



Dersom det offentlige skal finansiere mer og munnhulen skal inkluderes i kroppen må vi samtidig avklare når sykdom krever helsepersonellens innsats. Hvis ikke vil kostnadene vokse inn i himmelen.

Når alle er syke, hvem trenger da egentlig behandling?

Et regjeringsoppnevnt utvalg skal gjennomgå hele tannhelsefeltet og komme med innspill til såvel organisering som finansiering (1).

✍ **CARL CHRISTIAN Blich, TANNLEGE OG UNIVERSITETSLEKTOR VED SEKSJON FOR SAMFUNNSODONTOLOGI, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UIO**

Den politiske bakgrunnen er at tannhelse – helt ulogisk – finansielt er adskilt fra annen helse. I den sammenheng er det gode grunner til å se på hva som ligger inne i dagens stønadsordning. Der finner man et «lappeteppe» som ble til mens ordningen gradvis ble utvidet. Det er mulig at forutsetningene som lå til grunn for ordningen må endres. Samtidig er det gode grunner til å stille noen spørsmål ved endringer i sykdomstilnærmingen som profesjonen selv har skapt.

Store medisinske leksikon:

«Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte».

Spørsmålet blir da:

- Når skal sykdom i munnhulen møtes med behandling/rehabilitering?

Lov om folketrygd gir stønad til tannbehandling for 15 utvalgte tilstandsbeskrivelser. Blant disse er eksempelvis sykdommen periodontitt.

Hovedregelen i regelverket er at stønadsordningen skal gjelde «undersøkelse og behandling av sykdom og skade». I rundskrivet kan man lese formålet med ordningen der det bla. heter: «..... Etter folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a gis det i hovedsak ikke stønad til forebyggende behandling, tannrensing og

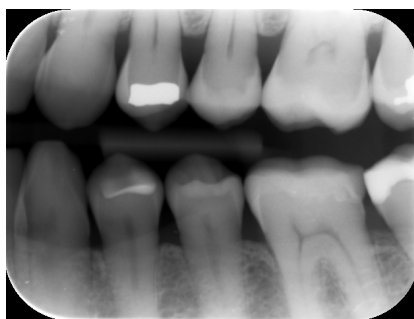
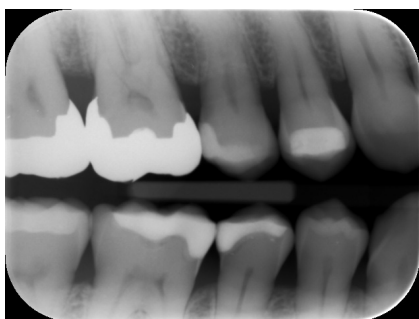
kariesbehandling eller behandling av karies sykdommens følgetilstander mv. Dette gjelder likevel ikke i de tilfeller karies sykdom er et resultat av bakenforliggende sykdom eller behandlingen av denne.»

Karies var for noen tiår siden en folkesykdom i Norge. Vi graderer i dag karies med tallkoder i grønt eller rødt. Et grønt 2-tall hos en 12-åring kan meget vel være aktiv karies som, uten oppfølging, endres til et rødt 4-tall når tolvåringen blir eldre. Aktiv karies er sykdom. Men; hvis den samme 12-åringen fortsatt har et grønt 2-tall som 35 åring, - er da «arret» vi ser på røntgen fortsatt sykdom?

Hva så med sykdommen periodontitt? Fra 2002 kom systematisk behandling av periodontitt inn i stønadsordningen (2). Rehabilitering ved tanntap som følge av samme sykdom, ble gjeldende fra 1. mai 2002. Professor Harald Løe hadde beregnet at moderat til alvorlig periodontitt rammet ca. 100 000 nordmenn. Departementet beregnet en tilvekst på ca. 6 000 individer årlig (2).

Rundskrivet beskriver det i dag slik: «Takst 501- Behandling av marginal periodontitt: Taksten benyttes ved systematisk behandling rettet mot årsaken til marginal periodontitt med sikte på å oppnå infeksjonskontroll».

