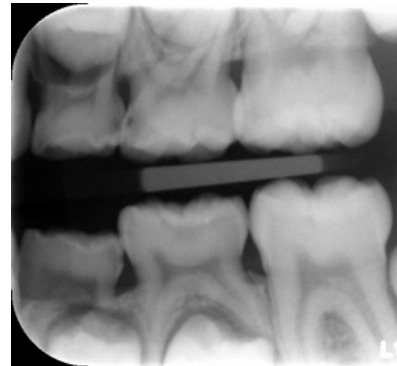
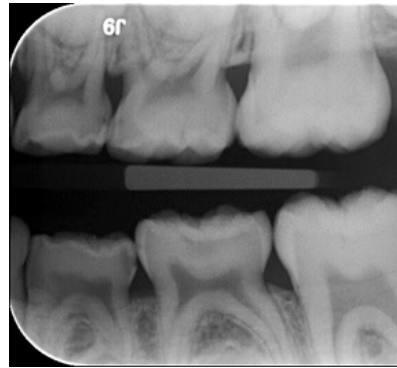


Forudsætninger for borger- inddragelse og non-operativ tandpleje



Niels Hansen
Tandlæge, MHH

Niels Hansen - CV

- Tandlæge 1977 Århus Tandlægehøjskole
- Kommunal tandpleje 1979-2021
 - Ry, Rosenholm, Uummannaq, Vejle, Frederikshavn, Qasigiannuguit, Samsø
- Sundhedsvidenskabelig master (MHH) Aarhus Universitet 2008-2011
- Mælketandsundersøgelse Frederikshavn 2011-2015.
 - Vejleder: professor Bente Nyvad
- Artikler 2017 og 2021 om non-operativ tandpleje sammen med Bente Nyvad.

Interesser:

Udvikling af alternativt (bedre???) tandplejetilbud til de vanskelige (som ofte er kariesaktive)

Verden forandrer sig

Videnskabelig litteratur har flyttet sig meget i de seneste ti-år – specielt i pædodontien.

Nye forståelser af cariesprocessen og fluorids rolle. Ny forståelse af, at tænderne sidder i munden på små mennesker, der kan have svært ved at håndtere tandbehandling.

Enighed om rækkefølgen:

1. Først afklare årsager til kariesaktivitet og forsøge at få familierne til at ændre vaner
2. Gang i systematisk opfølgning på klinikken
3. Hen ad vejen afgøre behovet for operative behandlinger

1. Fra "cariesforebyggelse" til "carieskontrol".



1. Caries anses i dag for at være resultatet af en lokaliseret demineralisering af tandvævet forårsaget af metaboliske processer i den bakterielle biofilm.

- *Hansen, Nyvad: Har undersøgelsen i Frederikshavn ændret vores tilgang til cariesbehandling i det primære tandsæt?*

2. Fra "cariesforebyggelse" til "carieskontrol".



2. Tilstedeværelsen af fluorid i den dentale plak griber ind i de lokale de- og remineraliseringsprocesser på en sådan måde, at igangværende aktive carieslæsioner bremses.

Fluorid behandler igangværende caries.

- *Hansen, Nyvad: Har undersøgelsen i Frederikshavn ændret vores tilgang til cariesbehandling i det primære tandsæt?*

3. Fra "cariesforebyggelse" til "carieskontrol".



3. Yderligere reduktion af progressionshastigheden af caries fordrer, at brugeren aftrapper syreproduktionen ved at fjerne bakterierne gennem forbedret tandbørstning og/eller ved at reducere biofilmens næringssubstrat ved at reducere indtaget af let fermenterbare kulhydrater i kosten.

Bentes Nyvads nyeste artikel tillægger sukkerindtaget hovedansvaret for udvikling af caries og tandkødsbetændelse.

