

*Trine Walberg Vingsnes, *Fredrikke Arenfeldt Omdal, Ivar Espelid, Ingvild Johnsen Brusevold

Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti

Henvisninger til Universitetet i Oslo 2012–2014

Bakgrunn. I de nordiske land er det en samfunnsoppgave å tilby alle barn og unge et oppsøkende tannhelsetilbud. I Norge, Sverige og Island er pedodonti en egen odontologisk spesialitet. Behandlingspanoramaet ved spesialistklinikker i pedodonti i Norge og Sverige er beskrevet i flere artikler. Det er ennå ikke gjort tilsvarende beskrivelser av henvisninger i Østlandsområdet.

Mål. Hensikten med denne studien var å kartlegge henvisningene til Avdeling for pedodonti, Universitetet i Oslo, for å se hvem som henviste, hvorfra og hvorfor.

Metode. Totalt ble 395 henvisninger fra årene 2012–2014 kartlagt med tanke på henviser, henvisningsårsak og andre relevante opplysninger. Resultatene ble sammenliknet med tilsvarende studier gjort i Norge og Sverige.

Resultater. De fleste henvisningene kom fra Oslo og Akershus med over 66% av henvisningene. Det var hovedsakelig tannleger fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) som henviste, og hyppigste henvisningsårsak var diagnostisering av tannutviklingsforstyrrelser. Dernest kom diagnostisering og behandling av traumer.

Konklusjon. Terskelen for henvisning ble høyere med økende avstand til spesialistklinikken. Dette samsvarer med andre tilsvarende studier i Norge og Sverige.

også henvisningsinstanser for de barne- og ungdomspasientene som har behov for mer spesialiserte tjenester. I Norge, Sverige og Island er pedodonti en egen spesialitet (1). Spesialisten i pedodonti skal kunne gi et odontologisk tilbud til barn og ungdom med komplekse orale tilstander som krever mer kompetanse enn det allmenntannlegen har. Behandlingspanoramaet ved spesialistklinikker i pedodonti i Norge og Sverige er beskrevet i flere artikler (2–4). Studien fra Sverige gjelder pedodontiklinikker i hele Sverige, og er en oppfølging av flere tidligere studier som har kartlagt behandlingspanoramaet ved disse klinikkene gjennom flere år. Sverige har i mange år hatt en tannhelselov som sikrer at det finnes pedodontister i hvert län. Dette har resultert i at det finnes betydelig flere spesialister i Sverige sammenliknet med Norge. Svenskene har et velutbygd tilbud for spesialisert tannpleie for barn og unge på klinikker hvor også andre spesialiteter er representert slik at det er lagt til rette for tverrfaglig samarbeid. Klingberg et al. presenterte en sammenlikning av spørreundersøkelser som ble gjennomført ved fem ulike anledninger i Sverige i perioden 1983 til 2008 (4). Hensikten var å kartlegge hvilke tjenester pedodontister utførte. I denne studien ble det sendt ut spørreskjemaer til samtlige spesialister i hele landet for å kartlegge det daværende henvisningspanoramaet og sammenlikne med tidligere tilsvarende undersøkelser. Det viste seg å være en økning i antall henvisninger tross samme antall spesialister, samt flere årsaker til henvisning enn tidligere. De hyppigste årsakene til henvisning var behandlingsproblematikk av psykologisk art, allmennsykdom

I de nordiske land er det en samfunnsoppgave å tilby alle barn og unge et oppsøkende tannhelsetilbud. I tillegg til et velutbygget offentlig finansiert tannhelsetilbud finnes det

Forfattere

*Begge forfatterne bidro like mye til artikkelen
Trine Walberg Vingsnes, tannlege, Den offentlige tannhelsetjenesten, Oslo
Fredrikke Arenfeldt Omdal, tannlege, Den offentlige tannhelsetjenesten, Østfold
Ivar Espelid, professor, dr. odont., Universitetet i Oslo
Ingvild Johnsen Brusevold, tannlege, forsker, spesialistkandidat i pedodonti, Universitetet i Oslo

Hovedbudskap

- Flesteparten av henvisningene til Avdeling for pedodonti ved Universitetet i Oslo kom fra tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo og Akershus
- Tannutviklingsforstyrrelser var den vanligste henvisningsårsaken
- Jo lengre reisevei pasientene har til spesialist, desto færre henvisninger

og svært høy kariesaktivitet. I tillegg viste det seg at bruken av sedasjon har økt. De påviste med denne studien at henvisningsmengden og behandlingsbehovet i Sverige øker, og at det dermed er behov for flere spesialister i pedodonti i framtiden (4).

