

- **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>Den norske tannlegeforening (NTF)</b></p>	<p><b>Generelle kommentarer:</b></p> <p>Den norske tannlegeforening (NTF) takker for muligheten til å avgi høringssvar til Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år, del 1.</p> <p>Høringssvaret er vedtatt av NTFs hovedstyre og alle NTFs spesialistforeninger har deltatt i utarbeidelsen av høringssvaret.</p> <p>NTF stiller seg positive til en slik retningslinje og vi stiller oss bak det overordnede målet om optimal tannhelse for barn og unge 0-20 år, samt reduksjon av sosiale- og andre ulikheter i tannhelsen. Vi stiller oss også bak målet om at retningslinjen skal bidra til at tannhelsepersonell følger opp bestemmelser i lovverket om opplysningsplikten til barnevern og politi.</p> <p>Det er viktig at man sørger for at alle barn/ungdom i Norge får et like godt tannhelsetilbud, uavhengig av hvor de bor. En slik retningslinje viser at barns rettigheter blir tatt på alvor og vil bidra til å oppnå dette. Dette er helt i tråd med FNs Barnekonvensjon og norsk lov.</p> <p>NTF finner det allikevel nødvendig å knytte noen generelle kommentarer til retningslinjen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjene er meget omfattende og til tider svært spesifikke og styrende, uten at det alltid foreligger god begrunnelse eller gode kostnadsanalyser for de anbefalinger som er gitt. NTF stiller spørsmål ved</li></ul>
---	--

	<p>brukervennligheten til dokumentet samt ved om det er hensiktsmessig å styre autorisert helsepersonell på denne detaljerte måten.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjen er vanskelig å finne frem i og oppbyggingen gjør den lite brukervennlig.</li><li>• Det synes som om avgrensingen til andre retningslinjer og veiledere er noe uklar og vanskelig. Det er i tillegg problemstillinger rundt avgrensning til Helsedirektoratets rundskriv. Kapittel 6 fremstår som kommentarer som fortolker utvalgte bestemmelser. I kapittelet vises det flere steder til Helsedirektoratets rundskriv IS-8/2015 og IS-8/2012. Dette er rundskriv som er en form for kommentarutgave til regelverket. Det kan virke forvirrende at en klinisk retningslinje har et eget kapittel som også fremstår som kommentarer til regelverket. Det vil også være en risiko for at det ikke er samsvar mellom denne retningslinjen og rundskrivene, og da oppstår det spørsmål om hva som gjelder. Den samme problemstillingen gjelder for så vidt også for kapittel 5.</li><li>• Anbefalingene er rettet mot ulike målgrupper om hverandre (tannhelsepersonell eller den offentlige tannhelsetjenesten), dette skaper forvirring og uklarhet og gjør retningslinjen lite brukervennlig for tannhelsepersonell.</li><li>• Anbefalinger med ulik styrke kommer om hverandre og dette gjør også retningslinjen vanskelig tilgjengelig og lite brukervennlig.</li><li>• NTF stiller seg undrende til at deler av lovverket er fremhevet som anbefalinger og andre ikke. Lovverket ligger naturlig som et grunnlag for all virksomhet i tannhelsetjenesten og NTF kan ikke se hvorfor enkelte deler lovverket skal fremheves. Det kan i en elektronisk retningslinje ligge lenker til alt aktuelt lovverk, og det bør være dekkende. En opprømsing av enkelte deler av lovverket gjør retningslinjen lite egnet som et verktøy i den kliniske hverdagen, som vi antar at er formålet med</li></ul>
--	---

	<p>retningslinjen. Det er uheldig at kun deler av lover er omtalt. Hvis helsepersonell, mot formodning, kun leser retningslinjen risikeres det at de ikke setter seg inn i de resterende bestemmelsene. I tillegg kan det dannes et inntrykk av at det er de viktigste bestemmelsene som er tatt med.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det er stort fokus på prioriteringer på helseområdet og Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten hadde tannhelsetjenesten som sak på sitt møte i februar. Møtet belyste prioriteringer på tannhelsefeltet og var opptatt av spesielt sosial ulikhet i tannhelse. Rådet anbefaler at det foretas en gjennomgang av regelverket for offentlig refusjon av tannhelsebehandling, slik at de med størst behov får prioritet. Det bør også vurderes hvordan særlig utsatte grupper og eldre i bedre grad kan ivaretas innenfor den offentlige tannhelsetjenesten.</li></ul> <p>Sett i lys av dette mener NTF at det er riktig å stille spørsmålstegn ved om den foreliggende retningslinjen tar inn over seg dette. Vi opplever at retningslinjen har stort fokus på den store gruppen av friske barn og unge og ikke på de relativt små gruppene med de største utfordringene.</p> <p>Retningslinjen består av 45 anbefalinger med ulik styrke på anbefalingene. Sett i lys av at helsetjenesten fremover må gjøre tøffe prioriteringer mener NTF at det er viktig at 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. Anbefalinger med moderat til lav vitenskapelig kvalitet må vurderes med stor varsomhet opp mot hvilke ressurser de legger beslag på.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det har vært en betydelig tannhelseforbedring blant barn og unge. NTF mener at det derfor er problematisk at det i retningslinjen åpnes for at gruppen med "lav kariesrisiko" skal identifiseres slik at disse ikke skal behandles, istedenfor å ha fokus på de med "høy risiko". Vi mener at</li></ul>
--	--

