
Munnhelsen er en del av folkehelsen

KARI TVEITO

kari.tveito@tidsskriftet.no

Kari Tveito er ph.d., spesialist i indremedisin og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Sunne tenner og friskt tannkjøtt gir et pent smil. Men ikke alle har råd til det.



Foto: Einar Nilsen

Tross økende velstand i Norge det siste århundret er de sosiale helseforskjellene fortsatt betydelige (1). Den delen av befolkningen som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblemer enn den delen som har kortere utdanning og mindre å rutte med. En sterk indikator på forskjellene er tannhelsen.

Alle som har opplevd å få tannverk, har fått en ubehagelig påminnelse om hva tennene og munnen betyr for vårt psykiske og fysiske velvære. God oral helse er avgjørende for sentrale menneskelige aktiviteter som å spise, å snakke og å sosialisere med andre. Det er derfor slående hvor liten oppmerksomhet oral helse får i det offentlige ordskiftet – og i den globale helsepolitikken.

Sykdom i munnhulen er et av de vanligste helseproblemene på verdensbasis og rammer over 3,5 milliarder mennesker (2). Det vanligste er ubehandlet karies, etterfulgt av periodontitt, tap av tenner og kreft på lepper eller i munnen. Verst står det til i lavinntektsland, der majoriteten av befolkningen har ubehandlet karies, og tannhelsetjenester er en luksus forbeholdt de rike og privilegerte. I lav- og middelinntektsland er karies også et stort helseproblem blant barn, som kan få store smerter og høyt skolefravær (3). I høyinntektsland er svekket tannhelse først og fremst et problem i den voksne og eldre befolkningen.

Til tross for at vi vet mye om årsakene til karies og hvordan det kan forebygges, har den globale byrden av ubehandlet karies i melketenner og permanente tenner endret seg lite de siste 30 årene. Mange har pekt på at det trengs en radikal omlegging av hvordan vi tenker på forebygging og behandling av orale sykdommer (4). I høyinntektsland er det et stort fokus på å stimulere individer til helsefremmende atferd og på å intervenere med stadig mer teknologisk avanserte metoder for å reparere tennene. Dette kan ha skygget for behovet for å gjøre endringer på et politisk nivå og å gjøre noe med de to viktigste drivkreftene bak ulikhet i oral helse: de såkalte sosiale og kommersielle determinantene.

«Levekårsundersøkelsen om helse i Norge viser at personer med svekket helse bruker flere helsetjenester. Unntaket er tannhelsetjenester»

Den siste levekårsundersøkelsen om helse i Norge viser at personer med svekket helse bruker flere helsetjenester (5). Unntaket er tannhelsetjenester. Den høyeste andelen med et udekket behov for tannlege finner vi nettopp blant de som har helseproblemer, ikke minst psykiske: Én av fire med psykiske plager har unnlatt å ta kontakt med tannlegen når de trengte tannhelsehjelp. Det er også en klar sammenheng mellom inntekt, tannhelse og hvor ofte man går til tannlegen. Blant de som har lav inntekt, er det flere som svarer at de ikke har god tannhelse, enn det er blant de som tjener bedre. Likevel besøker den førstnevnte gruppen tannlegen sjeldnere enn andre, og dårlig råd er den vanligste oppgitte grunnen (5).

Lov om folketannrøkt av 1949 var startskuddet for den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Formålet med loven var blant annet å spre tannlegene og sikre god tannlegedekning på bygdene. Gratis skoletannpleie sørget for at man i stor grad fikk bukt med tannråten blant barn og unge. I dag er tannhelsen relativt god på befolkningsnivå (5). Men noen faller altså utenfor. Stortingets beslutning i 2018 om å gjennomgå refusjonsordningene for tannlegetjenester var et viktig skritt for å gjøre noe

med den sosiale ulikheten i tannhelse. Globalt sett har reformer med innføring av universelle helseforsikringer og integrering av tannhelsetjenester med den generelle helsetjenesten gitt gode resultater i flere land (4).

Dårlig kosthold, bruk av tobakk og overforbruk av alkohol er felles risikofaktorer for orale sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer (*non-communicable diseases*, NCD), blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og kreft (6). Særlig bekymringsfullt med tanke på epidemien av karies, overvekt og diabetes er dagens høye sukkerinntak. I de fleste land i verden er sukkerinntaket langt høyere enn WHO's anbefaling om at mindre enn 10 % av det totale energiinntaket skal komme fra sukker tilsatt i matvarer (7). Årsaken finner vi blant annet i sukkerindustrien, *Big Sugar*. I den globale dietten er brus en hovedkilde til sukker, og noen få selskaper, blant annet Coca-Cola Company og PepsiCo, dominerer markedet. Disse to selskapene alene står for over en tredjedel av brussalget på verdensbasis, med samlede inntekter på mer enn 100 milliarder dollar i 2020 (8). Store summer brukes på markedsføring og reklame, ofte rettet mot barn. Sukkerindustrien påvirker også den globale helsen gjennom verdensomspennende forsyningskjeder, finansiell støtte til institusjoner og lobbyvirksomhet overfor de som utformer helsepolitikk (2).

Å stå imot sukkerindustriens markedsføring kan ikke overlates til den enkelte. Et globalt samarbeid på politisk nivå er nødvendig for å kontrollere de kommersielle selskapenes innflytelse på hva vi spiser og drikker. Sammen med bedre tilgang til tannhelsetjenester for alle er det avgjørende for å bedre den orale helsen, og dermed folkehelsen.

REFERENCES

1. Strand BH, Madsen C. Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/> Lest 30.1.2022.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394: 249–60. [PubMed][CrossRef]
3. Watt RG, Mathur MR, Aida J et al. Oral Health Disparities in Children: A Canary in the Coalmine? *Pediatr Clin North Am* 2018; 65: 965–79. [PubMed][CrossRef]
4. Watt RG, Daly B, Allison P et al. Ending the neglect of global health: time for radical action. *Lancet* 2019; 394: 261–71. https://www.academia.edu/40112207/Ending_the_neglect_of_global_oral_health_time_for_radical_action Lest 2.2.2022.
5. Lunde ES, Ramm J. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. Rapporter 2021/23. Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf Lest 30.1.2022.
6. World Health Organization. Noncommunicable diseases. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 Lest

30.1.2022.

7. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028> Lest 30.1.2022.

8. TREFIS. Coca-Cola vs PepsiCo: How Have Revenues For The Two Beverage Giants Trended Over Recent Years?
<https://dashboards.trefis.com/data/companies/PEP,KO/no-login-required/o004ouUx/Coca-Cola-vs-PepsiCo-How-Have-Revenues-For-The-Two-Beverage-Giants-Trended-Over-Recent-Years-.> Lest 30.1.2022.

Publisert: 14. februar 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0091

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. august 2026.