I Norge er det publisert en artikkel som omhandler Tannhelse-tjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) og en som gjelder Seksjon for pedodonti ved Universitetet i Bergen (2, 3). Edblad og Crossner beskrev behandlingspanoramaet for pedodontipasienter ved TkNN i løpet av en fem års periode, fra oktober 2006 til september 2011. Forfatterne ville undersøke behovet for spesialistbehandling av barn og unge basert på erfaringer fra de fem første årene hvor TkNN hadde et pedodontitilbud. De mest sentrale årsakene til henvisning til pedodontist var allmennsykdom, tannutviklingsforstyrrelser, erupsjonsforstyrrelser og behandlingsproblematikk av psykologisk art (3). Resultatene her viser at omtrent 1 % av alle barn og ungdommer i regionen årlig har behov for spesialisert tannpleie, noe som stemmer med svenske tall (4). Edblad og Crossner fant også at nærhet til pedodontist synes å være en medvirkende faktor for henvisning.

Hensikten med denne studien var å registrere mottatte henvisninger i perioden 2012 til 2014 ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for å beskrive hva som henvises og hvem som henviser. Ett av målene med studien var å sammenligne funn fra Osloregionen, som har størst befolkningstetthet i landet, med funn fra Tromsø og Bergen.

Tabell 1. Henvisninger fordelt på fylker

Fylke	Antall	Prosent
Akershus	184	46,6 %
Oslo	78	19,7 %
Buskerud	42	10,6 %
Østfold	21	5,3 %
Telemark	20	5,1 %
Hedmark	18	4,6 %
Vestfold	11	2,7 %
Aust-Agder	8	2,0 %
Oppland	4	1,0 %
Møre og Romsdal	3	0,8 %
Sør-Trøndelag	2	0,5 %
Vest-Agder	2	0,5 %
Hordaland	1	0,3 %
Rogaland	1	0,3 %
Totalt	395	100,0 %

Materiale og metode

Alle skriftlige og elektroniske henvisninger er arkivert ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag ved UiO. Grunnlaget for studien er 395 henvisninger som avdelingen mottok i løpet av årene 2012, 2013 og 2014. Inklusjonskriterium var henvisninger av barn og unge mellom 0–20 år. Alle data ble registrert anonymt for hver henvisning. Ti variabler ble registrert i Excel regneark for hver henvisning i tillegg til et løpende registreringsnummer. Følgende variabler ble registrert:

1. Henvisningsdato
2. Pasientens alder ved henvisningsdato
3. Pasientens kjønn
4. Henviser
5. Geografisk område henvist fra
6. Hovedårsak for henvisning
7. Allmennsykdom
8. Første behandlingsdato
9. Behandlingsomfang
10. Bruk av sedasjon

3. Pasientens kjønn
4. Henviser
5. Geografisk område henvist fra
6. Hovedårsak for henvisning
7. Allmennsykdom
8. Første behandlingsdato
9. Behandlingsomfang
10. Bruk av sedasjon

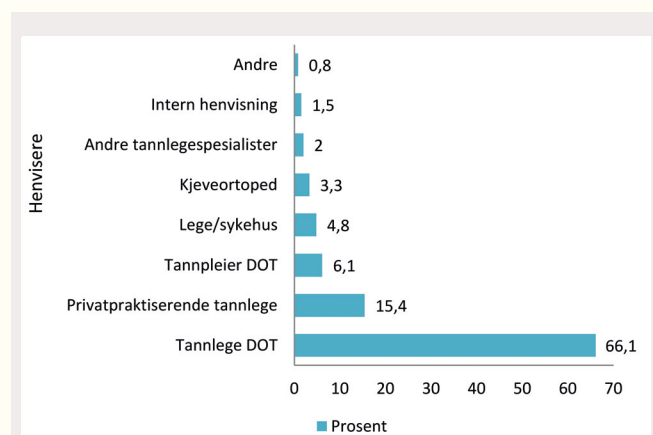
Opplysningene fra alle de 395 inkluderte henvisninger ble så overført fra Excel til SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0./ IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 23. Armonk, NY: IBM Corp.). Deskriptiv statistikk som frekvensfordeling, prosent og krysstabeller ble fremstilt. Opplysninger om første behandlingsdato, omfang og eventuell bruk av sedasjon ble hentet ut fra epikriser som ble sendt til henviser etter konsultasjon/behandling.

