



Årsmelding for tannhelsetjenesten 1999 og 2000

IK-2758 Oslo 15. november 2001

Innhold:

1. Innledning

2. Grunnlaget for årsmeldingen

3. Resultater

3.1 Personell

3.2 Omfangsdata

3.3 Tannhelsesdata

3.4 Økonomidata

4. Diskusjon

4.1 Personell

4.2 Omfang

4.3 Tannhelse

4.3.1 Årsaker knyttet til rapportering

4.3.2 Årsaker knyttet til tannhelsevaner

5. Oppsummering

Årsmelding for Den offentlige tannhelsetjenesten 1999 og 2000

1. Innledning

Statens helsetilsyn har siden begynnelsen av 1970-tallet innhentet landsomfattende data om tannhelsetjenesten og om tannhelsen til barn og unge. Årsmeldingen omfatter personell-, omfangs-, tannhelse- og økonomidata.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Dette innebærer samarbeid på tvers av forvaltnings- og tjenestenivåer. Godt samarbeid er en forutsetning for at de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven får tilbud om vederlagsfrie tannhelsetjenester.

I tillegg skal Den offentlige tannhelsetjenesten gi et oppsøkende tannhelsetilbud til følgende grupper:

- a) barn og ungdom 0-18 år,
- b) psykisk utviklingshemmede over 18 år,
- c) eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie,
- d) ungdom 19-20 år og
- e) andre grupper i befolkningen som fylkeskommunen selv definerer.

Den offentlige tannhelsetjenesten yter også behandling til voksent betalende klientell der det er behov for det.

2. Grunnlaget for årsmeldingen

Statens helsetilsyn skal ha overordnet faglige tilsyn med helsetjenesten i landet jfr tilsynsloven. Dette innebærer tilsyn med både tannhelsetjenesten og tannhelsen.

Statens helsetilsyn innhenter data om;

- ★ personell i den offentlige og private tannhelsetjenesten,
- ★ omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten,
- ★ tannhelsedata hos indikator-kull (5-, 12- og 18-åringer),
- ★ økonomitall fra Den offentlige tannhelsetjenesten.

Dataene er innhentet fra alle tannklinikker i Den offentlige tannhelsetjenesten og videreformidlet gjennom fylkestannlegene i landets 19 fylker. De innsendte tallene er sammenstilt av Helsetilsynet i tabeller, som igjen er sendt fylkestannlegene for korrektur og kvalitetssikring.

Fra år 2001 skal Statistisk Sentralbyrå overta ansvaret med å sammenstille dataene. Innrapporteringen vil skje som en del av fylkenes KOSTRA-rapportering. Forsøksvis har det i 1999 vært med fem fylker i en slik innrapportering og syv i 2000. Dataene er å finne på www.ssb.no./kostra. Det vil være de samme områdene for rapportering som tidligere, slik at rapporteringsskjemaene er sammenlignbare med dem som Helsetilsynet tidligere har benyttet.

3. Resultater

3.1 Personell

Tannleger

Tallene viser en økning i antall vakante tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten. I 1999 var 13 % av stillingene ledige, og i 2000 var 15 % ledige. I alle fylkene fra Sogn og Fjordane og nordover er ledigheten over 20 %. Hedmark har også en ledighet på over 20 %. Ledigheten er redusert noe i Vestfold og Nordland, mens Telemark har hatt en reduksjon i ledighet på i alt 13 % (6 stillinger). Helsetilsynet innhenter ledighetsdata for tannleger og tannpleiere tre ganger i året. Per 1. mai 2001 hadde Nordland og Rogaland den høyeste ledigheten med drøyt 25 % av stillingene ledige.

Tannpleiere

Også for tannpleiere har det vært en økning i ledige stillinger fra 9 % ledige i 1998 til 12 % i 1999 og 2000.

Annet personell

Når det gjelder tannhelsesekretærer og annet personell holder tallene seg relativt stabile.

Privat

Data fra den private tannhelsetjenesten er usikre, da det ikke systematisk innhentes data. Tallene viser imidlertid har antallet privat praktiserende tannleger (inkl. spesialister) har økt med 222 fra 1992 til 2000. I den offentlige tannhelsetjenesten har antallet offentlig ansatte tannleger blitt redusert med 39 i samme tidsperiode.

Også for tannpleiere, tannhelsesekretærer og tannteknikere i privat sektor har det vært en økning på hele 1990-tallet.

