



Det Fylkesnes skriver om norsk kjeveortopedi er direkte feil, og må korrigeres.

Svar til Knut Fylkesnes:

Feil på feil om norsk kjeveortopedi



TOR TORBJØRNSSEN, SPESIALIST I KJEVEORTOPEDI OG TIDLIGERE LEDER I NORSK KJEVEORTOPEDISK FORENING

Professor emeritus Knut Fylkesnes skriver i Tidendes augustutgave om «Den styrelause private tannlegemarknaden». Det er lett å være enig med ham i mye. Vi er blitt for mange tannleger i noen sentrale strøk, og det gir yrkesetiske utfordrin-

ger. Det er riktig at kjedenes oppkjøp av praksiser finansiert av norske og utenlandske investorer med profittmotiv er uheldig. Men det Fylkesnes skriver om norsk kjeveortopedi er direkte feil, og må korrigeres.

Hva om... det var "noen" på klinikken som hadde ansvaret for:

1. pasienter som skulle ha blitt oppringt, men ikke ble oppringt,
2. pasienter som har mottatt kostnadsforslag men ennå ikke har akseptert dem,
3. pasienter som har kansellert, men ikke har ny bestilling,
4. alle henvisninger som venter på svar,
5. alle besøk som kan fremrykkes når du har mottatt avbestillinger,
6. dine pasienter som ikke har blitt booket til tross for identifiserte omsorgsbehov...

Hadde det vært lettere å fylle stolene da?

knowyn

Clinic Intelligence that fill your chairs

Les mer på knowyn.se

Flere barn får ikke tannregulering i Norge enn i våre naboland, vi behandler like mange. Forskjellen er at i Norge behandles alle av spesialist, mens mange i Sverige og Danmark får tannregulering hos allmenntannlege. Når Fylkesnes skriver at kun 25 prosent av alle barn behandles i Sverige og Danmark, er bare de som behandles av spesialist talt med. I begge land brukes mye penger på tannregulering av omdiskutert kvalitet hos offentlige allmenntannleger. Dette framkommer tydelig i länenes regnskaper, og det er utgifter våre fylker ikke har.

Da Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 ønsket å begrense refusjonsutbetalingene til kjeveortopedi ved å fjerne hele gruppe C, definert som «klart behov» i regelverket, var den samme feilaktige sammenligningen med våre naboland hovedbegrunnelsen. Jeg gikk da nøye gjennom reglene i Norge, Sverige og Danmark og fant som ventet at det var *nøyaktig de samme bittfeilene* som gir rett til offentlig finansiert kjeveortopedisk behandling i alle land. Dette er bittfeil det er internasjonal konsensus om at bør behandles.

Det er ikke riktig at vi behandler 45 prosent i Norge. Fylkesnes bygger trolig på tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som viser hvor mange som blir *henvist* til spesialist, og er kun basert på hvor mange ganger refusjonstaksten for første konsultasjon er benyttet. Alle ender selvsagt ikke opp med behandling. Trolig behandler vi cirka 35 prosent, men for å kunne vite dette sikkert trengs det statistikk som også inkluderer refu-

sjonstakster for aktiv behandling. Jeg er ikke kjent med at noen har gjort en slik undersøkelse.

Norsk kjeveortopedi på barn er alt annet enn «styrelaus». Det er et absolutt krav for trygderefusjon at pasienten er henvist fra allmenntannlege eller tannpleier som er pålagt å følge detaljerte regler med minimalt rom for skjønn når de vurderer hvilke bittfeil som skal henvises. I tillegg er kjeveortopedien den endelig ansvarlige for at regelverket følges når pasienter gis refusjon. Dette kontrolleres strengt av Helfo.

Så godt som alle barn i Norge behandles i Den offentlige tannhelsetjenesten, som følgelig har full kontroll med hvem som henvises for vurdering hos spesialist. Det er derfor ganske drøyt å mene at dette er «styrelaus». Men kjeveortopedisk behandling på voksne seiler i samme båt som annen voksenbehandling, og er uten offentlig styring enten den utføres av kjeveortopeder eller allmennpraktikere med alignere som eneste verktøy i kassen. Det er imidlertid en annen diskusjon.

Kjeveortopedien på 70- og 80-tallet var ingen suksess i Troms og Finnmark. Når Fylkesnes skryter av de offentlige stillingene han fikk opprettet, «glemmer» han hvor vanskelig det var å få søkere og stabilitet i tilbudet. Tannregulering går gjerne over et par år med månedlige besøk, og når stillinger ble stående ubesatt, ble pasienter under behandling skadelidende. Dette ble så ille at Norsk kjeveortopedisk forening i lange perioder tok på seg å organisere

en stafett av kjeveortopeder fra andre deler av landet for å fullføre påbegynte behandlinger og sikre faglig forsvarlighet i tilbudet. Faste spesialiststillinger viste seg den gang *absolutt ikke* som noen god løsning for langvarige kjeveortopediske behandlinger. Det bør vi huske når systemendringer nå skal foreslås.

Det ville også vært interessant å vite hvordan Fylkesnes & Co på 70-tallet kom fram til at det var riktig å behandle 20 prosent av hvert årskull for å «sikre klar grensesetting mot kosmetisk behandling utan klar fagleg indikasjon». Mest sannsynlig var det etter «tenk på et tall»-metoden. De første vitenskapelige undersøkelser av behandlingsbehov og utvikling av internasjonalt anerkjente behovsindekser som alle nordiske land fortsatt anerkjenner og bygger sine regelverk på, kom først på 1980-tallet.

Gratis nødvendig tannregulering til barn er et av forslagene i Tannhelseutvalgets utredning. Det kan ingen være imot. Men når det skal avgjøres hva som er «nødvendig behandling», må det ikke bestemmes ut fra seiglivede feilaktige sammenligninger med våre naboland, misvisende statistikk fra SSB, eller glorifisering av historien fra 1970-tallet. Da vil vi behandle for få og holde liv i et parallelt helprivat marked for de betalingssterke. Det vil gi, bokstavelig talt, *synlige* sosiale forskjeller i tannhelse hos barn. Slik er det dessverre i mange land. Jeg er overbevist om at Fylkesnes ikke ønsker en slik utvikling i Norge, men med sine argumenter bidrar han dessverre til at det lett kan bli resultatet.