I denne prosessen ble det også beregnet tiden fra henvisningsdato til første tilbudte timeavtale. Datainnsamlingen var anonymisert ved at det ikke ble registrert navn eller fødselsnummer eller annet som kunne identifisere pasienten. Studien ble vurdert som ikke meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fordi den ikke omfattes av lov om behandling av personopplysninger. Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Undersøkelsen var også en kvalitetssikring av avdelingens rutiner knyttet til henvisninger.

Resultater

I perioden fra og med januar 2012 til og med desember 2014 mottok Avdeling for pedodonti og atferdsfag ved Universitetet i Oslo 395 henvisninger som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Tabell 1 viser geografisk fordeling av hvor henvisningene kom fra, og det fremgår at over 75 % kom fra de nærmeste fylkene; Oslo (19,7 %), Akershus (46,6 %) og Buskerud (10,6 %). Nabofylker som Østfold, Hedmark og Telemark representerte alle rundt 5 % hver av alle henvisningene. Deretter synker antall henvisninger med geografisk avstand til avdelingen.

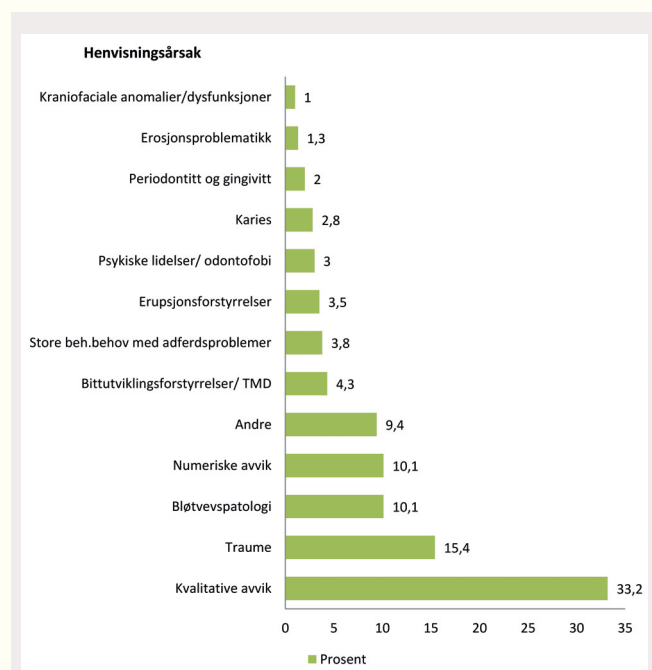
De fleste henvisningene kom fra tannleger i DOT med 66 %, deretter privatpraktiserende tannleger (15 %). Tannpleiere, kjeve-



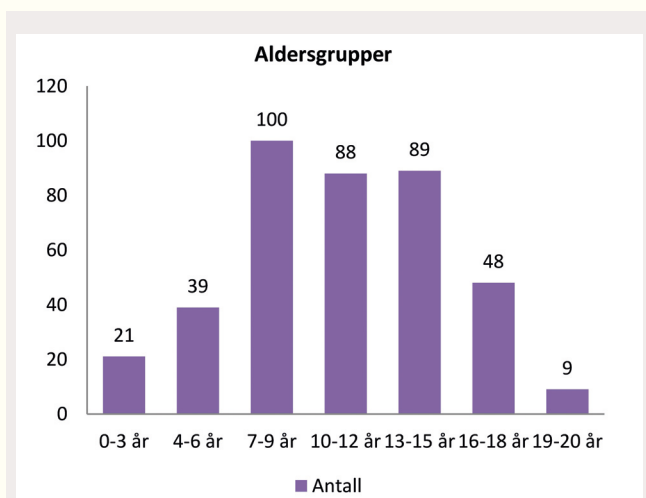
Figur 1. Fordeling av henvisninger fra ulike kategorier henvisere.

ortopedier, andre tannlegespesialister samt leger/sykehus utgjorde en liten del av alle henvisere (figur 1). Over 40 % av henviserne ga ingen opplysninger om pasientens helsetilstand eller medikamentanamnese.

