



Gjennomføring av gratis nødvendig tannregulering vil måtte endra leveringsmodell på mange vis.

Feil om feil frå Torbjørnsen: Norsk kjeveortopedi ute av styring

KNUT MARTIN FYLKESNES, PROFESSOR EMERITUS,
SENTER FOR INTERNASJONAL HELSE, UNIVERSITETET I BERGEN

Tor Torbjørnsen kommenterte 18.09. mitt innlegg her i tidsskriftet om «Den styrelause private tannlegemarknaden» (tidlegare som kronikk i Klassekampen). Litt av ein salve han fyrar av om påståtte feil i min omtale av norsk kjeveortopedi. Fordi påstandane hans er enkle å avkrefta med basis i etablert forskning, blir intensjonen reint uforståeleg.

Men først kort om kontekst og tenkje-måte bak mitt innlegg. Tannhelseutvalet (NOU 2024: 18) hadde nett levert si tilråding om ei radikal omorganisering av norsk tannhelseteneste. Mitt hovud-buskap var at kjerneproblem har rot i ein styrelaus privat marknad, skapt av tiår utan politisk kontroll med etablering, pris og kvalitet. Dessutan, at sjølv grunn-fjellet i oral helsepolitikk, den offentlege tannhelsetenesta, var blitt kraftig underprioritert. Samla hadde dette generert stor urettvis sosial/geografisk fordeling og urban overkapasitet som fører til overskriding av yrkesetiske grenser. Slikt representerer særst alvorlege brot på etiske folkehelseprinsipp.

Tor Torbjørnsen er spesialist i kjeve-ortopedi, og han greier stort sett å avgrensa seg til dette viktige feltet. Diverre opponerer han utan referanse til

forskingslitteraturen på området. Forskarar ved Statistisk sentralbyrå (SSB) har faktisk gjennomført grundige analysar av omfang og fordeling av kjeve-ortopedisk praksis. Sentrale referansar her er SSB 2019 (Ekorndrud T, Skjøstad O, Texmon I), SSB 2021 (Texmon I) og SSB 2023 (Texmon I & Ekorndrud T). Samla dekkjer desse behandling over folketrygda i perioden 2012-23, og blir analyserte både på tverrsnitt- og longitudinelt nivå.

Først til prosentdel av barnekull som mottok kjeveortopedisk behandling frå spesialist. Estimaten på 45 prosent som eg brukte var frå publikasjonen frå SSB 2021, og definert som «mottatt refusjon for takstar som angir apparat festa på tenner». I denne analysen har ein bunde saman informasjon om enkeltpasienten gjennom fleire år. Effekten av at refusjonskriteria blei justert i 2020 er usikker pga. kort observasjonstid, men førebels tal indikerer ein reduksjon (fast apparatur) på nokre få prosent (SSB 2023).

Torbjørnsen opererer med eit estimat på «cirka 35 prosent», men legg likevel til at ein ikkje kan vita dette sikkert. Tilsynelatande eit estimat utan basis i data, slikt ein kallar kvalifisert gjetting. At han neglisjerer eller misstydar publisert forskning er ille.

Av dett føl at han også påstår bastant at behandlingsnivået innan Skandinavia ikkje varierer i særleg grad. Estimata frå SSB gir derimot eit heilt anna bilete, med eit langt høgare nivå i Noreg samanlikna med nabolanda. Forskarar har tidlegare peika på ulike organiseringar som den viktigaste underliggende årsaka til den store skilnaden. Ein høgst relevant problemstilling for komande diskusjonar om omorganisering av norsk kjeveortopedi.

Rettvis fordeling er eit kjernesporsmål innan samfunnsmedisinsk forskning og praksis. Her gjev bidraget frå SSB sine analysar unik innsikt. Desse dokumenter at kjeveortopedisk behandling i høg grad er urettvist fordelt etter både demografiske og geografiske dimensjonar: etter region/bustad, etter sosioøkonomisk status, kjønn (vesentleg overvekt av kvinner), og etter innvandringsbakgrunn. Ein skulle tru at dette er dokumentasjon som Torbjørnsen har fått med seg, men er likevel særleg godt nøgd med «styringa» av norsk kjeveortopedisk praksis.

