

**Behandlingstilbudet til pasienter som har
Temporomandibulær dysfunksjon (TMD)**

Rapport fra en arbeidsgruppe.



TMD-foreningen
for personer med
kjeveleddsfunksjon

Behandlingstilbudet til pasienter som har Temporomandibulær dysfunksjon (TMD)

Rapport fra en arbeidsgruppe.

Innledning

Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for spesialisthelsetjenester fikk i juni 2006 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å vurdere diagnostikk og behandling av TMD i Norge. Oppdraget til SHdir ble formulert slik:

1. om det er enighet mellom norsk og internasjonalt fagmiljø angående diagnostiseringen (av TMD)
2. om behandlingen i Norge er i tråd med det som gis av behandling i andre sammenlignbare land

Henvendelsen til Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) var generert av et brev fra TMD-foreningen for personer med TMD gjennom en pasienthenvendelse til HOD i desember 2005. Oppdraget ble overført til avdeling omsorg og tannhelse og en arbeidsgruppe ble nedsatt i november 2006.

Bakgrunn

TMD er en stor og heterogen gruppe lidelser. Det foreligger ingen oversikt over omfanget av TMD i Norge, men undersøkelser fra Sverige i 2002 antyder at 10-20 % av 50-årige voksne hadde "någon form av symptom på TMD ... majoriteten av dessa kräver dock ingen behandling". De fleste lever med sin dysfunksjon over lang tid. Det er flest kvinner som får disse plagene. Også barn kan ha en slik tilstand. En sammenstilling av studier antyder en prevalens på 1-3 % hos barn, mens hele 13 % opplever lyder fra kjeveleddene (Johansson A, Unell L, Carlsson GE, Söderfeldt B, Halling A. Gender difference in symptoms related to temporomandibular disorders in a population of 50-year-old subjects. J Orofac Pain 2003;17:29-35).

Mange blir smertefrie eller lever med sine smerter, andre får hjelp i helsetjenesten eller fra alternative helsemiljøer. En liten andel av pasientene utvikler kroniske smerter og dysfunksjon. TMD-foreningen anfører i brev til Helse og omsorgsdepartementet: "De smertetilstander som ofte forårsakes av TMD er meget alvorlige og kan medføre full invaliditet om pasienten ikke får adekvat behandling. Således representerer TMD et alvorlig problem, først og fremst for den som lider selv og familien. Men det representerer også et stort problem for arbeidsgivere på grunn av nedsatt funksjonsevne, konsentrasjonsvansker og sykefravær og for samfunnet i form av utgifter til sykepengen."

Statens helsetilsyn jobbet på bakgrunn av pasienthenvendelser fram til 2001 med behandlingstilbud til pasienter med TMD. I en uttalelse oppsummerte Statens helsetilsyn (Htil) i 2001(sitat):

”Det er enighet om at bittskinnebehandling er indisert ved slike smertetilstander.

Det ser ut til å være enighet om at kirurgiske inngrep i kjeveleddene frarådes, men kan være relevant hvis konservativ behandling er prøvd minst 3-6 mnd uten godt resultat. Fra svensk hold dokumenteres at smerteproblematikken er reell og ikke kan tilskrives psykologiske årsaker. Det foreligger et kornplisert samspill mellom kjeve og nakke. Mangel på kunnskap om dette kan medføre feildiagnostisering og feilbehandling.

Konklusjon: Statens helsetilsyn fastslår at en gruppe pasienter har betydelige smerteproblemer i hode/nakke/hals etter Whiplash Associated Disorder (WAP). Denne lille pasientgruppen har ikke blitt hjulpet for sine plager etter behandling i det norske helsevesenet. Dokumentasjonen om effektiv behandling av disse spesielle smertetilfellene er sparsom og årsakssammenhengene er kompliserte. Her trengs mer kunnskap.”

Arbeidsgruppen er kjent med at Avdeling for spesialisthelsetjenester i SHdir vurderer et prosjekt i regi av Unifob, Bergen, angående skader ved nakkesleng. Dette prosjektet kan ha stor relevans også for TMD – problematikken.