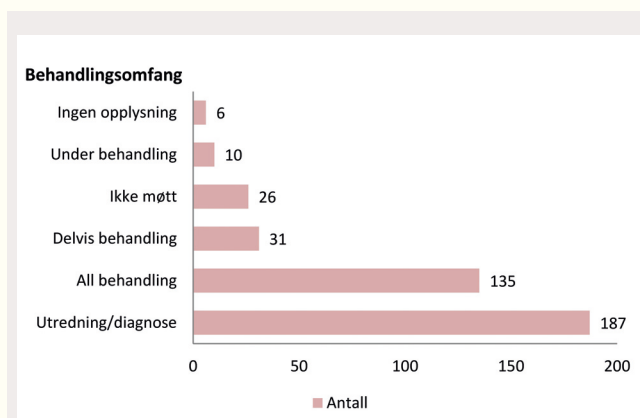
Figur 2 viser fordelingen av henvisningsårsaker. Tannutviklingsforstyrrelser av typen kvalitative avvik (mineraliseringsforstyrrelser), dominerte med over 30 % av henvisningene. Traumekasus stod for omtrent 15 % av henvisningene. Kategoriene tannutviklingsforstyrrelser (numeriske avvik), bløtvevspatologi og «andre» var alle representert med ca. 10 % av henvisningene. En stor del av henvisningene i kategorien «andre» var aldersbestemmelser av flyktninger og innvandrere.



Figur 2. Fordeling av henvisninger etter henvisningsårsaker.



Figur 3. Fordeling av antall henviste pasienter i aldersgrupper.



Figur 4. Behandlingsomfang som oppgitt i epikrisen.

Fordelingen mellom kjønnene var jevn, men det var én henvisningsårsak som viste tydelig kjønnsforskjell. Dette gjaldt henvisninger i gruppen TMD (temporomandibulær dysfunksjon). Jenter utgjorde en større andel enn gutter ($n=14$ vs. $n=3$) ($p=0,025$). Av pasientene som ble henvist for traumer, var det en del flere gutter, men her var ikke forskjellen statistisk signifikant ($n=35$ vs. $n=26$) ($p=0,11$).

Figur 3 viser fordelingen av pasientenes alder på henvisningstidspunktet, denne er tilnærmet normalfordelt med en gjennomsnittsalder på 11 år. De fleste henvisningene gjaldt pasienter i alderen 7 til 15 år. Ifølge henvisningene hadde 10 % av alle henviste pasienter en form for allmennsykdom, men dette var ikke egen henvisningsårsak.

Figur 4 viser en oversikt over behandlingsomfanget som ble utført ved avdelingen og som er oppgitt i epikrisen. Om lag halvparten (47 %) av de henviste pasientene ble utredet og fikk diagnose, men mottok så ingen behandling ut over dette ved avdelingen. Om lag en tredjedel (34 %) fikk all behandling utført. En liten del (8 %) fikk noe behandling og ble så sendt tilbake til henviser, ofte med forslag til behandlingsplan. Av alle de henviste pasientene var det 7 % som aldri møtte til konsultasjon.

Av de 135 pasientene som fikk full behandling ved avdelingen var det til sammen 23,5 % ($n=34$) som ble behandlet under sedasjon. Av disse fikk 8,8 % ($n=13$) generell anestesi og 14,7 % ($n=21$) ble behandlet under våken sedasjon. Våken sedasjon inkluderte benzodiazepiner og lystgass, hvor det var noen flere som fikk benzodiazepiner enn lystgass. Av alle de 395 pasientene var det 10 som fortsatt var under behandling, hvorav to hadde blitt sedert minst én gang. I 59 av epikrisene ble det ikke opplyst om sedasjonsbruk.