	<p>dette åpner for en overbehandling av friske barn da begrepet "lav kariesrisiko" er vanskelig å definere. Flere av kriteriene som foreslås for å skille ut denne gruppen er til dels umulig å kontrollere. Det vil også være ekstra ressurskrevende å skulle dokumentere i journal hvorfor en ikke skal behandle, sett i lys av den store gruppen barn og unge med meget god tannhelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I tannhelseteamet inngår ulike profesjoner; tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær. Alle har sin utdanning og kompetanse, noe som må gjenspeiles i oppgavefordeling og pasientansvar. NTF mener at det er en svakhet ved retningslinjen at det ikke understrekes at barn og ungdom skal ha krav på tilsyn av tannlege. Av yrkesgruppene i tannhelsetjenesten er det kun tannlegen som er utdannet for og har tillatelse til å utføre behandling i form av irreversible inngrep. Det er også tannlegene som har kompetanse til å avdekke underliggende sykdom og diagnostisere andre medisinske tilstander. Tannpleierne på sin side har helsefremmende og forebyggende arbeid som sitt kjerneområde.</li> <li>• I en fremtidig situasjon hvor eventuelt kommunene skal ha ansvar for tannhelsetjenesten, og organiseringen av sitt tilbud, er det dessuten avgjørende at pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet blir satt i sentrum. NTF savner derfor en tydelighet i retningslinjene på profesjonenes egenart og viktighetene av at alle i tannhelseteamet har ulik kompetanse og oppgaver slik at ikke kommunens økonomi blir styrende for oppgavefordelingen i tannhelsetjeneste. Tannlege og tannpleier utfører ulike arbeidsoppgaver og kan ikke erstatte hverandre.</li> </ul> <p>Likeledes er det viktig at pasientene henvises til spesialister når det er indikasjon for det.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NTF stiller seg også kritisk til opplysninger vi får om at denne retningslinjen, som nå er på høring, allerede er under implementering i tannhelsetjenesten.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjen kunne med fordel også fremheve betydningen av bedre samarbeid/kontakt med fastlegen, som kjenner barnets somatiske helse og familiesituasjon.</li> <li>• Digitale kommunikasjonsmuligheter er et stort savn og dette ville lettet samarbeidet mellom de ulike instansene betydelig.</li> </ul>
<b>Kapittel 1. Helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for barn og unge</b>	<b>Kommentarer knyttet til anbefalinger:</b>
1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal drive helsefremmende- og forebyggende virksomhet. (lovkrav)	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
2) Barn og unge bør pusse tennene med fluortannkrem to ganger daglig.	Anbefaling som allerede er implementert og bør videreføres. Krever lite ressurser. Det kariesforebyggende tiltaket med best dokumentasjon.
3) Tannhelsepersonell bør gi barn/foresatte og ungdom kostholdsveiledning i tråd med Helsedirektoratets nasjonale kostholdsanbefalinger	Anbefaling som allerede er implementert og bør videreføres. Krever lite ressurser. En viktig mulighet for tannhelsepersonell til å bidra i folkehelsearbeidet.
4) Tannhelsepersonell bør gi småbarns (0–6 år) foresatte informasjon om tiltak som fremmer barnets tannhelse og forebygger tannsykdom. Informasjonen bør gis så tidlig som mulig og gjentas regelmessig.	Anbefaling som allerede er implementert og bør videreføres. Krever lite ressurser.
5) Tannhelsetjenesten bør ha et systematisk samarbeid med helsestasjon.	Det antas at det er viktig med et forpliktende samarbeid. Det bør foreligge en samarbeidsavtale forankret på ledernivå.
6) Tannhelsepersonell bør pensle barn og unges risikoflater med fluorlakk ved hver konsultasjon for å forebygge karies.	Fornuftig tiltak som ikke krever ekstra innkalling av pasienter, så lenge det utføres på pasienter med høy kariesaktivitet. Friske pasienter bør av prioriteringshensyn ikke behandles.
6b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse	NTF er svært kritisk til kostnadsanalysen til dette punktet. Ref. s. 24 « <i>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 nytten av fluorlakk være liten.</i> »

<p>7) Tannlege/tannpleier bør fissurforslegle* barn og unges permanente molare tidligst mulig etter full erupsjon for å forebygge karies. Fissurforsegling bør ikke utføres på barn/unge med lav kariesrisiko.</p> <p>*«Lakkering» av jekslenes fissurer/«groper» med et tyntflytende materiale som herder og får en sterk binding til emaljen</p>	<p>NTF anser ikke dette som et helsefremmende eller forebyggende tiltak, men som behandling. Vi vil dessuten påpeke at fissurforsegling er en svært teknikk sensitiv behandling som krever gode tekniske ferdigheter av behandler. Det kan også være behov for assistanse.</p> <p>Tiltaket vil dessuten utløse et stort behov for oppfølging av disse pasientene fordi risiko for hurtig kariesutvikling er stor ved defekte forsleglinger.</p> <p>NTF er også kritiske til utvelgelsen av de med «lav kariesrisiko» (se tidligere kommentarer). Flere av kriteriene som foreslås for å skille ut denne gruppen er til dels umulig å kontrollere, ref. s. 30. Det vil også være ekstra ressurskrevende å skulle dokumentere i journal hvorfor en ikke skal behandle, sett i lys av den store gruppen barn og unge med meget god tannhelse.</p> <p>Vi vil også påpeke mulige bivirkninger i forbindelse med eksponering fra resinbaserte fyllingsmaterialer hos en stor gruppe unge, friske barn.</p>
<p>7b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	<p>NTF er svært kritisk til kostnadsanalysen under dette punktet. Den synes meget usikker, og vi vil spesielt peke på at det legges opp til å erstatte tannleger med tannpleiere, gitt vanskelighetsgraden til denne type behandling. Vi anser dette som en svært usannsynlig analyse.</p>
<p>8) Barn og unge kan i spesielle tilfeller benytte fluortilskudd i tillegg til fluortannkrem (punktet var falt ut)</p>	<p>Punkt som er allerede implementert og som absolutt bør videreføres. Krever lite ressurser.</p>
<p>8) 9) Tannhelsepersonell bør benytte metoden «Motiverende intervju/samtale» (MI) for å forsøke å endre uheldig tannhelseatferd hos barn/unge eller foresatte.</p>	<p>Motiverende samtale er en viktig og nyttig teknikk som allerede i dag er implementert i store deler av tannhelsetjenesten og i utdanningene.</p>
<p>9b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	<p>NTF er svært kritisk til kostnadsanalysen under dette punktet. Vi setter spørsmålsteget ved om den massive opplæringen det legges opp til står i forhold til den effekten man kan forvente av en samtaleteknikk, spesielt sett i lys av at dette er en metode som allerede er implementert samt en metode som betinger at pasientene er interesserte og motiverte for endring.</p>
<p>9) 10) Tannhelsepersonell bør delta i forebyggende arbeid mot tobakk, og tilby ungdom som snuser eller røyker hjelp til å slutte.</p>	<p>Anbefaling som er implementert og bør videreføres. Lite ressurskrevende og en viktig del av folkehelsearbeidet.</p>

