

Åpent brev til avdelingsdirektør Kjell Røynesdal, Helsedepartementet:

## Ny refusjonsordning for rehabilitering av periopasienter

Til glede eller til skuffelse for pasientene?

**D**et er med glede at helsepersonell og publikum registrerer at bevilningene til tannhelse øker. I helsebudsjettet for 2004 foreslår regjeringen å øke tilskuddene til tannhelsefeltet med 6 mill. kroner til 54,5 mill. kroner. I tillegg kommer 50 mill. kroner til økt trygderefusjon til pasienter som har mistet tenner på grunn av periodontitt.

Takket være NTF og engasjerte kollegers mangeårige kamp for å likestille sykdommer i munnhulen med sykdom for øvrig, har våre politikere fått øynene opp for den betydning disse sykdommene har for somatisk, psykisk og sosialt velvære. Etter hvert har man også blitt klar over hvilke enorme kostnader disse sykdommene innebærer for enkelte pasienter. Det er derfor med glede man konstaterer at våre politikere også er på glid når det gjelder å hjelpe disse pasientgruppene til et bedre liv.

Regjeringen har også gitt klart uttrykk for at ett av hovedformålene med tilskuddet «er å bedre geografisk likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester».

Til tross for økt faglig innsats mot de kronisk marginale periodontittene – og en markert bevisstgjøring i befolkningen om hvordan disse sykdommene skal bekjempes, går tannsett tapt. Enkelttenner kan i mange tilfeller erstattes med partielle proteser eller konvensjonelle broer. Deres hele tannsettet går tapt er valget ofte helproteser. Selv om «det tredje tannsettet» har vært en alternativ behandlingsform i over 30 år, har implantatbehandling vært utenfor rekkevidde for det store flertall av aktuelle pasienter på grunn av store kostnader.

Refusjonsordningene, slik de er beskrevet i pressemelding nr. 73 av 6. oktober d.å. vil utgjøre fra 35 til 50 % av offentlige takster for slik behandling. Dette vil muliggjøre implantatbehandling for en langt større gruppe pasienter. Det forventes derfor at behandlingsetterspørselen vil øke drastisk. Et professoralt utvalg har gjort beregninger på hvor stor denne etterspørselen kan forventes å bli,

uten at deres beregningstall per dato er kjent.

På årets landsmøte ble det bl.a. hevdet av avdelingsdirektør Kjell Røynesdal at rehabilitering i form av implantater av periodontalt ødelagte tannsett bare kunne utføres av spesialister i oral kirurgi, kjevekirurgi og protetikkere med spesialkompetanse. Det var ikke avklart om spesialister i periodonti også kunne utføre den kirurgiske behandlingen. Dette utløste en kraftig diskusjon om man ville få en ubalanse mellom behandlingsetterspørsel og behandlingstilbud. Med den skjeve fordelingen av spesialister innen de nevnte områdene vil man måtte forvente at pasienter fra Nord- og Midt-Norge må reise til Oslo og Bergensområdene for å få denne behandlingen utført. For det første vil dette være i strid med prinsippet om en bedre geografisk likeverdig tilgjengelighet av tannhelsetjenester. For det andre vil dette være høyst ubeleilige reiseavbrekk for pasientene, og for det tredje vil reisene for denne pasientgruppen sluke betydelige deler av de budsjetterte penger.

Det er full forståelse for at bevilgende myndigheter ønsker å gi pasientene en faglig forsvarlig behandling, og at dette må kvalitetssikres. I helsepersonelloven kap. 2 §4 ligger den generelle selvkontroll til forsvarlighet. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig...».

Det finnes i dag en relativt stor gruppe tannleger uten formell kirurgisk kompetanse, men med betydelig realkompetanse, og som har praktisert kirurgisk og protetisk implantatbehandling i mange år med gode resultater (50 til 100 fiksturer per år). Disse tannlegene har en god geografisk spredning omkring i landet og kan hindre at pasientene våre blir kasteballer med lange reiser og en belastning på våre helsebudsjetter. I dag finnes flere eksempler på pasienter med kroniske lidelser som ikke får dekket sine reiseutgifter på grunn

av de belastninger dette vil medføre for trygdebudsjettene (tinnitus).

Sett i lys av en trend og aksept for at realkompetanse i mange tilfeller bør vektlegges i større grad, bør våre helsemyndigheter åpne for at tannleger med lang erfaring innen dette fagområdet kan få utføre denne behandlingen på ovenfor nevnte pasientgruppe, og at dette dekkes av trygdesystemet.

Skulle våre helsemyndigheter ytterligere ønske å kvalitetssikre implantatbehandling kunne man kreve at tannleger som ønsker å utføre denne type behandling framlegger for eksempel 10 sluttførte kasus samt en prosedyredokumentasjon som inneholder planlegging, informasjon, hygieneregimer, operative rutiner, oppfølging etc. Eksakte dokumentasjonskrav bør utarbeides av myndighetene.

Bare ved å godta at andre tannleger enn spesialistene utfører denne behandlingen, kan vi innen for en rimelig framtid unngå en kløft mellom behandlingsetterspørsel og behandlingstilbud og at potensielle pasienter møter skuffelse på grunn av lange reiser og behandlingsskøer.

*Tannlege Bjørn Joh. Fuglem*

*Adresse: Moxness-klinikken, Olav Tryggvasons gt.14, 7011 Trondheim*