

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- Kariestilvekst gjennom ungdomsårene fra 12 til 18 år har en sterk sammenheng med karieserfaring ved 12-års alder, hvor de som har størst kariesbelastning har høyest kariestilvekst.
- Det har vært en reduksjon i kariestilvekst over syv fødselskohorter, unntatt gruppen med høy karieserfaring ved 12-års alder, noe som kan gi økende fremtidige tannhelseforskjeller.

FORFATTERE

Hedda Høvik*, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim

Knut Helge Midtbø Jensen*, Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen
Torunn Børsting, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Randi Krog Eftedal, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim

Göran Dahllöf, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Bjørnar Hafell, Den offentlige tannhelsetjenesten, Trøndelag fylkeskommune

Tone Natland Fagerhaug, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Eva Lassemo, SINTEF Digital, Trondheim

Marikken Høiseeth, SINTEF Digital, Trondheim og Institutt for design, NTNU, Trondheim

Abhijit Sen, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Marit S. Skeie, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

*Likt bidrag

Korresponderende forfatter: Hedda Høvik, e-post: hedho@tkmidt.no

Akseptert for publisering 14.11.2025. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Høvik H, Jensen KHM, Børsting T, Eftedal RK, Dahllöf G, Hafell B, et al. Kariestilvekst fra 12 til 18 år: Betydningen av karieserfaring ved 12 års alder. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 952-3.

Kariestilvekst fra 12 til 18 år: Betydningen av karieserfaring ved 12 års alder

Originalartikkelen

Studien er en kohortstudie som følger ungdommer i Trøndelag fra 12- til 18-års alder, fordelt på syv fødselskohorter (1996–2002). Den undersøker emaljekariestilvekst og tilvekst på dentinnivå gjennom ungdomsårene, og analyserer effekten av kjønn og karieserfaring ved «baseline» som er 12 år. Andel i gruppene; ingen ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: 0$), lav ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: 1-2$) og høy ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: \geq 3$) baseline karieserfaring utgjorde henholdsvis 53,4 %, 28,9 % og 17,7 % av det totale data-materialet på 23 135 ungdommer. Kariestilvekst er målt for hvert enkelt individ som gjør at vi også kan vurdere individuell variasjon blant ungdommene. Artikkelen er publisert med fri tilgang («open access») i BMC Oral Health (<https://doi.org/10.1186/s12903-025-06136-6>).

Klinisk problemstilling

Tidlige ungdomsår er karakterisert med mange nylig frembrutte permanente tenner som medfører at de etterfølgende 2–3 år utgjør en risikoperiode for kariesutvikling [1]. I tillegg er ungdomstiden en kritisk periode for utvikling av varige helsevaner. Innsikt i kariestilvekst i ungdomsårene og hva som påvirker denne er viktig for målrettet forebygging. Denne studien søker å belyse hvordan kariestilveksten opptrer på populasjon- og individnivå i ungdomsårene, om det er endring over fødselskohorter og hvilke faktorer som kan forklare forskjeller i kariestilvekst i aldersperioden mellom 12 og 18 år?

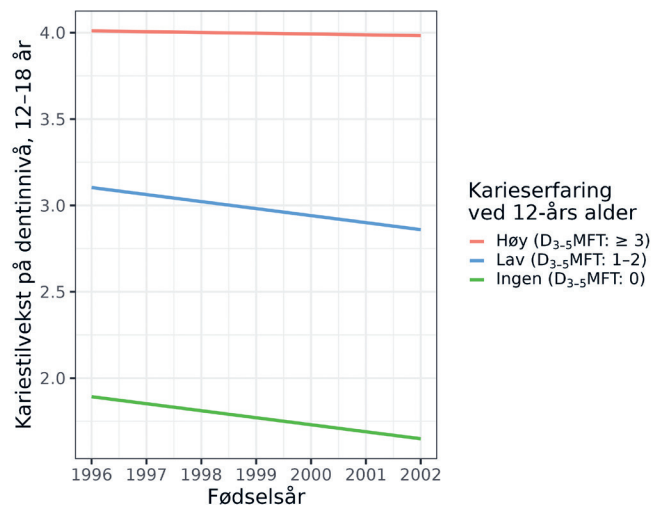
Beste kliniske praksis eller forståelse

Gjeldende praksis vektlegger tidlig forebygging og risikobasert oppfølging [2]. Funnene våre bekrefter at karieserfaring ved 12 års alder er en viktig faktor for kariestilvekst i ungdomsårene. Det er

derfor viktig med en tidlig intervensjon for å behandle begynnende karieslesjoner. Dagens praksis utfordres ved våre funn som viser at vi ikke har hatt noen reduksjon av kariestilvekst fra 12–18 år over syv fødselskohorter hos ungdom med høy kariesbelastning. Dette indikerer at det er behov for å styrke innsatsen rettet mot denne gruppen, som kan oppnås gjennom bedre karieskontroll i tannhelse-tjenesten kombinert med sosiale og strukturelle tiltak [3]. Estimater på kariestilvekst hos norske ungdommer (fødselskohorter 1973–1982) har tidligere blitt presentert basert på dentinkariesnivå og inkluderte ikke emaljekaries [4].

Funn og relevans

- Samlet har det skjedd en reduksjon i kariestilvekst fra 12–18 år over fødselskohortene.
- Kariestilveksten i ungdomsårene viser stor individuell variasjon og andelen uten nye karieslesjoner på dentinnivå var 33,4 %.
- Ungdom med høy karieserfaring ved 12 års alder har høyest kariestilvekst og denne gruppen viser ingen reduksjon over fødselskohortene.
- Kjønn har liten betydning for endring av kariestilvekst over kohorter, men jenter har noe lavere kariestilvekst enn gutter.
- Emaljekaries utgjorde om lag halvparten av total karieserfaring både ved 12 og 18 år. Progresjonen av emaljekaries kan mulig reverseres, stanses eller forsinkes, enten med lokal non-operative behandling, eller med generell intervensjon



Gjennomsnittlig kariestilvekst på dentinnivå fra 12- til 18-års alder over syv fødselskohorter (1996-2002), inndelt etter karieserfaring ved 12 års alder.

rettet mot risikofaktorer som pasienten selv kan gjøre noe med[5].

- Betydningen av våre funn kan bidra til bedre risikovurdering og tilpasset forebygging.
- Det er behov for å styrke innsatsen mot ungdom med høy kariesbelastning.

REFERANSER

1. Mejäre I, Stenlund H, Zelezny-Holmlund C. Caries incidence and lesion progression from adolescence to young adulthood: a prospective 15-year cohort study in Sweden. *Caries Res.* 2004; 38: 130-41.
2. Helsedirektoratet (2018-09-30T00:00). Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 13. mars 2025, lest 18. september 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>.
3. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019; 394(10194): 249–60.
4. Birkeland JM, Haugejorden O, von der Fehr FR. Analyses of the caries decline and incidence among Norwegian adolescents 1985–2000. *Acta Odontol Scand.* 2002; 60(5): 281–9.
5. Raadal M, Espelid I, Crossner CG. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2011; 121: 10–17.