Tannhelseutvalet føreslo ein grundig gjennomgang av kriteria for «nødvendig tannregulering». Dessutan, at ein slik plattform vil utgjera ein viktig føresetnad for gratis kjeveortopedi for barn/unge. Eit gratistilbod vil kunna fjerna dagens store eigenandelar, og med det redusera sosialt ulik fordeling. Forsking syner at sjølv små eigenandelar utgjer ein vesentleg terskel (Finnvold 2009). Eit gratis tilbod, som integrert i det offentlege orale helsetilbodet slik som i andre Nordiske land, kan i større grad sikra styring etter folkehelseetiske prinsipp (geografiske fordelingsomsyn, grensesetting etc.).

Troms fylkeskommune innførte i 1975 kjeveortopedi som ein integrert del av Folketannrøkta Troms. Om dette presenterer Torbjørnsen eit, mildt sagt, fordreia narrativ om kor galt det kan gå med offentleg organisering. Vanskeleg å tolka dette som noko anna enn eit utilslørt forsvar for rådande profesjonspolitik (frå ein tidlegare leiar av Kjeveortopedisk foreining). Utgangspunktet i 1975 var eit akutt rekrutteringsproblem. Eg var sjølv den som fekk æra av å skriva planen, basert på ynskje frå politikarane i Troms om å drifta kjeveortopedi som del av Folketannrøkta. At representantar for Kjeveortopedisk foreining prøvde å hindra vedtak var jo svært så ekstremt og uhøyrte på den tida (faktisk møtte dei mannsterke på Fylkestinget). Men rekrutteringa i Troms betra seg raskt og forblei god over tiår. Diverre blei den etter kvar knekt som del av ein suksessfull og særleg lønsam privatiseringsvind.

Torbjørnsen spør om bakgrunnen for kvifor 20 prosent blei brukt som plangrunnlag for planen, «om vi bare tenkte på et tall». Dette avslørar låg kunne. Faktisk var det ikkje vanskeleg tilgang på utgreiingar om dette på den tida, t.d. førelåg det ei omfattande svensk behovsutgreiing, som var konsistent med individuelle bidrag. Ikkje minst var bidraget til Asbjørn Peter Hasund viktig. På mi tid som student var han professor i kjeveortopedi ved UiB (sidan 1968 og 1971 dekanus ved Det odontologiske fakultet). Han var spesielt oppteken av å definera kva som var nødvendig kjeveortopedisk behandling, og på studentklinikken var han ofte svært formande

om denne grensesettinga. Hans gjentekne poeng var at tannsettet avspeglar det personlege særpreget til mennesket, og unødige reguleringsinngrep vil vera eit alvorleg etisk overgrep.

Kritikken frå Tannhelseutvalet av norsk kjeveortopedi kom «i grevens tid». Gjennomføring av gratis nødvendig tannregulering vil måtta endra dagens leveringsmodell på mange vis, spesielt at styringa blir lagd til den offentlege tannhelsetenesta. I prinsippet ei omlegging ikkje så ulik den som blei innført i Troms i 1975.

Ei stortingsmelding basert på Tannhelseutvalet sine analysar og tilrådingar skal snart bli lagd fram av regjeringa. Omfattande politiske diskusjonar om prioriteringar og reformbehov står for døra. Med diskusjonane mot om etablering av tannlegeutdanning i Tromsø friskt i minne, tippar eg at vi på nytt får full mobilisering frå profesjonsinteressene (med Torbjørnsen som høglytt deltakar). I den politiske handteringa av odontolog i Tromsø var helseminister Dagfinn Høybråten avgjerande viktig. Då eg presenterte vår utdanningsplan direkte til han, kjende han godt til det han kalla «historia gjentek seg» – som ved etablering av medisin i Tromsø og odontologi i Bergen. Dette er politisk erfaring god å ha som ballast for ei radikal omorganisering av norsk tannhelseteneste.