Diagnostikk

TMD tilhører gruppen muskuloskeletale og reumatologiske sykdommer. Symptomer kan være endret funksjon/låsning, lyd/støy fra kjeveleddene og/eller smerter i ledd, øre, øye eller ansiktsmuskulatur samt hodepine. Disse smertene kan i enkelttilfeller være av invalidiserende art.

TMD kan ha sammenheng med anatomiske, neuromuskulære og psykologiske faktorer. Anatomiske forhold kan være predisponerende, men den utløsende faktor kan være et traume eller en endret funksjon. En lang og utmattende diagnostisk prosess kan bidra til at psykologiske mekanismer slår inn både hos behandler og behandlingsapparat og dermed hindrer en rasjonell tilnærming og løsning.

De fleste studier viser ingen eller svak korrelasjon mellom bittfeil/occlusale faktorer og TMD (Carlsson GE, Magnusson T. Management of tempormandibular disorders in the general dental practise. Chicago. Quintessence Publishing Co, Inc. 1999). Bittsliping er i dag ingen faglig akseptert behandlingsform. Diagnostisk vil ca 80 % av smertene være muskulære, mens 20 % er lokalisert til leddene.

Man regner 4 hovedkategorier av TMD:

- dysfunksjon og smerter i tyggemusklene
- displasering av leddskiven (internal derangement)
- arthrose/osteoarthritis (brukt i amerikansk litt.) er degenerative forandringer i leddet uten eller med inflammasjon.
- systemisk inflammasjon (for eksempel reumatoid artritt)

De viktigste elementene i utredningen av TMD er en grundig klinisk undersøkelse, en utførlig anamnese og deretter rekvirering av radiologiske undersøkelser etter behov.

Det er uklart i hvor stor grad allmennleger og tannleger er oppdatert på diagnostikk og klinisk undersøkelse av TMD-pasienten. Kjeveledd og bittfunksjon er pensum i grunnutdanningen for tannleger. Feltet har ikke vært spesielt prioritert i den norske utdanningen.

Når det gjelder radiologiske undersøkelser finnes flere teknikker, blant disse Computer Tomografi (CT) og MRI (Magnetic Resonance Imaging). Det tekniske utstyret for å ta slike bilder finnes ved flere medisinske institusjoner i Norge, men spesialkompetanse på MRI anvendt på kjeveledd er svært begrenset. Det er kapasitetsmessig liten kompetanse på bruk og tolkning av MRI i Norge i dag. Det ble i 2006 opprettet en odontologisk spesialitet i Kjeve- og ansiktsradiologi i Norge, men bare en håndfull personer har denne kompetansen, de fleste i Oslo. Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi ved Det odontologiske fakultet i Oslo har bedt om en nasjonal strategi for å øke antallet kjeve- og ansiktsradiologer slik at det minst finnes en i hver helseregion. Dette støtter gruppen.

Behandling

Studier antyder at 4-7 % av befolkningen søker behandling for sin TMD, men langt flere har plager.

Et bredt faglig samarbeid på tvers av profesjonsgrenser er nødvendig. I slike sammenhenger møter pasienten ofte problemer fordi tannhelsetjenesten og den ordinære helsetjenesten er organisert på forskjellige nivåer.

Behandling kan utføres på flere måter:

1. Symptomatisk terapi
2. Bittfysiologisk terapi
3. Psykologisk terapi
4. Kirurgisk terapi

Ad. 1

Symptomatisk behandling skjer gjennom informasjon, medikamentell terapi og fysikalsk behandling, herunder akupunktur. I denne sammenhengen brukes også opptreningsbehandling. Dette er en gjenganger i alle de behandlingsmetoder som er anerkjent i dag. Å gi pasientene informasjon om ufarligheten av TMD og den gode prognosen i majoriteten av tilfellene, er grunnleggende viktig.

Ad. 2

Skinnebehandling er en veldokumentert og effektiv metode for å avhjelpe smerter. Denne bittbehandlingen lykkes i 70 – 90 % av tilfellene, men det er uklart om smertelindringen er en spesifikk effekt av skinnen. Det ser ikke ut til at type skinne tillegges spesiell vekt. Det er faglig enighet om at skinner som ikke endrer bittet er indisert i behandling av TMD-pasienter. Jfr TMD-boken av 2006 ("TMDs – an evidenced based approach to diagnosis and treatment" Laskin, Green and Hylander red).

