

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

Vennligst send skjemaet på e-post postmottak@helseidir.no med vår referanse «16/40504 – Innspill høring - Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge».

Høringsinstans: Norsk Tannpleierforening	<p>Generelle kommentarer:</p> <p>Norsk Tannpleierforening verdset at det er utarbeida nasjonal faglege retningslinjer som kan påvirka kvalitet, likheit i pasienttilbod og sikrar forebygging og behandling i tannhelsetenesta. Det er oversiktlege retningslinjer, gjennomarbeida kapitler og god dokumentasjon på dei fleste områder. Retningslinjene tar i avgrensa omfang i vare WHO sin definisjon av helsefremmande arbeid, og går lite inn i behovet for eit helsefremjande perspektiv i tannhelsetenesta, og i samarbeid og samhandling med andre etater utover helsestasjon, barnevern.</p> <p>Retningslinjene har i stor grad fokus sjukdom.</p> <p>Tannhelsetenesta må tydeleggjera sin kompetanse og rolle i folkehelsearbeiet og dette kjem lite fram i retningslinjene. Tannpleiarane blir spesialutdanna til å drive helsefremjande arbeid med fokus på tannhelse og folkehelse. Iflg tannhelsetjenestelova skal Tannhelsetenesta «<i>sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmenheten kan gjøre for å fremme helsen.</i>» Helsefremjande tiltak og pasienten si eiga meistring til å ta i vare si munnhelse heile livet, må få større merksemd og høgare prioritering. Ved at retningslinjene legg så stor vekt på behandling utført av tannhelsepersonell, blir retninga at det er tannhelsepersonellet sitt ansvar for barn og unge si munnhelse istadenfor å leggja meir til rette for opplæring i gode tannhelsevanar kor den enkelte tek meir aktivt ansvar. NTPF ønskjer meir fokus på salutogenese-korleis skal vi skape god helse.</p> <p>Det er lagt ned mykje arbeid i dei nye retningslinjene. Dei nye helsefremjande- og samhandlingsperspektiva bør leggjast meir vekt på i retningslinjene. «Tenner for livet frå 1999» bør erstattast med oppdatert forskningsbasert kunnskap.</p>
---	--

	<p>Det er positivt at Helsedirektoratet standardiserer undersøkjing og behandlingsrutinar for barn og unge. Eit sentralt spørsmål er om det er riktig ressursbruk å leggja så mykje fokus på friske barn eller om tannhelsetenesta skal bruka meir tid og ressursar på personar som treng tilrettelagte forebyggjande tannhelsetenester, tiltak og behandling. Den diskusjonen bør fylkeskommunane og helsemyndighetane ta. Omgrepet tannlegebesøk bør erstattast med tannhelsebesøk.</p> <p>Ved å redigera dokumentet meir vil retningslinjene bli meir egna i dagleg bruk.</p>
Kapittel 1. Helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for barn og unge	Kommentarer knyttet til anbefalinger:
1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal drive helsefremmende- og forebyggende virksomhet. (lovkrav)	Det er positivt at forebyggende tiltak på klinikk er tatt i vare i retningslinjene. Samarbeidsavtaler med skjema og kriteria for henvisning frå helsestasjon, barnevern mv kvalitetssikrar samarbeidet. Dei viktigaste helsefremjande og forebyggende tiltaka går føre utanfor helsetenesta. Det er vist til avgrensa instansar som tannhelsetenesta skal samhandla med for å fremja helsa og utjavne helseforskjellar. Arenaer for folkehelsetiltak er i størst grad arenaer utanfor tannklinikken. Det er viktig at aktuelle samarbeidsarenaer kjem fram i retningslinjene.
2) Barn og unge bør pusse tennene med fluortannkrem to ganger daglig.	Dette er eit enkelt og godt dokumentert budskap å formidla. Samhandling med helsestasjon, barnehage og skule med fokus på verdien av god tannhelse for å fremja tiltaket tannpuss med fluortannkrem to gonger pr dag er viktig.
3) Tannhelsepersonell bør gi barn/foresatte og ungdom kostholdsveiledning i tråd med Helsedirektoratets nasjonale kostholdsanbefalinger	Tannhelsepersonell må ha gode kunnskapar om nasjonale retningslinjer for kosthald, og vera spesielt merksame på barn med spesielle ernæringsbehov. Samhandling om tema med helsestasjon, barnehage, skule og andre, er viktig. Folkehelsa skal i sterkare grad inn som tema i skulen, og tannhelsepersonell/tannpleiar må inn med kompetanse på munnhygiene, kosthald, tobakk -og rusførebyggjande tiltak. Under råd for å forebygge og minimalisere erosjoner bør ordet fluorskyll under kulepkt 8 nyttast i staden for fluorvann.