Diskusjon

Det var hovedsakelig tannleger fra DOT som henviste til Avdeling for pedodonti og atferdsfag for spesialistkonsultasjon/behandling. Den største andelen var fra nærliggende fylker som Akershus og Oslo. Begge fylker hadde i denne perioden et eget, men begrenset spesialisttilbud i pedodonti, men sannsynligvis var det kapasitetsmangel og faglige grunner for at pasienter likevel ble henvist. De hyppigste henvisningsårsakene var tannutvi-

klingsforstyrrelser, særlig kvalitative avvik samt traumer. Hovedvekten av de henviste pasientene var mellom 7 og 15 år gamle, gjennomsnittsalderen lå på 11 år. De fleste, 187 pasienter, ble utredet og fikk stilt en diagnose, deretter var det 135 pasienter som fikk all nødvendig behandling ved avdelingen. Mindre enn 8 % fikk delvis behandling og skulle følges opp videre av henviser.

Resultatene viser at terskelen økte for å henvise med økende geografisk avstand til spesialisten. Dette skyldes ikke at det er lavere folketall i de andre fylkene lenger unna Oslo, da for eksempel Hedmark, Oppland og Buskerud til sammen har omtrent like mange barn som Oslo, men henviser langt færre (tabell 1) (5). Dette samsvarer med resultatene fra studiene gjort i Bergen og i Tromsø. Her var også de fleste henvisningene fra de nærmeste områdene og ble gradvis færre med økende avstand til spesialistklinikken (2, 3). Resultatene tyder dermed på at barn i Distrikts-Norge ikke får det samme spesialiserte tannhelsetilbudet som barn i sentrale områder.

Utredning og diagnostisering av mineraliseringsforstyrrelser (kvalitative avvik) var den hyppigste henvisningsårsaken til Avdeling for pedodonti. Dette harmonerer med funnene i Bergen og Tromsø. Denne henvisningsårsaken forekom langt sjeldnere i Sverige (4). Der har det i flere tiår vært god dekning av pedodontister i hvert län (6). Det fremholdes i den svenske artikkelen at spesialistene også har som oppgave å øke kompetansen blant allmenntannlegene. Muligens kan dette være forklaringen på at de ikke finner det nødvendig å henvise for utredning av tannutviklingsforstyrrelser. Tidligere var det i Norge en generell oppfatning av at det var krav til spesialkompetanse for å diagnostisere mineraliseringsforstyrrelser for stønadsberettigelse fra NAV/HELFO. Dette har aldri vært tilfelle, men mange allmenntannleger føler seg kanskje ikke sikre på sin kompetanse på dette området. Man kan også tenke seg at avdelingens spesialkompetanse innen tannutviklingsforstyrrelser kan bidra til den store andelen diagnostiseringsforespørsler samtidig som det blant noen tannleger har vært tradisjon for å henvise i tilfeller hvor en er i tvil om diagnosen. Det var tidligere vanlig at lokale trygdekontor likevel, til tross for at det ikke var et krav fra NAV/HELFO, krevde spesialistvurdering av pasienter som søkte trygdestønad for tannutviklingsforstyrrelser.

Enda en interessant forskjell mellom Norge og Sverige var at det i Sverige var grav karies og gjerne i kombinasjon med atferdsproblemer som toppet henvisningsstatistikken. Kanskje har norske tannleger i DOT opparbeidet seg god kompetanse på dette området? Det hevdes i artikkelen til Skeie et al. (2). Tannlegeutdanningen i Norge har sterkt fokus på forebygging, noe som kanskje kan være årsaken til denne forskjellen. Eventuelt kan det være så enkelt som at den gode tilgangen på spesialister i Sverige tillater tannlegene å henvise de noe enklere kasusene og kasus som muligens over tid har blitt ansett som spesialistarbeid, slik som høy kariesaktivitet i kombinasjon med atferdsproblemer.

