

## Tilbakemeldingsskjema - Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år, del 1.

Vennligst send skjemaet på e-post [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) med vår referanse «16/40504 – Innspill høring - Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge».

<p><b>Høringsinstans:</b></p>  <p><b>Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo</b></p>	<p><b>Generelle kommentarer:</b></p> <p>Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (fakultetet) avgir med dette høringssvar til den foreslåtte retningslinjen for tannhelsetjenester til barn og unge.</p> <p><u>Høringsnotatet</u></p> <p><b>Mål</b></p> <p>Fakultetet stiller seg bak det overordnede målet om optimal tannhelse for barn og unge 0-20 år, samt reduksjon av sosiale- og andre ulikheter i tannhelsen. Dette har vært en grunnleggende forutsetning helt fra Lov om tannhelsetjenesten trådte i kraft i 1984.</p> <p>Nytt i den foreliggende retningslinjen er vektleggingen av tannhelsepersonells ansvar for å melde fra til rette myndighet når det foreligger mistanke om omsorgssvikt overfor, mishandling av eller overgrep mot barn og unge.</p> <p><b>Målgruppe</b></p> <p>«Den endelige målgruppen er barn og unge 0-20 år. Primære målgrupper er ansvarlige for Den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell som yter tannhelsetjenester til barn og unge, både offentlig og privat. Anbefalingene rettes primært mot allmenntjenesten, men vil også være normerende for den</p>
---	--

spesialiserte tannhelsetjenesten, de regionale odontologiske kompetansesentrene og undervisningsinstitusjonene.»

Slik Helsedirektoratet uttrykker seg, vil med andre ord innholdet i retningslinjen være **normerende** for undervisningen ved de odontologiske lærestedene i Norge.

### **Retningslinjen**

består av 45 anbefalinger med angitt styrke på anbefalingen og henvisning til kvalitet på dokumentasjonen.

Av 45 anbefalinger er 17 knyttet til lovverket og er klassifisert som «Skal» eller «Rett til».

23 er klassifisert som sterke («Bør»). Blant disse har:

- 5 høy kvalitet på dokumentasjonen
- 8 moderat kvalitet på dokumentasjonen
- 5 lav / svært lav kvalitet på dokumentasjonen
- 5 ikke oppgitt dokumentasjon

5 anbefalinger har svak anbefaling («Kan»). Blant disse har

- Ingen høy kvalitet på dokumentasjonen
- 1 moderat kvalitet på dokumentasjonen
- 3 lav / svært lav kvalitet på dokumentasjonen
- 1 ikke oppgitt dokumentasjon

I tilfeller der dokumentasjonen er dårlig vises det til ekspertvurderinger i arbeidsgruppen.

Fakultetet vil bemerke at helsetjenesten står overfor mange og krevende prioriteringer, både faglig og politisk. I denne sammenheng er det viktig at retningslinjer fra helsemyndighetene legger til grunn at tjenesten, i dette tilfellet hovedsakelig Den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjonene, skal kunne sikre et godt tilbud til alle prioriterte grupper i befolkningen. Det er viktig at faglige retningslinjer knyttet til enkelte oppgaver ikke bidrar til å svekke andre. Retningslinjene må derfor være tilpasset det reelle behovet og ikke komme i konflikt med det totale ansvarsområdet som, i dette tilfellet, Den offentlige tannhelsetjenesten er lovpålagt. Anbefalinger med moderat til lav vitenskapelig kvalitet må vurderes med stor varsomhet opp mot hvilke ressurser de legger beslag på.

I vedtak fra møte i Nasjonalt Råd for Helse- og omsorgssektoren 16.02.2017 fokuseres det på prioriteringsutfordringene knyttet til sosial ulikhet, mangfold, praksis- og prisvariasjon, og det anbefales at disse områdene får oppmerksomhet i det videre arbeidet i forskningsinstitusjoner og hos myndighetene.

Rådet anbefalte at det foretas en gjennomgang av regelverket for offentlig refusjon av tannhelsebehandling, slik at de med størst behov får prioritet. Det anbefalte videre at det burde vurderes hvordan særlig utsatte grupper og eldre i bedre grad kan ivaretas innenfor den offentlige tannhelsetjenesten.