3.2 Omfangsdata

Statens helsetilsyn og fylkeslegene skal føre tilsyn med Den offentlige tannhelsetjenesten, jfr tannhelsetjenesteloven § 6-2 og tilsynsloven §§ 1 og 2.

I Den offentlige tannhelsetjenesten brukes imidlertid begrepet "under tilsyn" i betydningen pasienter som er "under oppfølging" av Den offentlige tannhelsetjenesten. Denne oppfølgingen må ses i forhold til bestemmelsen i tannhelsetjenestelovens § 1-3 om regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til prioriterte grupper. Bruken av begrepet er innarbeidet over tid i tannhelsetjenesten. I årsmeldingen er det denne betydningen som legges til grunn. Å være "under tilsyn" av Den offentlige tannhelsetjenesten er definert i Helsedirektoratets rapport om rapporteringssystem i Den offentlige tannhelsetjenesten fra 1988.

- Å være "under tilsyn" i Den offentlige tannhelsetjenesten innebærer;
- tannhelseundersøkelse av tannlege eller tannpleier,
- nødvendig tannbehandling,
- opplæring i forebyggende tiltak og
- tilbud om oppfølging, basert på faglig vurdering.

Barn og unge

Av tannhelsetjenestelovens gruppe a), barn og unge, er 92 % under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten.

70 % av alle mellom 3 og 18 år var undersøkt eller behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten i rapportåret. I 1997 var tilsvarende andel 78 % og i 1992 var andelen 85 %. På hele 1990-tallet har det vært nedgang i andelen undersøkt/behandlet, mens det kun har vært en liten reduksjon i totalgruppen under tilsyn i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Psykisk utviklingshemmede

Av psykisk utviklingshemmede over 18 år er 87 % under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten og 76 % har vært til undersøkelse/ behandling i 2000. Andelen under tilsyn har holdt seg relativt stabil på oppunder 90 % av totalgruppen. Psykisk utviklingshemmede under 18 år inngår i gruppe a) barn og unge.

Eldre og uføre

Gjennomsnittlig 80 % av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon er under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten. 60 % har vært inne til undersøkelse/behandling. For eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie er kun 39 % under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. Her er det store geografiske forskjeller med hele 80 % under tilsyn i Oppland og 21 % i Oslo.

Ungdom

2000 var i gjennomsnitt 61 % av ungdom mellom 19 til 20 år under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. En del av gruppen får imidlertid tilbud om tannhelsetjenester fra Forsvarets sanitet under militærtjenesten. Ungdom betaler en fjerdedel i egenandel.

Andre

Ti fylker gir tilbud til andre prioriterte grupper etter fylkeskommunalt vedtak. Det er i underkant av 5000 personer på landsbasis som er definert inn i denne gruppen. Fylkene gir tilbud til fengselsinnsatte, personer med spesielle lidelser, personer i rusmiddelomsorgen, personer under psykisk helsevern og pensjonister over 67 år.

Prioriterte grupper

Totalt er 1,1 millioner i de prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette utgjør 86 % av den totale størrelsen på gruppen.

Voksne

I tillegg får 6 % av den voksne befolkningen tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Denne andelen er uforandret siden 1995. Finnmark, Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Hedmark har mest voksenbehandling.

Totalt

Totalt er 29 % av hele befolkningen under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten.

3.3 Tannhelsesdata

Helsetilsynet har i overensstemmelse med WHO's "Helse for alle år 2000" siden 1984 samlet inn tannhelsesdata for 5-, 12- og 18-åringene.

Kariesindeksen DMFT/dmft indikerer hvor mange tenner som enten har karies (D=decayed), er mistet pga karies (M=missed) eller er fylt pga karies (F=filled). Store bokstaver gjelder for permanente tenner og små gjelder for melketenner. For årskullene rapporteres også antall kariesfrie individer, dvs andelen som aldri har hatt hull i tennene, DMFT/dmft=0.

Begynnende kariesangrep inngår ikke i registreringen, og det er kun karies som går helt inn til dentinet (tannbenet) som registreres. Dette betyr at individer registreres som kariesfrie selv om de har kariesangrep i emaljen. Ut i fra dagens odontologiske oppfatning skal ikke emaljekaries behandles med fylling, men med forebyggende tiltak.

5-åringer

Andelen 5-åringer uten karieserfaring (dmft=0) har økt kraftig i årene frem til 1997, fra 56 % kariesfrie i 1987 til 70 % i 1997. De tre siste årene har vi sett en nedgang i andelen kariesfrie 5-åringer med henholdsvis 69 % i 1998, 66 % i 1999 og 61 % kariesfri i 2000.

