

Blåreseptordningen og tannlegen:

Hvorfor holdes pasienter med odontologiske tilstander utenfor?

Uttrykket «blåresept» brukes noe upresist om Folketrygdens stønad til dekning av nødvendige utgifter til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som er forskrevet av lege til bruk utenfor sykehus (1). I denne artikkelen brukes uttrykket «blåresept» eller «blå resept» om den skriftlige rekvisisjonen (resepten) for utlevering av legemidler fra apotek til pasient (2). Blåreseptordningens hensikt er å «ivareta sentrale velferdspolitiske og helsepolitiske mål, ved at den pliktmessig dekker utgifter til en nærmere angitt gruppe legemidler til bruk ved definerte sykdommer» (3).

I «Blåreseptforskriften» er omfanget definert ved at det ytes stønad etter § 2 og § 3 til dekning av utgifter til legemidler som skal brukes til behandling av alvorlige sykdommer eller av risikofaktorer som med høy sannsynlighet vil medføre eller forverre alvorlig sykdom, og der det er behov, eller risiko, for gjentatt behandling over en langvarig periode (1).

Det ytes ikke stønad til bruk av legemidler når: «a) initiering, evaluering og avslutning av behandlingen styres av lege i spesialisthelsetjenesten, b) inntak eller tilførsel av legemidlet krever fysisk overvåkning eller beredskap av spesialisthelsetjenesten eller c) inntak eller tilførsel av legemidlet krever utstyr som i all hovedsak besittes av spesialisthelsetjenesten (1).

Det er utarbeidet en egen liste over legemidler som ikke omfattes av stønadsordningen grunnet vurdering av legemiddelets nytte og kostnader. Men «blåreseptforskriften» åpner faktisk for at det kan ytes bidrag for reseptpliktige, markedsførte legemidler, som ikke dekkes over blåreseptordningen. Denne bidragsordningen skal fungere som et sikkerhetsnett for pasienter som ikke får legemidler på blå resept (4). Personer som har en kronisk sykdom som trenger behandling i minst tre måneder per kalenderår, kan ha krav på legemidler på blåresept (5).

Det har således skjedd store endringer når det gjelder hva bidragsordningen for legemidler innebærer, med hensyn til både omfanget av legemidler, og ikke minst hvem som forskriver stønadsberettigede legemidler fra det ble innført som pliktmessig

ytelse til «livsviktige og kostbare medisiner» i 1953 og frem til i dag (6,7).

Blåresept og tannleger

Tannlegens oppgave er tradisjonelt blitt ansett i medisinske fagmiljøer som rehabilitering av tyggfunksjonen, enten ved konservative eller protetiske arbeider, samt eliminasjon av akutte smertefulle tilstander i munnhulen. En glemmer ved dette at tannlegefaget omfatter pasienter med en rekke oralmedisinske tilstander, hvor en finner langvarig patologi av infeksøs eller kronisk inflammatorisk karakter. Spesielle og særskilt behandlingsvanskelige tilstander i munnhulen behandles som oftest av tannleger med spesialkompetanse innen oral kirurgi og oral medisin på egne sykehusavdelinger og odontologiske universitets-klinikker.

Svært mange av disse tilstandene behandles kun palliativt, men med langvarige behandlingsforløp med legemidler. I «melding til Stortinget nr. 34» står det at «Legemidler står sentralt i den moderne helsetjenesten og riktig bruk av legemidler kan gi store behandlingsgevinster for pasientene» (7). For mange av disse pasientene kan en slik behandlingsgevinst faktisk oppnås etter korrekt diagnostikk og legemiddelbehandling.

Hva er problemet?

Tannleger er i utgangspunktet automatisk ekskludert fra muligheten til å forskrive legemidler på blåresept da denne mulighet generelt kun er forbeholdt *leger* med visse kompetansekrav innenfor visse spesielle medisinske sykdomstilstander avhengig av legemiddeltypen. Dette er i utgangspunktet ikke lett å forstå da kunnskap innenfor oral medisin (her sykdommer innenfor munnhulen som spesielt omfatter munnhulens bløtvev) er en meget sentral del av odontologisk grunnutdannelse og spesielt odontologisk spesialutdannelse (særlig oral kirurgi og oral medisin).

Denne kunnskap formidles i behandlingsøyemed av tannleger med spesialkompetanse som fungerer i den odontologiske spesialisthelsetjenesten hvor de mottar pasienter med større oralmedisinske behandlingsbehov enn det almenpraktiserende tannleger kan tilby. Dette er pasienter som ikke får nødvendig behandling i den medisinske primærhelsetjenesten, enten på grunn av manglende kompetanse, manglende henvisningsmuligheter eller fastlagte prioriteringer.

Det er meget stor grunn til å reise spørsmålet om det, i et helseøkonomisk perspektiv, er forsvarlig å nekte tannlegespesialister med spisskompetanse som spesialister i oral kirurgi og oral medisin, å forskrive nødvendige legemidler til langvarig bruk til pasienter med en rekke oralmedisinske tilstander.

Det er faglig unødvendig at en tannlegespesialist som arbeider på et sykehus skal måtte gå til en legekollega for at pasientens langvarige legemiddelbehov skal dekkes over «blåresept». Det er ikke helseøkonomisk forsvarlig at en tannlegespesialist skal måtte sende pasienten til sin egen fastlege for det samme.

Hva bør gjøres?

Tiden er moden for nødvendige endringer i lovverket. Tannleger som er spesialister i oral kirurgi og oral kirurgi (eneste godkjente tannlegespesialisering som omfatter oral medisin i Norge) bør få rett til å forskrive legemidler på refusjonslisten som er indisert ved oralmedisinske tilstander. Dette vil være i samsvar med regjerin-

gens ønske om økt effektivisering og økt behandlingsgevinst for pasientene i forhold til økonomi i Helse-Norge. Det bør gjøres nå.

Lasse A. Skoglund^{1,2}, Dr. Sci, Dipl. Sci, Dipl Sedation & Pain Control, Cand. odont. FDS RCS (Eng), professor Pål Barkvoll³, Dr. Odont., professor

¹Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Postboks 1119 Blindern, N-0317 Oslo
²Avdeling for kjeve- og ansiktskirurgi, Oslo Universitetssykehus (Ullevål), Postboks 4953 Nydalen, N-0424 Oslo, Norge
³Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Postboks 1119 Blindern, N-0317 Oslo
e-post: lasses@odont.uio.no, og pål.barkvoll@odont.uio.no

Referanser

1. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-06-28-814> (lest 5.3.2019).
2. Faiz K.W. Blå resept eller blåresept? Tidsskr Nor Legeforen 2016;136:634-5.
3. Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? NOU 1997:7. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-7/id140767/> (lest 5.3.2019).
4. Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse. Meld. St. 28 (2014-2015). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. 2015. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/st-m201420150028000dddpdfs.pdf> (lest 5.3.2019).
5. Medisiner og refusjon. Felleskatalogen 2019. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/nyttig-om/refusjon?freeTextSearch=true> (lest 8.3.2019).
6. Om endring i lov om syketrygd av 6. juni 1930. Ot. prp. nr 56 (1953). Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Saksside/?pid=1945-1954&mtid=30&vt=a&did=DIVL42928> (lest 5.3.2019).
7. Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. Meld. St. 34(2015–2016). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. 2016. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (lest 5.3.2019).