



I vårt fagområde er det dessverre slik at mye av det vi gjør baserer seg på en slags faglig evolusjon og konsensus over tid. (..) En universell tannhelsetjeneste krever likevel en vurdering av hva som er beste praksis.

Nødvendig tannbehandling, hva er det?

 CARL CHRISTIAN BLICH

En universell tannhelsetjeneste krever nærmere beskrivelse av hva som er nødvendig helsehjelp i munnhulen. Dette kravet er selvsagt dersom staten skal bruke mellom 4 og 14 milliarder årlig på munnhelse (1). Det er imidlertid også av stor betydning, uansett hvem som betaler, i et marked der noen aktører forventer «organisk vekst», mens behandlerne – og befolkningen – rapporterer om mindre restorativ behandling.

I 2008 var jeg så heldig å få lede en bredt sammensatt arbeidsgruppe i Helsedirektoratet, som skulle gi direktoratet råd om «nødvendig tannbehandling». Dette var en bestilling i Stortingsmelding 35 (2006-2007) «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidens tannhelsetjenester». I januar 2011, nesten tre år etter at arbeidet ble igangsatt, forelå veilederen «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av skjønn ved nødvendig tannbehandling». Arbeidsgruppens råd handlet om at behovene er individuelle hos pasientene. Man burde heller beskrive prosessen tannlegene skal ha i hodet i møte med den enkelte pasient, enn å sette objektive grenser innen de enkelte behandlingstypene. Veilederen er likevel tydelig når den beskriver forebygging foran behandling, og ikke minst: Så lite

irreversibel behandling som mulig. For, behandling genererer ofte mer behandling.

16 år etter at dette arbeidet startet er mye forandret. Pasientene rapporterer om mindre utført reparativ behandling, mer rutinekontroller og noe lavere årlig kostnad enn ti år tilbake i tid (2)(3). Denne tendensen har også vært dokumentert gjennom flere tiår i spørreundersøkelser blant tannleger (4) (5). Samtidig sysselsettes en økende andel behandlere i tannhelsekjeder. To-tre av disse er store, og ledelsen forventer «organisk vekst». Dette legger et tilsynelatende stigende press på behandlerne, som kommer til uttrykk på forskjellige måter. Hva som er etisk og faglig forsvarlig settes under press (6). §§ 4 og 6 i helsepersonelloven gir imidlertid klare føringer, og uansett hva autorisert helsepersonell blir oppfordret til av oppdragsgivere, så overstyrer loven ønskene om «organisk vekst».

I Norge er Det odontologiske fakultet i Oslo det eneste av tre læresteder som har egen ledelse. De to andre lærestedene er underlagt medisin. Man kunne da tenke at Oslo-fakultetet var en organisasjon som hadde en overordnet struktur der en felles forståelse av hva som er nødvendig tannbehandling ble utformet. Slik ser det ikke ut til å være. Fagmiljøene, slik som

eksempelvis pedodonti, periodonti eller kirurgi og oral medisin, har sine egne forståelser av hva som er nødvendig innenfor de respektive fagfeltene. De hensyntar i praksis ikke den helheten som fakultetet skal være ansvarlig for. Den som er uenig i dette synet bør dokumentere hvor de omforente beslutningene om fagets totale innhold har vært tatt gjennom de siste 40 årene. Dette gjør det samtidig krevende å beskrive når behandlingsintervensjoner bør skje hos den enkelte pasient. Hva er nødvendig?

Periodontitt: «1-2 mm festetap på to tenner som ikke er nabotenner» (7). Denne sykdomsdefinisjonen fortjener debatt. Når nesten alle nordmenn over 65 år har sykdommen, er det kanskje diagnosen som er syk? Den åpner for «organisk vekst», ettersom systemet fra 2018 er komplekst og kan misbrukes. Når skal periodontitt behandles, og hvordan? Hvor store ressurser skal settes av for å screene friske mennesker? (8)

Det samme gjelder for øvrig rutinekontroller. Dersom det er tilstrekkelig å kalle inn presumptivt friske barn hvert annet år, hvor ofte bør 30-40 åringer, om få år også 50-60-åringer med få restaurerte tenner, kalles inn?