TMD-foreningen anfører i tillegg at bittregulerende skinner kan være indisert for pasienter som ikke responderer positivt på behandling med stabiliseringsskinne.

Skinnebehandling går også igjen i de fleste aksepterte behandlingsmetoder i dag.

Bittsliping var mye brukt tidligere, men er i dag en svært kontroversiell terapi og frarådes.

Protetisk restaurering er krevende både behandlingsmessig og når det gjelder kostnader. Brukes unntaksvis. Store endringer i sambittet krever spesialistkompetanse og langvarige behandlingsopplegg.

Ad 3

Psykologisk tilnærming skal søke å behandle angsttilstander og depresjon når annen behandling ikke har ført frem. Det kan også være nyttig å få hjelp til å endre en ressurstappende atferd og i stedet innrette seg psykologisk på å tåle smerte og

funksjonsforstyrrelser. En pedagogisk/psykologisk terapi kan gi pasienten motivasjon til å gjøre de grep som er nødvendig for å få en bedre livssituasjon. En del pasienter opplever at psykomotorisk behandling blir gitt som **eneste** behandling til TMD-pasienter. Slik behandling/diagnose er for flere pasienter et betydelig hinder for å bli henvist til videre utredning for kjeveproblemene.

Ad 4.

Kirurgisk behandling av TMD er forsøkt gjennom tidene med varierende hell.

Bjørnland og Larheim (2003) viser gode resultater fra en langtidsstudie på pasienter som har gjennomgått discectomi i perioden 1986 – 88 med 10 års follow-up.

Det er enighet om at det kan være indikasjon for kirurgisk behandling av enkelte TMD - pasienter når konservative tiltak har vært prøvd uten gode resultater.

I TMD – boken av 2006, sies det av Daniel M. Laskin under kapitlet "Surgical Management of Internal Derangements" s. 478: Although there have been no good prospective, randomized, double-blinded clinical trials to substantiate the effectiveness of any of the procedures recommended for surgical management of internal derangement of the TMJ, case series and clinical experience indicate that procedures such as arthrocentesis, arthroscopic surgery, discoplasty, and discectomy can be used with reasonably good success in properly selected cases".

Selv om fagkompetansen finnes til å utføre nødvendig kirurgi i Norge, er det få pasienter som har fått dette tilbudet de siste 10 år.

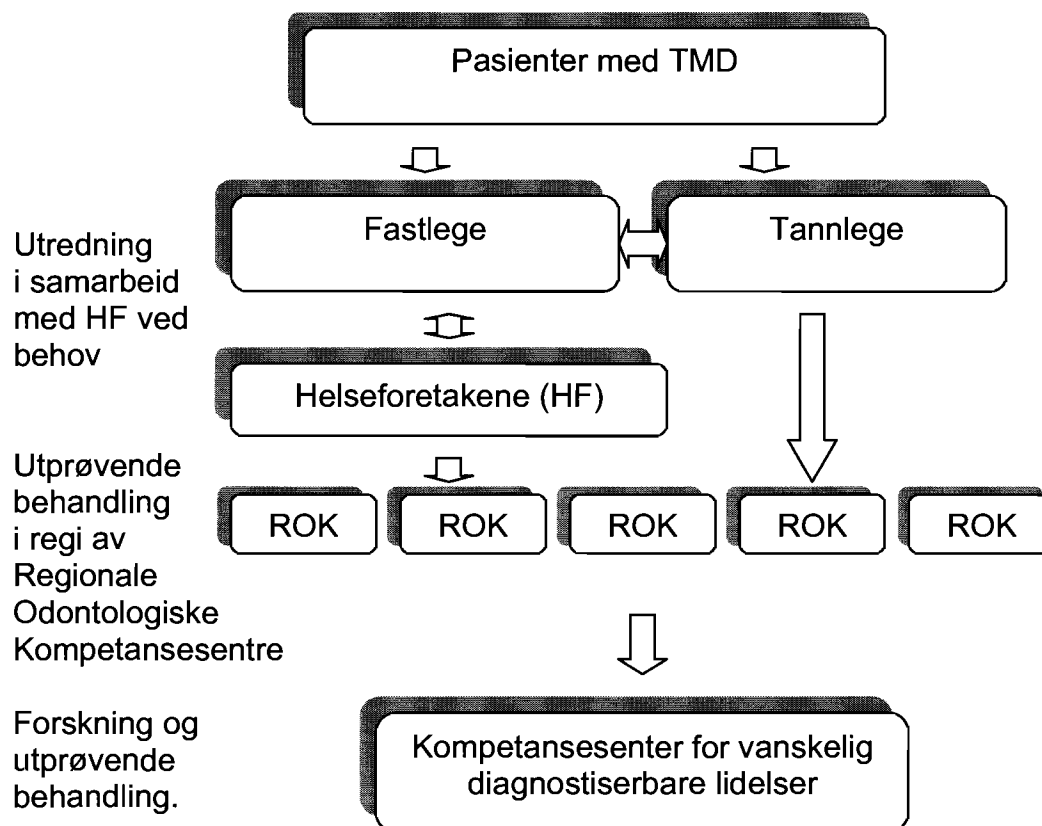
EØS-reglementet åpner for at norske borgere kan søke behandling også i andre EØS-land.