Gjennomsnittlig 1,5 tann har karieserfaring hos 5-åringene i 2000. I 1997 hadde 5-åringene gjennomsnittlig 1,1 tann med karieserfaring.

12-åringer

Andelen 12-åringer uten karieserfaring (DMFT=0) er i 2000 48 %, - det samme som året før.

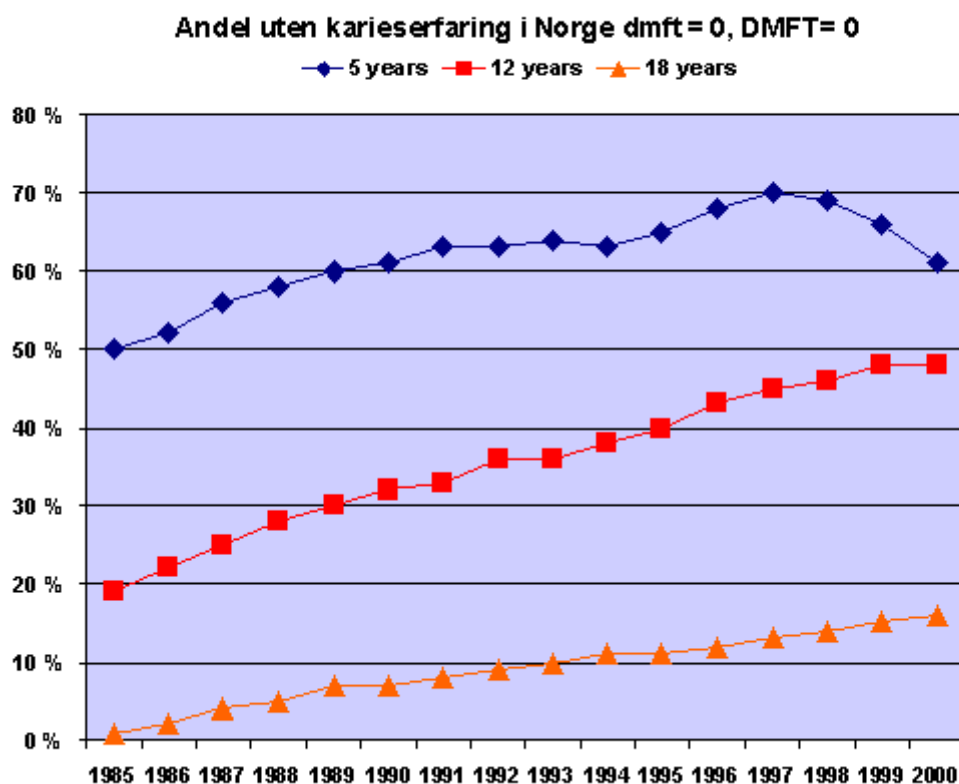
Andelen kariesfrie 12-åringer har vært økende på hele 1990-tallet, fra 36 % kariesfri i 1992 til 48 % kariesfri i 2000. Gjennomsnittlig 1,5 tann hos 12-åringene har karieserfaring. Bare 0,8 % har mer enn ni tenner med karieserfaring.

18-åringer

Andelen uten karieserfaring har vært jevnt stigende på hele 1990-tallet.

16 % av 18-åringene har ikke karieserfaring. Totalt 51 % har ikke hatt behov for fyllingsbehandling ved 18-års undersøkelsen. Gjennomsnittlig har 18-åringene 5,1 tann med karieserfaring. Av de med karieserfaring har flest mellom 1- 4 tenner med karieserfaring (37 %). En liten gruppe (16 %) har relativt mange tenner (over 9 tenner) med karieserfaring og de er med på å øke gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring hos 18-åringene.

Utfordringen, i aldersgruppen fra 12 til 18 år, er å få redusert andelen med mest karies.



Figur 1: %-andel uten karieserfaring i Norge, dmft angår melketenner og DMFT angår permanente tenner.

3.4 Økonomidata

Fylkene har rapportert inn regnskapstallene for tannhelsetjenesten, med brutto utgifter og sum inntekter. Tallene som fremkommer i tabell 4 må kun anses som veiledende fordi registrering av kostnader ikke er identisk for alle fylkene. For enkelte fylker inngår spesialisttannhelsetjenesten og andre har ikke husleiekostnadene innarbeidet i tannhelsetjenestens regnskap.