<p>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.</p>	<p>Gode samhandlingsrutinar med foresette, helsestasjon og barnehage og skule er særst viktig. Det kan virka avgrensande å setja alder 0-6 år, foresatte til eldre barn har også behov for veiledning.</p>
<p>5) Tannhelsetjenesten bør ha et systematisk samarbeid med helsestasjon.</p>	<p>Det er bra at retningslinjer er samordna med helsestasjon sine retningslinjer. Tannhelsetenesta bør vera delaktig i utarbeiding av kommunale og fylkeskommunale folkehelseplanar, mellom anna i samarbeid med skule, barnehage og helsestasjon. Tannhelse må inn som ein naturleg del innan folkehelse.</p>
<p>6) Tannhelsepersonell bør pensle barn og unges risikoflater med fluorlakk ved hver konsultasjon for å forebygge karies.</p>	<p>Det er viktig å ha refleksjon over bruk av ulike allergiframkallande kjemikalier med tanke på behandlaren og pasienten. Førre-var prinsippet og redusera materialer som kan påvirka den generelle helsa på sikt er viktig. Foreslått regime med fluorlakk har god kariesforebyggjande effekt. Det bør vurderast fluortannkrem x 2 som standard til barn og unge med ingen kariesaktivitet. Kriterier for oppfølging av dei med høg kariesaktivitet er bl.a. fluorlakk. Fluorlakk på alle barn kan ev grensa mot ei overbehandling.</p>
<p>6b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	<p>Samfunnsøkonomisk</p>
<p>7) Tannlege/tannpleier bør fissurforslegle* barn og unges permanente molarer 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>Viktig med vide kriterier for å definere låg-risiko pasienten for å unngå at dei som ikkje har behov for fissurforsegling, kjem under gruppa som treng fissurforsegling.</p> <p>Ei god planleggjing på klinikken når aktuell aldersgruppe er til undersøking blir viktig. Bisfenol-A (BPA) Utlekksforsøk har vist at resinbaserte dentalmaterialer kan spores i saliva for ei kort periode. BPA i fissurforseglingsmiddel har fått merksemd i klinisk odontologi fordi desse materiala blir brukt på barn. Amerikanske og europeiske helsemyndigheiter meiner at utsiving av stoffa er små og varer i kort tid. (NTFs Tidende, Jacobsen og Hensten 2010).</p>
<p>7b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	