Fakultetet vil i denne sammenheng minne om at dekningsgraden for gruppe C i Den offentlige tannhelsetjenesten er lav. Dette er en voksende gruppe som på grunn av store tannhelseproblemer får redusert sin livskvalitet og muligheter for ernæring i de siste årene av livet, uten at helsemyndighetene ser ut til å vie problemene særlig oppmerksomhet. Fakultetet ønsker ikke å sette grupper av pasienter opp mot hverandre, men finner det nødvendig å påpeke at ytterligere satsing på barnepopulasjonen som vil kreve ytterligere bruk og derved allokering

av ressurser må være målrettet og bygge på god dokumentasjon.

#### Tilgjengelig tannhelsestatistikk

Det stilles i høringsnotatet spørsmål ved KOSTRA-rapporteringen. Det er imidlertid liten grunn til å diskutere den betydelige tannhelseforbedringen blant barn og unge gjennom de siste tretti årene. Dette er ikke et særnorsk fenomen, men rapporteres fra en rekke land.

Det slås i høringsnotatet fast at kariesutviklingen er størst 2-4 år etter tannerupsjonen. Bortsett fra visdomstennene er i så måte den største kariesutviklingen tilbakelagt i 18 års alder.

Gjennomsnittstall fra 2015 viser at 12-åringene hadde én tann med fylling eller behandlingskrevende karies. 18-åringene hadde 3,9 DMFT. 22 % er kariesfrie.

Statistikken fra 2015 viser samtidig at 9,6 % av 18-åringene har fler enn ni DMFT.

En målsetting om «reduksjon av sosiale- og andre ulikheter i tannhelsen» må i størst mulig grad rettes inn slik at de mest utsatte fanges opp med individrettede tiltak så tidlig som mulig. Fakultetet leser høringsnotatet med dette målet i sentrum. Det er i denne sammenheng viktig at tiltak som forutsettes gjennomført ikke innebærer en sykeliggjøring av friske barn, i jakten på den begrensede andelen som faktisk trenger økt oppmerksomhet.

Helsedirektoratet foreslår to vesentlige omprioriteringer som er lite målrettede:

Samtlige barn og unge i fem indikator-kull skal innkalles årlig, primært for å styrke statistikkgrunnlaget. I dag skjer innkallingene på individuell basis, og statistikkene omfatter de som blir innkalt av indikator-kullene: 5, 12 og 18 år.

Videre skal en rekke tiltak iverksettes for alle som ikke har åpenbart «lav

	<p>kariesrisiko». Flere av kriteriene direktoratet foreslår for å skille ut lavrisikogruppen er til dels vanskelige eller umulige for tannhelsepersonellet å kontrollere.</p> <p>Den foreliggende 109 sider lange retningslinjen er uegnet som prioriteringsverktøy for å hjelpe dem i «den endelige målgruppen» som trenger det mest. Den vil bidra til å legge beslag på ressurser som burde vært brukt på andre pasienter med store tannhelseutfordringer (eksempelvis pleietrengende syke og gamle). Fakultetet gir undervisning til studentene slik at de har kunnskap og ferdigheter for å kunne gjøre en faglig god jobb i tannhelsetjenesten, men finner det problematisk å skulle legge om undervisningen av landets kommende tannleger i tråd med noen av kravene i den nasjonale retningslinjen slik de fremstår i høringsnotatet.</p> <p>Sitat: «Sentralt mål med nasjonale faglige retningslinjer: Bidra til god kvalitet og <u>riktige prioriteringer</u> i helse- og omsorgstjenesten.»</p> <p>På dette grunnlag bør Helsedirektoratet gjennomgå forslaget til <i>Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år</i> på nytt.</p>
<p><b>Kapittel 1. Helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for barn og unge</b></p>	<p><b>Kommentarer knyttet til anbefalinger:</b></p>
<p>1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal drive helsefremmende- og forebyggende virksomhet. (lovkrav)</p>	<p><b>Dokumentasjon: Lovkrav</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette bør være en unødvendig presisering som fremgår av lovverket.</p>
<p>2) Barn og unge bør pusse tennene med fluortannkrem to ganger daglig. (s.9)</p>	<p><b>Dokumentasjon: Høy</b></p>

