

Universell helsedekning for munn- og tannhelse

Hvordan begrepsforskyvninger påvirker styring og bærekraftig klinisk praksis

I Norge er engelsk en integrert del av faglig og offentlig kommunikasjon. Slik utbredt bruk kan skape en stilltiende antakelse om at språket beherskes fullt ut, og at oversettelse er ukomplisert. Erfaring tilsier større varsomhet, særlig i pågående diskusjoner om universell helsedekning for munn- og tannhelse.

ASBJØRN JOKSTAD, VITENSKAPELIG REDAKTØR I NTFS TIDENDE, PROFESSOR, ORAL PROTETIKK OG BITTFUNKSJON, UNIVERSITETET I TROMSØ – NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

Norge har sluttet seg til FNs bærekraftsmål, der universell helsedekning inngår som mål 3.8: *Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all.*

Norge har også sluttet seg til vedtak i Verdens helseorganisasjon (WHO). I 2021 vedtok WHO resolusjon WHA74.5 Oral Health, etterfulgt av Global Strategy on Oral Health (2022) og Global Oral Health Action Plan 2023–2030. I disse dokumentene er «oral health» innlemmet i nasjonale helsetjenester og i rammeverket for universell helsedekning.

Det er på dette punktet presis språktolkning begynner å få betydning. En alternativ formulering uten begrepet «essential» ville også vært rasjonell: *Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality health care services and access to safe, effective, quality and affordable medicines and vaccines for all.* Imidlertid er begrepet «essential» sentralt i både formuleringen og i de tilknyttede indikatorene. Den mest brukte norske oversettelsen er «nødvendig», en tilsynelatende korrekt gjengivelse som ikke viderefører begrepets normative og styringsmessige innhold i internasjonal helsepolitisk sammenheng.

I 2006 tok jeg en engelsk språkprøve (TOEFL – Test of English as a Foreign Language) i Canada i forbindelse med en professorstilling ved University of Toronto. Prøven var ikke formelt påkrevd, men motivert av at jeg hadde ansvar for opptak til spesialistutdanningen,

og internasjonale søkere måtte dokumentere gode engelskkunnskaper med et fastsatt TOEFL-resultat. Resultatet var godt, men viktigere var den nøkterne påminnelsen om eget kunnskapsnivå og den økte ydmykheten i møte med et språk jeg trodde jeg behersket fullt ut.

Noen år senere, tilbake i Norge, koordinerte jeg arbeidet med å oversette de internasjonale kriteriene for diagnostisering av temporomandibulære forstyrrelser (DC/TMD) til norsk. I dette arbeidet, i møtet mellom norske offentlige styringsdokumenter og originalteksten, oppdaget jeg for alvor hvor subtile, men likevel betydningsfulle, avvik kan være. DC/TMD er språklig sett ikke krevende, men inneholder mange begreper med et normativt og metodologisk innhold som ikke uten videre lar seg oversette til norsk uten grundig diskusjon mellom fageksperter. De ti ekspertene som deltok i arbeidet, kom fra ulike fagdisipliner, og det ble brukt mye tid på å etablere omforente tolkninger av den engelske originalteksten.

«Essential» betyr ikke det samme som «nødvendig»

I norske publikasjoner gjengis «essential oral health services» oftest som «nødvendige tannhelsetjenester». Oversettelsen er språklig korrekt. Likevel er den normativt mangelfull og metodologisk problematisk.

WHO og andre aktører innen global helsepolitikk bruker «essential» som et prioriterings- og styringsbegrep. Det viser ikke til

noe som er «nødvendig» i absolutt forstand, men til en normativt definert minimumspakke av helsetjenester som staten har ansvar for å sikre universell tilgang til, kombinert med økonomisk risikobeskyttelse. Begrepet er tett knyttet til operasjonaliseringen av universell helsedekning gjennom måling av tjenstedekning og økonomisk risikobeskyttelse.

Et tiltak klassifiseres som «essential» etter en samlet prioriteringsvurdering. Relevante kriterier omfatter blant annet: betydelig sykdomsbyrde på befolkningsnivå, dokumentert sikkerhet og klinisk effekt, kostnadseffektivitet innenfor nasjonale terskelverdier, gjennomførbarhet innenfor eksisterende eller realistisk skalerbar systemkapasitet, bidrag til rettferdighet ved å redusere unngåelige helseforskjeller, samt samsvar med sentrale folkehelsefunksjoner som forebygging, primærhelsetjeneste og epidemikontroll. Det er ikke et mekanisk krav at hvert kriterium er oppfylt isolert: klassifiseringen beror på en helhetlig vurdering.