<p>8) Tannhelsepersonell bør benytte metoden «Motiverende intervju/samtale» (MI) for å forsøke å endre uheldig tannhelseatferd hos barn/unge eller foresatte.</p>	<p>Hygieneopplæring på tannklinikk kan ha avgrensa effekt for barn og unge med store behandlingsbehov. Alternative rom kor ein kan ha god kommunikasjon og veiledning bør vurderast. Viktig at tannhelsepersonell meistrar veiledningsmetode som i retningslinjene er representert ved MI</p>
<p>8b) Kostnadsanalyse, se lenke under Begrunnelse</p>	
<p>9) Tannhelsepersonell bør delta i forebyggende arbeid mot tobakk, og tilby ungdom som snuser eller røyker hjelp til å slutte.</p>	<p>Det er god grunngeving for at tannhelsetenesta er ein aktør i kampen mot tobakksskade. Minimal intervensjon skal vera ein del av tannpleiaren og tannlegen sin kommunikasjonsstrategi, og ulike tiltak bør følgjast opp over tid. Informasjon om røyktelefonen må fjernast.</p>
<p>10) Barn og unge med gingivitt* kan bruke tanntråd daglig i tillegg til tannbørsting *tannkjøttbetennelse</p>	<p>Omgrepet kan er korrekt her. Forsking visar ein svak evidens for bruk av tanntråd hos barn.</p>
<p>Kapittel 2. Tann- og munnundersøkelser av barn og unge</p>	
<p>1) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi nødvendig opplæring til helsestasjon om munnundersøkelser på barn under 3 år</p>	<p>Samarbeidsavtaler og kriterier for henvising og skjema for henvising kvalitetssikrar arbeidet her.</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>Bra med vurdering av lågrisiko pasientar som stimulerar til ein meir helsefremjande tenkjing. Vurderinga bør journalførast og tannlege/tannpleiar er kalibrerte.</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>Det kan vera vanskeleg å ta BW på 5 åringer pga størrelsen på digitale rtg. film, og samarbeid med pasient under opptak. Resultatet kan bli dårlige bilder, og usituasjonen kan ev skape angst. Å ta BW på 5åringer kun ved mistanke om karies/tidlegare karieserfaring kan vera ein god strategi, og det er forholdsvis enkelt å gjera klinisk us på årsgruppa. Iflg Statens strålevern skal det grunnjevast kvifor det blir tatt rtg. Retningslinjene må stemma overeins med strålevernforskrifta og lova. Viktig med BW i lik alder for å oppnå lik praksis. Systematisk røntgen for å avdekke erupsjonsavvik, overtallige tannannlegg, traumer, periodontale forhold kan vera viktig.</p>

<p>4) Barn og unge 3-20 år bør få en tann- og munnundersøkelse (status undersøkelse) 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.</p>	<p>Ved å ha sams innkallingsrutinar, vil det bli likheit i tilbod. Innkalling av indikatorkulla, vil gje eit betre kunnskapsgrunnlag for å målretta tiltak og oppfølging. Viktige tal å rapportera i forhold til det komande kommunale pasient- og brukarregisteret. Dette krev god planlegging og omgjering av praksis i enkelte fylke, og det helsefremjande arbeidet må og rapporterast.</p>
<p>5) Tannlege/tannpleier bør følge en standardisert prosedyre ved statusundersøkelser av barn og unge.</p>	<p>Etablere prosedyrer for innkalling av 3-åringar f.eks informasjon til barnehage og foresatte som gjer barnet førebudd til første undersøkelse. Viktig med refleksjon om tiltak som gjer barn og forsette betre i stand til å ta vare på eigen tann- og munnhelse. Det er den overordna målsetjinga.</p>
<p>Kapittel 3. Non-operativ behandling av initialkaries hos barn og unge</p>	
<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>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>Dokumentert kariesforebyggjande effekt. Arbeidet krev god organisering på tannklinikken.</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 fissurforssegling ikke er indisert.</p>	<p>Fluorlakk ved aktiv karieslesjon.</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.</p>	<p>Viktig å understreka under tilsyn slik at anbefalinga er i tråd med informasjon om bruk av 0,2% NaF</p>

Ungdom over 16 år kan bruke høykonsentrert fluortannkrem som alternativ.	
5) Tannhelsepersonell kan benytte fluorgel som behandling av initialkaries hos barn og unge 7-20 år med funksjonshemning og høy kariesrisiko.	
6) Barn og unge med approximal* initialkaries kan bruke tantråd daglig inntil karies har stoppet eller er reversert. *Karies på flater som grenser mot annen tann	God veiledning, instruksjon og veiledning trengs.
Kapittel 4. Oppfølging av barn med (mulig) høy kariesrisiko og barn som ikke møter til time	
1) Tannhelsepersonell bør tilstrebe god kommunikasjon med pasient/foresatte, og tilrettelegge for å bygge en god relasjon.	Viktig at tannhelsetenesta har eit profesjonelt opplegg i forhold til å etablere gode relasjoner med barn og foresatte.
2) Tannhelsepersonell bør ta personlig kontakt med pasient/foresatte når pasienten ikke møter til avtalt time.	Foresatt til barn under 16 år bør blir kontakta ved ikkje-møtt problematikk.
3) Tannhelsepersonell bør sende SMS-påminnelse om timeavtaler. Påminnelsen sendes barnet/ungdommen og/eller foresatte.	Sms til partane avhengig av alder.
4) Barn og unge med mye karies eller høy kariesrisiko bør få høy prioritet og tett oppfølging i tannhelsetjenesten.	Riktig med individuelt tilpassa tilbod.
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.	Dette er eit viktig tiltak.
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	God kommunikasjon viktig. Dette er eit viktig tiltak og som krev at det vert sett av tid.