	<p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette er velkjent for norske tannleger og tannpleiere.</p>
<p>3) Tannhelsepersonell bør gi barn/foresatte og ungdom kostholdsveiledning i tråd med Helsedirektoratets nasjonale kostholdsanbefalinger. <b>(s.15)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Høy</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Kostholdsveiledning er godt innarbeidet i utdanningen av så vel tannleger som tannpleiere.</p>
<p>4) Småbarns foresatte bør få informasjon om forebyggende tiltak for barnet. <b>(s.19)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lav</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Tannleger er godt kjent med dette. Dette er praksis som har vært fulgt i mange år.</p>
<p>5) Tannhelsetjenesten bør ha et systematisk samarbeid med helsestasjon. <b>(s.21)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Fraværende</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Se nedenfor.</p>
<p>6) Tannhelsepersonell bør pensle barn og unges risikoflater med fluorlakk ved hver konsultasjon for å forebygge karies. <b>(s.22)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Høy</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dokumentasjonen beskrives som «Høy», men samtidig argumenteres det i andre retninger. I avsnittet «Forskningsgrunnlaget» (s. 24) heter det avslutningsvis: «Studiene på effekten av fluorlakk er stort sett utført i populasjoner med høy forekomst av karies. Den absolutte nytten av fluorlakk vil være avhengig av kariestilvekst i målgruppen. Er forventet kariestilvekst liten, vil</p>

	<p>nyttens av fluorlakk være liten.»</p> <p>Dette er av betydning når «risikoflater» forklares som (s.22)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyerupterte tenner i sidesegmentene</li> <li>- Okklusal- og approssimalflater i sidesegmentene</li> </ul> <p>hvilket i praksis innebærer tennene hos de fleste barn og unge mellom 2 og 20.</p> <p>Tilgjengelig tannhelsestatistikk rettferdiggjør ikke et så omfattende tiltak overfor alle barn.</p>
<p>6b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	<p>Fakultetets kommentar: Igjen kan det stilles spørsmål ved at en stor andel friske barn skal motta behandling uten at det kan dokumenteres en nevneverdig besparende gevinst.</p> <p>På side 23 argumenteres det med at kostnadene i hovedsak vil være knyttet til preparatet fluorlakk. Det anslås en kostnadsøkning på 5-6 millioner kroner, - eller 263 000 – 316 000 kroner per fylke. «Dette er kostnader det første året etter at praksis er endret. Deretter vil kostnadene avta.» Det er åpenbart at <u>endringen</u> i kostnad, før og etter endret praksis, vil utjevnes. En merkostnad blir det imidlertid i fremtiden når tennene til en stor gruppe friske barn skal fluorlakkes.</p>
<p>7) Tannlege/tannpleier bør fissurforsegle* barn og unges permanente molarer tidligst mulig etter full erupsjon for å forebygge karies. Fissurforsegling bør ikke utføres på barn/unge med lav kariesrisiko. <b>(s.25)</b></p> <p>*«Lakkering» av jekslenes fissurer/«groper» med et tyntflytende materiale som herder og får en sterk binding til emaljen</p>	<p><b>Dokumentasjon: Høy</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Kommentar: Det tas her til orde for at <u>alle</u> barn, unntatt de som etter direktoratets beskrivelse passer inn blant barn med «lav kariesrisiko», skal få permanente molarer fissurforseglet.</p> <p>s. 30 – Identifisering av barn / unge med lav kariesrisiko:</p>

	<p>Forhold som bør vektlegges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen helseutfordringer / habiliteringsbehov eller medikamentbruk som øker kariesrisiko.</li> <li>- Ingen (lite) karieserfaring (manifest karies)</li> <li>- Initialkaries er behandlet og under kontroll.</li> <li>- Tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem.</li> <li>- Godt kosthold uten hyppig inntak av sukkerholdig mat / drikke.</li> <li>- Andre forhold som kan ha betydning, se anbefalingen om vurdering av kariesrisiko (lenke).</li> </ul> <p>Flere av de sist nevnte forholdene er det umulig å vite noe sikkert om for tannhelsepersonellet. Vektlegges problematiske funn på de første strekpunktene snakker vi vel heller om tradisjonell kariesrisiko som tilsier nødvendig ekstra innsats, men som direktoratet nå tar til orde for ikke å vektlegge (pga. falske negative). Spørsmålet er om ekspertgruppens råd leder til en stor andel falske positive, noe som bidrar til dårlig ressursutnyttelse.</p>
7b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse	<p>Ved innfasing (opptrappingsplan over seks år; 2018-2024) anslås det en kostnadsøkning knyttet til 19 årsverk første år og 15 årsverk andre år. <u>Deretter vil den forebyggende effekten gradvis komme</u>, og i 2024 er det frigjort 19 tannlege- og 5 tannhelsesekretærårsverk, mens det er behov for 13 nye tannpleiere.</p> <p>Etter innfasing viser direktoratets analyse at tiltaket er kostnadseffektivt. Årsaken er forebygging av okklusalkaries med påfølgende reduksjon i fyllingsterapi. Beregningen viser at 31 tannlege- og 9 tannhelsesekretærårsverk kan frigjøres, og at det er behov for 8 nye tannpleierårsverk. Hvis gevinsten realiseres innebærer det en innsparing på 49 millioner kroner. Tidsressursene kan også benyttes til andre oppgaver.</p>



Fakultetets kommentar:

I 2015 var gjennomsnittlig DMFT blant 12-åringene 1.