- *Hansen, Nyvad: Har undersøgelsen i Frederikshavn ændret vores tilgang til cariesbehandling i det primære tandsæt?*

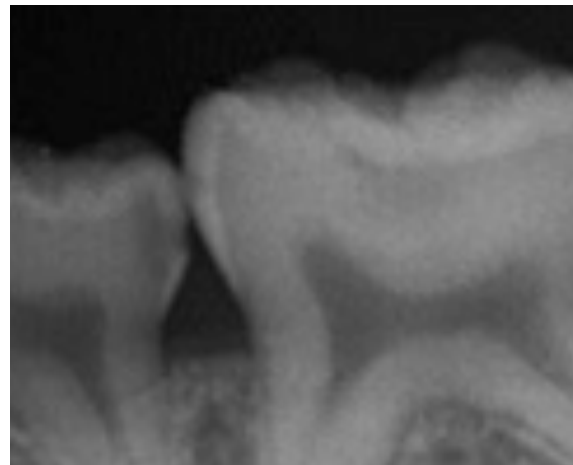
4. Pulpa-dentinorganet

...reagerer på karies på overfladen med et biologisk forsvar, der har til hensigt at "blokere" forbindelsen mellem det ødelagte væv og den intakte pulpa.

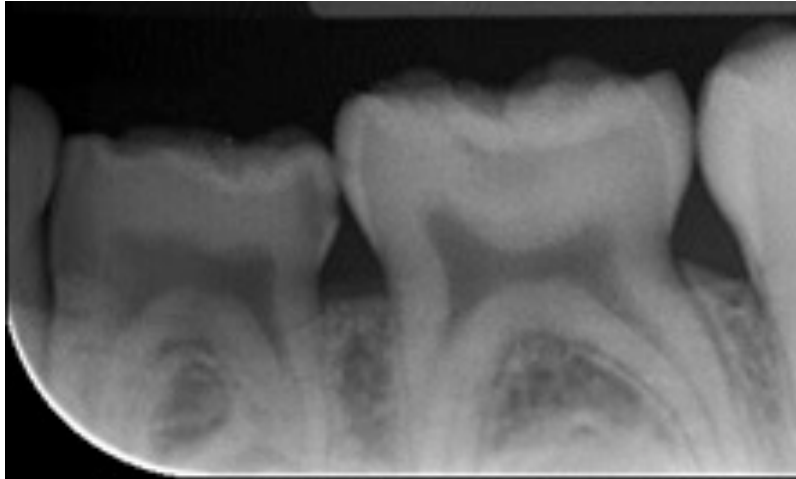
- Pulpas forsvar indledes allerede ved emaljelæsionen

Betingelser for succes:

- Pulpa er vital
- Barnet / forældrene gennemfører daglig forstyrrelse af biofilm



Tandens eget forsvar i arbejde



Oktober '11



Maj '15

Effekt: *Hvis cariesprogressionen i mælketænderne kan forsinkes, bliver der ikke problemer før fældning.*

5. Balladen om mælketænderne i England

Landsdækkende us i slutningen af 1990'erne:

- praktiserende tandlæger undlader at udføre operativ cariesterapi på karierede mælketænder.

2002: Retrospektiv undersøgelse af journaler på 677 udvalgte børn med tænder med caries:

- Sidder tanden til fældning uden at have givet (akutte) problemer
- Bliver tanden ekstraheret eller behandlet med antibiotika på grund af smerter eller absces

Tickle et al 2002. BDJ

Tickle et al 2002

Mere end 4 ud af 5 carierede mælketænder sidder symptomløst til fældning uanset om der laves fyldning eller ej.

Tænder med 1 flade caries, der fældes naturligt:

- Behandlet med fyldning: 88 %
- Ikke behandlet med fyldning: 87%

Tænder med 2 flader caries, der fældes naturligt:

- Behandlet med fyldning: 81 %
- Ikke behandlet med fyldning: 78%

6. "*Patientperspektivet*"

Før 2000:

- Tandlæger sætter målene for behandlingerne, vælger behandlingsstrategierne, udfører behandlingerne og vurderer resultatet.