Forslag fra arbeidsgruppen.

Pasienter som melder seg i helsevesenet med symptomer på TMD har ingen entydig vei gjennom hierarkiet av tjenester. Snarere er det motsatte tilfelle. Pasientene møter forskjellige behandlere med forskjellig kompetanse og tilnærming og med forskjellige budskap. Det medfører ofte at pasienter forsøker seg fram i den alternative helsetjenesten for å få hjelp. Disse pasientene blir gjengangere i systemene og bruker store ressurser på dette. Det er verken pasientene eller samfunnet tjent med. Noen søker også behandling i utlandet.

Det er derfor viktig å lage en struktur på hvordan pasienter skal få en best mulig og kortest mulig vei til effektive og trygge helsetjenester.

En modell for utredning og behandling av TMD



- Allmennpraktiserende leger og tannleger må gjøre den grunnleggende kliniske utredningen. Det er mulig at det bør utarbeides en enkel sjekklister/veileder for undersøkelse og evt. henvisning av TMD- pasienter. Ved behov konsulteres spesialisthelsetjenesten i Helseforetaket for utredning og behandling.
- MRI kan utføres i Norge, men det er liten spisskompetanse i tolking/lesing av bilder.
- Tannleger kan utføre skinnebehandling, men her er kompetansen i dag avhengig av spesiell interesse. Det er for tiden ingen klar odontologisk spesialistkompetanse i Norge på

området og pasienter møter et fragmentert og lite konsistent fagmiljø. Spesiellkompetanse i bittfysiologi bør tillegges en av de eksisterende odontologiske spesialiteter eller det bør innføres en spesialitet i bittfysiologi som i Sverige.

- I regi av Regionale odontologisk kompetansesentre kan det gjøres systematisk utprøvende behandling. Det vil være praktisk å opprette *ett* regionalt kompetansesenter med spesialkunnskap om TMD i første omgang. Her må det legges til rette for en utstrakt mulighet for tverrfaglig samarbeid med spesialister på røntgendiagnostikk, smertebehandling, fysioterapi, nevrologi, psykologi m.fl. Også kirurgisk behandling bør kunne utføres på dette nivået på pasienter med de riktige kriteriene oppfylt.
- Pasienter som ikke blir hjulpet etter konsultasjoner på de Regionale odontologiske kompetansesentre, bør henvises til et senter for vanskelig diagnostiserbare lidelser hvor det ypperste av kompetanse er tilgjengelig. Et slikt senter er vurdert opprettet også for sammenlignbare lidelser som ME, fibromyalgi, elektromagnetisk overfølsomhet m.fl.
- I en fase med kompetanseoppbygging i Norge er det naturlig å bygge på den kompetanse som finnes ved de odontologiske og medisinske læresteder i samarbeid med internasjonale fagmiljøer. Da må det avsettes ressurser til diagnostikk og utprøvende behandling.