Fylkenes nettoutgifter ses i forhold til antall prioritert klientell under tilsyn og antall prioritert klientell undersøkt/behandlet. Dette gir en indikasjon på kostnader per pasient. Imidlertid er dette kun et grovt anslag på tannhelsetjenestens produktivitet. Tabellen viser at det gjennomsnittlig er brukt i underkant av kr 1400 per prioritert klientell som er undersøkt eller behandlet. I disse tallene ligger også kostnader som ikke direkte er knyttet til klinikkbehandling.

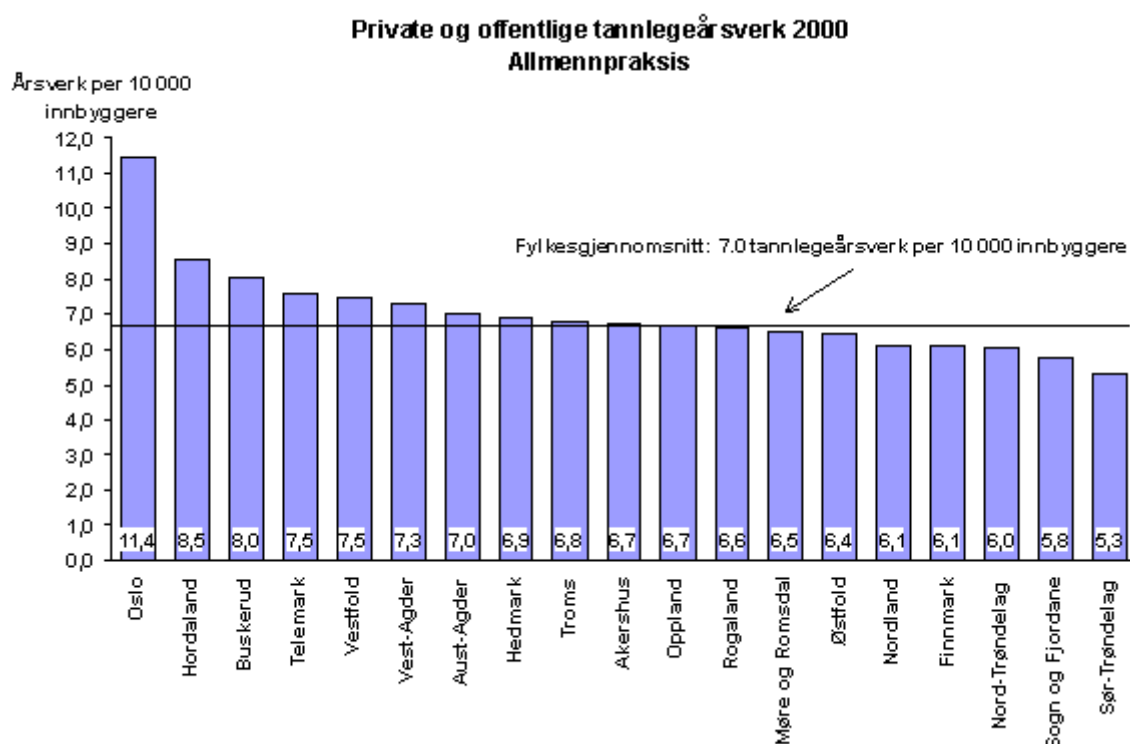
4. Diskusjon

Helsetilsynets statistikk gir oversikt over tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten og over tannhelseutviklingen. I årsmeldingen vises tannhelseutvikling hos barn og unge, men for grupper av eldre, kronisk syke og voksne har vi få tannhelseopplysninger. Det finnes imidlertid noen utvalgsundersøkelser.

Videre følger Helsetilsynets vurderinger, disse er ikke uttømmende.

4.1 Personell

Det har vært en økning i andelen vakante tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkene angir i årsmeldingen antall planlagte stillinger og antall stillinger som står ledige. Andelen ledige stillinger beregnes ut i fra det antall stillinger som fylkene ser behov for og har planlagt med. Tallene i tabell 1A1 viser at det er flest ledige tannlegestillinger på Vestlandet og nordover. Dersom antall tannlegestillinger, både offentlige og privat fordeles per 10000 innbyggere, - og holdes Oslo og Bergen utenfor blir bildet et annet. Tannleger er i liten grad skjevfordelt i disfavør av Nord-Norge og Vestlandet. Forskjellene på tannlegedekningen per 10000 innbyggere mellom fylkene er små. Midt-norge fylkene kommer dårligst ut. Denne fordelingen har vært relativt stabil på hele 1990-tallet.