<p>10) 11) Barn og unge med gingivitt* kan bruke tanntråd daglig i tillegg til tannbørsting *tannkjøttbetennelse</p>	<p>Bruk av tanntråd er som kjent lite dokumentert siden det er store metodologiske utfordringer knyttet til slike undersøkelser. Å finne den ene faktoren som har betydning krever helt spesielle undersøkelser som også ville vært etisk uforsvarlige. Det kliniske skjønn og sunn fornuft tilsier derimot at det er gode holdepunkter for at bruk av tanntråd brukt på en riktig måte fjerner interdental plakk og derved reduserer risikoen for utvikling av approximal karies og ikke minst gingivitt. Å innarbeide gode rutiner i ung alder vil kunne gi svært god effekt senere i livet, derfor burde denne anbefalingen vært mye sterkere fremhevet.</p> <p>Vi stiller spørsmålsteget ved at tanntråd som tiltak først skal introduseres til de som allerede har utviklet sykdom (gingivitt).</p> <p>En av hovedgrunnene til at det er vanskelig å få pasienter til å bruke tanntråd er motivasjon (<i>Mattos-Silveira, J., Matos-Lima, B.B., Oliveira, T.A. et al. Eur Arch Paediatr Dent (2017) 18: 45. doi:10.1007/s40368-016-0266-4</i>). Å vente med å introdusere interdental renhold til barnet allerede har utviklet sykdom som innebærer blødning og evt. smerter under rengjøring synes derfor uhensiktsmessig.</p> <p>Vi mener motivasjon og instruksjon vedr. bruk av tanntråd i stedet bør være et generelt <u>forebyggende tiltak</u> hos alle som pga. tannstilling sannsynligvis ikke vil klare å oppnå optimalt renhold vha. andre hjelpemidler. Tanntråd er til eks. det eneste hjelpemidlet som kan rengjøre selve kontaktpunktet mellom tennene, og brukt riktig og hyppig nok kan man oppnå stor reduksjon (40%) i approximal karies (<i>Hujoel P.P., Cunha-Cruz J., Banting D.W et al. Dental Flossing and Interproximal Caries: a Systematic Review. Journal of Dental Research Vol 85, Issue 4, pp. 298 – 305. First published date: December-13-2006. 10.1177/154405910608500404</i>).</p> <p>Tannleger/tannpleiere har etter vår oppfatning et ansvar for å motivere og gi god veiledning i det <u>til enhver tid mest hensiktsmessige hjelpemiddel for interdental renhold hos den enkelte pasient</u>, med formål både å forebygge og behandle</p>
--	---

	<p>sykdom. Dette for at også selv-utført bruk skal kunne føre til helsegevinst (selv om man per i dag mangler gode studier som beviser dette).</p>
<p><b>Kapittel 2. Tann- og munnundersøkelser av barn og unge</b></p>	<p>NTF har følgende generelle kommentarer til kapittel 2:</p> <p>Vi reagerer på at dette kapittelet fokuserer nesten utelukkende på karies. Riktignok ligger det en PDF med "den gode undersøkelsen" under fanen praktisk som inkluderer flere elementer, men denne er ikke vektlagt i stor grad i teksten i veilederen (og den er dessuten vanskelig tilgjengelig og er ikke en del av retningslinjen hvis denne skrives ut).</p> <p>En tilsvarende oversikt og diskusjon av vurderingen av okklusjonsutviklingen og behov for kjeveortopedisk behandling burde være en del av dette kapittelet, spesielt sett i lys av kostanden til kjeveortopedisk behandling og viktigheten av riktige henvisninger fra den offentlige tannhelsetjenesten til spesialist, som også understrekes i «<i>Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom</i>»</p> <p>Ca. 30% av alle barn får kjeveortopedisk behandling, og enda flere vurderes. Dette er derfor en vesentlig oppgave for den offentlige tannhelsetjenesten.</p> <p>De fleste alvorlige malokklusjoner kan diagnostiseres mellom 8 og 12- års alder. Derfor vil mange malokklusjoner diagnostiseres for sent til optimal behandling hvis det legges opp til tann- og munnundersøkelser (statusundersøkelse) ved 5 og 12 år.</p> <p>Spesiell oppmerksomhet bør vies frembruddet av hjørnetenner i overkjeven, som også er påpekt i retningslinjen. Detaljerte retningslinjer for når og hvordan klinisk undersøkelse av maxillære hjørnetenner bør utføres, burde foreligge i retningslinjene. Barn bør undersøkes av tannleger mellom 10 og 12 år for å sjekke frembruddet av hjørnetennene.</p> <p>Vi ønsker også fyldigere retningslinjer for undersøkelse og vurdering av barn med</p>



	<p>agenesier, og særlig med tanke på multiple agenesier der tverrfaglig ekspertise kan være nødvendig.</p> <p>Kariesforebyggende fluoridbehandling under kjeveortopedisk behandling med fast apparatur, bør også vies plass i retningslinjen.</p> <p>NTF savner et eget avsnitt om vurderingen av den periodontale helsen hos barn og unge, en kobling mot generell helsetilstand og risiko for fremtidige helseproblemer. Det bør dessuten vektlegges at barn av foreldre med periodontal sykdom og høy kariesaktivitet bør følges ekstra nøye opp, både med tanke på livsstil og mulighet for arvelig predisposisjon (<i>Martens, L., De Smet, S., Yusof, M.Y.P.M. et al. Eur Arch Paediatr Dent (2017). doi:10.1007/s40368-017-0272-1</i> og <i>Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. J Clin Periodontol 2017; 44 (Suppl. 18): S39–S51. doi: 10.1111/jcpe.12685.</i>).</p> <p>NTF vil også påpeke at det står svært lite om henvisning til spesialister i retningslinjen. Det er mulig at det kommer i del 2, men NTF vil understreke at det må vurderes behov for henvisning til relevant spesialist når andre sykdommer/tilstander oppstår/avdekkes/mistenkes. Det bør vurderes om det bør lages retningslinjer om henvisning til ulike spesialister.</p>
<p>1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi nødvendig opplæring til helsestasjon om munnundersøkelser på barn under 3 år</p>	<p>Unødvendig presisering som fremgår av lov. Dette bør sikres gjennom en samarbeidsavtale som beskriver hvilke konkrete tiltak som skal ivareta dette.</p> <p>Rapportering fra helsestasjonen til KOSTRA vil gi verdifull statistikk for 2-åringene.</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</p>	<p>Dette gjøres allerede i dag.</p> <p>Kariesrisiko vurderes tradisjonelt ut ifra kariesaktiviteten og den beste parameter for å beskrive dette er insidensen, det vil si tilveksten av nye angrep. Tidligere karieserfaring er en prediktor og i tillegg bør risikofaktorer kartlegges. Dette danner grunnlaget for individuelle innkallingsintervaller, noe som også praktiseres i dag.</p> <p>Fokus her er rettet mot de friske barna, men det bør settes mer søkelys på den lille gruppen som har et reelt behandlingsbehov og som er i risiko for å utvikle mer sykdom. I denne gruppen vil det være pasienter som krever kompetanse fra ulike spesialister. Disse ressursene må kanaliseres til denne gruppen.</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, 15 år og 18 år.</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><u>Generelle tilbakemeldinger til dette punktet:</u></p> <p>I retningslinjen refereres det kun til strålevernloven og ikke strålevernforskriften, til tross for at loven er en fullmaktslov og at mer konkrete føringer står i forskrift. Det vil si at teksten i betydelige deler av dette kapittelet må endres slik at anbefalingene ikke bryter med strålevernforskriften. Det er særlig kravet om individuell berettigelsesvurdering og journalføring av denne i §39 med tilhørende kommentarer i forskriften som gjør at formuleringene i høringsutkastet er problematisk. Anbefalingene er formulert slik at det kan se ut som en legger opp radiologisk screening av visse aldersgrupper utenfor godkjent screeningprogram, noe som ikke er forenlig med krav og føringer i forskriften.</p> <p>Det skal også bemerkes at det kan være relativt traumatisk for 5-åringer å ta BW, faren for å skape tannbehandlingsangst er et viktig aspekt her og skal ikke undervurderes.</p> <p>Det er henvist til upubliserte utvalgsundersøkelser som antyder svært høye tall for initialkaries i flere aldersgrupper, disse tallene er det knyttet svært stor usikkerhet til.</p>