Alders- og kjønnsfordeling så ut til å samsvare mellom de tre universitetsavdelingene. Det var jevn fordeling mellom henviste gutter og jenter, og aldersgruppene 7 til 14 var sterkesten-

tert. I Tromsø var det i tillegg mange pasienter henvist i aldersgruppen 16–18, i motsetning til i Bergen og Oslo. Selv om det var jevn kjønnsfordeling på henvisningene, var det signifikant flere jenter i gruppen TMD. Dette samsvarer med andre undersøkelser som viser at flere kvinner enn menn er plaget med kjeveleddslidelser (7–9). Kjeveleddslidelser sto for ca 4 % av henvisningene i Oslo, noe lavere i Sverige og Tromsø, og var dermed ikke noen vanlig henvisningsårsak til pedodontist ved noen av fakultetene i Norge og Sverige (2–4).

Mer enn 60 % av alle henviserne til avdelingen var tannleger i DOT. Litt over 15 % var privatpraktiserende tannleger, deretter kom tannpleierne i DOT, som utgjorde omtrent 6 %. Dette samsvarer delvis med resultatene fra Tromsø, der DOT-tannlegene henviste omtrent 60 %, mens privatpraktiserende tannleger kun stod for 5 % av alle henvisningene. Dette kan skyldes at den totale andelen privatpraktiserende tannleger er lavere i Nord-Norge.

Av de 135 pasientene som fikk full behandling ved avdelingen var det til sammen 23,5 % (n=34) av pasientene som ble sedert. Over 8 % (n=13) ble behandlet under narkose. Nesten dobbelt så mange, 14,7 % (n=21) fikk våken sedasjon. Av den svenske studien finner man tilnærmet like resultater, her var det til sammen 22,3 % av alle behandlede pasienter som fikk en form for sedasjon (4).

Kun 7 % av pasientene møtte ikke til time. Statistikk fra 2000 viser at andelen personer som ikke møtte til avtalt time i DOT i Akershus var nær 20 % (10). Det er nærliggende å tro at årsaken til det lave tallet ved Avdeling for pedodonti er at en timeavtale ved en spesialistavdeling kan oppfattes som viktigere enn ordinære tannlegetimer. Foreldre som ønsker en utredning og diagnose for sitt barns tenner vil trolig passe godt på å møte til time. Det faktum at det er ventetid for å få time (varierte fra 0 til 10 måneder) vil muligens også kunne bidra til å senke ikke-møtprosenten. Dette fordi foresatte som oftest må ta seg fri fra jobb og planlegge fram i tid for å ha mulighet til å følge barnet. Barn blir derfor en sårbar pasientgruppe i denne sammenhengen, da de er avhengige av foresatte for å møte til time. Selv om andelen som ikke møtte til time var lavere enn hos tannhelsetjenesten, skal det bemerkes at 7 % fortsatt er et høyt tall, og utgjør et ikke ubetydelig tidstap for avdelingen.

Pedodonti – historiske betraktninger

Norge var tidlig et foregangsland innen barnetannpleien, allerede i 1917 var Norge det første landet i verden som innførte allmenn skoletannpleie i kommunal regi. Det var allikevel ikke før i 1949 at en offentlig tannhelselov ble innført, noe som blant annet førte til gratis årskontroll for alle barn mellom 6 og 18 år. Også på undervisningsfronten var Norge et forbilde. Oslo var først i Skandinavia til å innføre pedodonti som undervisningsemne på universitetet, dette skjedde allerede i 1924. Foregangsmannen for dette var professor Guttorm Toverud (1896–1969), som også bidro til å opprette en egen avdeling for pedodonti og kariesforebygging ved Tannlegehøgskolen i 1931. Selv om pedodonti ble godkjent som en odontologisk spesialitet i Sverige alle-

rede i 1963, måtte det gå hele 16 år før Norge gjorde det samme, altså først i 1979 (11).

Pedodonti som odontologisk spesialitet

Pedodonti som klinisk odontologisk spesialitet skal gi tannpleie til barn og unge med spesielle behandlingsbehov. I Norge er det samfunnets ansvar å tilby tilstrekkelig helsehjelp til alle, dermed skal også spesialisert barnetannpleie være en prioritet. FNs konvensjon om barnets rettigheter ble enstemmig vedtatt av alle landene i FN den 20. november 1989, og i Norge trådte den i kraft den 2. september 1990. Barnekonvensjonen består av 54 artikler som til sammen beskriver alle rettigheter som barn i en stat skal ha.