Efter 2000:

- Patientperspektivet medtages i en række undersøgelser – specielt på pædodonti-området.
- Eksempelvis:
 - Ruth Santamarias RCT'er i Tyskland sammenligner 3 behandlingstilgange. Behandlere, børn og forældre spørges.
 - Odder-modellen, Hansen & Nyvad 2017 og 2021

Nyfortolkning af (børne)tandplejens mål og midler

"Non-operative procedurer (forebyggelse) er vigtigt i forhold til at lære børn at acceptere tandpleje."

"Mælketændernes er vigtige – men de er midlertidige tænder. Det langsigtede mål med tandplejen bør være vor vigtigste prioritet."

"Ønsket om at fjerne (tilstedeværende) karies (skader) skal vejes omhyggeligt op imod de mulige psykologiske konsekvenser for barnet af tandplejens invasive procedurer."

Milsom et al, BDJ 2003

At være barn i tandplejen

88 årig plejehjemsbeboer opvokset på Sjælland:

- "Skoletandlægen var det, vi mest af alt frygtede i hele verden. Alle os skolebørn."

Frederikshavn-undersøgelsen

Hvad sker der, når vi behandler undlader fyldningsterapi af mælkemolarer med knækkede randcristae?

I alt 30 børn gennemfører.

Frit valg fyldning/non-operativ behandling: kun få vælger fyldning.

Detaljeret beskrivelse af non-operative indsats – dialog, tandbørstetræning og opfølgning hver 4. måned.

Vi troede beslibning var nødvendig

Behandler: erfaren børnetandlæge

Frederikshavn-undersøgelsen 2011-2015

Resultater:

- 50 % sidder til fældning
 - 16 % får fyldning
 - 33 % necrose, smerter eller infektion
-
- Hvad forældrene gør er altafgørende
 - Jo ældre barnet er ved kavitering, jo bedre prognose
 - Ved succes ses mørkmisfarvning af læsion og konsistensen bliver hårdere
 - 95 % forældre og børn er "særdeles tilfredse" med behandling
 - Nogle læsioner (dist 04+04) er ikke egnede til "beslibning"

Frederikshavn-undersøgelsen

Hovedkonklusion

- Non-operativ behandling er en anvendelig metode til at kontrollere cariesudviklingen i kaviterede primære tænder, *forudsat at børn og forældre forstår og varetager deres del af den non-operative karieskontrol*

Hall var – i lang tid - det nye ”sort”??

”Biologisk” behandling

Forsegling af carieslæsionen med præformerede stålkroner, der cementseres med GIC uden forudgående ekskavering af carieslæsionen.

I en årrække har en række RCT'er vist:

- bedst langtidsprognose
- færrest bivirkninger
- størst patient-accept og
- behandlerne har vurderet den som let at udføre på børn, der har svært ved at kooperere.

Behandlere: specielt trænede børnetandpleje-specialister.

Måske er der ikke forskel?

”Fiction”: Britisk landsdækkende RCT (2020)

1058 3-7 årige, 33 mdr opfølgning, 3 interventioner

- Non-operativ med ”best practise” forebyggelse
- Konventionel fyldningsterapi med ”best practise” forebyggelse
- Biologisk behandling (Hall) med ”best practise” forebyggelse

Ingen forskel af betydning mellem grupperne på:

- om barnet fik en smerteepisode og / eller en infektion (abscess, fistel) og
- ingen forskel af betydning i udviklingen af ny karies

Behandlere: praktiserende tandlæger i England.

- *Innes NP et al: Child Caries Management: a Randomized Controlled Trial in Dental Practise. J Dent Res. 2020;99(1):36-43.*

Det er kommunikationen!!!

RCT England (2020). 5-7 årige planlagt karies-sanering i GA.
2 grupper:

1. 30 minutters motiverende samtale – mål: udforske mulighederne for og støtte beslutningstagningen mhp
 - højne kvalitet af daglig tandbørstning
 - reducere sukkerindtag
 - gå regelmæssigt til tandlæge.
2. Kort orientering om tandskifte hos børn

44 % af interventionsgruppen udviklede ny caries indenfor 2 år imod 62 % i kontrolgruppe.