**Vi foreslår at kapittel 2.3 omformuleres til følgende tekst (endringer i rødt):**

På faglig grunnlag anbefales det å ta bitewing-røntgen (BW) av barn og unge i forbindelse med kariesundersøkelse ved

5 år - dersom approximalflatene i det primære tannsettet ikke kan inspiseres klinisk

8–10 år - etter at første permanente molar har etablert kontakt med andre primære molar

12 år - ett til to år etter erupsjon av premolarer og andre permanente molar

15 år - tre til fire år etter erupsjon av andre permanente molar

18 år - før pasienten mister rett til oppsøkende og gratis tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten

Det skal gjøres en individuell vurdering av behovet for røntgenundersøkelser, selv ved de anbefalte aldersgrupper. Bildene som tas må vurderes også med tanke på at andre sykdommer eller tilstander enn karies og problemer med tannfrembrudd kan oppstå. Behov for eventuelt andre røntgenundersøkelser må også vurderes i henhold til anamnese og kliniske funn. Berettigelsen skal journalføres. Avvik fra anbefalingen for de nevnte aldersgrupper kan journalføres når det er relevant.

Ser mer under Praktisk

## Nøkkelinformasjon:

### Fordeler og ulemper

#### Fordeler:

- BW øker presisjonen i kariesdiagnostikk i sidesegmentene. Hvis det ikke tas BW vil det medføre en underdiagnostisering av karies.
- Det er viktig å oppdage karies tidlig for å kunne behandle non-operativt.
- Forlengete undersøkelsesintervaller gjør det mer aktuelt å ta BW ved de ordinære kliniske undersøkelseskonsultasjonene.
- ~~Anbefalingen vil bidra til at det tas BW av flere barn hvor dette er indisert, også barn med spesielle behov.~~
- ~~Anbefalingen vil muligens redusere antall røntgenbilder på øvrige alderstrinn.~~
- Det er viktig å oppdage årsak til avvik i tannfrembrudd på et tidlig tidspunkt. Ved 18 år kan det være nødvendig med to BW per side (anteriort og posteriort) for å inkludere alle relevante approssimalrom samt for påvisning av visdomstenner.

#### Kommentarer:

*De to punktene strykes på grunn av at dette kun er spekulasjoner.*

*Hva med behov for andre typer røntgenundersøkelse ved avvik i tannfrembrudd?*

#### Ulemper:

- Vi har en betydelig reduksjon av behandlingskrevende karies blant barn og unge, noe som gjør det til et dilemma å ta BW av alle fordi færre vil ha reell nytte av undersøkelsen.
- Unødvendige røntgenundersøkelser tar av tannhelsepersonellens tid, både mtp å gjennomføre undersøkelsen, tolke bildene og journalføre berettigelse og funn.
- Alle undersøkelsesmetoder gir en viss prosent falske funn. Jo mindre målrettet undersøkelsene gjøres desto relativt flere falske funn får man,

både falske positive (at man finner karies som ikke er der) og falske negative (at man ikke finner karies som er der).

- Helsekader forårsaket av dental røntgen kan ikke påvises for enkeltindivider. Røntgenstråler har likevel kjent biologisk skadepotensiale, men ved tannrøntgenundersøkelser er risikoen meget lav. Risikoen er knyttet til fremtidig kreftutvikling, samt grå stær ved eksponering av øyelinsene. Barn er mer strålefølsomme enn voksne og de har et langt livsløp foran seg med et uvisst omfang av strålebelastning. Som et føre-var prinsipp skal strålebelastningen derfor holdes så lav som mulig, særlig for barn. I tillegg til å unngå unødvendige røntgenundersøkelser er derfor et av de viktigste tiltakene for å holde stråledosen lav for barn innen odontologi å benytte dentalrøntgenapparat med rektangulær kollimator/tubus. Stråledosen i dag er svært mye lavere enn tidligere.

De ønskede effektene veier opp for de uønskede effektene.

#### **Kvalitet på dokumentasjonen**

Moderat.

#### **Verdier og preferanser**

Det er sannsynligvis ingen viktig usikkerhet eller variasjon iht. hvordan folk verdsetter de viktigste utfallene.

Den relative viktigheten av to utfall er vurdert etter en skala fra 1 til 10:

Karies: 9

Helsekader av røntgenstråling: 1

#### **Ressurshensyn**

Tiltaket vil ikke medføre kostnader av betydning. Det vurderes å være kostnadseffektivt.

