

Trygderegler til besvær

Stønad/bidrag med implantatretinert protetisk behandling

Etter at refusjonsordningen for oral rehabilitering ved tanntap grunnet marginal periodontitt trådte i kraft 1. oktober 2003, har praktiseringen av denne ordningen skapt frustrasjoner hos tannleger og pasienter. De reviderte trygdereglene med forskrifter, gjeldende fra 1. januar 2004, har vist seg å være uklare på mange punkter. Dette har ført til at selv de rådgivende tannlegene i trygdeetaten tolker regelverket ulikt.

Et paradoks i dette trygdevirvaret må nevnes. Det er i dag et krav fra trygdeetaten at pasienter som får stønad eller bidrag til implantatretinert protetisk behandling skal behandles av oral-/kjevkeirurg og tannlege med godkjent spesialutdannelse i protetik. De skal vurdere pasienten, sette opp et samlet behandlingsopplegg og sende inn hvert sitt kostnadsoverslag. Sunn fornuft burde tilsi at når begge spesialister har brukt tid på undersøkelse, vurdering og søknad, så skulle de begge tilkomme et honorar for dette. Men nei, ikke i trygdeforstand. Siste utspill fra en av de rådgivende tannlegene er at kun én av spesialistene kan få trygderefusjon for undersøkelse og vurdering! Pasienten kan ikke få bidrag for dette to ganger, selv om det er utført av to forskjellige spesialister etter krav fra trygdeetaten. Slikt er ikke lett å forstå verken for behandler eller pasient. Det er heller ikke lett å forstå at utgifter til implantatkomponenter og innsetting av distans er tatt inn i kirurgitaksten 618 mens det er protetikerens som i de aller fleste tilfelle setter inn distanser og legger ut for komponenter.

Det blir tungt og lite forutsigbart å forholde seg til en etat der reglene er uklare og tolkes ulikt. Ved henvendelse til overtannlegen i Rikstrygdeverket, som burde kunne legge føringer for bruk og tolkning av systemet, får jeg

bare vage svar om at reglene er uklare fra departementet. Jeg vet at NTF nylig har vært i kontakt med den nye helseminister hvor trygderegler og praktisering av disse har vært et tema. Det er bra. Her må noe gjøres. Det haster.

Spesielt om oral rehabilitering etter tanntap pga. marginal periodontitt – bakgrunn

Pasienter som har mistet noen eller alle sine tenner pga. av marginal periodontitt har vanligvis svært store utgifter til behandling, både konvensjonell periodontittbehandling og protetisk restaurering pga. tanntap. På denne bakgrunn anbefalte Sosialkomiteen i Stortinget i 2001 at det skulle fremarbeides et forslag til trygderefusjon for disse pasientgruppene.

I møte i Helsedepartementet i juli 2003 med representanter fra NTF, relevante spesialistforeninger, Helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og RTV, ble det grundig diskutert hvordan den nye refusjonsordningen for oral rehabilitering ved tanntap pga. marginal periodontitt skulle fungere. Stortinget la premisser for at den nye refusjonsordningen skulle være enkel og byråkratisk å administrere, og at pasienter med de største utgiftene særskilt skulle skjermes. På denne bakgrunn var det enighet i møtet om at trygdede skulle få refusjon per tann tapt pga. marginal periodontitt på tross av at systematisk periodontittbehandling var gjennomført, og at trygdeetatens tannleger ikke skulle legge seg opp i hva slags behandling som ble utført, så lenge den var innen regelverket. For å begrense utgiftene, la man seg på en linje der tanntap bak 2. premolar normalt ikke skulle erstattes.

Politikere og Helsedepartementet gikk ut i media og presenterte den nye ordningen som et stort fremskritt innen trygderefusjon for tannbehandling.

Dette skapte store forventninger i den aktuelle pasientgruppen.

Erfaringer med ordningen

Det er spesielt pasientgruppen med behov for implantatretinert protetisk behandling som ikke har fått den støtte de hadde forventet. Dessverre ble fremdeles retningslinjene i rundskriv 1-12/1994 fra Sosial- og helsedepartementet, der det settes vilkår for dekning av implantatbehandling at konvensjonell protetisk behandling ikke har gitt eller forventes å kunne gi et akseptabelt behandlingsresultat, hengende med i regelverket.

Dette har ført til at pasienter som har mistet alle sine tenner i f.eks. overkjeven pga. marginal periodontitt, og som tilfredsstiller trygdens krav til refusjon med oral rehabilitering, har fått godkjent kr 2 000 til en hel protese i stedet for 40–45 000 kroner til implantatretinert bro som de var blitt forespeilet i media og som tannleger som har godkjent kompetanse til denne form for behandling hadde forespeilet dem.

Det har kommet tilbakemeldinger fra kolleger med spesialutdanning i protetik om at det er ulik behandling hos ulike rådgivende tannleger. Saker som i første ledd har gitt hel protese som resultat har etter anking med en litt annen ordlyd på søknaden, gitt refusjon for implantatretinert bro.

