§ 5-6 Tannbehandling

Vurdering av stønadsordningen til utgifter til rehabilitering av tanntap som følge av marginal periodontitt

Oslo, 01.07.2008

UNNTATT OFFENTLIGHET
Jf. offvl. § 5a

INNHOLD

1. INNLEDNING 4

2. SAMMENDRAG 5

2.1 FORSLAG TIL REGELVERKSENDRINGER 5
2.2 KONSEKVENSER/EFFEKTER 5

3. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV. 6

3.1 MANDAT 6
3.2 RAMMEBETINGELSER OG FORUTSETNINGER 6
3.3 ARBEIDSFORM 7

4. GENERELT OM MARGINAL PERIODONTITT OG BEHANDLING 9

4.1 DEFINISJONER 9
4.2 DIAGNOSTIKK OG KLASSIFISERING AV MARGINAL PERIODONTITT 11
4.3 FOREKOMST AV MARGINAL PERIODONTITT 12
4.3.1 Determinanter 13
4.3.2 Måleproblemer i studier av forekomsten av periodontale sykdommer 14
4.3.3 Generelt om den norske tannhelsestatusen 14
4.3.4 Behandlingsbehov 16
4.4 BEHANDLING 18
4.4.1 Innledning 18
4.4.2 Behandling av marginal periodontitt 18
4.4.3 Rehabilitering etter marginal periodontitt 20
4.5 FREMTIDSUTSIKTENE 21

5. REGELVERK FOR STØNAD TIL BEHANDLING AV PERIODONTITT 23

5.1 HISTORIKK/UTVIKLING AV REGELVERKET 23
5.2 GJELDENDE RETT 23

6. STØNAD TIL REHABILITERING AV TANNTAP SOM FØLGE AV MARGINAL PERIODONTITT .25

7. FORSLAG TIL ENDRINGER I REGELVERK 33

7.1 VURDERING AV GJELDENDE RETT 33
7.2 GJELDENDE RETT OG ERFARINGER I ANDRE LAND 33
7.2.1 Danmark 33
7.2.2 Sverige 34
7.3 PRINSIPPER FOR ENDRINGER AV REGELVERKET 35
7.4 FORSLAG TIL ENDRINGER I RUNDSKRIV TIL § 5-6 35
7.4.1 Presisering av inngangsvilkåret for stønad 35
7.4.2 Innføring av tilleggskrav - plan for systematisk periodontittbehandling 35
7.4.3 Innføring av tilleggskrav – grunngi rehabilitering i stedet for systematisk periodontittbehandling 36
7.4.4 Fjerne passus om at det ikke er krav til gjennomført systematisk behandling 36
7.4.5 Bruk av kjeveortopedi ved periodontittbehandling 36
7.5 ENDRINGER I TAKSTER TIL § 5-6 37
7.5.1 Ny takst 501 – systematisk behandling 37
7.5.2 Ny takst 502 – tillegg for kirurgiske inngrep ved systematisk behandling 38
7.5.3 Ny takst 506 – Fiksering/midlertidig løsning 38
7.5.4 Økt dekningsgrad for enklere/rimeligere løsninger 39
7.5.5 Ny takst 514 – Kirurgisk tannimplantatbehandling 39
7.5.6 Takst 516 inn i takst 513 – Fast protetikk 40
7.5.7 Ny takst 517 – kjeveortopedi 40
7.5.8 Forslag til nytt takstsystem 41
I tabellen under følger forslag til nytt takstsystem for behandling og rehabilitering ved marginal periodontitt, basert på endringsforslagene presentert over. Se for øvrig vedlegg 3 for forslag til nytt regelverk 41

8. KONSEKVENSER AV FORESLÅTTE ENDRINGSFORSLAG 42

8.1 FAGLIGE KONSEKVENSER 42
8.2 ØKONOMISKE KONSEKVENSER 42
8.3 ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER 43

9. IMPLEMENTERING OG VIDERE ARBEID 44

10. REFERANSER 45

VEDLEGG

Vedlegg 1: Prosjektdirektiv
Vedlegg 2: Gjeldende regelverk
Vedlegg 3: Forslag til nytt regelverk for stønad ved marginal periodontitt
Vedlegg 4: Innspill fra Norsk Forening for Oral Protetikk

1. INNLEDNING

Som oppfølging av Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidas tannhelsetjenester, fikk Arbeids- og velferdsdirektoratet høsten 2007 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å vurdere ordningen med stønad til utgifter ved rehabilitering etter marginal periodontitt.