Gjennomsnittlig DMFT blant 18-åringene (seks år etter frembrudd av tolvårsjeksene) var 3,9. 22 % var kariesfrie (ikke behandlingskrevende karies).

Tannhelseforbedringen har vært stigende gjennom alle år siden 1985.

Direktoratets analyse av effekten sies å være en reduksjon i okklusalkaries på 67 % i 2030, - men den er forbundet med usikkerhet. Hvor mange friske okklusalflater vil – med det foreslåtte regimet - være fissurforsøglet frem til da, fremfor eksempelvis å styrke tilbudet til pleietrengende syke og gamle?

Sist nevnte er også Helsedirektoratets ansvar å bidra til.

Den «personlige meddelelsen» fra Troms, som Helsedirektoratet ser ut til å vektlegge mer enn Kostra-tallene, viser til at kun 6 % av 16-åringene var helt kariesfrie. 84 % hadde approximalkaries synlig på BWs. 85 % hadde behov for non-operativ kariesbehandling.

Dagens resultat: 3,9 DMFT i gjennomsnitt, og 22 % tilnærmet kariesfrie, er oppnådd til tross for at ikke 85 % av 16-åringene har mottatt non-operativ kariesbehandling, eller fem hele årskull er undersøkt årlig for å bedre det statistiske grunnlaget. Karies utvikles mest de første 2-4 årene etter tannfrembrudd (beskrevet i retningslinjen). Konsekvensen av at 78 % av 18-åringene bærer på «arr» etter tidligere «sår» (aktiv karies) er ukjent, ettersom vi mangler nasjonal statistikk for eksempelvis aldersgruppen 20-30 år. Målgruppen bør, heller enn nesten alle, eksempelvis være de 9,6 % av 18-åringene som har

	flere enn 9 DMFT. Dette bidrar retningslinjen i liten grad til.
8) Tannhelsepersonell bør benytte metoden «Motiverende intervju/samtale» (MI) for å forsøke å endre uheldig tannhelseatferd hos barn/unge eller foresatte. <b>(s.35)</b>	<b>Dokumentasjon: Moderat</b> <b>Styrke: Bør</b>
8b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse	
9) Tannhelsepersonell bør delta i forebyggende arbeid mot tobakk, og tilby ungdom som snuser eller røyker hjelp til å slutte. <b>(s.40)</b>	<b>Dokumentasjon: Moderat</b> <b>Styrke: Bør</b>  Kommentar: Fakultetet er enig i dette, men forutsetter at dette allerede er etablert praksis.
10) Barn og unge med gingivitt* kan bruke tanntråd daglig i tillegg til tannbørsting <b>(s.42)</b> *tannkjøttbetennelse	<b>Dokumentasjon: Lav</b> <b>Styrke: Kan</b>  Fakultetets kommentar: Helsedirektoratet skriver under «ressurshensyn» at: «Anbefalingen <u>innebærer en begrensning i bruk av tanntråd i forhold til dagens praksis, noe som kan medføre mindre bruk av ressurser til opplæring i bruk av tanntråd. Tiltaket vurderes som kostnadseffektivt.» Ressursene det her er snakk om å redusere kan imidlertid ikke være store, gitt annen informasjon som uansett skal gis.</u>
<b>Kapittel 2. Tann- og munnundersøkelser av barn og unge</b>	

