

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 protetikholder 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 fratrukk 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 tilvinningsfenomen. 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*