Stønad til dekning av utgifter ved odontologisk rehabilitering på grunn av marginal periodontitt er en relativ ny ordning, og ble innført 1. oktober 2003. Frem til da refunderte Folketrygden kun utgifter til behandlingen av sykdommen. Folketrygdens stønad til brukere med et rehabiliteringsbehov har økt fra 390 000 kroner i 2004 til 130 mill. kroner i 2007.

Regjeringen ønsker en gjennomgang av stønadsordningen, særlig med tanke på om ordningen gir best dekning til de som er hardest rammet av marginal periodontitt. Videre skal det foretas en kartlegging av økningen i utbetalinger fra folketrygden til dette formålet. Hensikten er å gi økt kunnskap om bakgrunnen for utgiftsøkningen, behandlingsvariasjon, etterspørsel og forbruk av ordningen og geografiske forskjeller i tilgang på tjenester. I tillegg skal det ses på perspektiver fremover i forhold til sykdomsutvikling og behandlingstilbud.

Direktoratet har fra januar til juni 2008 foretatt en vurdering av gjeldende regelverk, samt en kartlegging av utbetalinger etter gjeldende ordning. Denne rapporten presenterer våre funn og vurderinger. I tillegg inneholder rapporten enkelte forslag til endringer i dagens regelverk, med tilhørende konsekvensanalyser. Endringene tar i hovedsak sikte på å gjøre regelverket bedre tilpasset adekvat behandling av marginal periodontitt.

2. SAMMENDRAG

Arbeids- og velferdsdirektoratet har gjennomgått regelverket knyttet til stønad til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt gitt i folketrygdloven (ftrl.) § 5-6.
Det ble tidlig klart at oppdraget måtte utvides til også å omhandle en gjennomgang av systematisk behandling ved marginal periodontitt. Et forbedret regelverk fordret at rehabilitering og systematisk behandling ved periodontitt ble vurdert under ett.

I gjennomgangen av stønadsområdet er det foretatt en analyse av hvem som får stønad, hvilken type behandling som dekkes samt utredning av utviklingen i stønadsbudsjettet til dette formålet.

2.1 Forslag til regelverksendringer

Alle forslag til endringer i gjeldende regelverk beskrives nærmere i kapittel 7. De viktigste endringsforslagene kan oppsummeres til følgende:

- Endringer i takstsystemet for behandling av periodontitt, 500-takstene i Takster for tannbehandling. Endringene fører til økt fleksibilitet i forbindelse med systematisk periodontittbehandling. Det foreslås et enklere takstsystem, med sammenslåing av takster. Videre foreslås en høyere refusjonsandel for enklere og rimeligere behandlingsformer, og en ny takst for midlertidige behandlingsløsninger.

- Større krav til faglig vurdering, dokumentering og oppfølging ved rehabilitering.

- Adgang til bruk av kjeveortopedi ved behandling av periodontitt.

Forslag til oppdatert rundskriv og takstvedlegg til § 5-6 er utarbeidet i tråd med endringsforslagene (vedlegg 3).

2.2 Konsekvenser/effekter

Endringsforslagene fører til et enklere og mer fleksibelt system for systematisk behandling av periodontitt. Formålet med endringene i regelverket er å legge forholdene bedre til rette for behandling som fører til en bevaring av egne tenner, slik at eventuell trekking /tap av tenner og implantatbehandling kan utsettes så lenge som mulig. Videre er det hensiktsmessig at enklere og rimeligere behandling utføres der dette er tilstrekkelige behandlingsløsninger, i motsetning til benyttelse av kostbar protetisk- og/eller implantatbehandling.

3. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.

3.1 Mandat

Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk høsten 2007 i oppdrag å foreta en videre gjennomgang av regelverket på tannhelseområdet. I St. meld nr. 35 (2006-2007) ble det trukket frem to spesifikke refusjonsområder i tannhelseregelverket, med behov for ytterligere evaluering og gjennomgang. Direktoratet skal foreta en evaluering av det eksisterende regelverket innenfor stønadsområdene for kjeveortopedi og rehabilitering ved periodontitt, samt en evaluering av de regelverksendringer som nylig har trådt i kraft.

Prosjektet omfatter tre hovedområder:

1. Gjennomgang av stønadsordningen for rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt med sikte på bedre målretting.

2. Gjennomgang av stønadsordningen for kjeveortopedisk behandling.

3. Evaluere de regelverksendringene som trådte i kraft 1. september 2007 og 1. januar 2008

De to første delprosjektene skal leveres til departementet innen 1. juli 2008, mens den siste delen av oppdraget skal leveres innen 1. oktober 2008.