<p>1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi nødvendig opplæring til helsestasjon om munnundersøkelser på barn under 3 år <b>(s.44)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lovkrav (Lov om tannhelsetjenesten § 1-3)</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Det foregår i dag et utstrakt samarbeid mellom Tannhelsetjenesten og helsestasjonene, og som Helsedirektoratet skriver er dette hjemlet i lovkrav.</p>
<p>2) Tannlege/tannpleier bør vurdere kariesrisiko ved hver tann- og munnundersøkelse av barn og unge.</p> <p>Kariesrisiko bør danne grunnlag for fastsettelse intervall til neste undersøkelse, sammen med tannfrembrudd, bittutvikling, helseutfordringer og andre forhold. <b>(s.45)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: I retningslinjen argumenteres det, med bakgrunn i noe forskning, for at man underregistrerer syke barn i størrelsesorden 1 av 4 («falske negative») dersom man forsøker å definere dem inn i en høy-karies risikogruppe.</p> <p>Retningslinjen anbefaler derfor kun vurdering av <u>lav</u> kariesrisiko. Dette, samtidig som de sikreste parameterne som foreslås til en slik vurdering stort sett skiller ut barn med høy kariesrisiko.</p> <p>I forsøket på å finne et alternativ til «høy kariesrisiko», kommer Helsedirektoratet i skade for å sykeliggjøre en stor andel friske barn som, med bakgrunn i tilgjengelig statistikk, etter alt å dømme utgjør «falske positive». Det mest problematiske i denne sammenheng er at tiltakene som foreslås overfor disse er ressurskrevende. Treffsikkerheten, med hensyn til å hjelpe de som i dag vokser opp med dårligere tannhelse, er usikker.</p> <p>Forøvrig er det tradisjon i Tannhelsetjenesten for å fastsette individuelle innkallingsintervaller.</p>
<p>3) På faglig grunnlag anbefales det å ta bitewing-røntgen av barn og unge i forbindelse med kariesundersøkelse ved 5 år, 8-10 år, 12 år,</p>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p>

<p>15 år og 18 år. <b>(s.49)</b></p> <p>I henhold til strålevernloven skal det likevel gjøres en individuell vurdering om det er grunn til å fravike anbefalingen. Fravik skal begrunnes i journalen.</p>	<p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Strålehygiene må vektlegges i vurderingen av behov for røntgenopptak. Helsedirektoratet snur kravene i strålevernloven på hodet når det tas til orde for at gitte aldersgrupper som hovedregel skal påføres røntgenopptak (2 bitewing-røntgen), mens helsepersonellet skal dokumentere individuelle avvik fra denne hovedregelen i journalen. Fakultetet viser i denne sammenheng til Strålevernforskriften, der de mer konkrete føringene ligger.</p> <p>Fakultetet vil på nytt minne om at 12-åringene i Norge, i snitt, har 1 - én - DMFT, mens 18-åringene har 3,9 DMFT. Dette rettferdiggjør ikke rigide regler for røntgenopptak på gruppenivå.</p> <p>Hovedregelen må derfor stadig være at beslutning om røntgenopptak gjøres på individuell basis. Kapittelet i forslaget til retningslinje må omarbeides slik at det ikke, som nå, kommer i konflikt med Strålevernforskriften.</p>
<p>4) Barn og unge 3-20 år bør få en tann- og munnundersøkelse (statusundersøkelse) ved følgende aldre: 3 år, snarest mulig etter fylte tre, 5 år, 12 år, 15år og 18 år.</p> <p>Statusundersøkelser utenom disse aldre bør fastsettes etter individuell risikovurdering. Undersøkelsesintervall bør minst være ett år og maksimalt to år. <b>(s.53)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetet finner det problematisk dersom Helsedirektoratet, av hensyn til statistikkgrunnlaget, stiller krav om at samtlige i de nevnte aldersgruppene skal utgjøre indikator-kull som årlig <u>bør</u> kalles inn til «statusundersøkelse».</p> <p>Man kunne isteden sammenholde tallgrunnlaget fra en to-årsperiode for å styrke statistikkgrunnlaget med hensyn til tannhelsetilstanden.</p> <p>Statistikken for 18-åringene kan gi en god pekepinn på resultatene som er oppnådd gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten. Ved å se tallgrunnlaget for to år i sammenheng vil tallene kanskje kunne reflektere virkeligheten på en bedre</p>