Behandlere: specielt uddannede i motiverende samtale

- Pine CM et al: Dental RECUR Randomized Trial to Prevent Caries Recurrence in Children. J Dent Res. 2020;99 (2):168-174.

Forfatternes egne refleksioner

”den motiverende samtale bryder med den normale måde, tandplejepersonale taler med deres patienter på.”

- *Pine CM et al: Dental RECUR Randomized Trial to Prevent Caries Recurrence in Children. J Dent Res. 2020;99 (2):168-174.*

Risikokommunikation har ikke sikker effekt

- og mindst effekt på dem, der har størst behov...

- <https://www.vive.dk/da/udgivelser/risikokommunikation-i-relation-til-sundhedsfremme-og-forebyggelse-9523/>

Samlet konklusion 2021

”Karieskontrol har effekt på alle størrelser af læsioner”

”...prognosen for, at carierede primære tænder kan sidde problemfrit til fældning vil i mange tilfælde være uafhængig af, om der udføres konventionel operativ fyldningsterapi eller non-operativ kavitetsbehandling...”

”Hvis denne konklusion kan generaliseres, er indikationen for at udsætte børn for vanskeligt håndterbare og undertiden smertefulde invasive kliniske procedurer alvorligt svækket.”

- *ATO 2021. Hansen, Nyvad: Har undersøgelsen i Frederikshavn ændret vores tilgang til cariesbehandling i det primære tandsæt?*

7. Filosof Uffe Juul Jensen: Refleksion over praksis



Hovedspørgsmål til behandlere gennem historien:

Hvordan afgrænser vi det syge fra det normale?

Hvordan vurderer vi, om vores behandling har kvalitet?

Uffe: Redskaber til svar:

- Den essentialistiske tænkning
- Den relativistiske tænkning
- Refleksionen over praksis

Refleksion over praksis

1. Tydeliggøre mekanismer og bagvedliggende værdier ved det vi gør
 - Hvorfor gør vi sådan?
2. Reflektere over effekterne af nuværende praksis
 - Opnår vi det ønsker? Er der bivirkninger?
 - Hjælper vi de svage brugere til at kunne hjælpe sig selv?
3. Producere begrundede forslag til ændringer af praksis
 - Sætte nye mål og beskrive nye / ændrede indsatser

Er der alvorlige bivirkninger af den hidtidige indsats i tandplejen?

- *Niels Hansen, MHH opgave: "...to drill or not to drill, that is (one of) the question(s)..."*

Restudfordringer i tandplejen

- (Indsatserne overfor) mælketænderne fylder meget af arbejdstiden og fylder meget tankemæssigt hos personalet i den kommunale tandpleje
(Niels's helt egen observation...)
- DMF-S er i dag (1988: 5,0. 2020: 1,15) et godt stykke under en fjerdedel af, hvad det var i 1988. Der er mange helt eller næsten helt sygdomsfrie børn og unge.
- Def-s er faldet lidt fra 1988 til 2003. Omkring 15 % af de **5-årige** har mere end 5 flader! (2020: 6,5 % af 5-årige > 5 flader)

Poulsen & Vogelius, 2005, p 455

Rest-udfordringer i tandplejen

- ***”det er børn af forældre med lav uddannelse og lav socio-økonomisk status, der har den største sygdomsaktivitet”***
 - *Christensen, Petersen & Hede, 2010.*

= Det er ikke lykkedes DKT at bryde den ”negative sociale tandsygdoms-arv”

Restudfordringer i tandplejen

- *"En del børn og unge udviser i perioder **manglende accept af operativ kariesterapi.**"*

Poulsen & Vogelius, 2005, Tandlægebladet, p 454

- *"omkring 10 % af voksenbefolkningen holder sig helt væk fra tandlæger. De angiver selv **"traumatiske oplevelser hos tandlægen som barn"** som hovedårsagen."*

• Rod Moore, Odontofobi-årsmøde 2010

Udvikler nutidens børn stadig "tandlægeangst"? NB Anna fra Samsø

Sammenhæng?