Strategi

Sosial- og helsedirektoratets "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005)" slår fast:

Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de:

- er virkningsfulle, d.v.s. at tiltakene som iverksettes bygger på oppdatert kunnskap og brukererfaringer
- er trygge og sikre, d.v.s. at uheldige eller uønskede hendelser i tjenesteytingen er redusert til et minimum
- involverer brukerne av tjenestene, d.v.s. at brukeren gis innflytelse både i planlegging og gjennomføring av tjenester på individ- og systemnivå
- er samordnet og preget av kontinuitet, d.v.s. at tiltakene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede for brukeren
- utnytter ressursene på en god måte, d.v.s. rett tjeneste, til rett tid og på rett måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt, d.v.s. at tjenestene finnes og er innrettet etter brukernes behov

Etter gjeldende **prinsipper for kvalitet i helsetjenesten** opplistet ovenfor, kan man anføre:

1. De fleste pasienter med TMD lever med sine plager eller får hjelp i helsetjenesten. En liten gruppe med kronisk invalidiserende smerter får ikke hjelp i Norge.
2. Kvalitetsmessig opplever TMD-pasienter at norske tjenester ikke er trygge og sikre. Pasienter får uklare og forskjellige budskap fra ulike faginstanser også på spesialistnivået. Det er vanskelig å få en riktig og sikker diagnose.
3. Brukere med kronisk invalidiserende TMD opplever at de ikke blir lyttet til og at deres erfaringer ikke blir tillagt vekt ved konsultasjoner i den norske spesialisthelsetjenesten.
4. Det er i dag en klar mangel på kontinuitet og samordning av tjenester for pasienter med kronisk invalidiserende TMD.
5. Diagnostikk og knappe behandlingsressurser blir ikke utnyttet på en god og systematisk måte. Over 60 brukere med kroniske lidelser har benyttet seg av utenlandske behandlere og legger ned i størrelsesorden 300 – 350 000 kroner av egne penger for å få denne behandlingen. Dette etter at de har gått med sine lidelser i flere år.
6. Tekniske hjelpemidler finnes tilgjengelig, men faglig kompetent diagnostikk er mangelvare. Av kapasitetsmessige hensyn blir de fleste TMD-pasienter avvist ved henvendelse til de odontologiske fakultetene.
Når det gjelder behandling, er det flere tannleger som utfører skinnebehandling, men for pasienter med langvarige kroniske lidelser er det ingen koordinert og systematisk terapi.

Konklusjoner:

1. Bakgrunnen for denne rapporten er at en pasientgruppe med invalidiserende TMD ikke har fått adekvat hjelp i det norske helsevesenet. Pasientenes interesseorganisasjon, TMD-foreningen, fokuserer spesielt på individer med forskutt/displasert leddskive.
2. Når det gjelder diagnostikk er det manglende kapasitet og kompetanse spesielt på tolkning av radiologisk utredning (MRI).
Det er uenighet innen fagmiljøene om betydningen av at leddskiver ikke ligger i normalposisjon mellom leddhode og fossa og om gevinsten av en replassering av leddskiver som er forskjøvet.

3. Behandling.

De aller fleste pasienter finner løsninger for sine problemer, men det er ingen koordinert og målrettet håndtering av disse pasientene i det norske helsevesenet. TMD-foreningen kjenner til at det er et akutt behov for snarest å gi et tilbud til drøyt 60 pasienter som venter på behandling i dag og opplever at de ikke får hjelp i Norge. Behovet vil være høyere fordi ikke alle med invalidiserende TMD er medlemmer av interesseorganisasjonen.

Det er behov for å etablere en systematisk tilnærming i behandlingen av pasienter med TMD. Arbeidsgruppen foreslår derfor en modell for en slik tilnærming. Modellen vil ivareta kompetanse og kvalitet i helsevesenet og sørge for at pasienter ikke får uklare og motstridende opplysninger og behandlingsforslag. Dette er svært ressurskrevende både for pasientene og samfunnet.

Arbeidsgruppen foreslår konkret at det så snart som mulig opprettes/frikjøpes en gruppe kompetente fagfolk med spesiell interesse for å utrede og behandle pasienter med alvorlig invalidiserende smerter relatert til kjeveleddene. Gruppen bør bestå av spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi, spesialist i bittfysiologi, spesialist i oral kirurgi/kjevekirurgi og annen relevant spesialistkompetanse. Gruppen må også sørge for at brukerkompetanse er tilgjengelig.

Den tverrfaglige gruppen må også vurdere internasjonal kompetanse og behandlingstilbud og vil være første steg i å etablere de kompetansesentrene som foreslått av arbeidsgruppen.