«Essential» betegner dermed ikke en iboende egenskap ved et legemiddel eller en tjeneste, men en kontekstavhengig prioritering. Hva som anses som «essential», varierer med befolkningens sykdomsbyrde, helsesystemets kapasitet og de økonomiske rammene. Et tiltak vurdert som «essential» i et lavinntektsland med høy infeksjonsbyrde, vil derfor ikke automatisk være det samme i et høyinntektsland med en aldrende befolkning og en annen sykdomsprofil.

I norsk rett og forvaltningspraksis er «nødvendig» et rettslig operativt begrep, knyttet til den enkelte pasient. Vurderingen foretas konkret og individuelt, basert på medisinsk indikasjon og de etablerte prioriteringskriteriene *nytte, ressursbruk og alvorlighet*, slik de er systematisert i *NOU 2018:16 Det viktigste først*. Begrepet fungerer dermed som en terskel for individuell rettighetsutløsning: En pasient har krav på helsehjelp når vilkårene for nødvendighet er oppfylt. Nødvendighet er behovsprøvd, situasjonsavhengig og forankret i en konkret vurdering.

I global helsepolitisk sammenheng betegner derimot «essential» en normativ avgrensning av hvilke tjenester, legemidler og tiltak som skal inngå i et universelt definert tjenestetilbud. Det er ikke en individuell indikasjonstest, men en systemdefinerende prioritering på befolkningsnivå. Begrepet etablerer hva som skal inngå i en grunnpakke for individuelle vurderinger foretas. Forskjellen ligger i analysenivået.

Oppsummert: «Nødvendig» i sammenheng med munn- og tannhelse i Norge dreier seg om hvorvidt pasienter har rett til et bestemt tiltak innenfor et eksisterende system, mens «essential» i WHO-sammenheng retter søkelyset mot hvilke tiltak tannhelse-systemet i utgangspunktet skal omfatte. Når «essential» oversettes direkte til «nødvendig» uten presisering, oppstår det en begrepsmessig forskyvning. Et strukturelt, universelt avgrensningsbegrep

omdefineres til et individuelt rettighetsvilkår. Dermed flyttes forståelsen fra systemnivå til indikasjonsskjønn. Oversettelsen innebærer ikke bare en språklig forenkling, men en normativ og institusjonell omplassering av beslutningsnivå.

«Oral health» – mer enn tannbehandling

«Oral health» blir definert av WHO som evnen til å tygge, snakke og smile uten smerte, infeksjon eller funksjonstap, og som en integrert del av generell helse og livskvalitet. Oral helse, ofte omtalt som munn- og tannhelse i norsk sammenheng, har felles risikofaktorer med flere andre ikke-smittsomme sykdommer.

I norske faglige og politiske diskusjoner brukes «tannhelse» ofte i en mer behandlingsorientert betydning. Tannhelsetjenesteloven regulerer i hovedsak organisering og tjenesteytelse. Helsefremmende og forebyggende arbeid omtales, men er ikke alltid tydelig integrert som en del av definisjonen av tjenestepakken.

WHO beskriver «oral health services» som tjenester som omfatter helsefremmende virksomhet, forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og palliativ behandling. Når det i norske offentlige dokumenter og i mediene vises til «tannhelsetjenester», forstås dette ofte som kliniske aktiviteter, til tider snevert knyttet til reparasjon og korreksjon av tenner og bittfunksjon.

Hva betyr «dekning» i norsk helsepolitikk?

I FNs bærekraftsmål 3.8 måles «coverage of essential health services» som en sammensatt indikator der både faktisk tjenestetilgang og økonomisk risikobeskyttelse inngår. I rammeverket til WHO er dekning derfor ikke begrenset til tilgjengelighet, men forutsetter at befolkningen har tilgang til definerte tjenester uten å bli utsatt for økonomisk belastning som kan føre til økonomiske problemer eller avståelse fra behandling.