I en artikkel i Tidende i 2019 beskriver Dagmar Fosså Bunæs det nye klassifiserings-systemet som periodontistmiljøene tok i bruk



fra 2018. Definisjonen på en livslang sykdom starter når minst to tenner som ikke står inntil hverandre har mistet 1-2 mm feste. Videre er det fire stadier og tre grader (3). Som en konsekvens av denne definisjonen skriver Bunæs at «nær alle over 65 år har sykdommen pga. akkumulert festetap gjennom aldring». Spørsmålet blir da på hvilket nivå av sykdommen systematisk behandling skal iverksettes og Helfo-stønad, eller en fremtidig offentlig finansiering, skal bidra til å begrense kostnadene for pasientene. Og ikke minst; ettersom sykdommen er livslang: Når skal det offentlige bidraget settes «på pause»?

Kasus

Kvinne, 58 år, henvist til spesialist i periodonti i 2010. I henvisningen heter det: «Mangeårig pasient i vår praksis. Godt hygienearbeide og

en fin kooperasjon. Ved recall US påvises dramatisk utvikling i negativ retning mht. de periodontale lommer. Ønsker din hjelp mht. behandlingen av den marginale periodontitt.».

Bakgrunnen for dette vises på OPG ved stor bedefekt distalt for 47 og noe redusert benfeste posteriort i 1. kvadrant.

Ved rutinekontroll i allmennpraksis i 2013 tar tannpleier BWs. De viser moderat festetap ved tennene 16 og 17. 47 er fortsatt tilstede. I 2019 tas rotbilde av 47. Den er åpenbart å anse som tapt, ni år etter henvisningen. Var den kanskje tapt hele tiden, til tross for generell periodontittbehandling?

Ved rutinekontroll i 2022 er 17 i ekstrusjon pga. manglende antagonist. Festetapet er imidlertid fortsatt moderat.

I epikrisen fra spesialisten i 2021, 11 år etter henvisningen, kan følgende leses:

Røntgen: «47 er ekstrahert. For øvrig stabile marginale benforhold siden siste rtg kontroll. Røntgenfunn 17 skygge cervikalt ses på OPG, utseende kan minne om rotresorpsjon. Bør utredes videre hos fast tannlege. Inf pas.

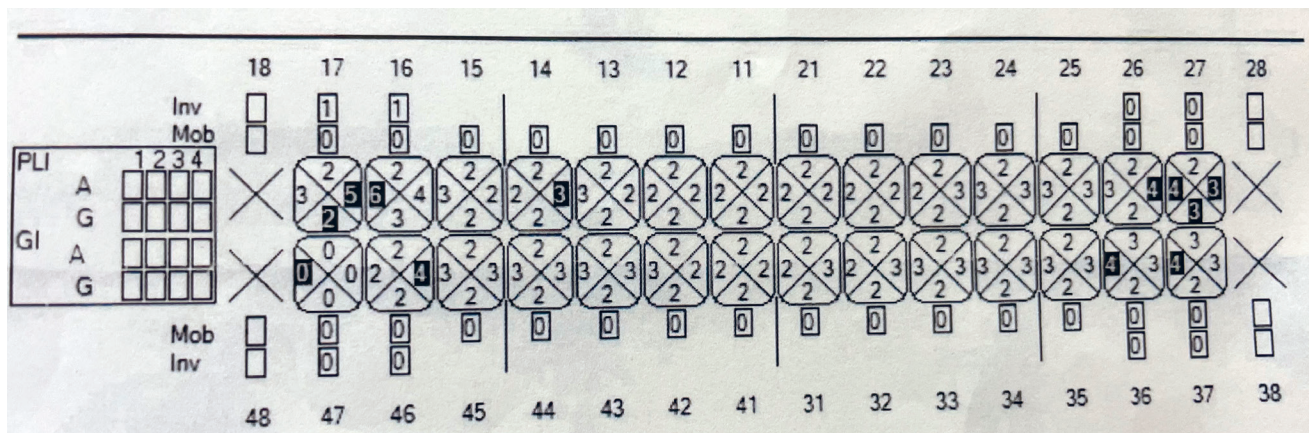
Diagnose: Periodontitt: Lokalisert, stadiet III, grad A. ICD-10: K05.3 Kronisk marginal periodontitt.