Inntil en slik gruppe er etablert med tilstrekkelig omfang og kvalitet, må en innse at en i dag ikke har tilstrekkelig behandlingstilbud for denne pasientgruppen i Norge slik det også ble presisert i Helsetilsynets uttalelse fra 2001.

4. Kunnskapssentret arbeider med en litteraturgjennomgang av relevans og effekt av kirurgisk behandling av TMD. En rapport om dette vil bli ettersendt så snart den foreligger.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Tore Arne Larheim, UiO, professor i kjeve- og ansiktsradiologi
Hanne Fosse, generalsekretær i TMD-foreningen
Jan Mønnesland, styremedlem i TMD-foreningen
Ola Johan Basmo, leder for arbeidsgruppen, fylkestannlege i Hedmark/engasjert i SHdir avdeling for omsorg og tannhelse januar - juni 2007.

Ann Evelyn Irgesund, sekretær, SHdir avdeling for primærhelsetjenester

I tillegg har følgende deltatt på avholdte møter:

- | Erna Marie Storenes, mastergradstudent og pasient (5 møter)
- | Erik Barman, tannlege med spesiell erfaring i behandling av TMD-pasienter (2 møter).

Arbeidsmetode

| Det har vært avholdt 7 arbeidsgruppemøter hvor blant annet prosjektplan, gjennomgang av diagnostikk og svenske ikke-kirurgiske behandlingsmetoder har vært tema. Arbeidsgruppens medlem Tore A. Larheim har holdt en forelesning om radiologisk diagnostikk relatert til TMD. Anders Arne Johansson, professor i oral protetikk ved Universitetet i Bergen og spesialist i bittfysiologi (Sverige), har gitt en forelesning i bittfunksjonelle behandlingsprinsipper ved TMD-problematikk i Sverige.

Litteratursøk:

Det foreligger to viktige nye fagbøker på området;

- Laskin, Green og Hylander 2006: TMDs, An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment
- Larheim og Westesson 2006: Maxillofacial Imaging

Begge gir fylldig informasjon om diagnostikk av TMD. Behandling av TMD er beskrevet i TMD-boken Laskin, Green og Hylander, red..

Det er bestilt en litteraturgjennomgang hos Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten med følgende spørsmål:

- Hvilken dokumentasjon finnes for effekten av kirurgisk inngrep på smertetilstander fra kjeveleddene?
- Hvilken dokumentasjon finnes for effekten av skinnebehandling av smertetilstander fra kjeveleddene?
- Er det sammenheng mellom smerter i kjeveleddene og balanseforstyrning i andre ledd, for eksempel ved Whip-lash.

Man ønsker kunnskapssøket gjort på nyere forskningsresultater fra de siste 10 – 15 år.

Gruppen er også kjent med artikkelen i American Journal of Pain Management fra 2002 av Stack, Gregory, Gjerde, Hanssen og Leivseth: "Modified Meniscoplasty for Treatment of Chronic Disc Displacement Without Reduction: 60 Patients 117 joints." Den beskriver en spesiell teknikk utført i USA som kombinerer replassering av kjeveleddsskiven med aktiv fysisk opptrening og rehabilitering/stabilisering av bitthøyde. Dette er en

intervjuundersøkelse av pasienter som overveiende rapporterer bedring i sin tilstand.

To andre artikler er også presentert:

- Disc Preservation Surgery for the Treatment of Internal Derangements of the Temporomandibular Joint av M.F.Dolwich I J Oral Maxillofacial Surgery 59;1047-1050,2001
Denne artikkelen baserer seg på litteratursøk og diskuterer kirurgisk behandling av pasienter med displaserte leddskiver.
- Discectomy of the Temporomandibular Joint: 3-Year Follow-Up as a Predictor of the 10-Year Outcome av T.Bjørnland og T.A.Larheim I J Oral Maxillofacial Surg 61:55-60, 2003.
Dette er en norsk langtids (10 år) "follow up" - undersøkelse av pasienter som i forbindelse med kjeveleddsproblemer har fått fjernet leddskiven.

I begge arbeidene rapporterer pasientene klar bedring i sin tilstand etter de kirurgiske inngrepene.