



Tallene som SSB har lagt til grunn for sine beregninger av kjeveortopedisk behandling av barn og unge i perioden 2012–2022 er ikke korrekte. Rapporten gir derfor et feilaktig bilde, som bidrar til å svekke spesialitetens omdømme blant andre kolleger, politikere og andre beslutningstakere.

«Hvor udgangspunktet er galest blir tidt resultatet originalest»

(Peer Gynt)

 ERIK ENGESÆTER

I etterkant av NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste har det i Tidende vært flere interessante innlegg. Jeg stiller som mange andre kolleger, meg spørrende til det nye begrepet universell tannhelsetjeneste og likeledes spørrende til hva nødvendig tannbehandling egentlig innebærer. Her har både NTF, Helsedirektoratet og våre politikere et kjempestort forklaringsproblem.

Som kjeveortoped gjennom 42 år og som medlem i styret til Norsk Kjeveortopedisk Forening (NKF) i mange år, har jeg fulgt utviklingen av faget og utviklingen av offentlige tilskuddsordninger fra før innføringen av direkte oppgjør juli 2003, som frivillig ordning. Utviklingen videre har vært interessant og ordningen har bidratt til enorme økonomiske besparelser for trygden i form av mindre detaljarbeid og byråkrati. Direkte oppgjør ble obligatorisk fra 1. januar 2021.

For at direkte oppgjør kunne realiseres ble det raskt klart at det var behov for enkelttakster for de ulike kliniske arbeidsoperasjoner. Utformingen av de kjeveortopediske takstene ble opprinnelig gjort i nært samarbeid med erfarne kolleger i NKF og ved fakultetene i Oslo og Bergen. Mønsteret som ble lagt den

gangen er i hovedsak, med en del små forandringer, det samme som i dag. Takstforskriften med sine ulike takster og takstnummer, er ment å være dekkende for hele det kjeveortopediske behandlingsforløpet, fra første konsultasjon til siste etterkontroll. Takstsystemet er nå over 23 år gammelt. Utviklingen i faget og kliniske metoder i denne perioden har vært svært store, og medfører nå at de gamle takstene ikke lenger dekker alle sider av behandlingsforholdene i dagens kjeveortopedi. Det er følgelig behov for oppdatering av denne delen av forskriften.

Når det gjelder debatten som har pågått i Tidende mellom kjeveortoped Tor Torbjørnsen og professor emeritus Knut Fylkesnes, som hovedsakelig har dreiet seg om behandlingsbehov og ressursbruk, er det det å si at ingen av partene tar feil. Fylkesnes baserer sin kritikk og oppfatning på tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i deres svært omfattende rapport «Tannregulering blant barn og unge 2012–2022». De bygger på tall og statistikk fra KUHR-registeret (Kontroll- og utbetaling av helserefusjoner). Men tallene som SSB har brukt for å konkludere med hvor stor prosentandel

av de enkelte barnekullene som faktisk får kjeveortopedisk behandling i dette landet er misvisende, og medfører at det registreres en høyere prosentandel behandlede pasienter enn det er i virkeligheten. Ved gjennomgang av rapporten kommer det fram at SSBs folk, uvitende, har brukt behandlingstakst 604a som et kriterium for aktiv behandling. Men dette er en takst som, etter klar instruks fra daværende rådgivende tannlege, også skal benyttes for oppfølgende konsultasjon og kontroll, før det tas endelig stilling om behandling skal igangsettes. Taksten 604a er altså en konsultasjonstakst samtidig som det er en behandlingstakst! Forklaringen ligger i at takst for oppfølgende kontroll av vekst og bittutvikling før behandlingsstart ikke eksisterer, og aldri har eksistert i takstforskriften. Dette er en mangel i forskriften som har resultert i store feiltolkninger og som dermed har fått uheldige konsekvenser.

Takst 604a sin dobbeltrolle har følgelig resultert i for høy registrering av antall pasienter som får aktiv behandling. Torbjørnsen har derfor rett når han anslår at denne feilen, som han åpenbart er kjent med, helt klart kan anslå at behandlingsprosenten per årskull er på rundt 35 prosent. Tallet stemmer med erfaringene fra min egen praksis, men kan altså, som Torbjørnsen skriver, ikke fastsettes presist utfra SSBs statistikk. Påstanden til Fylkesnes om overbehandling er rimelig å forstå utfra foreliggende tallmateriale, men tallgrunnlaget han bygger på er, som jeg har påpekt, ikke korrekt. Og ved videre å buke de misvisende SSB-tallene politisk, ved å sammenligne tallene med behandlingsprosent av barn og unge i våre naboland, fører dette helt galt av sted. Det kan bidra til at faget og ressursene som det offentlige bruker til kjeveortopedi blir feiltolket. Dette er svært uheldig og er forhold som gjør meg urolig med

hensyn til utfallet og konsekvensene av NOU 2024: 18.