#### **Forskningsgrunnlag**

	<p><b>Populasjon</b> Barn 0–18 år</p> <p><b>Intervensjon</b> Bite-wing røntgen (BW) av alle barn i bestemte aldersgrupper, ut over dette røntgenundersøkelse etter individuell vurdering</p> <p><b>Komparator</b> Ingen BW eller BW på indikasjon</p> <p><b>Utfall</b> Karies. Helseskader av røntgenstråling</p> <p><b>Sammendrag</b> Forskningsbasert kunnskapsgrunnlag er utarbeidet basert på to retningslinjer «Selection criteria for dental radiography» fra Faculty of General Dental Practice i UK i 2013, og «EAPD guidelines for use of radiographs in children» utarbeidet av European Academy for Paediatric Dentistry (EAPD) i 2003. Begge retningslinjer ble vurder til å ha moderat til lav metodologisk kvalitet. I tillegg ble Lov om strålevern og strålevernforskriften med hensyn på berettigelse av røntgenundersøkelse benyttet.</p> <p><b>Kariesdiagnostikk (Selection criteria for dental radiography)</b> Det er vist at bruk av røntgenbilder (BW) i kariesundersøkelse øker antall registrerte approksimale lesjoner med to til åtte ganger. I tillegg gir røntgenbilder (BW) god informasjon om karies i dentin under okklusale flater. God teknisk kvalitet på røntgenbildene og god diagnostikk er avgjørende for nytten av røntgenundersøkelsen. Røntgenbilde skal ikke tas rutinemessig, det vil si at røntgenbilder (BW) for barn med lav kariesrisiko vil ha liten diagnostisk verdi.</p> <p>Intervall mellom røntgenundersøkelser anbefalt av EAPD (European Academy for Paediatric Dentistry)</p>
--	--

	<p><b>Baseline Røntgenundersøkelse</b></p> <p><b>Alder</b></p> <p><b>5 år</b></p> <p><b>8–9 år</b></p> <p><b>12–16 år</b></p> <p><b>16 år</b></p> <p><b>Røntgenundersøkelse for andre tilstander enn karies</b> Ingen andre tilstander enn karies kan forsvare systematiske røntgenundersøkelser hos barn og unge i alderen 0–18 år.</p> <p><b>Lov om strålevern og strålevernforskriften</b> § 13. <i>Berettigelse og optimalisering</i> <i>Medisinsk strålebruk skal utføres i samsvar med medisinsk anerkjente og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, herunder ivaretagelse av strålevern.</i> <i>Ved medisinsk strålebruk skal den faglig ansvarlige vurdere om bruken av stråling er berettiget. Ved vurderingen skal det blant annet tas hensyn til om nytteverdien overstiger den skadelige virkning strålingen kan ha. Det skal tas hensyn til den enkeltes nytte, samfunnets nytte og muligheten for å anvende alternative teknikker. Stråling skal unngås dersom man uten vesentlig ulempe kan oppnå samme resultat på annen måte, f.eks. ved bruk av andre metoder eller ved å fremskaffe resultater fra tidligere undersøkelser.</i> <i>Når stråling anvendes, skal den faglig ansvarlige for undersøkelsen eller behandlingen sikre at de stråledoser som gis, er så lave som med rimelighet kan oppnås, sett på bakgrunn av formålet med bestrålingen, tilgjengelig utstyr og ressurser, og lignende forhold.</i></p> <p><b>Strålevernforskriften</b> <b>«Kapittel VI. Bestemmelser om medisinsk strålebruk</b> § 39. <i>Berettigelse</i> <i>Medisinsk strålebruk er berettiget dersom de samlede diagnostiske eller terapeutiske fordeler for individ og samfunn er større enn ulempene strålebruken</i></p>	<p><b>Intervall til neste røntgenundersøkelse</b></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1514 188 1765 225">Lav kariesrisiko</td> <td data-bbox="1774 188 2036 225">Høy kariesrisiko</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1514 231 1765 268">3 år</td> <td data-bbox="1774 231 2036 268">1 år</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1514 274 1765 311">3–4 år</td> <td data-bbox="1774 274 2036 311">1 år</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1514 317 1765 354">2 år</td> <td data-bbox="1774 317 2036 354">1 år</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1514 360 1765 397">3 år</td> <td data-bbox="1774 360 2036 397">1 år</td> </tr> </table>	Lav kariesrisiko	Høy kariesrisiko	3 år	1 år	3–4 år	1 år	2 år	1 år	3 år	1 år
Lav kariesrisiko	Høy kariesrisiko											
3 år	1 år											
3–4 år	1 år											
2 år	1 år											
3 år	1 år											

*medfører. Fordeler og risiko ved alternative metoder for samme formål, som innebærer liten eller ingen eksponering for ioniserende stråling, skal vurderes.»*

Kommentar i forskriften: «Bestråling av både pasient og symptomfrie personer skal berettigelsesvurderes. Vurdering av alternative metoder er spesielt viktig for barn og unge som er mer strålefølsomme, ....»

*«For å gjennomføre prinsippet om berettigelse skal virksomheten sørge for:  
b) **At all individuell medisinsk strålebruk på forhånd er vurdert berettiget, ut fra det konkrete formål med strålebruken og personens helsetilstand. ... For å unngå unødvendig strålebruk, skal det, om mulig, innhentes tidligere relevante medisinske opplysninger, journaler og radiologiske bilder om personen.»***

Kommentar i forskriften: «Individuell berettigelsesvurdering skal ta utgangspunkt i pasientens kliniske opplysninger og symptomer etc., men for asymptomatiske personer skal berettigelsen vurderes ut fra personens familiehistorikk, identifiserte risikofaktorer o.l. **Vurderingen av individuell berettigelse skal dokumenteres og foreligge før pasienten eksponeres for strålingen.** Undersøkelser eller behandlinger som ikke har påvirkning for videre diagnostisering eller behandling av pasienten eller personen, er ikke berettiget og skal ikke gjennomføres.»

~~I dette tema vil brukerperspektivet og arbeidsgruppens erfaring være viktig, spesielt med hensyn på nytteverdien av røntgenundersøkelse av friske barn.~~

Dokumentasjon av søk etter retningslinjer (PDF)

### **Begrunnelse**

Begrunnelsen er basert på forskning og konsensus.

I forskningsgrunnlaget som er basert på to retningslinjer, er det dokumentert at bruk av røntgenbilder (BW) i kariesundersøkelse øker antall registrerte



approssimale lesjoner med to til åtte ganger. I tillegg gir røntgenbilder (BW) god informasjon om dentinkaries i okklusale flater.

Ingen andre **odontologiske** tilstander enn karies kan forsvare systematiske røntgenundersøkelser hos barn og unge i alderen 0–18 år.