	<p>måte.</p> <p>Eventuelle drop-outs fra Tannhelsetjenesten, slik vi er kjent med fra den videregående skolen, vil kreve helt andre tiltak. Kanskje er det blant disse vi vil finne de virkelige tannhelseutfordringene, noe retningslinjen ikke adresserer.</p> <p>Gitt at vel 30 % av alle barn får kjeveortopedisk behandling, og enda flere trenger vurdering, savnes en mer detaljert oversikt og diskusjon knyttet til vurderingen av okklusjonsutviklingen i forslaget til retningslinje.</p>
<p>5) Tannlege/tannpleier bør følge en standardisert prosedyre ved statusundersøkelser av barn og unge. <b>(s.56)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette forutsettes å være hovedregelen i dagens tannhelsetjeneste.</p>
<p><b>Kapittel 3. Non-operativ behandling av initialkaries hos barn og unge</b></p>	
<p>1) Initiale karieslesjoner hos barn og unge bør behandles non-operativt* ved at flere hjemmebaserte og profesjonelle tiltak kombineres. <b>(s.58)</b></p> <p>*ikke behandling med fyllingsterapi, men med fluor, fissurforssegling mm.</p>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Sitat fra retningslinjen – «<i>Ressurshensyn: Anbefalingen vil først og fremst gjelde barn med mye karies eller høy risiko for utvikling av karies.</i>»</p> <p>Fakultetets kommentar: Annet sted i retningslinjen (s.25 – s.30) problematiseres det forhold at forsøk på å definere «risiko-barn» innebærer falske negative i ett</p>

	<p>av fire tilfeller. Det skapes usikkerhet når Helsedirektoratet her anbefaler «høy risiko» som egen kategori, samtidig som retningslinjen på andre områder fraråder det samme.</p> <p>Ikke desto mindre er tilnærmingen her i tråd med vanlig praksis og god prioritering, og støttes av fakultetet.</p>
<p>2) Tannlege/tannpleier bør benytte fissurforsøgling som behandling av initialkaries (grad 1 og 2) i fissurer/fossae* i barn og unges i permanente tenner. <b>(s.62)</b> *«groper» i tennene</p>	<p><b>Dokumentasjon: Høy</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Initialkaries (grad 1 og 2) er kriterium her. I tidligere krav (tiltak 1-7) er kriteriet mindre konkret, og Helsedirektoratet tar til orde for at <u>alle</u> barn unntatt de med lav kariesrisiko (som det er noe uklart hvordan man rent praktisk definerer), skal fissurforsøgles.</p> <p>Dette forslaget støttes av Fakultetet, men er dessverre mer eller mindre overflødig dersom tiltak 1-7 allerede er iverksatt.</p>
<p>3) Barn og unge 2–20 år med aktiv initialkaries i tennenes glattflater, bør få behandlet disse med fluorlakk minst to ganger per år. Fluorlakk kan også benyttes som behandling av initialkarieslesjoner i fissurer/fossae i primære tenner, og i permanente tenner der fissurforsøgling ikke er indisert. <b>(s.65)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lav</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Fakultetet støtter dette forslaget som er bedre enn anbefalingen i forslag 1-6 der målgruppen er «risikoflater», noe som er svært bredt definert. Fakultetet vil forøvrig presisere følgende: «... <u>minst</u> to ganger per år». Det finnes lite vitenskapelig belegg for at fluorlakk mer enn to ganger årlig har effekt.</p> <p>Siste del av dette bør-kravet åpner for en annen forståelse av bør-kravet 1-7 tidligere i retningslinjen.</p>

	Fakultetet støtter at høyt kompetent fagpersonell stilles fritt til å gjøre faglige vurderinger, men finner det problematisk at Helsedirektoratet i forslaget til nasjonal faglig retningslinje fremmer bør-krav som virker motstridende.
4) Barn og unge 7-20 år med initiale karieslesjoner kan benytte daglig fluorskyll 0,2 % NaF i tillegg til tannpuss med fluortannkrem. Barn under 12 år bør skylle under tilsyn av foresatte. Ungdom over 16 år kan bruke høykonsentrert fluortannkrem som alternativ. <b>(s.67)</b>	<b>Dokumentasjon: Moderat/lav</b>  <b>Styrke: Kan</b>  Fakultetets kommentar: Dette er kunnskap som autoriserte tannleger og tannpleiere besitter.
5) Tannhelsepersonell kan benytte fluorgel som behandling av initialkaries hos barn og unge 7-20 år med funksjonshemming og høy kariesrisiko. <b>(s.70)</b>	<b>Dokumentasjon: Lav</b>  <b>Styrke: Kan</b>  Fakultetets kommentar: Dette er kunnskap som autoriserte tannleger og tannpleiere besitter.
6) Barn og unge med approximal* initialkaries kan bruke tanntråd daglig inntil karies har stoppet eller er reversert. <b>(s.72)</b>  *Karies på flater som grenser mot annen tann	<b>Dokumentasjon: Ikke omtalt</b>  <b>Styrke: Kan</b>  Fakultetets kommentar: Det er interessant at betydningen av mellomromsrenhold generelt nedtones i retningslinjen, med henvisning til fravær av vitenskapelig dokumentasjon. Dette er ikke det eneste tiltaket som har lite dokumentert effekt, men holdninger skal skapes, - også for å forebygge fremtidig periodontitt. Eventuell rådgiving om dette vil ikke være særlig ressurskrevende.
<b>Kapittel 4. Oppfølging av barn med (mulig) høy kariesrisiko og barn som ikke møter til time</b>	