Dette får meg til å tenke på sitatet som ofte tilskrives Benjamin Disraeli. «Det er tre typer løgn: 1) Vanlig løgn, 2) Forbannet løgn og 3) Statistikk!»

Hvem har skylden for dette? Jeg mener at Helsedirektoratet med rådgivende tannlege kan klandres, da de ikke innså mangelen i takstsystemet og konsekvensene av dobbeltregistreringen av denne taksten. SSB burde vel også satt seg bedre inn i hvordan kjeveortopedene etter klare instruksjoner må bruke takst 604a i sin kliniske hverdag.

Min tanke går også til NKF, min egen forening og vi som enkeltmedlemmer, som allerede i 2023 skulle påpekt forholdet med feilaktig bruk av takst 604a som parameter for aktiv behandling. Det er ikke gjort så langt jeg kjenner til.

Tallene i SSBs rapport kan og er blitt tolket som at det foregår utstrakt overbehandling av barn og unge i Norge i forhold til våre naboland. Det stemmer ikke. Behandlingstallene i Norge, Sverige og Danmark kan ikke uten videre sammenlignes, da spesialisttjenesten i disse landene er ulikt organisert. Min erfaring etter mange år i faget er at overbehandling er et lite, henimot ikke eksisterende fenomen. Kriteriene for trygdefinansiert kjeveortopedisk behandling er svært klare og klart begrensende. Kjeveortopedisk behandling er i mange deler av landet en mangelvare med ventelister. Noe som gjør overbehandling lite sannsynlig. Dersom behandlingsbehovet ikke klassifiseres som reelt etter gjeldende kriterier A, B eller C, ytes ingen støtte fra HELFO, og KUHR har følgelig ikke disse tallene. Dersom det skjer overbehandling, kan det derfor ikke leses ut av statistikken for offentlig støtte.

Oppsummert: Tallene som SSB har lagt til grunn for sine beregninger av kjeveortopedisk behandling av barn

og unge i perioden 2012-2022 er ikke korrekte. Rapporten gir derfor et feilaktig bilde, som bidrar til å svekke spesialitetens omdømme blant andre kolleger, politikere og andre beslutningstakere.

Mitt råd er at det innføres en egen spesialisttakst 2b i takstgruppe A *Generelle tjenester*, som heter *Oppfølgende undersøkelse og diagnostikk hos spesialist i forkant av aktiv (kjeveortopedisk) behandling*. Det løser gjeldende problematikk svært enkelt. Eller en ny takst for oppfølgende vekst og bittutviklingskontroll under punkt 8 *Bittanomalier*.

Videre vil jeg foreslå grundig gjennomgang av hele takstsettet, og tilpasse det dagens kliniske virkelighet. Det er og behov for å revidere *kapittel II Utfyllende bestemmelser* i punkt 8 med mer vekt på perioprofylaktiske indikasjoner, da det er en kjensgjerning at trangstillinger og ujevne tannbuer er mer predisponerende for festetap og tannkjøtt sykdommer i voksen alder enn jevne harmoniske tannbuer.

Dersom HELFO virkelig er interessert i å kartlegge hvor stor del av befolkningen som gjennomgår kjeveortopedisk behandling med støtte fra HELFO, er det enkleste og sikreste å sende ut spørreskjema med avkryssing for aktiv behandling til en tilfeldig statistisk relevant utplukket gruppe 20-åringer over hele landet. Alternativt kan SSB/ HELFO i stedet for å bruke 604a (feilaktig) som behandlingstakst, bruke minimum tre behandlingstakster (uansett hvilke) som bevis for gjennomført kjeveortopedisk behandling. Ingen pasienter går til tre eller flere oppfølgingskontroller før det tas stilling til om behandling skal startes opp, og ingen gjennomgår en aktiv kjeveortopedisk behandling med tre eller færre besøk. Da blir prosentdelen som faktisk har gjennomgått behandling korrekt.