sukker i 8–12 timer). Målinger etter et slikt tidsintervall bør gi verdier som bør ligge lavere enn 7 mmol/L

Oral glucose toleransetest. Denne testen måler kroppens evne til å lagre glucose ved å fjerne glucose fra blodet. Glucosenivået skal falle tilbake til verdier under 11,1 mmol/L 2 til 3 timer etter et standard glucose inntak på 75 gram glucose.

Disse testene bør være mulige å gjennomføre på tannlegekontoret med den kompetanse som tannlegen har med seg fra sitt studium, og samtidig imøtekomme målsetningen om å bidra til at flere med diabetes 2 får stilt en tidlig og sikker diagnose.

Videre diagnostisk oppfølginger og terapeutiske skritt skjer ved henvisning til pasientens fastlege, og innebærer bl.a. testing for glycolisert hemoglobin (HbA1c) og generell organundersøkelse. En HbA1c undersøkelse krever venepunksjon og undersøkelse på fullblod. Dersom HbA1c verdiene i erytrocyttene er over 6,1m %, viser dette at glucoseverdiene i plasma har vært for høyt over tid og er et sikkert diagnostisk kriterium på diabetes 2.

Hjerte-kar sykdom er en annen av våre store folkesykdommer og som i stor grad har sammenheng med måten vi lever på bl.a. røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Her bør tannhelsepersonell besitte de riktige kunnskaper og formidlingsevne til å påvirke pasientens levevaner. Det vil dessuten styrke vår faglige autoritet, dersom vi i tillegg til verbal informasjon sier oss villige til å måle og tolke pasienten blodtrykk.

Kolesterol målinger har en direkte og viktig sammenheng med utvikling av hjerte-kar sykdommer. En enkel screening metode med bruk av kapillært blod, kan gi oss en verdifull totalkolesterol verdi. Sørg for at referanseverdiene er kjente! Ligger pasientens verdier for pasientens alder i fareområdene, skal pasienten henvises til sin fastlege for registrering og vurdering av HDL og LDL, samt forholdet mellom disse. (Total kolesterol referanseverdier: 5 mmol/L – 8 mmol/L)

Kost og ernæring er et stort og komplisert tema, og er langt mere enn problemer knyttet til sukkerinntak og karies. Feilaktig kosthold bidrar sterkt til mange av våre dominerende folkesykdommer og vi oversvømmes derfor daglig av informasjon fra media om hva som er bra og spise og godt for helse vår – og hva som er skadelig og medfører sykdom. Ofte er informasjonen motstridende og kan være vanskelig å forstå for vanlige folk. Derfor har våre helsemyndigheter valgt å oppsum-

mere og grundig vurdere den informasjonen som foreligger til enhver tid. Vi som helsepersonell må derfor kjenne budskapet og formidle det som er de offentlige anerkjente råd til publikum.

Det store spørsmålet er om vi gjennom vår formidling av kunnskaper har autoritet nok til å endre pasientenes holdninger og vaner. Dette krever for det første at vi som tannleger har gode nok kunnskaper selv og viser engasjement

De enkle kliniske testene som her er antydnet, utføres i dag også ved de fleste apotek. Vi som tannleger burde ha større forutsetninger for å utføre de samme testene og med en større forståelse for de resultatene som kommer fram.

Våre verbale og kliniske påvirkninger bør også suppleres med skriftlige materialer som vi aktivt benytter i våre samtaler med pasientene. Det er ikke tilstrekkelig at slike brosjyrer ligger og slenger på venterommene!

Som presidenten uttrykte i siste nummer av Tidende, representerer vårt bidrag til folkehelsearbeidet en ubenyttet resurs som vi med fordeler kan utnytte til beste for pasientene og for oss selv, og i større grad gi oss en følelse av å være oralmedisinere.

Jeg ser fram til at spørsmålene reises til videre diskusjon.

*Bjørn Joh. Fuglem
bjfuglem@start.no*