Denne rapporten omhandler delprosjekt 1.

3.2 Rammebetingelser og forutsetninger

Endringsforslagene er utarbeidet iht. oppdragsbrev av 15.11.07 og 30.05.08 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rammebetingelser og forutsetninger for prosjektet er beskrevet i prosjektdirektivet (vedlegg 1) og kan oppsummeres til følgende:

- I utgangspunktet legges det til grunn at forslag til endringer gjøres innenfor gjeldende økonomisk ramme. Eventuelle endringer ut over disse rammene må redegjøres for økonomisk og administrativt
- Prosjektet skal ta utgangspunkt i følgende meldinger og utredninger:
  - NOU 2005:11
  - St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning
  - St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
  - Utredning av periodontittområdet, gjennomført av Rikstrygdeverket (2005), inkl. forarbeider
  - Tannhelseprosjektet, gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet (2006)
  - Kartlegging av priser i spesialistpraksis, gjennomført av Jostein Grytten (2006-7)
- Forslagene skal være i tråd med intensjonen om fortsatt målretting. Gjennom folketrygden skal spesielle grupper sikres kompensasjon for særlige utgifter til tannbehandling ved sykdom eller skade som ikke dekkes av annen lovgivning. Dette er et førende prinsipp i alle endringsforslagene
- Foreslåtte regelverksendringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk, og må tilrettelegge for elektroniske løsninger for innsending, utbetaling og kontroll
- Regelverket skal være enkelt, oversiktlig og brukervennlig
- Omlegging av takstsystemet til prosedyretakster bør tilstrebes så langt det lar seg gjøre

- Prosjektet bør vektlegge ny faglitteratur om periodontitt
- Vurdering av egenandelstak 2 og forholdet til lov om tannhelsetjenesten kan holdes utenfor oppdraget
- Prosjektet skal utarbeide forslag til nytt takstsystem, men størrelsen på takstene holdes utenfor

3.3 Arbeidsform

Arbeids- og veldferdsdirektoratet etablerte i august en prosjektgruppe bestående av overtannlege Per Lüdemann, og juristene Karianne Rygh Hjortdahl og Vegard Skaug. Prosjektet ble ledet av en ekstern prosjektleder, Anita Lindholt.

Oppdragsansvarlig for prosjektet er Helen Moltu Christensen, seksjonssjef i seksjon for helsetjenester, avd. Pensjon og ytelser i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppdragsassistent er Elin Kristine Fjørtoft, kontorsjef i legemiddel- og tannhelsekontoret.

Det har vært lagt opp til bred involvering fra andre ressurspersoner, både internt i etaten og eksternt blant det øvrige fagmiljøet på tannhelseområdet. Følgende ressurspersoner har bidratt med verdifulle innspill og data:

Eksterne ressurspersoner:

- Jostein Grytten, professor i samfunnsodontologi, Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo
- Morten Klepp, spesialist i periodonti
- Anne Lise Helsingen, spesialist i periodonti, Norsk Periodontistforening
- Morten Enersen, spesialist i periodonti, Norsk Periodontistforening
- Bjørn E. Gulsvik, spesialist i periodonti, Norsk Periodontistforening
- Erland Eggum, spesialist i oral protetikk, Norsk forening for oral protetikk
- Erik Saxegaard, spesialist i oral protetikk, Norsk forening for oral protetikk
- Bent Gerner, spesialist i oral protetikk, Norsk forening for oral protetikk
- Aril Jul Nilsen, Tannlegeforeningen
- Morten Rollstad, Tannlegeforeningen

Interne ressurspersoner fra NAV Helsetjenesteforvaltning:

- Kirsti Trømborg, fagkoordinator tannhelseområdet, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Marius Gunneng, jurist, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Grete Sedahl, saksbehandler på tannhelseområdet, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Hans Petter Steihaug, spesialist i periodonti og rådgivende overtannlege, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Frode Neegaard, spesialkompetanse i implantatforankret protetikk og rådgivende overtannlege, NAV Helsetjensteforvaltning
- Per Øivind Gaardsrud, rådgiver, Arbeids- og velferdsdirektoratet

Prosjektet har nedlagt mye tid på å innhente tilgjengelig litteratur og data på tannhelseområdet. Dette har utgjort en svært viktig bakgrunn for vurdering av regelverksendringer og konsekvenser av disse.