I norsk helsepolitisk språkbruk brukes «dekning» ofte deskriptivt og viser da til geografisk tilgjengelighet, kapasitetsfordeling eller andel av befolkningen som mottar tjenester. For munn- og tannhelse er økonomisk risikobeskyttelse ikke universelt forankret for voksne. Behandling finansieres i hovedsak privat, med selektive refusjonsordninger for bestemte tilstander og grupper.

Denne begrepsforskyvningen innebærer at man kan hevde å arbeide for «dekning» i nasjonal forstand, samtidig som den økonomiske dimensjonen – som er en grunnleggende del av universell helsedekning – ikke er integrert. Resultatet er et språklig samsvar som skjuler et strukturelt avvik: Dekning forstås som tilgjengelighet, mens WHO legger til grunn dekning som en kombinasjon av tjenestetilbud og økonomisk risikobeskyttelse.

Universell rettighetsdekning eller videreføring av selektive rettigheter

Universell helsedekning for munn- og tannhelse forutsetter universell rettighetsdekning. I Norge er munn- og tannhelsetjenestene imidlertid selektive når det gjelder lovfestede rettigheter. Det er et legitimt politisk valg at barn og enkelte prioriterte grupper har lovfestet rett til tjenester, mens voksne i hovedsak er selvfinansierende.

Problemet oppstår når begreper som impliserer en universell minimumspakke anvendes uten at en tilsvarende universell forpliktelse faktisk er etablert. Dersom man i dokumenter som viser til WHO-strategien, bruker formuleringen «nødvendige tannhelsetjenester», samtidig som rettighetsstrukturen forblir selektiv, skapes et inntrykk av et normativt samsvar som ikke foreligger.

Integrasjon av munn- og tannhelse i primærhelsetjenesten

WHO legger til grunn at munn- og tannhelse skal innlemmes i primærhelsetjenesten på systemnivå. Integrasjonen er ikke bare organisatorisk, men også finansielt og rettighetsmessig forankret. Det innebærer at munn- og tannhelsetjenester inngår i samme styrings-, finansierings- og rettighetsstruktur som øvrige primærhelsetjenester.

I norsk sammenheng brukes «integrasjon» ofte om samarbeid, henvisningsrutiner og tverrfaglig samhandling. Dette er relevante elementer, men de representerer funksjonell koordinering snarere enn systemintegrasjon. Systemintegrasjon forutsetter felles finansieringsordninger, sammenfallende rettighetsgrunnlag og institusjonell innplassering i samme helserettslige og budsjettmessige ramme.

Avslutning

Internasjonale styringsdokumenter benytter engelske begreper som er juridisk, normativt og politisk ladet. Oversettelse er derfor ikke en rent språklig øvelse, men en normativ handling. Erfaring viser at språklig kompetanse ikke automatisk innebærer presis forståelse av begrepenes styringsmessige innhold. Når slike begreper formidles til norske målgrupper, må det verifiseres at dokumentenes intensjon og normative rekkevidde faktisk videreføres i oversettelsen.

«Essential oral health services» er mer enn «nødvendige tannhelsetjenester». Begrepet uttrykker en universell rettighetsforpliktelse, økonomisk risikobeskyttelse og systemintegrasjon i primærhelsetjenesten. Dersom det i norske dokumenter vises til WHO-strategier, bør det derfor presiseres hva som menes med «nødvendige tannhelsetjenester»: Siktes det til en universell minimumspakke, eller til behovsprøvd behandling basert på individuell vurdering? Det bør også tydeliggjøres om økonomisk risikobeskyttelse inngår i forståelsen av dekning, og om helsefremmende og strukturelle tiltak faktisk er integrert i tjenestebegrepet slik WHO forutsetter. Språklig likhet garanterer ikke normativ likhet.

Dersom ambisjonen er å etterleve WHA74.5 og FNs bærekraftsmål, må videre diskusjoner enten tilpasses den eksisterende rettighetsmodellen, eller tydeliggjøre hvordan begrepene forstås innenfor en selektiv rettighetsordning. Som i klinisk journalføring kan presis og upresis begrepsbruk få rettslige og økonomiske konsekvenser. På tilsvarende måte kan begrepsforskyvninger i helsepolitikken endre beslutningsnivå, rettighetsgrunnlag og finansieringsansvar. Presist språk er derfor en forutsetning for ansvarlig styring.