

45 minutter med frampek

Hva skjer på forskningsfronten som kan påvirke faget framover? Landsmøtet hadde funnet tid til tre femtenminutters presentasjoner fra de odontologiske forskningsmiljøene ved de tre universitetene. Temaene pekte mot noen mulige framtidsaspekter innen odontologiske (og beslektede) områder.

 NILS ROAR GJERDET

Stimulert beinregenerasjon

Siddharth Shanbhag, postdoktor ved Universitetet i Bergen (UiB), viste resultater fra eksperimenter med å bruke aktiverte membraner ved komplekse beindefekter. Styrte («guided») regenerasjon gjøres gjerne ved at defekten dekkes med en passiv membran for å hindre innvekst av uønsket vev.

Prosjektet til Shanbhag og medarbeidere er om membranene kan aktiveres slik at de kan avgi stimulerende stoffer. Det er snakk om såkalt «conditioned media», som er substanser (sekretomer) fra stamceller til et passende medium. Bentilheling ble undersøkt i en standardmodell med skallebeindefekter hos rotter. Det ble sammenlignet med kontrollgrupper, inkludert stamceller plassert direkte. Det viste seg at «conditioned media» ga god benvekst. Kanskje kan denne teknikken erstatte direkte bruk av stamceller, som er en komplisert og kostbar affære?

Det er ennå ikke gjort kliniske studier med bruk av denne teknologien, men den har et klart potensiale for å påskynde tilheling av komplekse beindefekter.

Hvordan behandler man periimplantitt?

Periimplantær sykdom er et økende problem etter hvert som det settes in flere tannimplantater. Periimplantitt er en

analog til periodontitt, men progresjonen er gjerne raskere. Periimplantær mucositt er analogt til gingivitt.

Det er ikke avklart hva som er den mest anerkjente behandlingen for periimplantitt. Badra Hussain, ph.d.-stipendiat i Oslo, ønsket å se på det i doktorgradsprosjektet sitt. Det ble gjort ved å kartlegge hvordan et utvalg sentrale aktører bedømmer behandling av periimplantitt. Det ble sendt spørreskjema til «key opinion leaders» i feltet. Respondentene kom fra hele verden, flest fra nordvest-Europa, og var jevnt fordelt mellom privat og offentlig virksomhet. De fleste var over 50 år og hadde doktorgrad. Det ble blant annet spurt om renseeffekt, grad av dokumentasjon, skaderisiko for tann og bløtvev, dessuten risiko for antibiotikaresistens i forbindelse med behandlingen

Svarene viste at den foretrukne metoden var mekanisk rensing, slik som partikkelblåsing («airflow»), ultralyd og børster. Det ble sjelden brukt kyretter for implantatplastikk, det vil si glatting av implantatflaten. Noen ville unngå mekanisk bearbeiding, men effekten av kun kjemiske midler, for eksempel hydrogenperoksid, ble ansett som uforutsigelig. Det var gjennomgående at man ville unngå antibiotika, spesielt systemisk.

Et innkallingsintervall på to-tre ganger per år var typisk, men med en individuell risikovurdering. Studien viste at



Fra venstre: Siddharth Shanbhag (UiB) snakket om beinregenerasjon med aktive membraner. Temaet til Badra Hussain (UiO) var metoder for behandling av periimplantitt. Lars Martin Berg (UiT) drøftet hvorfor behandlingsanbefalinger ikke alltid blir fulgt av pasientene.

det ikke er konsensus om rengjøringsmetoder og prosedyrer ved periimplantitt, og det er følgelig svært ønskelig å få flere randomiserte studier innen temaet.

Hvorfor gjør ikke pasienter som vi sier?

Etterlevelse, ofte unødig kalt «compliance» i norsk faglitteratur, er i hvilken grad pasientenes atferd samsvarer med anbefalinger eller tiltak de har fått beskjed om. Dette er et viktig forhold i mange sammenhenger, for eksempel ved bruk av medikamenter, gjennomføring av fysikalske øvelser eller bruk av maske (CPAP) ved søvnapné. Manglende etterlevelse fører til dårligere behandlingseffekt eller overkompensasjon for å «ta igjen» det som ikke ble gjort.

Dette grunnleggende temaet i helsetjenester snakket Lars Martin Berg om. Han er spesialtannlege i multidisiplinær odontologi ved Universitetet i Tromsø (UiT) - Norges arktiske universitet, og han er også tilknyttet Tannhelse Midt.

Etterlevelse i (tann)helsetjenesten blir påvirket av mange faktorer på ulike nivå. Det er et pasient-/klientnivå

der pasienten kan ha manglende sykdomsforståelse, eller er skeptisk til behandlingen og bekymret for bivirkninger. Også endringer i livssituasjonen spiller inn.

Behandlernivået vil dreie seg om at kommunikasjonen ikke blir forstått (selv om ordene blir forstått) og at det kan være språkbarrierer. Behandlingsoppleggene kan også oppfattes som unødvendig kompliserte (det er vanskeligere å etterleve å ta en pille fire ganger daglig enn én gang per dag).

På systemnivå spiller det inn forhold knyttet til tilgjengelighet til tjenestene, høye egenandeler, manglende samkjøring i journalsystemer, eksempelvis.

Hva kan vi gjøre som helsepersonell? Kjernen er god kommunikasjon, tillit og medvirkning. Informasjon på morsmål og bildestøtte kan hjelpe, og gjerne i et persontilpasset opplegg. Ikke «slipp» pasienten, eller gi hen skyldfølelse, selv om det går trått. Behandler og helsevesen må ta sin del av ansvaret, et mål er at pasienten får eierskap til behandlingsopplegget.