Figur 2: Tannlegeårsværk per 10 000 innbygger fylkesvis, år 2000. Fra årsmeldingsdata.

Den offentlige tannhelsetjenesten har et stabilitetsproblem, spesielt i spredt bebygde områder. Personelldataene viser en økning i antall private tannleger, og en reduksjon i antall offentlige tannleger. Selv om tallene fra den private tannhelsetjenesten er noe usikre, kan man likevel se en trend ved at flere tannleger begynner eller går over fra offentlig til privat tannhelsetjeneste. Dette kan være med på å forklare ledighetsproblemene i offentlig tannhelsetjeneste. Spørsmålet er imidlertid: hva er det som gjør at flere begynner i privat tannhelsetjeneste? Her kan det tenkes forklaringer knyttet til forhold som arbeidsoppgaver, lønnsbetingelser, samfunnsutvikling, trender, holdninger, arbeidsforhold osv. Det vil være vanskelig å trekke frem en enkelt forklaring, da det ofte er summen av flere faktorer og ikke minst lokale årsaksforklaringer.

Også blant tannpleiere er det et ledighetsproblem. I 1999 gjorde Helsetilsynet en landsomfattende undersøkelse om tannpleieres yrkesutøvelse. Undersøkelsen viste at bare 65

% av utdannede tannpleiere arbeidet i yrket. Tannpleierne oppga at varierte arbeidsoppgaver, lønn og godt teamarbeid er viktige faktorer for å trives i tannpleieryrket.

Tannhelsen har bedret seg, både hos unge voksne og i befolkningen generelt. Dette medfører endret behandlingsbehov. Tannpleieren vil kunne utvide sine oppgaver innenfor tannhelseteamet og i tillegg kunne fungere som selvstendig deltaker i tverrsektorielt helsearbeid utenfor tannhelseteamet.

4.2 Omfang

Den offentlige tannhelsetjenesten gir oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge. I tannhelsetjenesteloven § 1-3 heter det at Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi oppsøkende tilbud til grupper etter prioritert rekkefølge. Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet har uttalt at dette var ment i en overgangsfase ved innføringen av loven i 1984. Fylkene skal derfor gi oppsøkende tilbud til alle gruppene i tannhelsetjenesteloven. Barn og unge, som er prioritert først, har størst andel under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. Andelen undersøkt/behandlet har blitt redusert fra 83 % i 1995 til 70 % i 2000. Dette er i tråd med anbefalinger om forlengede innkallingsintervaller der det er faglig forsvarlig. I veilederen "Tenner for livet- helsefremmende og forebyggende arbeid" anbefaler Helsetilsynet forlengede innkallingsintervaller opp mot 24 måneder for dem med god tannhelse.

Når barn er tre år kalles de inn til undersøkelse hos Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette betyr **ikke** at Den offentlige tannhelsetjenesten ikke har ansvar for dem under tre år. I tannhelsetjenesteloven § 1-3 a) heter det at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tilbud til "barn og ungdom fra fødsel til det året de fyller 18 år".

Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie eller institusjon har rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester. Hele 80 % av dem som er i institusjon er under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten, mens dette gjelder for bare 39 % av dem som mottar hjemmesykepleie. Dette kan forklares ved at enkelte ønsker å fortsette hos sin private tannlege, men man kan også anta at mange ikke har fått tilbud om frie tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten.

I 2001 har Helsetilsynet fått styringsansvaret for en forsøksordning med et utvidet tannhelsetilbud til grupper av eldre og uføre som i dag ikke har rett til frie tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven. Målgruppene for prosjektet er personer med hjemmebaserte tjenester, men ikke hjemmesykepleie, personer som pleies av pårørende, personer under psykisk helsevern og personer i rusmiddelomsorgen. Forsøksordningen iverksettes i tre fylker over tre år med tanke på en evt landsomfattende utvidelse av tilbudet.

Om lag 6 % av den voksne befolkningen er under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten. En stor del har vært inne til undersøkelse/behandling i løpet av året. Behandling av voksent klientell påvirker Den offentlige tannhelsetjenestens inntjening og økonomi. Det er imidlertid viktig at denne oppgaven ikke utføres på bekostning av Den offentlige tannhelsetjenestens prioriterte oppgaver, men behandling av voksne kan også være med på å gi en mer variert arbeidsdag for tannhelsepersonellet. I enkelte områder er behandling av voksne i Den offentlige tannhelsetjenesten nødvendig for å ivareta det fylkeskommunale ansvaret om tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen.