Hvordan skal vi forstå sammenhængen mellem tandbehandling og udviklingen af "Behavior Management Problems" ("tandlægeskræk")?

Lærebøger har beskrevet en mulig sammenhæng...

Om nødbehandling:

"Disse kan blive tandbehandlingssituationer, hvor børn bliver udsat for smerter uden at have en oplevelse af kontrol. Derfor er det af største vigtighed, at vi – før vi udfører behandlingen - vurderer graden af nødvendighed i situationen og overvejer mulige alternativer."

"Tandpine i sig selv er ikke en absolut begrundelse for at udsætte et modvilligt barn for smertefuld behandling under fastholdelse, eftersom tandpine normalt går over og kan behandles med analgetika."

- Klingberg & Raadal, *Pediatric Dentistry*, 2001
- Oversat af Niels Hansen

Opskrift på overgreb?

- Når vi behandler invasivt på trods af nedsat acceptgrad...
- Eller på trods af mangel på forberedelse af barnet...
- Eller uden at have en god relation...

Ericsson, Tjäderhane, Gjerdet, & Hørsted-Bindslev

Tandlægebladet jan 2011.

Restoring a Tooth – is that “good medicine”?

- Vi fjerner syg tandsubstans...
- Og rigtig meget sund tandsubstans
- Vi svækker tanden
- Fyldningen har indbygget forældelse
- Tandens langtidsprognose forringes

Reparations døds-spiral -05

Elderton: "Restorative death spiral"

Spørgsmål: hvordan er det at være barnet?

-05.1	dyract, 2001
-05.1	dyract, 2002
-05.12	dyract, 2003
-05.1	dyract, 2003
-05	cova, 2004
-05	fuji, 2007
-05	ex, 2008

- *Uddrag af journalanalyse fra kommune på Sjælland*

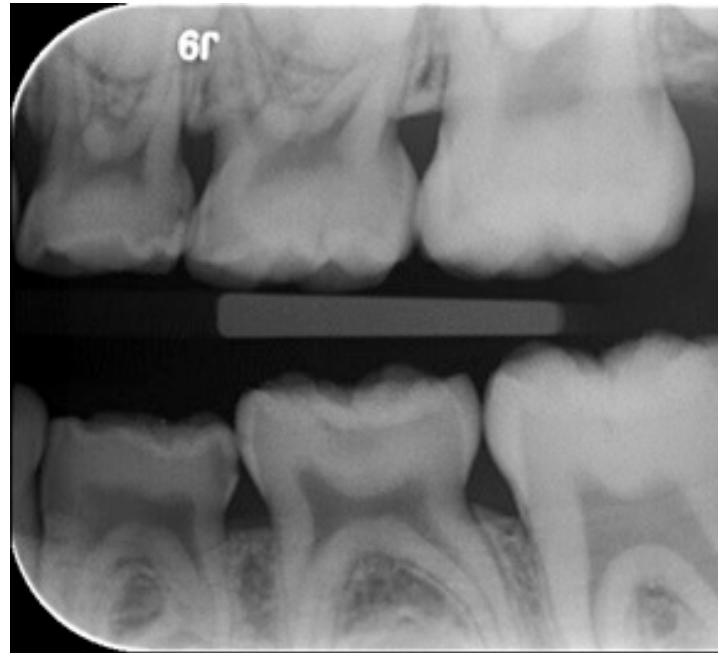
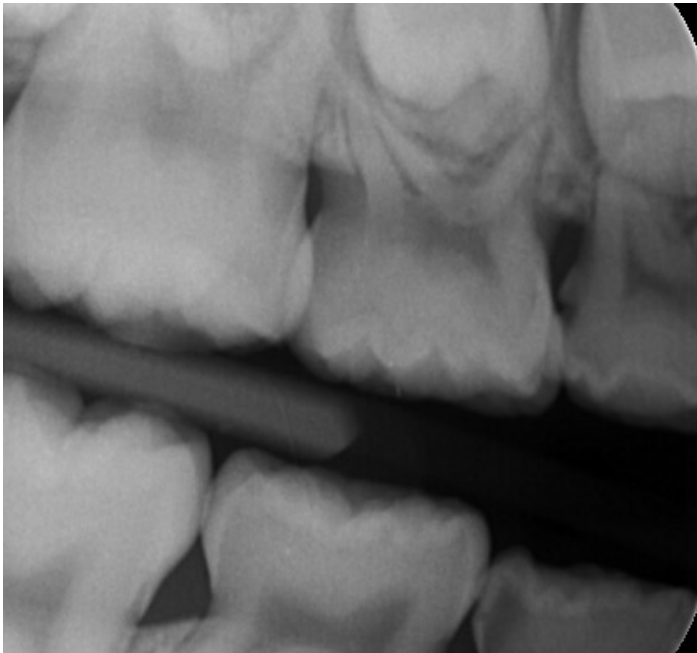
Raadal, Espelid, Crossner,