I prosjektperioden er det gjennomført en rekke informasjons- og involveringstiltak hvorav de viktigste kan oppsummeres til:

Orienteringsmøter
I februar ble det gjennomført orienteringsmøter med Tannlegeforeningen, Norsk Periodontistforening, Norsk Forening for Oral Protetikk, Universitetet i Oslo og Sosial- og

helsedirektoratet. Formålet med møtene var å gi en kort orientering om prosjektenes mandat og fremdriftsplan, samt innhente innspill, erfaringer og forslag til ressurspersoner.

Arbeidsmøter

I april ble det gjennomført to arbeidsmøter innenfor periodontittfeltet. På det første møtet deltok Jostein Grytten og Morten Klepp, og på det andre møtet deltok representanter fra spesialistforeningen for periodontister og foreningen for oral protetikk samt Tannlegeforeningen. På disse arbeidsmøtene ulike problemstillinger rundt systemet diskutert, og prosjektet fikk gjennom disse arbeidsmøtene verdifulle innspill til forbedringer av systemet.

I mai ble det gjennomført et arbeidsmøte med ressurspersoner fra NAV Helsetjenesteforvaltning, hvor formålet var å innhente innspill samt kvalitetssikre regelverksarbeidet. I tillegg har det vært løpende kontakt og avklaringer underveis i prosjektet.

4. GENERELT OM MARGINAL PERIODONTITT OG BEHANDLING

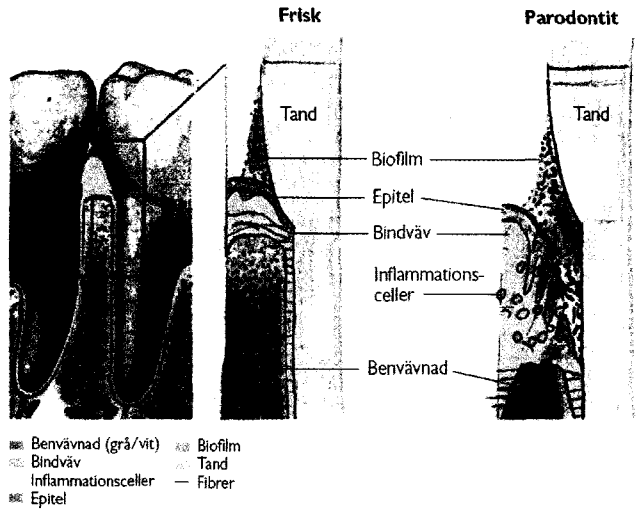
4.1 Definisjoner

Periodontale sykdommer[1], herunder periodontitt, er en gruppe lidelser som rammer tennenes støttevev, og som over kortere eller lengre kan tid kan fører til tannløsning og etter hvert tanntap. Langt de fleste periodontale sykdommer er forårsaket av bakterielle infeksjoner, men moderne forskning har vist at individets immunforsvar, systemiske sykdommer og miljørelaterte faktorer kan ha stor betydning for disse lidelsers patogenese, omfang og alvorlighet.

Gingivitt – tannkjøttsbetennelse
Gingiva (tannkjøtt) er den del av den munnslimhinnen som dekker kjeveben, og under friske forhold er gingiva i tett kontakt med tannoverflaten, som ligger som en tett muffe rundt tannen. Når bakterier samler seg på tannoverflaten, vil gingiva etter noen dager vise tegn på betennelse - da kalt gingivitt.

Gingivitt i ett eller flere områder finner man hos en stor del av den voksne befolkning, og den fører vanligvis ikke til smerter. Økt blødningstendens er det pasientene vanligvis reagerer på. Gingivitt er en reversibel tilstand, det vil si at den kan helbredes uten varige skader.

Marginal periodontitt - tannkjøttsbetennelse med festetap
En ubehandlet kronisk gingivitt kan holde seg stabil i lang tid. Hos enkelte vil tilstanden etter hvert føre til at noe av tannens feste, bindevevsfibre og kjeveben, går tapt som følge av betennelsen. Tilstanden går over til å bli en marginal periodontitt – som er en betennelse i tannkjøttet med festetap.



Figur 1: Tverrsnitt av tann med bakteriebelegg og omgivende støttevev ved frisk tilstand og marginal periodontitt[2]

Når epitelet vokser ned langs rotoverflaten, vil kollagenfibre og alveolarben brytes ned, og vi får utvikling av marginal periodontitt med festetap og lommedannelse. Denne nedbrytningen av festeapparatet kan registreres med en gradert sonde, lommedybdemåler. Lommedybden er avstanden fra gingivalranden til lommens bunn.