4.3 Tannhelse

Tannhelsesdataene viser en fortsatt bedring i tannhelsen hos 18-åringene, en stabilisering i tannhelsen hos 12-åringene og en nedgang i tannhelsen hos 5-åringene. Hos 5-åringene har det vært en nedgang i andelen kariesfrie på 5 % fra 1999 til 2000. Det er vanskelig å forklare denne endringen i en enkelt årsak. Spørsmålet er om dette er en reell nedgang i tannhelse eller om det er endring i registreringskriterier eller andre ytre faktorer som gir utslag på statistikken uten at det er en reell endring i tannhelse. Det er nærliggende å tro at det er summen av flere forhold som kan bidra til å forklare den negative tannhelseutviklingen hos 5-åringene vi har sett de siste tre årene.

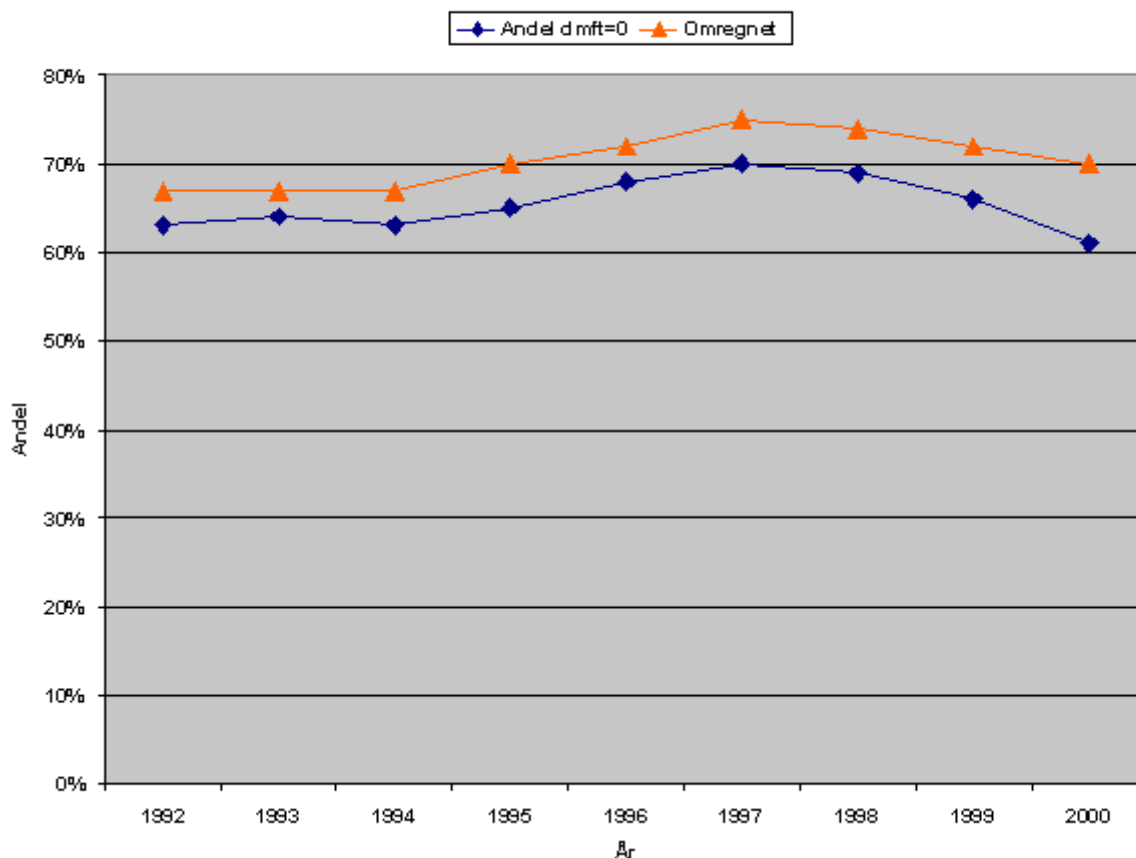
Under følger en diskusjon rundt ulike årsaksforklaringer, men det vil være for tidlig å trekke en endelig konklusjon i denne sammenheng.