Rundskrivet fra Helsedepartementet av mars 2004 på Internett har ikke gjort ordningen lettere. Der fremgår at hel protese skal være første alternativ, men at implantatretinert bro kan gi refusjon hvis det er lav kjevkeam, pasienten brekker seg, allergi med mer. Her legger man seg på en linje som fører til en byråkratisk tolkning av søknader og der ordlyden i søknaden kan være avgjørende for hva som innvilges. Når man søker om implantatretinert erstatning etter tap av 10 tenner i overkjeven, så vet man ikke før man ekstraherer om

pasienten vil brette seg, få plagsomt lite smaksopplevelse, få taleproblemer eller hvor lav alveolarkammen vil bli. Pasienten må ha krav på å vite hva slags refusjon de tilkommer før behandling startes.

Mange av de pasientene som mister sine tenner pga. marginal periodontitt, er forholdsvis unge mennesker i arbeid. I denne gruppen er det et stort psykososialt traume å gå rundt med en plastplate med tenner, som de føler lett løsner når de snakker med folk. Vi har mange eksempler på at pasienter, som har vært aktive og utadvendte, isolerer seg og unngår å gå i selskap, selv med den nærmeste familie, når de får en «løs

protese». Da må man spørre seg om dette er et akseptabelt behandlingsresultat. Etter min mening må «et akseptabelt behandlingsresultat», også i trygdesammenheng, bringes ut av de inntil nå snevre odontologiske kriterier, til å se pasienten som et hele. Selv om en protese tilfredsstiller faglige kriterier, kan den være en katastrofe for individets totale psykososiale situasjon.

Implantatretinert behandling er i dag en veldokumentert behandlingsform. Den er et førstevalg på lik linje med andre behandlinger når alternative behandlingsopplegg skal presenteres for pasienten. Det burde være pasienten og tannlegen i fellesskap, som etter en

grundig undersøkelse, vurdering og diskusjon, skal komme frem til et faglig behandlingsopplegg basert på informert samtykke. Slik trygderefusjonsordningen i dag praktiseres, legger trygdeetaten premisene for en behandling pasienten ikke ønsker.

*Bent Thv. Gerner
leder av Norsk Forening for Oral Protetik*

*Adresse: Spesdent, Spesialisttannklinikken
i Hegdehaugsv. 31, 0352 Oslo*

Trygderegler til besvær

Svar fra Friedrich Schaller

Lederen for Norsk Forening for Protetik tar i sitt innlegg til dels opp regelverket, dels trygdens praktisering av regelverket.

Trygdeetaten må forholde seg til de takster som er gitt i Forskrift og Rundskriv fra Helsedepartementet. For å forstå takstene må man studere merknadene. Fra Helsedepartementet og trygden foreligger det et ønske om forenkling, som bl. a. kommer til uttrykk i flere stykkpristakster. Spørsmålene som fremkommer er forsøkt besvart i samme rekkefølge som de fremkommer i innlegget til lederen av Norsk Forening for Oral Protetik.

Kirurgen skal selvsagt også få dekket undersøkelse i forbindelse med implantatbehandling. I implantattakstene 618 og 619 fremkommer det av merknadene at bl. a. undersøkelse *inngår* i taksten. Dette bør kunne sees på som en forenkling.

I de samme takstene er det tatt inn at de omfatter innsetting av distanse. Fra protetikerhold har det vært opplyst at distansen kirurgen eventuelt setter inn ikke egner seg for den endelige protetiske løsning og må byttes slik at protetiker av den grunn bør kunne ta komponenten med i sin regning. Takstene

synes å ha behov for å bli klarere på hvem som kan sende regning for distanse.

Regelverket er/vil være under kontinuerlig vurdering og revidering. Rikstrygdeverket har tatt opp ovennevnte forhold med departementet og vil fremføre det igjen i neste revisjon av forskriften. Andre innspill vil også bli vurdert.

Periodontittrehabilitering

Periodontittrehabilitering skal være forhåndsgodkjent. Trygdens tannleger må følge departementets regler i sine vurderinger. Endringer må skje politisk og/eller i departementet. Når protetikere mener at proteser ikke er en akseptabel behandlingsform, bidrar de til å skape forventninger hos pasientene. Skuffelsen kan da tenkes å bli større enn nødvendig hvis de får avslag. Psykososiale forhold vurderes ikke av trygden i denne sammenheng. Det er på årsbasis bevilget ca. 50 millioner til rehabiliteringsordningen. Skulle protetikernes ønske om at implantatbehandling skal være et førstevalg innfris, må de offentliges bevilgninger til periodontittrehabilitering økes meget sterkt.

Når man søker trygden om implan-

tatbehandling uten å ha tatt stilling til hvorvidt konvensjonell protetisk behandling ikke har gitt eller forventes å kunne gi et akseptabelt behandlingsresultat, blir søkeprosessen vanskeliggjort for alle parter. Hvis det etter protesebehandling skulle vise seg at det foreligger objektive grunner for at pasienten ikke kan bruke protese, bør det kunne gis utvidet støtte med fratrett av proteserefusjonen, slik at kravet om at rehabilitering kun dekkes én gang kan oppfylles. Objektive grunner må basere seg på faglige forhold som umuliggjør proteseløsning. Taleproblemer, lite smaksopplevelse og brekninger ved bruk av proteser kan være et tilværelsesfenomen. For at brekninger skal kunne brukes som «objektiv» grunn for å velge en annen behandlingsløsning, må det sannsynliggjøres at brekningen er av en slik art at protese ikke *kan* brukes.

*Friedrich Schaller
overtannlege
Rikstrygdeverket*