[1] Holst m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 112–6
[2] SBU Kronisk parodontitt – prevention, diagnostikk och behandling

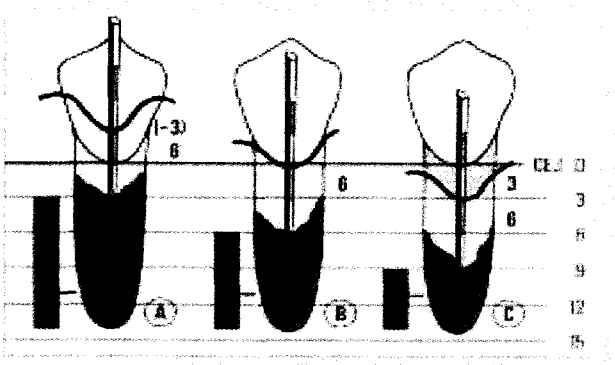


Fig. 5. *Lommedybde måles fra gingivalranden til lommens bunn. Klinisk festetap måles fra emalje-sementgrensen til lommens bunn. Figuren viser tre forskjellige festetap (A: 3 mm, B: 6 mm, C: 9 mm), men samme lommedybde (6 mm). (Etter (12)).*

Figur 2: Måling av lommedybde og klinisk festetap

Hva som gjør at en gingivitt går over til å bli en periodontitt vet man ikke, selv om mye forskning er gjort når det gjelder å forstå betennelsesprosessene.

Sykdommen utvikler seg vanligvis med meget svake eller ingen kliniske symptomer, og det kan være vanskelig for pasienten selv å registrere at noe er galt. Sykdommen blir derfor i mange tilfeller først oppdaget når skadene er omfattende og mulighetene for en vellykket behandling usikker.

For den enkelte pasient er det viktig å få stilt en diagnose på et tidlig tidspunkt, og det er viktig at tannleger som regelmessig undersøker pasienter er spesielt oppmerksomme på tidlige tegn på periodontitt, slik at behandling kan igangsettes. Behandlingen vil da være enklere, rimeligere og forholdene ligge bedre til rette for en god prognose.

Gingivitt og periodontitt betraktes som forskjellige sykdommer. Gingivitt må være tilstede for at periodontitt skal utvikle seg, men gingivitt trenger ikke nødvendigvis føre til periodontitt. Utviklingen av marginal periodontitt er heller ikke kontinuerlig, men foregår i utbrudd med påfølgende rolige perioder. Når en gingivitt er «farlig» og vil gå over å bli en periodontitt med ødeleggelse av støttevev, kan vi ikke gi klare svar på i dag. Vi kan heller ikke skille mellom en aktiv og en passiv periodontitt.

Gingivitt kan kureres uten varige skader på periodontiet. Marginal periodontitt, derimot, fører til permanent svekkelse av tennenes feste.

Periimplantitt

Pasienter med implantater kan i tillegg til periodontitt oppleve å bli rammet av periimplantitt. Tilstanden har mange likhetstrekk med periodontitt, men ettersom det er implantater som løsner på grunn av bentap arter den seg likevel noe ulikt. Særlig gjelder dette med tanke på kompleksiteten i behandling og muligheten for å oppdage tilstanden. Tempoet i sykdomsutvikling vil også kunne påvirkes av at det er benet rundt et implantat som er angrepet, ettersom implantater ikke får samme hjelp av kroppens naturlige bakteriebekjempelse.

På sammen måte som periodontitt kan bli en følgetilstand av gingivitt, er periimplantitt avhengig av en forutgående bakterieinfeksjon i munnen. Den forutgående infeksjonen omtales som mukositt eller en bløtvevsbetennelse. Mukositt fører i seg selv ikke til bentap, og kan kureres uten varige skader på vev eller kjeveben.

4.2 Diagnostikk og klassifisering av marginal periodontitt

Det har vært foreslått mange ulike klassifiseringer av marginal periodontitt opp gjennom årene, og det avholdes jevnlige internasjonale konferanser for å forbedre klassifiseringsverktøyet. Den siste konferansen[3] ble avholdt i 1999 og ble arrangert av the American Acadamy of Periodontology. Klassifikasjonen som er vist under er resultatet av siste konferanse.