Erosjoner: Når skal disse behandles, og hvordan? (9) Også disse vil kunne gi "organisk vekst" til slunkne timebøker, i form av overbehandling.

Eldre: Tannhelseutvalget går imot Helsedirektoratet som vurderer det økende behovet i eldrebefolkningen som forbigående, fordi DMFT hos fremtidens eldre vil være betydelig lavere. Utvalget mener tvert imot at primærkaries på

ufylte flater vil generere et konstant økt behov. Det som finnes av studier i Norge, tyder imidlertid på at primærkaries i ufylte flater i ungdomsårene, ikke genererer særlig behandlingsbehov i voksen alder (10) (11). Sannheten er vel heller, som direktoratet ser ut til å mene, at sekundærkaries i proximale fyllings- eller kronekanter krever betydelig mer omfattende behandling enn - eventuell - fremtidig primærkaries.

Konserverende behandling: Når skal fyllinger skiftes – og til hva? Er det overbevisende dokumentasjon på at rotfylte tenner bør bekrones?

Screening: I Tannbarn, Helsedirektoratets retningslinje for behandling av barn og unge, tas det til orde for at samtlige i fem indikatorull bør innkalles til undersøkelse (3, 5, 12, 15 og 18-åringer). Fylkene ser ikke ut til å følge dette kravet (12). Det handler om prioritering (nytte, ressurs, alvorlighet). Arbeidsgruppen som deltok i dette arbeidet, hadde en betydelig andel pedodontister. Mange av rådene hadde lav eller moderat vitenskapelig begrunnelse. Det er få sykdommer i Norge som oppfyller kravene til egne screeningprogrammer. Hva er den faglige begrunnelsen for å innføre et omfattende screeningprogram på tilnærmet friske barn, med en tannsykdom som i svært sjeldne tilfeller er livstruende?

Kort oppsummert: I vårt fagområde er det dessverre slik at mye av det vi gjør baserer seg på en slags faglig evolusjon og konsensus over tid. Mye vil være vanskelig å dokumentere med sterk grad av evidens. En universell tannhelsetjeneste krever likevel en vurdering av hva

som er beste praksis. Ønsker om organisk vekst i et fallende marked gjør også at tannlegene trenger en tydeligere rettesnor for hva som er tilstrekkelig og god behandling hos den enkelte pasient. Enkelt blir det ikke, men herved sendes ballen til ledelsen ved lærestedene. Man må jo begynne et sted.

REFERANSER

1. NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.
2. Brekke Holden M, Skau I, Grytten J. Forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen 20–70 år. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 796-805 DOI:10.56373/2024-10-3
3. Grytten J, Skau I. Improvements in dental health and dentists' workload in Norway, 1992 to 2015. *Int Dent J.* 2022; 72: 399-406. DOI:10.1016/j.iden-tj.2021.07.004.
4. Grytten J, Skau I, Holst D Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116: 212–16 DOI:10.56373/2006-4-3.
5. Holmgren TK, Rongen G, Grytten J Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 948-952 DOI:10.56373/2017-11-3.
6. Moezzi M, Hofmann B. Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 818-27 DOI:10.56373/2024-10-5.
7. Bunæs DF. Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sjukdom. Nøkkelenringer. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 130: 132-7 DOI:10.56373/2019-2-6.
8. Raittio E, Grytten J, Lopez R, Blich CC, Vettore M, Baelum V. Applying current European periodontitis clinical practice guidelines is not feasible even for the richest countries in the world. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024. DOI:10.1111/cdoe.13003.
9. Mulic A, Kopperud SE. Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 784-88 DOI:10.56373/2013-11-16.
10. Dobloug A, Grytten A. A ten-year longitudinal study of caries among patients aged 14-72 years in Norway. *Caries Res.* 2015; 49: 384-89. DOI:10.1159/000381427.
11. Grytten J, Pervaiz M, Rongen G, Skau I. Endringer i de unge voksnes tannhelse – hvor stort er deres behandlingsbehov? En analyse av studenter som var pasienter hos SiO Helse Tannlege i perioden 2007-2018. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 904-12. DOI:10.56373/2020-11-4.
12. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. <https://www.ssb.no/statbank/list/tannhelse>