**NTF mener allikevel det er grunn til å inkludere et avsnitt om behovet for vurdering av ben-nivået i de tilfeller der den kliniske undersøkelsen avdekker grunn til å mistenke periodontal sykdom.**

Ved vurderingen av behov for røntgen skal det blant annet tas hensyn til om nytteverdien overstiger den skadelige virkning strålingen kan ha, i følge Lov om strålevern og strålevernforskriften. **I den sammenheng skal det vurderes om andre undersøkelsesmetoder er tilstrekkelig for formålet. Selv om man kan gi anbefaling om systematiske røntgenundersøkelser for visse aldersgrupper ved kariesdiagnostikk, skal berettigelsen likevel vurderes individuelt og vurderingen skal journalføres.**

Det er fortsatt høy forekomst av initialkaries blant barn og unge. Fyllingskrevende karies er mindre utbredt enn før, men hvor mye er usikkert fordi indikasjonene for fyllingsterapi har endret seg de siste 20–30 år. Tidligere ble det lagt fyllinger også ved initialkaries. Nå behandles dette med fluor og annen non-operativ kariesterapi. Foreløpige resultater fra en studie ved Universitetet i Tromsø (personlig **meddelelse**) viser at initialkaries er svært utbredt blant ungdom. Kun 6 % av 16-åringene var helt kariesfrie, 84 % hadde approssimalkaries som var synlig på røntgen og 85 % hadde behov for non-operativ kariesbehandling. Det er viktig å oppdage karies i initiale faser for å stanse eller revidere prosessen, og små approssimale lesjoner kan vanskelig oppdages uten BW-røntgen.

### Valg av bestemte aldre er begrunnet med følgende

#### *Det primære tannsettet*

- Ved 5-årsalder har primære molarer etablert approssimale kontakter. Selv om kariesforekomst hos førskolebarn er redusert, er fremdeles karies i approssimale flater på molarer et problem hos noen barn. For å diagnostisere approssimale karieslesjoner tidlig vil røntgenundersøkelse være et nyttig supplement.

#### *Blandingstannsettet*

- Ved 8–10-årsalder har 6-årsmolar etablert kontakt med andre primære molar. Karies i distalflate på andre primære molar øker risiko for karies i første permanente molar, og røntgenundersøkelse vil være nyttig for å oppdage slike lesjoner. Erupsjon av hjørnetenner i overkjeven bør følges og kontrolleres som del av den kliniske undersøkelsen. Dersom hjørnetenner i overkjeven ikke kan palperes i 10-årsalder, bør det tas **periapikalt røntgenbilde, og ved behov for nærmere lokalisering, peilerøntgen**. Ved mistanke om agenesier bør dette undersøkes ved hjelp av røntgen i 9-årsalder.

#### *Det unge permanente tannsettet*

- Ved 12–14-årsalder har det gått ett til to år etter erupsjon av premolarer og andre permanente molar. Risiko for utvikling av karies i permanente tenner er størst de første årene etter frembrudd. Dette gjelder også i populasjoner med lav kariesforekomst. Røntgenundersøkelse ved denne alder representerer baseline for det permanente tannsett
- Ved 15-16-årsalder har første og andre permanente molar hatt approssimal-kontakt noen år, og faren for utvikling av karies approssimalt i andre molar er størst de første tre til fire år etter erupsjon
- Ved 18 år nærmer tidspunktet seg for mange når de forlater hjemmet og Den offentlige tannhelsetjenesten som har gitt oppsøkende og gratis behandling. Røntgen vil bidra til å sikre at også initiale kariesangrep avdekkes og kan få nødvendig behandling.

Valg av bestemte aldre, er sett i sammenheng med anbefalingen «Barn og unge 3–20 år bør få en tann- og munnundersøkelse ved bestemte aldre».

#### Praktisk

I hht strålevernloven § 13 andre ledd, skal den medisinsk ansvarlige vurdere om bruken av stråling er berettiget. **Strålevernforskriften § 39 og tilhørende kommentarer gir føringer for berettigelsesvurderingen.**

- Ved vurderingen skal det blant annet tas hensyn til om **de samlede diagnostiske eller terapeutiske fordeler for individ og samfunn er større enn ulempene strålebruken medfører**
- Det skal tas hensyn til muligheten for å anvende alternative **metoder for samme formål, som innebærer liten eller ingen eksponering for ioniserende stråling.**
- **Radiologiske undersøkelser som er utført på annen klinikk, f. eks. panoramarøntgen tatt hos kjeveortoped, bør innhentes når det er relevant.**
- **All individuell medisinsk strålebruk skal på forhånd være vurdert berettiget, ut fra det konkrete formål med strålebruken og personens helsetilstand. For asymptotiske personer skal berettigelsen vurderes ut fra personens familiehistorikk, identifiserte risikofaktorer o.l. Vurderingen av individuell berettigelse skal dokumenteres.**

Det **skal** gjøres en individuell vurdering også ved de anbefalte aldre.

Om det er grunn til å fravike anbefalingen, for eksempel der approssimalflatene og okklusalfatene kan inspiseres klinisk eller BW nylig er tatt, **kan dette gjerne også journalføres.**

- I **noen** tilfeller vil **berettigelsesvurderingen** kunne gjøres ut fra journalopplysninger fra tidligere konsultasjoner.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedregelen må likevel være at en foretar klinisk undersøkelse og vurdering av evt journalopplysninger fra tidligere konsultasjoner før behovet for BW avgjøres.</li> </ul> <p>Berettigelsesvurderingen skal alltid journalføres. Hvis anbefalingen fravikes kan det begrunnes i journalen.</p> <p><b>Referanser</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faculty of General Dental Practice Selection criteria for dental radiography United Kingdom 2013</li> <li>2. Espelid E, Mejåre I, Weerheim K EAPD guidelines for use of radiographs in children Eur J Paediatr Dent 2003 4 40 48</li> <li>3. Helse- og omsorgsdepartementet Lov om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven) 01.07.2000 Tilgjengelig fra <a href="https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-05-12-36">https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-05-12-36</a></li> <li>4. Helse- og omsorgsdepartementet Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) 16.12.2016 Tilgjengelig fra <a href="https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-16-1659">https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-16-1659</a></li> <li>5. Mejåre I Bitewing examination to detect caries in children and adolescents – when and how often? Dent Update 2005 32 588 597</li> <li>6. Wiggen TI, Wang NJ Hvordan ser 5-åringenes tenner ut? Karieserfaring i primære tannsett Nor Tannlegeforen Tid 2010 120 170 174</li> </ol>
<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>NTF forstår behovet for god tannhelsestatistikk. Vi stiller allikevel spørsmålstegn ved at 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.</p>