II. Chronic Periodontitis
  A. Localized
  B. Generalized
III. Aggressive Periodontitis
  A. Localized
  B. Generalized
IV. Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases
  A. Associated with hematological disorders
    1. Acquired neutropenia
    2. Leukemias
    3. Other
  B. Associated with genetic disorders
    1. Familial and cyclic neutropenia
    2. Down syndrome
    3. Leucocyte adhesion deficiency syndromes
    4. Papillion–Lefèvre syndrome
    5. Chediak-Higashi syndrome
    6. Histiocytosis syndromes
    7. Glycogen storage disease
    8. Infantile genetic agranulocytosis
    9. Cohen syndrome
    10. Ehlers-Danlos syndrome (Types IV and VIII)
    11. Hypophosphatasia
    12. Other
  C. Not otherwise specified (NOS)
V. Necrotizing Periodontal Diseases
  A. Necrotizing ulcerative gingivitis
  B. Necrotizing ulcerative periodontitis
VI. Abscesses of the Periodontium
  A. Gingival abscess
  B. Periodontal abscess
VII. Periodontitis associated with Endodontic Lesions
  A. Combined periodontic-endodontic lesions
VIII. Developmental or Acquired Deformities and Conditions
  A. Localized tooth-related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival diseases/periodontitis
    1. Tooth anatomic factors
    2. Dental restorations/appliances
    3. Root fractures
    4. Cervical root resorption and cemental tears
  B. Mucogingival deformities and conditions around teeth
    1. Gingival/soft tissue recession
      a. facial or lingual surfaces
      b. interproximal (papilliary)
    2. Lack of keratinized gingiva
    3. Decreased vestibular depth
    4. Aberrant frenum/muscle position
    5. Gingival excess
      a. pseudopocket
      b. inconsistent gingival margin
      c. excessive gingival display
      d. gingival enlargement
    6. Abnormal color
  C. Mucogingival deformities and conditions on edentulous ridges
    1. Vertical and/or horizontal ridge deficiency
    2. Lack of gingival/keratinized tissue
    3. Gingival/soft tissue enlargement
    4. Aberrant frenum/muscle position
    5. Decreased vestibular depth
    6. Abnormal color
  D. Occlusal trauma
    1. Primary occlusal trauma
    2. Secondary occlusal trauma

Figur 3: The 1999 international workshop for a classification of periodontal diseases and conditions[4]

Det understrekes at denne reviderte klassifikasjonen skal betraktes som et rammeverk, og at det må foretas ny revisjon når det foreligger nye data som kaster nytt lys over ennå uklare mekanismer når det gjelder periodontale sykdommer. Det er behov for et fundamentalt gjennombrudd innen den periodontale forskningen før et klassifikasjonssystem med dokumentert forankring i etiologi (årsaker) og patogenese (sykdomsforløp) kan foreligge. En slik dokumentert forskningsmessig forankring må i følge forfatterne inkludere forståelse av interaksjoner mellom vert, bakterier og de lokale og ytre omstendigheter som påvirker samspillet. Ifølge 1999-klassifikasjonen kan de fleste av underkategoriene betraktes som faktorer som medvirker til å øke sannsynligheten for at sykdom progredierer uten egentlig å forårsake sykdom. Underkategoriene er eksempler på determinanter eller "modifier" som påvirker forløpet og er relatert til sykdomsetiologi og patogenese. Den løpende utviklingen av

[3] International workshop for a classification of periodontal diseases and conditions
[4] Armitage GC., Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999; 4: 1–6.

vår viten når det gjelder de periodontale sykdommene vil selvsagt også ha konsekvenser når det gjelder utformingen av regelverk for behandlingen av disse sykdomene.

Marginal periodontitt er et resultat av mange faktorer som virker sammen, noe som gjør det vanskelig å klassifisere periodontitt basert på etiologi. Dessuten vil ny viten kanskje også føre til at vårt syn på etiologien forandres, noe som igjen vil gjøre at klassifikasjonen må forandres. For å unngå mange av disse problemene har en ved Det odontologiske fakultet i Oslo derfor innført et forenklet og modifisert diagnosesystem[5], som brukes mye i Norge.

Systemet baserer seg på 3 hovedklassifiseringer:

- Utbredelse (A)
- Alvorlighetsgrad (B)
- Pasientens alder (C)

I tillegg gis en beskrivelse av kliniske særtrekk hvis det er mulig (akutt, kronisk, hurtigforløpende, juvenil, prepubertal, osv.). Eventuelle modererende medisinske tilstander angis.

A. Klassifisering etter utbredelse:
   - Lokalisert (1–7 tenner)
   - Generalisert (>7 tenner)

B. Klassifisering etter alvorlighetsgrad:
   - Lett: Faller ikke inn under «Moderat» (2) eller «Alvorlig» (3)
   - Moderat: Minst 2 tenner med bentap >1/3, men <1/2 av rotlengden (røntgen) eller klinisk festetap >3 mm, men <5 mm.
   - Alvorlig: Minst 2 tenner med bentap >1/2 av rotlengden (røntgen) eller klinisk festetap > 5 mm.