4.3.1 Årsaker knyttet til rapportering

Befolkningssammensetning vil være med på å påvirke tannhelsen. Norge har blitt et flerkulturelt samfunn. En undersøkelse i Drammen (jfr Wang NJ. Dental caries and resources spent for dental care among immigrant children and adolescents in Norway. Int Dent J 1996; 46: 86.90.) viser at kariesforekomsten hos barn med utenomvestlig bakgrunn er høyere enn hos barn med norsk bakgrunn. Også i bydeler i Oslo hvor en stor del av befolkningen har en annen etnisk bakgrunn er kariesforekomsten høyere enn hos barn i andre bydeler. Her er det spesielt viktig at tannhelsetjenesten i samarbeid med andre tjenester og sektorer iverksetter tilpassede forebyggende tannhelsetiltak.

Den offentlige tannhelsetjenesten registrerer karies hos barn. I 1997 var 70 % av alle 5-åringene som var inne til undersøkelse/behandling uten karieserfaring. I 2000 var andelen 61 %. Samtidig har andelen som har vært til undersøkelse/behandling blitt redusert. Dersom man tar hensyn til denne endringen og antar at de som ikke har vært til undersøkelse/behandling er de med best tannhelse der innkallingsintervallene er opp til 24 måneder, er forskjellene mindre. Reduksjonen i andelen uten karieserfaring vil være 5 % i stedet for 9 %, jfr figur 3 under.

dmft=0 hos 5-åringer, omregnet i forhold til andel undersøkt/behandlet



Figur 3: dmft = 0 hos 5-åringer omregnet i forhold til andel undersøkt/behandlet.

I Sverige synes samme trend å opptre. Her har man hatt en økning i andelen kariesfrie 6-åringer fra 1985 til 2000. Økningen har vært på 25 %, men andelen kariesfrie 6-åringer har blitt redusert med 2 % fra 1999 til 2000. Andelen kariesfrie 3-åringer er imidlertid uforandret (jfr Sosialstyrelsens meddelandeblad nr 7/2001).

Tabell 1A1 og 1A2 viser relativt store rekrutterings- og stabiliseringsproblemer i Den offentlige tannhelsetjenesten. Henholdsvis 15 og 12 % av tannlege- og tannpleierstillingene stod ledige i 2000. Mangel på personell kan medføre at det forebyggende arbeidet nedprioriteres. Stor turnover i stillinger kan også innvirke på statistikken bl.a. gjennom ulikt diagnosnivå og manglende kontinuitet i vurderingene.

Ved hyppigere bruk av røntgen ved kariesregistrering hos 5-åringer, avdekkes økt karies (jfr Espelid et al. Bør femåringers tenner røntgenundersøkes? *Nor Tannlegeforen Tid* 2001;111:336-40). Det finnes foreløpig ingen oversikt som bekrefter eller avkrefter at røntgen benyttes hyppigere nå ved undersøkelse av 5-åringers tenner, men det er grunn til å anta at bruken er økende.

Ulikt diagnosnivå hos tannleger og tannpleiere kan også innvirke på statistikken. Det er en generell oppfatning at tannpleiere har lavere terskel for registrering av karies.

Tannpleierundersøkelsen fra 1999 (Statens helsetilsyn; Landsomfattende undersøkelse om tannpleierens yrkesutøvelse) bekrefter at tannpleiere bruker mest av sin tid på undersøkelse/screening av barn og unges tenner.

Tannhelsepersonellens holdninger til tannhelse og kariesutvikling kan påvirke diagnosnivået. Det var stor uenighet i tannhelsetjenesten ved innføring av retningslinjene for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet i 1996. Uenighet og eventuell motstand med hensyn til anbefalingene kan kanskje ha påvirket nivået for registreringen av tannhelsedata i den retning som vil kunne bekrefte/avkrefte egne holdninger/oppfatning.

4.3.2 Årsaker knyttet til tannhelsevaner

Statistikken viser også store geografiske forskjeller i tannhelse. Østlandet har i underkant av 70 % kariesfrie 5-åringer, mens andelen i Finnmark er på 45 %. Nedgangen har vært relativt lik i hele Norge, men Østlandet har i utgangspunktet den høyeste andelen kariesfrie 5-åringer, slik at de også kommer best ut i 2000. Den samme geografiske fordelingen ser man også blant 12- og 18- åringene.

Dagens foreldregenerasjon, som var barn på 1970- og 80-tallet, har selv en god tannhelse. Ved at foreldrene aldri har hatt vesentlige problemer med egen tannhelse, er det kanskje lett å neglisjere betydningen av gode kostholdsvaner, munnhygienevaner og fluorbruk. Det konsumeres mer sukker nå enn noen gang, og det ser ut til at barn og unge har økt tilgang til slikkier og brus. Hyppige inntak av brus/sukker og f eks saft på tåteflaske kan få store konsekvenser for tannhelsen.