Hensikten med konvensjonen er å sikre og beskytte alle barn under 18 år, der det er staten som har ansvaret for barna i landet. Barnekonvensjonen sier at alle barn er like mye verdt og har de samme rettighetene; at alle barn har rett til beskyttelse, skolegang, lek, fritid og hvile; og at alle barn har rett til best mulig helsehjelp (12).

Artikkel 24 i Barnekonvensjonen omhandler barns rettigheter til helse, og i punkt 1 konstateres følgende: «Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester».

Det er altså her pedodonti kommer inn som en opplagt del av barns helsetilbud i Norge. En god, spesialisert barnetannpleie forutsetter et nært samarbeid med kommunal helsetjeneste og øvrige odontologiske spesialiteter. Det er derfor også et ansvar for DOT å tilby spesialisttjenester for barn og ungdom som har spesielle behandlingsbehov (13). Widström et al diskuterte i 2009 dekningen av tannlegespesialister i fylkene i Norge. Her kom det fram at i 2007 hadde bare syv fylker pedodontist, og at hele fjorten av fylkestannlegene mente det var DOTs ansvar å sørge for nødvendige tannhelsetjenester til prioriterte grupper – herunder også spesialisttjenester (14). Konklusjonen her var at de regionale forskjellene i det spesialiserte tannhelsetilbudet er store, og at behovet for flere spesialister i de sju tannlegespesialitetene trolig vil øke i fremtiden.

I de senere år har vi måttet se mot Sverige, som allerede i 2003 hadde over 170 spesialister innenfor pedodontien (6). Statens Helsetilsyn fastslo i 1999 i sin Spesialistutredning at «det er åpenbart et behov for spisskompetanse og fordypning innen pedodontiske emner» (15). Denne satsningen ble også nevnt i Stortingsmelding nr.35 fra 2006–2007, her i form av blant annet satsning på regionale kompetansesentra (16). I 2007 var det bare syv av nitten fylker som hadde pedodontisk spesialkompetanse. Det økende behovet for spesialister innenfor pedodontien har i senere tid ført til nylig opprettede kompetansesentre. Nå har også alle de tre norske utdanningsinstitusjonene videreutdanning i pedodonti. Det rår ingen tvil om at pedodontisten i fremtiden vil stå i sentrum for planlegging og delegering av et langsiktig og helhetlig behandlingsregime av komplekse pasientkasus, særlig ved behov for tverrfaglig samarbeid (6).

Avdeling for pedodontis virksomhet

Avdeling for pedodonti ved Det odontologiske fakultet på Universitetet i Oslo driver klinisk virksomhet for skolekretser, allerede innskrevne pasienter, veiledning og rådgivning til allmenn-tannlegetjenesten, diagnostisering og utredning, studentundervisning på barneklubben, etter- og videreutdanning/spesialisering samt forskning. Spesialistkandidatene i pedodonti ved Det odontologiske fakultet har i hovedsak behandlet pasienter som har vært henvist for spesifikke problemstillinger. I 2010 ble omtrent 100 pasienter behandlet av spesialistkandidater på avdelingen, men dette tallet har trolig økt siden DOT nå kan henvise uten å måtte dekke kostnadene.

Henvisning

Henvisningene inkludert i denne studien var stort sett av standard type fra journalprogrammer som OPUS eller liknende, dermed var alle kontaktopplysninger med. En stor del av henvisningene til avdelingen omhandlet diagnostisering av dentale utviklingsforstyrrelser. De fleste henviserne hadde selv foreslått en tentativ diagnose. Funn og prøvesvar var ofte ikke nevnt, og vedlagte røntgenbilder var nesten utelukkende trykket på papir – ikke fotopapir. Disse var sjelden av diagnostisk verdi, med mindre hensikten var å vise til en overtallig tann eller liknende. Det er nærliggende å tro at det medfører for mye ekstraarbeid å overføre bilder digitalt. Dette bør allikevel tilstrebes. Da suboptimale røntgenbilder på papir ofte er det eneste spesialisten får fra henviser, må det tas nye røntgenbilder når pasientene kommer til avdelingen. Dette medfører en økt stråledose som kunne vært unngått hvis bildene fra henviser var av god nok kvalitet. Elektroniske henvisninger og tilgang til henviste pasienters elektroniske journal vil bedre kvaliteten i informasjonsutvekslingen. Våre resultater viser at over 40% av henvisningene var uten helseopplysninger. Dette er uheldig. Også hvis pasienten er frisk og ikke bruker medisiner er det veldig greit for spesialisten å vite nettopp dette.