<p>1) Tannhelsepersonell bør tilstrebe god kommunikasjon med pasient/foresatte, og tilrettelegge for å bygge en god relasjon. <b>(s.73)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lav</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette er grunnleggende for tannleger og tannpleiere.</p>
<p>2) Tannhelsepersonell bør ta personlig kontakt med pasient/foresatte når pasienten ikke møter til avtalt time. <b>(s.75)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Ikke oppgitt</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p>
<p>3) Tannhelsepersonell bør sende SMS-påminnelse om timeavtaler. Påminnelsen sendes barnet/ungdommen og/eller foresatte. <b>(s.77)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Ikke oppgitt</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: I en tannhelsemelding til Oslo bystyre i 2013 kom det frem at det i mange år var en ikke-møtt statistikk på 15-20 % i Oslo. Høsten 2012 tok Tannhelsetjenesten i bruk SMS-varsling. Fra august og ut året steg antallet konsultasjoner med ca. 3000 sammenliknet med tidligere år. Dette er ett eksempel som viser at sms-varsling er like viktig som det mest sannsynlig nå er innarbeidet i Den offentlige tannhelsetjenesten.</p>
<p>4) Barn og unge med mye karies eller høy kariesrisiko bør få høy prioritet og tett oppfølging i tannhelsetjenesten. <b>(s.79)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Ikke oppgitt</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette fremstår som en unødvendig presisering. Budskapet er innlysende for autoriserte tannleger og tannpleiere som arbeider i tjenesten. Om det skulle være noen usikkerhet knyttet til dette, så må det være Helsedirektoratets beskrivelser av kariesrisiko tidligere i retningslinjen.</p>
<p>5) Foresatte til barn med mye karies eller økt kariesrisiko, bør involveres særskilt i arbeidet med å forbedre barnets tannhelse.</p>	<p><b>Dokumentasjon: Svært lav</b></p>



<p>Søsken bør få spesiell oppmerksomhet. <b>(s.79)</b></p>	<p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Som i punkt 4) er dette innlysende for praktiserende tannhelsepersonell, selv om dokumentasjonen er svært lav.</p> <p>«Økt kariesrisiko» er imidlertid også her et noe merkelig begrep i en retningslinje der det tas til orde for at man underregistrerer 25 % av de syke ved å legge «høy kariesrisiko» til grunn for utvelgelsen.</p> <p>Det er i høringsnotatet ikke forsøkt å tallfeste hvor stor andel friske barn som sykeliggjøres i kampen for å fange opp den angivelige 25-prosenten man mister ved å bruke «høy kariesrisiko» som utvelgelses- og prioriteringskriterium.</p> <p>Fakultetet vil også her understreke betydningen av å prioritere de mest sykdomsutsatte blant barn og unge, noe retningslinjen i liten grad ivaretar.</p>
<p>6) Barn og unge med innvandrerbakgrunn bør få høy oppmerksomhet i tannhelsetjenesten. De som har behov bør få tett oppfølging for å forebygge og stanse utvikling av tannsykdom. <b>(s.81)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lav</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Barn med innvandrerbakgrunn er en svært heterogen gruppe avhengig av hvor barnet kommer fra, sosio-økonomisk status og hvor lenge familien har bodd i landet og kan derfor ikke grupperes under ett.</p> <p>Det er innlysende at pasienter med økt risiko følges tettere enn de lite sykdomsutsatte.</p>
<p>7) Barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, bør få høy oppmerksomhet i tannhelsetjenesten.</p> <p>Tannhelsetjenesten bør bidra til at helsetjenesten har kunnskap</p>	<p><b>Dokumentasjon: Ikke oppgitt</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Sykdomsutsatte barn skal følges tettere enn andre. Retningslinjen bidrar negativt til dette, gjennom å være lite målrettet i andre bør-</p>