<p>Statusundersøkelser utenom disse eldre bør fastsettes etter individuell risikovurdering. Undersøkelsesintervall bør minst være ett år og maksimalt to år.</p>	<p>Det er liten dokumentasjon som underbygger en utvidelse av antall indikatorull. Gruppeinnkalling fraviker prinsippet om individuell innkalling basert på risiko. Det bør derfor vurderes hva som er nødvendig av tannhelsesdata som grunnlag for god statistikk, og hva statistikken skal brukes til.</p> <p>NTF vil understreke at det er viktig å kartlegge hvor mange som faller ut av systemet når de nærmer seg 18 år. Dette er derfor et viktig indikatorull som er et resultatmål for Den offentlige tannhelsetjenesten.</p> <p>Vi vil her påpeke at for å gjøre en helhetlig vurdering av tannhelsen inkludert behov for kjeveortopedisk behandling bør det være en tannlege som utfører disse statusundersøkelsene. Tannlegene besitter kompetanse til å oppdage patologi utover karies og periodontitt som også er en særdeles viktig del av disse undersøkelsene. Kalibrering og god journalføring er en forutsetning for god rapportering.</p> <p>Ressursbruken til denne kartleggingen må ikke gå på bekostning av andre prioriterte grupper som har et mye større behov for tilsyn og behandling.</p> <p>NTF stiller seg bak at undersøkelsesintervallet bør være minst ett år når det gjelder statusundersøkelser. Vi vil allikevel presisere at det vil være pasienter med høy risiko og stort behov som vil kreve kortere innkallingsintervall en dette, men da ikke til statusundersøkelse, men som en del av behandlingen (for eksempel non-operativ terapi).</p>
<p>5) Tannlege/tannpleier bør følge en standardisert prosedyre ved statusundersøkelser av barn og unge.</p>	<p>Det forutsettes at en undersøkelse er basert på faglige prosedyrer hvor det er utarbeidet gode veiledere.</p> <p>Det forutsettes at dette er basert på «Den gode undersøkelsen» som også må oppdateres hvis det foreligger ny kunnskap.</p>

	PDF «Den gode undersøkelsen» er en god støtte i det kliniske arbeidet. NTF vil påpeke at sugevaner bør kontrolleres og brytes så tidlig som mulig mtp. videre utvikling av okklusjonen. Det er således fornuftig at dette kontrolleres allerede ved 3 års alder.
<b>Kapittel 3. Non-operativ behandling av initialkaries hos barn og unge</b>	
<p>1) Initiale karieslesjoner hos barn og unge bør behandles non-operativt* ved at flere hjemmebaserte og profesjonelle tiltak kombineres.</p> <p>*ikke behandling med fyllingsterapi, men med fluor, fissurforssegling mm.</p>	<p>Anbefalinger som allerede er implementert og bør videreføres. Tradisjonelt har man tenkt på kariesbehandling som fyllinger, men den non-operative terapien må tydeligere frem, både hjemmebasert og profesjonell.</p> <p>Bruk av tanntråd er et eksempel, mangel på gode studier og gode metodologiske design gjør at dette er basert på faglig og klinisk skjønn. NTF mener at det er lagt for mye vekt på dental fluorose og faren ved bruk av fluorid. I Norge er det svært liten sannsynlighet for dette siden nesten alle drikkevannskilder er offentlige og inneholder minimalt med fluorid. Når dette omtales på denne måten i en veileder vil det lett føre til opinionsdannelse blant de mest skeptiske og dette vil ha svært ugunstig effekt (eks. Sverige)</p>
<p>2) Tannlege/tannpleier bør benytte fissurforssegling som behandling av initialkaries (grad 1 og 2) i fissurer/fossae* i barn og unges i permanente tenner.</p> <p>*«groper» i tennene</p>	<p>Dette er et godt tiltak for å forhindre videre utvikling av karies og er i tråd med det som praktiseres i dag.</p> <p>Det påpekes at dette kan være en krevende behandling rent teknisk, spesielt i de yngste aldersgrupper. Det kan også være vanskelig klinisk å vurdere når en starter den operative behandlingen om det kun blir en fissurforssegling eller en klasse I-fylling. Derfor bør dette utføres av tannlege.</p> <p>I anbefalingen kan det virke som om terminologien ikke er rettet mot de fagpersonene som skal utføre behandlingen, det bør forutsettes at fagbegreper er kjent.</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.</p>	<p>De som har initialkaries på tennenes glattflater må defineres som pasienter med høy risiko og dette kan være et av tiltakene som skal benyttes. Igjen viktig med individualisering for denne gruppen pasienter.</p>

<p>Fluorlakk kan også benyttes som behandling av initialkarieslesjoner i fissurer/fossae i primære tenner, og i permanente tenner der fissurforsegling ikke er indisert.</p>	<p>NTF mener at det vil være med hensiktsmessig å beholde uttrykket «ved hver konsultasjon», som i rutinene for helsefremmende og forebyggende behandling. Pasienter med høy risiko vil være hyppigere hos tannhelsepersonell og dette vil være ressursbesparende og effektivt.</p>
<p>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.</p>	<p>Anbefaling som til dels er implementert i dag og bør videreføres.</p> <p>Dette er også et tiltak som bør rettes mot pasienter med høy kariesrisiko, også mot de som ikke har initiale lesjoner, men som ikke følger opp pussevaner med fluortannkrem.</p>
<p>5) Tannhelsepersonell kan benytte fluorgel som behandling av initialkaries hos barn og unge 7-20 år med funksjonshemning og høy kariesrisiko.</p>	<p>Anbefaling som er implementert i dag og bør videreføres.</p>
<p>6) Barn og unge med approximal* initialkaries kan bruke tanntråd daglig inntil karies har stoppet eller er reversert.</p> <p>*Karies på flater som grenser mot annen tann</p>	<p>Bruk av tanntråd er som kjent lite dokumentert siden det er store metodologiske utfordringer knyttet til slike undersøkelser. Å finne den ene faktoren som har betydning krever helt spesielle undersøkelser som også ville vært etisk uforvarselige. Det kliniske skjønn og sunn fornuft tilsier derimot at det er gode holdepunkter for at bruk av tanntråd brukt på en riktig måte fjerner interdental plakk og derved reduserer risikoen for utvikling av approximal karies og ikke minst gingivitt. Å innarbeide gode rutiner i ung alder vil kunne gi svært god effekt senere i livet, derfor burde denne anbefalingen vært mye sterkere fremhevet.</p> <p>I anbefalingen kan det virke som om terminologien ikke er rettet mot de fagpersonene som skal utføre behandlingen, det bør forutsettes at fagbegreper er kjent.</p>
<p><b>Kapittel 4. Oppfølging av barn med (mulig) høy kariesrisiko og barn som ikke møter til time</b></p>	
<p>1) Tannhelsepersonell bør tilstrebe god kommunikasjon med pasient/foresatte, og tilrettelegge for å bygge en god relasjon.</p>	<p>Anbefalinger som allerede er implementert. For autorisert tannhelsepersonell er dette en selvfølge og det virker noe underlig å ha dette som en anbefaling i en nasjonal retningslinje.</p>