Behandlingsplan: Fortsatt regelmessig depurasjon/periodontal støttebehandling ca. hver 4.-6. mnd. med fokus på molarregionen.



ANEX D





Pasienten innkalles til ny periokontroll om ca. 4 år, men kan settes opp tidligere ved behov.

Prognose: Usikker på sikt: 17, 27

Kommentar: Periodontalt stabil og tilfredsstillende. Noe suboptimal plaquekontroll approssimalt og lingualt, og generelt noe gingival inflammasjon her. Forutsatt jevnlig periodontal støttebehandling forventes stabile forhold videre.

Sluttkommentar

Dette er selvsagt kun ett kasus og kanskje er det ikke representativt. Jeg har imidlertid sett flere liknende hva gjelder omfang av sykdommen.

Med unntak av 47 som gikk tapt, mest sannsynlig med lokale grunner til kronisk marginal periodontitt, kan det diskuteres om ordlyden i henvisningen fra 2010 harmonerte med virkeligheten. Den var relativt bombastisk. Pasienten er i dag 70 år. Dersom BWs tatt i 2013 og 2022 hadde vist undertegnede tenner hadde jeg ikke opplevd meg selv som spesielt syk. Likevel forutsettes det at jeg skulle fått periodontal støttebehandling to til tre ganger årlig.

Regnskapstall fra Helfo viser en økning i utbetalinger knyttet til stønadspunkt 5a fra 234 374 millioner i 2013, til drøyt 565 784 i 2021. Dette er en økning på drøyt 141 %.

I starten (2002) kan det ha vært underforbruk av ordningen fordi såvel behandlerne som pasientene deres ikke var tilstrekkelig kjent med den. Men i 2013 burde ordningen være vel innarbeidet. Reflekterer økningen siden da at periodontitt har «rammet» det norske folk i stor skala? Kan det alternativt være at «akkumulert festetap gjennom aldring», eller ikke aktiv periodontitt, fortsatt behandles med stønad for sikkerhets skyld? («periodontal støttebehandling»). I så fall vil nok regnskapstallene fortsette å øke. Jeg underslår ikke at mange nordmenn har grader av periodontitt. Spørsmålet er om det er rimelig at staten skal være med å dekke kostnadene uten videre, eller om man bør kunne enes om en annen «sykdomsgrense» for stønadsfinansiert behandling. Da må nok både allmenntannleger og spesialister delta i samtalen. Dette handler ikke bare om statens kostnader gjennom Helfo. Det dreier seg også om pasientenes kostnader gjennom «mellomlegg» og opplevelse av å være syke, samt

samfunnets/arbeidslivets kostnader gjennom fravær fra arbeid.

I det øvrige helsevesenet fungerer fastlegene i primærhelsetjenesten som «portvoktere» for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenesten er annerledes organisert, der mye av behandlingen, også blant allmenntannlegene, er en slags kombinasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg kommer tannpleierne som også har en åpenbar rolle med hensyn til behandlingen av sykdommen periodontitt. Tannhelsetjenesten er i dag uten en «portvokterfunksjon». Dersom det offentlige skal finansiere mer og munnhulen – som tannhelsetjenesten også ønsker – skal inkluderes i kroppen, må vi samtidig ta initiativ til å avklare når sykdom krever helsepersonellens innsats. Hvis ikke vil kostnadene vokse inn i himmelen.

REFERANSER

1. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptnemning-av-utval-som-skal-gjennomga-tannhelsefeltet/id2924057/>
2. Nor Tannlegeforen Tid. 2002; 112: DOI:10.56373/2002-2-10
3. Bunæs DF. Ny klassifikasjon av periodontal og periimplantat sykdom. Nøkkelendringer. Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 132–7. DOI:10.56373/2019-2-6