



Får pasientene den behandlingen de trenger? (2)

Første innlegg med tilsvar stod i Tidende nr. 15, 2009

Jeg ønsker å publisere mitt referat, i form av spørsmål og svar, fra et møte mandag 16.11.2009 mellom rådgivende tannlege (RT) og meg selv, tannlege Per Hamre (PH). Møtet kom i stand etter at RT endrer behandlingsforslag og kostnadsoverslag fra PH i en grad som gjør at tannbehandling av enkelte pasienter blir ulønnsomt for mange privatpraktiserende. En mulig konsekvens av dette er at pasienter ikke får behandling. Tatt i betraktning at den reelle kostnad i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) sannsynligvis er på linje med kostnadene i privatpraksis, er dette en praksis som det kan stilles spørsmål ved.

Referat fra møtet ble også sendt til rådgivende tannlege den 30.11.2009. Han lovet på telefon den 10.12.2009 å svare skriftlig. Det har han per 14.01.2009 ikke gjort.

Spørsmål 1 fra PH: Hva er det som gjør den rådgivende tannlege i stand til å diagnostisere og sette opp behandlingsplan på bakgrunn av tilsendte røntgenbilder og vårt forslag? Vi må se og undersøke pasienten. Gjelder andre regler for byråkrater når de setter opp behandlingsforslag?

Svar fra RT: Støtter seg på «Retningslinjer for bidrag til nødvendig tannbehandling». NTF laget i 1999 retningslinjer. Nå er det nedsatt et utvalg av NTF og HD som arbeider for nye kriterier. Rådgivende tannlege stemmer av i forhold til kriterier. Han ønsker seg mer enn teknisk betonet journalutdrag fra OPUS. Er interessert i refleksjoner rundt pasientene, ønsker et helhetssyn. RT var enig i at det kunne være vanskelig å danne seg et bilde av pasientene ut fra kun røntgenbilder og journal. Han nevnte et eksempel, basert på generell erfaring, på at det kunne forekomme kostnadsoverslag hvor en enkelt tann var foreslått til kronebehandling, med rønt-

genbilde av tannen vedlagt. Dette var utilfredsstillende, om ikke hele tannsettet var vurdert.

PH er enig i dette, men påpekte at det ikke var relevant for ham, da vi alltid sender inn OPG.

På spørsmål om hvordan rådgivende tannlege kunne vite at premolærer i overkjeven hadde en rot, som det ble påstått i et barbert kostnadsoverslag, ble det svart at om det viste seg å være to røtter, kunne den privatpraktiserende tannlegen sende brev i etterhånd og be om at vurderingen ble gjort om.

Spørsmål 2 fra PH: Har RT et politisk mandat? At asylsøkere/flyktninger ikke skal få systematisk periodontibehandling er ikke faglig, men politisk begrunnet. Hvilket regelverk gir grunnlag for politiske beslutninger?

Svar fra RT: Han var enig i at det ikke var faglig begrunnet at han kuttet ned behandlingsforslag fra PH på perio-behandling på kr 1358 + to anestesi å kr 104, totalt kr. 1 566. (Det stod ikke spesifisert, men var ment å dekke to behandlinger på 30 min å kr. 783). Rådgivende tannlege stilte spørsmål om dette var systematisk behandling, og reduserte til 40 minutter å kr. 729. Dette innebærer at det ikke blir satt anestesi, da vi ikke bedøver begge kjevehalvdelene samtidig.

Pasienten, som har mye tannstein og språkkproblemer og funksjonelt er språkløs i forhold til behandlende tannlege, skal ifølge rådgivende tannlege få en behandling uten anestesi som er meget smertefull, og klart mindreverdig i forhold til to gangers behandling med anestesi. PH tviler på at pasienten i en kort og smertefull behandlingsseanse skal få en bedret tannhelse.

RT begrunnet sitt ikke-faglige råd med at behandlingsforslaget fra PH sin side ikke gav inntrykk av å være systematisk. Derfor kunne han forsvare

å tilby pasienten en klart dårligere behandling. Som eksempel på adekvat periobe-handling nevnte han at pasientene måtte ha

- Innledende hygienefase med instruksjon og påfølgende kontroller
- Scaling to ganger
- Oppfølging

Som eksempel nevnte han videre at dette kunne ta opptil 10 ganger. PH mente at om han behandlet en pasient uten ekstreme problemer hele 10 ganger for periodontitt, ville dette være overbehandling. Det er vel også utenkelig at NAV vil godkjenne denne type behandling.