C. Klassifisering etter alder (ved siste fødselsdag):
   - Ung: = 30 år
   - Voksen: > 30 år

Dette vil gi tre ledd som til sammen gir en diagnose, ofte med en tilleggsopplysning til å karakterisere tilfellet.

Det finnes ingen gullstandard når det gjelder diagnostikk av marginal periodontitt. En må derfor benytte seg av flere metoder samtidig. Basis vil være registrering av tradisjonelle tegn på inflammasjon, samt måling av lommedybder og festetap. I tillegg vil røntgenbilder være av nyttig diagnostisk verdi. De tradisjonelle diagnostiske metodene gir ikke opplysninger om det er en aktiv prosess tilstede eller ikke. Metodene tillater kun en retrospektiv diagnose av festetapet, og de kan ikke gi informasjon om fremtidig tap av feste.

4.3 Forekomst av marginal periodontitt

En sykdoms forekomst angis som prevalens, som er antallet personer med sykdommen i en gitt befolkning på et gitt tidspunkt. Determinanter er slike faktorer som skaper variasjon i forekomsten mellom individer eller grupper av individer. De kan både ha en direkte kausal betydning eller høre til risikofaktorene. Kunnskap om determinanter hjelper oss til å skille mellom undergrupper eller individer i befolkningen som har stor risiko for å få sykdommen (høyrisiko). De som har høyrisiko har større sannsynlighet for å få sykdommen innen en gitt fremtidig periode. Sykdomsprevalensen avgjøres av hvor ofte de rene årsaksfaktorer forekommer og av forekomsten og fordelingen av determinantene i en gitt befolkning.

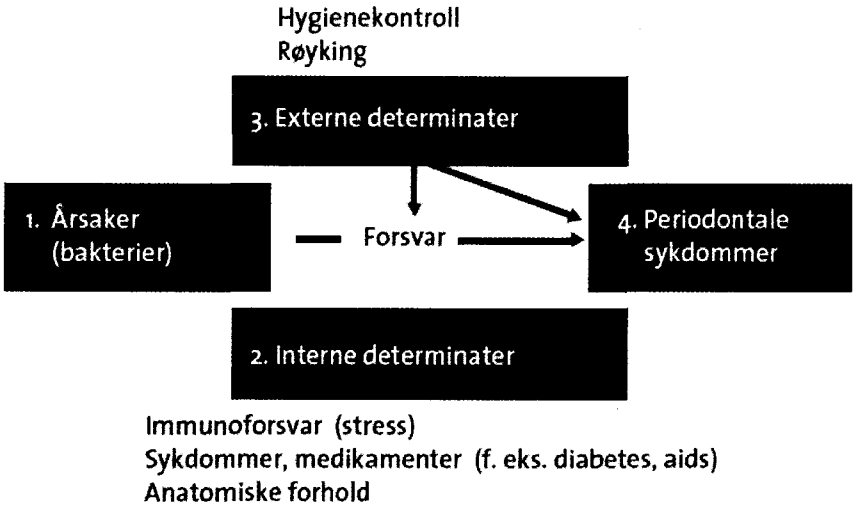
[5] Grytten m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114 nr. 1

Epidemiologiske undersøkelser fra mange deler av verden viser at marginal periodontitt i varierende grad er utbredt i befolkningen[6]. Forskning viser også at de fleste voksne har en mild til moderat periodontitt med festetap ved få tenner[7]. En mindre gruppe voksne har en alvorligere og mer omfattende periodontitt. Epidemiologiske studier fra Europa viser at bare få individer under 30 år har tegn til alvorlig eller aggressiv periodontitt. Selv om forekomsten av alvorlig/aggressiv periodontitt øker med alder, anslås forekomsten å være mellom 10–15 % for den voksne befolkningen der sykdommen er såpass aggressiv at det er fare for tanntap som følge av marginal periodontitt.

Blant barn og unge er forekomsten lav, og forekomsten av såkalt juvenil periodontitt har ligget på cirka 0,1 %.

I løpet av de siste 20–25 år er det observert en bedring i periodontalsituasjonen i flere europeiske befolkninger til tross av en økning i periodontitt blant de eldre fordi de i stadig større grad beholder tennene sine.