I 1996 utgav Helsetilsynet nye retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet. Retningslinjene bygger på dokumentert viten og går i korte trekk ut på å børste med fluortannkrem (0,1 %) fra første tann, to ganger daglig. Alternativt bruke fluortabletter. For dem som har risiko for karies anbefales både bruk av fluortannkrem og fluortabletter. Retningslinjene har avstedkommet mange uklarheter og forvirring, som kan ha bidratt til at også de som har hatt behov for ekstra fluortilførsel ikke har fått det. Helsetilsynet, tannhelsetjenesten og helsetjenesten har en utfordring ved å bli klare i sitt budskap og gi målrettet informasjon og motivasjon, for hvordan kunne ivareta god tannhelse.

Flere tannkremprodusenter har hatt barnetannkremer med lavere fluorinnhold enn anbefalt. Også dette kan ha hatt noe innvirkning på barns tannhelse, men salget utgjør kun en liten del av markedet. Statens Næringsmiddeltilsyn har i 2001 i brev bedt produsentene endre fluorkonsentrasjonen til 0,1 % i barnetannkrem.

5. Oppsummering

Den offentlige tannhelsetjenesten har store utfordringer når det gjelder rekruttering og stabilisering av tannleger og til dels tannpleiere. Ny organisering og finansiering kan være med på å løse problemet. I Østfold er det utprøvd en modell med innsatsfinansiert avlønning, med foreløpig godt resultat. Helsetilsynet ser med interesse på flere slike utprøvinger for å få bukt med rekrutterings- og stabiliseringsproblemet i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv bør LEON-prinsippet følges, tannhelsetjenestens ressurser når flest når tjenester gis på Lavest Effektive Omsorgs Nivå. Tannpleierne er en viktig personellgruppe i tannhelsetjenesten og kan i større grad utnyttes.

Et godt samarbeid mellom helsestasjonsvirksomheten, Den offentlige tannhelsetjenesten og barnets foresatte er avgjørende for at alle skal få lik mulighet til å kunne ivareta optimal egenomsorg. Samarbeid og tiltak på tvers av profesjons- og tjenestegrenser vil være viktig for å snu den negative utviklingen vi ser i tannhelsen hos 5-åringer.

Følgende faktorer er nødvendig for god tannhelse (jfr veileder Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende tiltak):

- ★ Daglig munnhygiene
- ★ Fluorbruk to ganger daglig
- ★ Kosthold
- ★ Regelmessige tannhelsekontroller

Det har vært mye forvirring og uklarheter rundt innføringen av retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet i 1996. Statens helsetilsyn, Den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjonsvirksomheten har et viktig arbeid i å presisere og implementere disse retningslinjene.

Statens helsetilsyn **anbefaler at alle med egne tenner bruker fluor minst to ganger daglig**, enten i tannkrem eller som tablett/tyggegummi. For brukere som har risiko for å få karies anbefales fluortannkrem og fluortabletter. Konkret betyr dette at dersom man ikke får pusset tenner med 0,1 % fluortannkrem **to ganger daglig**, bør man ta en fluortablett i stedet den gangen man ikke får pusset. Daglig munnhygiene er imidlertid en forutsetning for at fluoren skal virke optimalt. Helsetilsynet er av den oppfatning at tannhelsetjenesten evt i samarbeid med helsestasjonsvirksomheten (spesielt for de aller minste) skal gi råd som er tilpasset den enkeltes situasjon og som er gjennomførbare.

Helsetilsynets anbefalinger om bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet er å finne på Helsetilsynets web-sider www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyn vil i årene fremover fortsatt følge med i den videre utviklingen både når det gjelder tilgang og stabilitet på personell, omfang av tjenesten dvs hvilke grupper som får oppfylt sine rettigheter etter loven og utvikling i tannhelsen. Ut i fra en helhetsvurdering vil Helsetilsynet gi råd om tiltak på nasjonalt nivå.

Bakgrunns litteratur:

Retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet. 1996. Statens helsetilsyn. Rundskriv IK 16/96.

Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid. Statens helsetilsyn 1-99. IK-2659.

Landsomfattende undersøkelse om tannpleiernes yrkesutøvelse. Statens helsetilsyn 1999.

Brosjyre "Tenner for livet - helsefremmende tiltak for barn og unge". Statens helsetilsyn 1999. IK-2690

Tidligere årsmeldinger for tannhelsetjenesten. Statens helsetilsyn.

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Statens helsetilsyn 2-98. IK-2617.