<p>om at disse barna kan ha høy kariesrisiko og bør henvises til tannklinikken. Det kan gjøres ved å delta i eksisterende fora for tverrsektorielt samarbeid og ha samarbeidsavtaler med aktuelle instanser. <b>(s.84)</b></p>	<p>krav.</p> <p>Retningslinjen tar flere steder til orde for et samarbeid mellom allmenntannhelsetjenesten og spesialister innen barnetannpleie. Et slikt samarbeid er ønskelig, men det er også viktig med samhandling med andre spesialiteter innen tannhelsetjenesten og, for familier med sosiale og helsemessige utfordringer, helsetjenesten generelt.</p>
<p>8) Flyktninger og asylsøkere i alderen 0–20 år har som andre barn og unge rett til innkalling og undersøkelse fra den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3.</p> <p>Tannhelsetjenesten bør inngå samarbeidsavtaler med mottak, som trekker opp rutiner og fordeler ansvar for hvordan nødvendig tannhelsehjelp inkl. forebyggende tjenester, skal ytes. <b>(s.86)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Dette bør være ivaretatt gjennom det totale knippe av rettigheter som gjelder disse barna, og som er lovfestede rettigheter.</p>
<p><b>Kapittel 5 - Opplysningsplikten ved omsorgssvikt/vold mot barn og unge</b></p>	
<p>9) Lovmessig opplysningsplikt til barnevern og politi (lovkrav) <b>(s.87)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon. Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>10) Beslutning om å sende bekymringsmelding bør skje etter en samlet vurdering av</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnets og foresattes atferd</li> <li>• kommunikasjon og samspill mellom barn og foresatte.</li> <li>• fysiske eller psykiske tegn på vold/overgrep.</li> <li>• andre forhold som kan gi grunn til bekymring.</li> <li>• tannhelsepersonells "magefølelse".</li> </ul>	<p><b>Dokumentasjon: Moderat</b></p> <p><b>Styrke: Bør</b></p> <p>Dette er vel implementert i praksis i dag.</p> <p>Punktet "magefølelse" kan ikke benyttes som kriterium for bekymringsmelding.</p>

<b>(s.90)</b>	Bekymringsmeldinger kan ha store konsekvenser for de det gjelder og må være tuftet på evidensbasert praksis.
11) Hvordan tannhelsepersonell skal melde fra om bekymringer til barnevernet (lovkrav) <b>(s.93)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Skal</b>
12) Bekymringer skal dokumenteres og journalføres (lovkrav) <b>(s.93)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Skal</b>
13) Tannhelsetjenesten skal ha et system som sikrer ivaretagelse av opplysningsplikten (lovkrav) <b>(s.94)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Skal</b>
14) Fylkeskommunen skal sørge for at tannleger i rimelig grad er tilgjengelige for å kunne gjennomføre tann- og munnundersøkelser på barn ved Statens Barnehus. <b>(s.95)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Skal</b>
<b>Ansvar, plikter, rettigheter</b>	
1) Barn og unge har rett til å få tannbehandling. <b>(s96)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Rett til</b>
2) Barn har rett til å bli hørt og rett til medbestemmelse. <b>(s.97)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Rett til</b>
3) Ungdom over 16 år skal samtykke til helsehjelp selv. <b>(s.99)</b>	<b>Dokumentasjon: Lov</b> <b>Styrke: Rett til</b>

<p>4) Tannhelsepersonell skal utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte. <b>(s.100)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>5) Tannhelsepersonell har plikt til å føre journal. <b>(s.101)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>6) Tannhelsepersonell har taushetsplikt. <b>(s.102)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>7) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha systematisk styring av sine aktiviteter. <b>(s.103)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov – forskrift</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>8) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et system for håndtering av avvik. <b>(s.104)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov – forskrift</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p>
<p>9) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et oppsøkende tilbud. <b>(s.105)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Merk at dette også gjelder gruppene B og C.</p>
<p>10) Tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten skal være tilgjengelig. <b>(s.106)</b></p>	<p><b>Dokumentasjon: Lov</b></p> <p><b>Styrke: Skal</b></p> <p>Fakultetets kommentar: Merk at dette også gjelder gruppene B og C.</p>

<b>Metode</b>	
Kunnskapsbasert tilnærming Utarbeidelse av forskningsgrunnlaget Vurdering av forskningsgrunnlaget Utarbeidelse av anbefalinger Vurdering av anbefalinger Anbefalingenes rettslige betydning Implementering, evaluering og revisjon	
<b>Om retningslinjen</b>	