Wigen et al har oppsummert noen viktige momenter som de mener må være med i en god henvisning (17). De hevder det er vesentlig at en henvisning skal inneholde informasjon om allmenntilstand og legemiddelregime, i tillegg til standardopplysninger som kontaklinformasjon og henvisningsårsak.

Konklusjon

Denne studien viste at 395 barn ble henvist til Avdeling for pedodonti ved Universitetet i Oslo i tidsrommet januar 2012 til desember 2014. Hovedvekten av henvisningene kom fra Oslo og Akershus, og det var hovedsakelig tannleger fra DOT som henviste. Diagnostisering av tannutviklingsforstyrrelser var den hyppigste henvisningsårsaken. Terskelen for henvisning til spesialist i pedodonti økte med avstanden til avdelingen. Dette er i tråd med erfaringene i Tromsø og Bergen.

English summary

Vingsnes TW, Omdal FA, Espelid I, Brusevold IJ.

Increased travel distance reduces the probability of referral to pediatric dentistry specialist

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 868–73

The aim of this article was to examine the referrals to the Department of Pediatric Dentistry and Behavioral Science, Institute of Clinical Dentistry at the University of Oslo to chart who was referring and the reason for referring. The results of the survey were compared to similar studies from Norway and Sweden. In total, 395 patients were referred between January 1st 2012 and December 31st 2014. More than 66% of the referrals came from the counties Oslo and Akershus. Dentists from the Public Dental Health Service referred most of the patients, and the most frequent cause of referral was dental developmental defects. The results showed that the longer the distance to the specialist clinic, the less likely the patient was to be referred.

Referanser

1. Eaton K, Widström E. Factors guiding the number of dental specialists in the European Union and Economic Area. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116 (11): 718–21.
2. Skeie MS, Johannesen J. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 254–8.
3. Edblad E, Crossner CG. Pedodonti som klinisk spesialitet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2012; 122 (5): 354–9.
4. Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grindefjord M, Lundin SA, Ridell K, Tsilingaridis G, et al. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2010; 20 (5): 313–21.
5. Statistics Norway. Demografisk bilde av norske barn: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2016/bef/>; 2016 [lest 11/10–16]
6. Espelid I. Spesialistens plass i fremtidens barnetannpleie. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 552–4.

7. Ferreira CL, Silva MA, Felicio CM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. *CoDAS.* 2016; 28 (1): 17–21.
8. Fernandes G, Franco-Micheloni AL, Siqueira JT, Goncalves DA, Camparis CM. Parafunctional habits are associated cumulatively to painful temporomandibular disorders in adolescents. *Brazilian oral research.* 2016; 30.
9. Mejersjo C, Ovesson D, Mossberg B. Oral parafunctions, piercing and signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school students. *Acta Odontol Scand.* 2016; 74 (4): 279–84.
10. Wang N, Schiøth J. Ikke møtt til avtalt time – et problem? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2000; 110: 874–7.
11. Magnusson BO, Koch G, Poulsen S. The Development of children's dentistry. *Pedodontics – A systematic approach:* Munksgaard; 1981.
12. De Forente Nasjoner. FNs Barnekonvensjon. Artikkel 24. 1989: 19–20. 1989.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Tannhelsetjenesteloven. Lov av 3. juni 1983 nr.54 om tannhelsetjenesten, sist endret 01.01.2015.
14. Widstrom E, Nordengen R, Olsen T. Få tannlegespesialister i distriktene. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010; 130 (6): 595.
15. Statens helsetilsyn. Utredningsserie 5–99. IK-2701. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra. 1999.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 35. 2006–2007. 2006.
17. Wigen EC, Skjelbred P, Skoglund LA. Den gode henvisning. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010; 120: 676–9.

Adresse: Ingvild Johnsen Brusevold, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, PB 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: i.j.brusevold@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Vingsnes TW, Omdal FA, Espelid I, Brusevold IJ. Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti. *Henvisninger til Universitetet i Oslo 2012–2014. Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 868–73