Tandlægebladet jan 2011

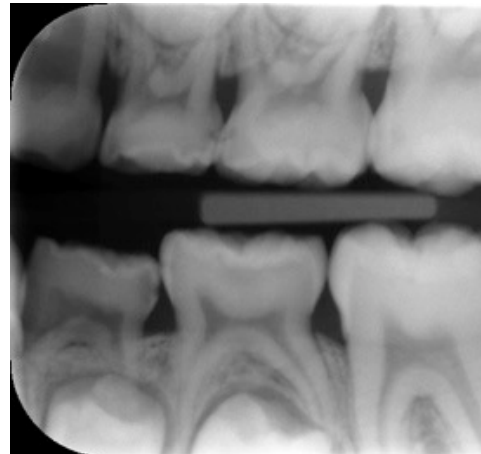
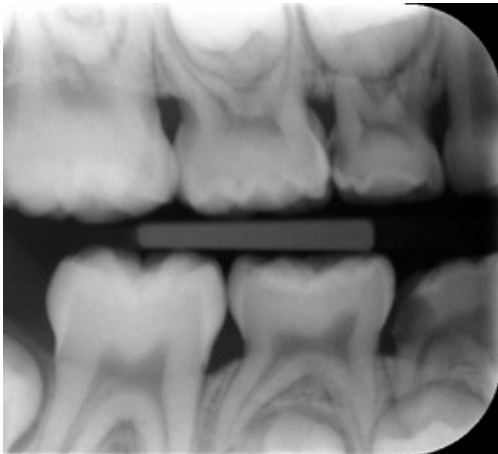
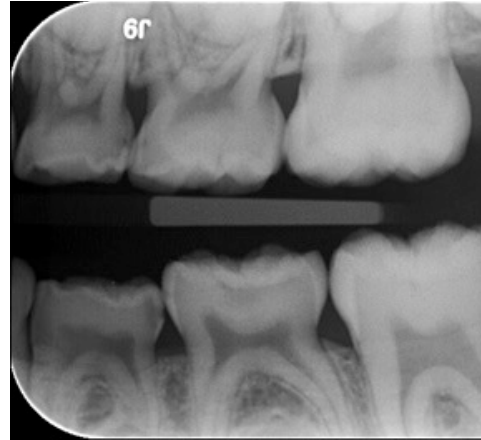
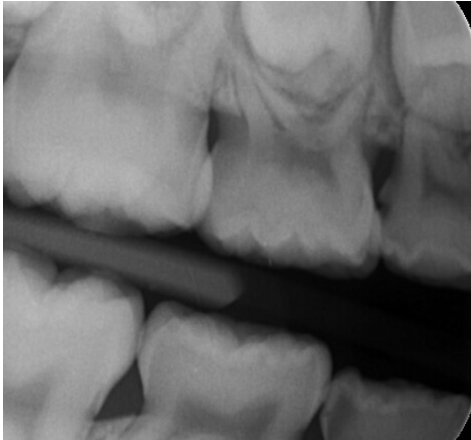
”Dersom vi bare behandler de alvorlige symptomene på toppen av isfjellet med operativ terapi, som fyllings- og endodontisk terapi, behandler vi ikke sykdommen kausalt.”