<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>Usikker mht identifisering av foreldre sin sjukdom mv. Dette området viser verdien av tverrsektoriell samhandling</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.</p>	<p>Viktig tiltak med mal for samarbeidsavtale for å kvalitetssikre likheit i tilbud.</p>
<p>Kapittel 5 - Opplysningsplikten ved omsorgssvikt/vold mot barn og unge</p>	
<p>9) Lovmessig opplysningsplikt til barnevern og politi (lovkrav)</p>	<p>Helsepersonell har ein sjølvstendig og personlig plikt til å melde.</p> <p>Den offentlige tannhelsetenesta er også organisert med mindre einingar og med færre behandlarar involvert i behandling av kvar pasient. Det kan vera lite hensiktsmessig å utpeika ein person til oppgåva med innsending ved mindre tannklinikkar.</p>
<p>10) Beslutning om å sende bekymringsmelding bør skje etter en samlet vurdering av</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnets og foresattes atferd • kommunikasjon og samspill mellom barn og foresatte. • fysiske eller psykiske tegn på vold/overgrep. • andre forhold som kan gi grunn til bekymring. 	<p>«Magefølelse» som omgrep kan erstattas med fornemmelse av, eller intuisjon.</p>

• tannhelsepersonells "magefølelse".	
11) Hvordan tannhelsepersonell skal melde fra om bekymringer til barnevernet (lovkrav)	<p>Helsepersonell har ein sjølvstendig og personlig plikt til å melde. Tannhelsepersonell omtalar objektive funn og melder frå om si bekymring til barnevernet. Det er andre instanser som skal ta stilling til bekymringa.</p> <p>Til dømes skal ikkje klinikksjef overprøva bekymring som tannlege eller tannpleiar har. Helsepersonell/tannhelsepersonell må ha god kjennskap til si plikt om å melde frå, ikkje berre ved mistanke om vold og overgrep, men også ved omsorgssvikt og forsømming.</p>
12) Bekymringer skal dokumenteres og journalføres (lovkrav)	
13)	
14) Tannhelsetjenesten skal ha et system som sikrer ivaretagelse av opplysningsplikten (lovkrav)	Ivaretaking gjennom samarbeidsavtaler og rutinar er viktig og vera meir merksam på søsken. Omsorgssvikt råkar ofte fleire av barna i ein familie.
15) Fylkeskommunen skal sørge for at tannleger i rimelig grad er tilgjengelige for å kunne gjennomføre tann- og munnundersøkelser på barn ved Statens Barnehus.	
Ansvar, plikter, rettigheter	
1) Barn og unge har rett til å få tannbehandling	Tannhelsepersonlegg er underlagt fastlagt lovverk
2) Barn har rett til å bli hørt og rett til medbestemmelse	
3) Ungdom over 16 år skal samtykke til helsehjelp selv	
4) Tannhelsepersonell skal utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte	
5) Tannhelsepersonell har plikt til å føre journal	
6) Tannhelsepersonell har taushetsplikt	
7) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha systematisk styring av sine aktiviteter	Retningslinjene må bli godt implementert i tenesta, og den øverste leiinga har eit spesielt ansvar. Det må vera godt innarbeida prosedyrar gjennom opplæring, tilretteleggjing, oppfølging, rapportering og avvikssystem.
8) Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et system for håndtering av avvik	
9) Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et oppsøkende tilbud	

10) Tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten skal være tilgjengelig 11)	
Metode	
Kunnskapsbasert tilnærming Utarbeidelse av forskningsgrunnlaget Vurdering av forskningsgrunnlaget Utarbeidelse av anbefalinger Vurdering av anbefalinger Anbefalingenes rettslige betydning Implementering, evaluering og revisjon	
Om retningslinjen	