<p>2) Tannhelsepersonell bør ta personlig kontakt med pasient/foresatte når pasienten ikke møter til avtalt time.</p>	<p>Kontakt ved ikke møtt er allerede implementert. Det kan være ulike grunner til ikke møtt. Hvordan man kontakter pasient/foresatte bør vurderes konkret ut fra den enkelte situasjonen (feks. sms, e-post ol. i tillegg til telefon.)</p>
<p>3) Tannhelsepersonell bør sende SMS-påminnelse om timeavtaler. Påminnelsen sendes barnet/ungdommen og/eller foresatte.</p>	<p>Anbefaling som allerede er implementert og bør videreføres. SMS-varsling kan forebygge ikke-møtt og er derfor en naturlig del av tilbudet til pasienten.</p>
<p>4) Barn og unge med mye karies eller høy kariesrisiko bør få høy prioritet og tett oppfølging i tannhelsetjenesten.</p>	<p>Fremstår som en unødvendig presisering sett i lys av resten av retningslinjen og er en selvfølgelighet. Det virker også litt rart sett i lys av fokuset på de som <b>ikke</b> er kariesaktive tidligere i retningslinjen. Det er jo nettopp de med høy kariesaktivitet som bør få høy prioritet (se tidligere kommentar om dette). NTF vil igjen understreke betydningen av å prioritere de mest sykdomsutsatte blant barn og unge, noe retningslinjen i liten grad ivaretar.</p>
<p>5) Foresatte til barn med mye karies eller økt kariesrisiko, bør involveres særskilt i arbeidet med å forbedre barnets tannhelse. Søskene bør få spesiell oppmerksomhet.</p>	<p>Se punkt 4.</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</p>	<p>Uavhengig av bakgrunn bør de med behov få tett oppfølging etter individuell vurdering. Hva menes egentlig med innvandrerbakgrunn? Er dette en homogen gruppe? Se ellers tidligere kommentarer om å prioritere de med størst behov.</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 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.</p>	<p>Sykdomsutsatte barn skal følges tettere enn andre og prioriteres. Se ellers tidligere kommentarer om at de med størst behov må prioriteres.</p> <p>Her bør det også linkes til nytt lovverk som var til høring før jul vedr. «endringer i opplysningsplikten til barnevernet og ny opplysningsplikt til barnevernet ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige».</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>Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.</p> <p>Viktig med gode samarbeidsavtaler – det bør presiseres.</p>



Tannhelsetjenesten bør inngå samarbeidsavtaler med mottak, som trekker opp rutiner og fordeler ansvar for hvordan nødvendig tannhelsehjelp inkl. forebyggende tjenester, skal ytes.	
<b>Kapittel 5 - Opplysningsplikten ved omsorgsvikt/vold mot barn og unge</b>	
9) Lovmessig opplysningsplikt til barnevern og politi (lovkrav)	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
10) Beslutning om å sende bekymringsmelding bør skje etter en samlet vurdering av <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>	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.  Dette kan eventuelt ses på som en presisering og hjelp, men det virker uprofesjonelt at begrepet "magefølelse" skal brukes i et av punktene i en nasjonal retningslinje.
11) Hvordan tannhelsepersonell skal melde fra om bekymringer til barnevernet (lovkrav)	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
12) Bekymringer skal dokumenteres og journalføres (lovkrav)	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
13) Tannhelsetjenesten skal ha et system som sikrer ivaretagelse av opplysningsplikten (lovkrav)	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
14) Fylkeskommunen skal sørge for at tannleger i rimelig grad er tilgjengelige for å kunne gjennomføre tann- og munnundersøkelser på barn ved Statens Barnehus.	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.  Viktig med gode samarbeidsavtaler – det bør presiseres. Bør her lenke til Tannlegeundersøkelser av barn utsatt for vold og seksuelle overgrep:  <a href="http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/tannlegeundersokelser-av-barn-utsatt-for-vold-og-seksuelle-overgrep#preparation">http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/tannlegeundersokelser-av-barn-utsatt-for-vold-og-seksuelle-overgrep#preparation</a>
<b>Ansvar, plikter, rettigheter</b>	
1) Barn og unge har rett til å få tannbehandling	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
2) Barn har rett til å bli hørt og rett til medbestemmelse	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.

3) Ungdom over 16 år skal samtykke til helsehjelp selv	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
4) Tannhelsepersonell skal utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
5) Tannhelsepersonell har plikt til å føre journal	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
6) Tannhelsepersonell har taushetsplikt	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
7) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha systematisk styring av sine aktiviteter	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
8) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et system for håndtering av avvik	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
9) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et oppsøkende tilbud	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
10) Tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten skal være tilgjengelig	Lovkrav. Unødvendig presisering som fremgår av lov.
<b>Metode</b>	
<p>Kunnskapsbasert tilnærming  Utarbeidelse av forskningsgrunnlaget  Vurdering av forskningsgrunnlaget  Utarbeidelse av anbefalinger  Vurdering av anbefalinger  Anbefalingenes rettslige betydning  Implementering, evaluering og revisjon</p>	<p>Metoden er basert på veilederen som ble utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012. Det er en stor fordel at de samme metodene blir brukt ved utarbeidelse av alle kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Dette er samme metode som Kunnskapscenteret benytter og er anerkjent i forskningsmiljøer.</p> <p>Det fremstår imidlertid uklart hvem som er målgruppe for retningslinjene og derfor blir retningslinjene og anbefalingene vanskelig tilgjengelige og lite brukervennlige. Se også kommentarer underveis om bruk av terminologi.</p> <p>Henviser usystematisk til lovverk, også til lovverk som er under revisjon. Det vil kreve mye å oppdatere denne retningslinjen kontinuerlig.</p> <p>I avsnittet om anbefalingenes rettslige betydning vil NTF bemerke at det går langt i å antyde at hvis man ikke følger anbefalingene er det ikke faglig forsvarlig praksis. Er det slik at det kun er det som anbefales som er faglig forsvarlig? Kan det ikke tenkes noen andre måter å gjøre det på, som også er faglig forsvarlig? Generelt sett er det fordeler og ulemper med normer som utfyller regelverket. Fordelen er at pliktsubjektet gis en nærmere anvisning på hvordan regelverket kan overholdes, enn det som fremgår av lov og forskrift. Ulempen er at normen</p>

	<p>kan fremstå som et lov eller forskriftskrav, at hvis normen brytes, brytes også loven. Det er uheldig.</p> <p>Meget detaljerte normer, som denne, vil også kreve konstant oppdatering, i tråd med den faglige utviklingen.</p>
<b>Om retningslinjen</b>	