Rikke 9,5 år – nej tak til fyldninger

Oktober 2011



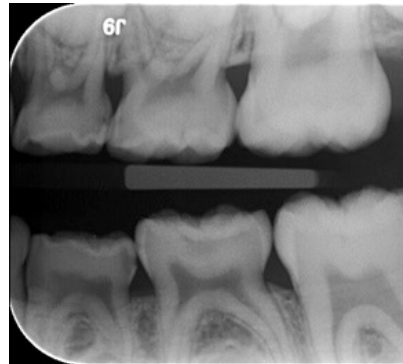
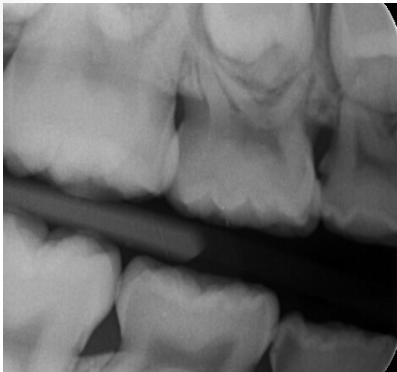
Rikke: oktober 11- oktober 13





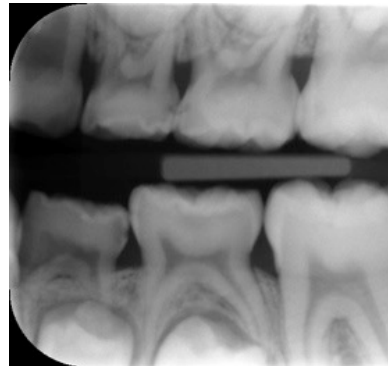
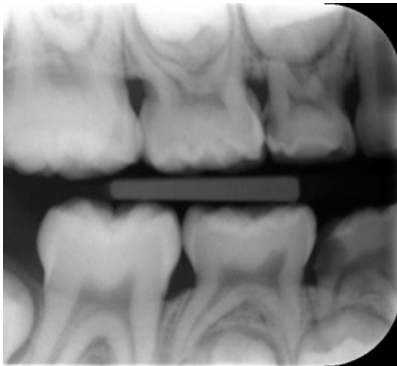
Oktober 13



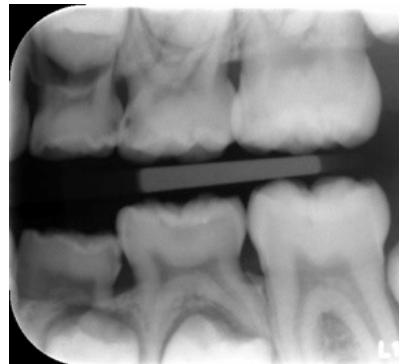
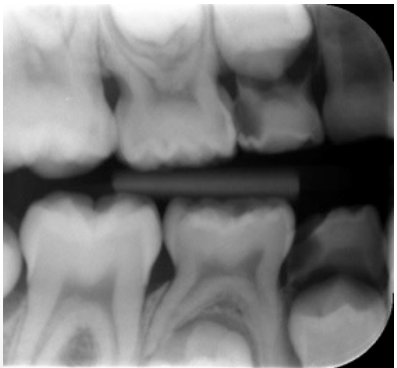