Spørsmål 3 fra PH: Får pasienten den behandling vedkommende har krav på? Om ikke vi er villige til å behandle pasienten for kr 1094/time, er andre villige til å gjøre det? Dette er ofte pasienter som har problemer med å få behandling. DOT avviser selv mange akutt-pasienter. Vi gjør det aldri, forutsatt at vi får betalt hva tannbehandlingen vår koster. I de fleste tilfelle antar jeg at DOT her ikke er et alternativ, de sliter med å behandle klientell med ret-tigheter til behandling i DOT. Hvis vi ikke behandler dem, er det sannsynlig at de ikke får behandling i det hele tatt. Er dette i tråd med at DOT har et allment ansvar for at pasienter får tilgang til behandling, at DOT i praksis avskjærer dem fra tannbehandling?

Svar fra RT: Er ikke enig i at pasienten ikke får behandling. Han holder seg bare til sitt mandat.

PH sa at han ikke ville behandle pasienter for kr 1 094 per time, og at han tvilte på at disse pasientene rent faktisk ville få behandling. RT kunne ikke love at DOT skulle behandle dem. Det var derfor mulig at de ikke fikk behandling på kort sikt. Men på lang sikt regnet han med at DOT ville ha kapasitet til å behandle dem.

PH mente at den reelle kostnaden

ved tannbehandling i DOT ikke er lavere enn i privatpraksis. Rådgivende tannlege ville ikke inn på dette, og ville ikke svare hva den reelle kostnaden per tannlegetime er i DOT. Men på direkte spørsmål fra PH bekreftet rådgivende tannlege at den lå rundt 13–14–1500/time. I DOT er ikke finansieringskostnaden med i driftsregnskapet. Det er det i privatpraksis. Rådgivende tannlege var ikke enig i at finansieringskostnader ikke dukket opp i driftsregnskap i DOT. Om han investerte ekstra utstyr i en klinikk, måtte han ta det over driftsregnskapet. Men vi ble enige om at for helt ny tannklinikk, er finansieringen over et investeringsbudsjett, og ikke over driftsbudsjettet. Det innebærer at tannklinikken til DOT ikke trekker med seg finansieringskostnader i driftsregnskapet. Men finansieringskostnadene er der likevel. Om vi legger finansieringskostnadene til driftskostnaden, kan ressursbruken i DOT være høyere enn i mange privatpraksiser

Spørsmål 4 fra PH: I den samme kommunen får privatpraktiserende

tannleger som behandler pasienter under LAR (Legemiddellassistert rehabilitering) offentlige takster pluss 25 prosent. Her har vi et skille mellom pasienter, en A-klasse og en B-klasse. Hvilket regelverk gir grunnlag for diskriminering av noen pasienter?

Svar fra RT: Dette var et helsepolitisk spørsmål. 18 tannleger på Helgeland er med i denne ordningen.

Spørsmål 5 fra PH: I sakens anledning tok jeg kontakt med en tillitsvalgt i en annen kommune, og spurte hva som var hans erfaringer med denne type problemer. Han sendte inn kostnadsoverslag med sine priser som lå vesentlig over offentlige priser, og fikk dem godkjent. Det innebærer en forskjellsbehandling. Det er en del prinsipper som bør ligge til grunn for offentlig saksbehandling:

- Transparens – eller innsynsmulighet og offentlighet*
- Konsistens/forutsigbarhet*
- Likebehandling*

Ingen av disse prinsippene synes å være gjennomført her. Gjelder ikke slike prinsipper i DOT?

Svar fra RT: Sånn er det. Det er forskjeller mellom fylkeskommuner, og mellom kommuner.

Spørsmål 6 fra PH: Kostprisen for en tannlegetime i DOT ligger sannsynligvis rundt 1400–1500 kroner/time. En moderne privatpraksis med assistanse av minst en tannlegesekretær har en tilsvarende kostpris, i noen tilfelle vesentlig mer. Hvis det offentlige ikke klarer seg med en timepris på kr 1094, og mange privatpraktiserende tannleger vil gå konkurs med slik pris, hva er da realismen i å forslå slike timepriser?

Svar fra RT: Jeg gjør bare jobben min.

Per Hamre
perhamre@hotmail.com