Rikke

Oktober 11



Oktober 13



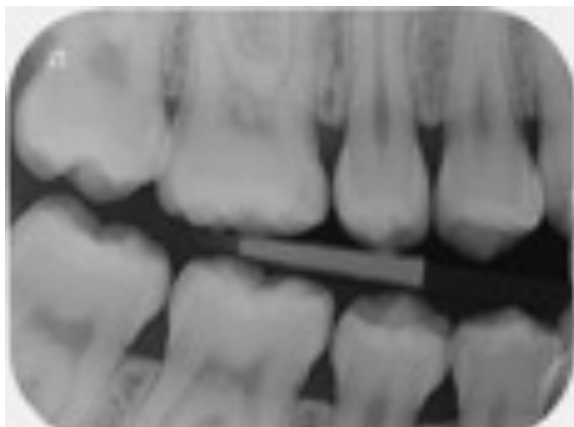
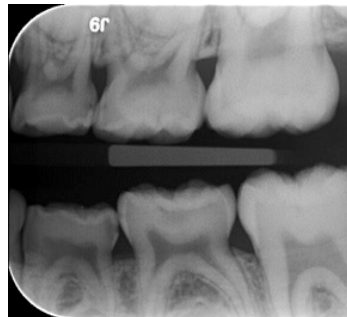
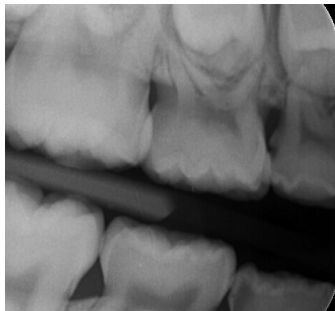
Oktober 14: Ex 04-



Maj 15: 3 af 05'erne har små kaviterede læsioner



Rikke – udskrevet i "GRØN" gruppe kort før 18



Sidste us:

"Flot MH"

Én fyldning: +6 12

I hele forløbet:

Ingen akutte smerte-eller
infektions-episoder

-04 fjernet på grund af gener

05+05 mistet meget sent

Muligheder eller risici?

Hvem skal bestemme, om det er muligheder eller risici, vi skal tilrettelægge indsatsen efter?

Hvordan skal vores brugere vokse, hvis de ikke får lov til at tage medansvar?

Mælketand med caries

- *Muligheds-scenarie:* 4 af 5 får ingen problemer
- *Risiko-scenarie:* 1 af 5 får problemer

Derfor borgerinddragelse

Karieskontrol er primært hjemmearbejde!

Borgerens rolle:

Fra passivt at lade sig behandle

Til hovedansvarlig for carieskontrollen.

Ændret behandlerrolle

Før

Beslutning om og udførelse af high-tech operative /
invasive behandlinger (fyldninger)

- Tandbehandling = "Vi fikser det" med bor og fyldning

Fremover

Coach / træner / dialogpartner

- Støtte til borgerens opnåelse af carieskontrol

Midler: støtte til forandring og selvafklaring

"hvordan går det", "hvad tænker du", "hvad vil du",
"hvordan kan jeg hjælpe dig"

Medinddragelse

Jeg må som behandler tilpasse mit behandlingstilbud efter brugerens ønsker

Jeg må nogen gange bøje på mine professionelle standarder

Over tid kan jeg komme til at se en del af kompromis'erne som værende bedre end professionsstandarderne
- og mine brugere er enige...

Den "nye" behandlerrolle

I forhold til at brugerne har rettigheder og at behandlerne ikke suverænt bestemmer...

Kravet er *vellykkede fælles beslutninger*:

1. brugeren føler sig hørt og involveret
2. tandplejen sætter ikke fagligheden over styr
3. Beslutningen er håndterbar og peger fremad mod livslang tandsundhed

Hvordan lærer tandplejen at balancere mellem det tandlæge-faglige og brugernes ønsker?

Perspektiver til afdækning:

- Hvad vil familien gerne opnå
- Hvad vil familien gerne have tandplejen til at gøre
- Hvad vil familien selv gøre

- Hvad kan tandplejen identificere af mulige problemer?
- Hvad kan tandplejen tilbyde af hjælp, støtte, behandling
 - Hvilken viden kan vi tilbyde?
 - Hvad er vores erfaringer?
 - Hvad vil vi ikke tilbyde at gøre?

Kan vi forhandle os frem til fælles mål og aftale om midler?

- Hvis ikke, hvordan får vi så en vellykket situation?

Det fremadrettede spørgsmål:

Hvad tænker du / I?

Uummannaq maj 2008



2021, Niels Hansen, tandlæge,
MH, nvh8240@gmail.com