4.3.1 Determinanter[8]



Figur 4: Sammenheng mellom årsaker, determinanter og periodontale sykdommer

Det synes ikke å være tvil om at periodontitt er forårsaket av bakterier, som starter en inflammasjon som trigger individets immunforsvar. Det er stor variasjon i hvordan ulike individers immunforsvar reagerer.

Det har vært stor forskningsmessig aktivitet i forbindelse med de periodontale sykdommers determinanter og et visst mønster synes å være funnet. Det er for eksempel enighet om at røyking, utilstrekkelig kontrollert diabetes og genetiske faktorer øker progresjonen. Nyere studier viser at andre potensielt viktige determinanter som stress og mestring også påvirker progresjonen av periodontitt.

Kronologisk alders betydning for utviklingen av periodontitt er usikker. Hvis alder tolkes som eksponeringstid vil forekomsten kumulere og øke med alderen. Hvis alder antas å være en

[6] Hansen FB: Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114 20-8
[7] Sheiham A, Netuveli GS. Periodontal diseases in Europe.Periodontol 2000 2002; 29: 104-21 og Bærum P, Holst D, Rise J. Dental health in Trøndelag 1983. Changes from 1973 to 1983. Oslo: Directorate of Health; 1985.
[8] Tandlægebladet 2004 · 108 · NR. 1

risikofaktor vil periodontitt ikke alene øke med alderen, men øke eksponentielt, altså en større økning jo eldre man blir.

Betydningen av kjønn er studert, men resultatene er ikke entydige.

Flere nordiske studier har dokumentert sammenhengen mellom oral helseatferd, for eksempel munnhygiene og røyking, og forekomsten av periodontitt. Høyere sosioøkonomisk status henger sammen med lavere forekomst av periodontitt også når det ble kontrollert for effekten av røyking.

Oppsummert kan en si at determinanter som er knyttet til individets biologiske forsvarsmekanisme, medisinske eller orale forhold kan betraktes som interne determinanter. Determinanter som er relatert til miljø og atferd kan betraktes som eksterne determinanter Både interne og eksterne determinanter påvirker ved å modifisere sykdommens progresjon.

4.3.2 Måleproblemer i studier av forekomsten av periodontale sykdommer

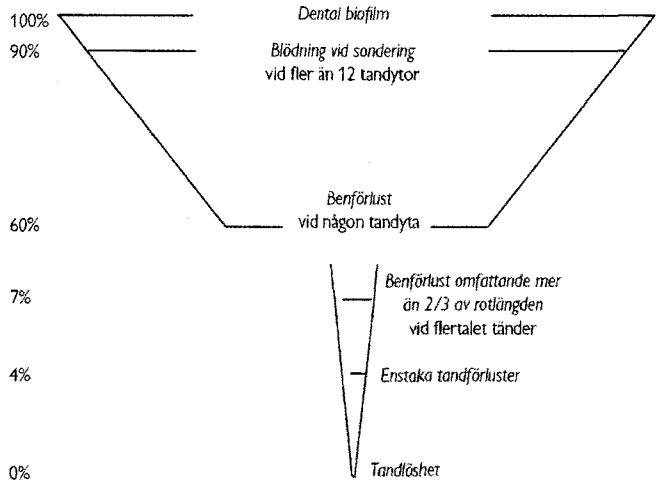
Gjennomgang av den internasjonale litteraturen viser stor variasjon i definisjon av periodontale sykdommer og hvilke kriterier som brukes. Det er i ulike studier brukt forskjellig klassifisering av alvorlig og ikke alvorlig periodontitt, f. eks. lommedybde eller festetap målt i millimetermål eller antall dype lommer. Slike begreps- og metodevariasjoner skaper usikkerhet om den faktiske tilstanden i befolkningen. Den varierende avgrensningen får avgjørende konsekvens for beregning av andelen i befolkningen med sykdomsforekomst samtidig som det blir vanskelig å sammenligne på tvers av befolkninger.

Et annet eksempel på mangfoldet av metoder er bruken av indeks. Formålet med å konstruere indekser er å samle ulike aspekter av fenomenet i et kvantitativt mål. En forutsetning for at indeksene skal bli valide for det underliggende fenomen er imidlertid at fenomenet kan defineres og avgrenses. Med uklar definisjon og avgrensning omfatter indeksene flere ofte forskjellige dimensjoner, som gjør det vanskelig å tolke sprikende resultater.

På grunn av den metodologiske usikkerheten knyttet til de periodontale sykdommene vil det også være stor variasjon i den oppfattelse behandlerne har av sykdommen og dens manifestasjoner. Det vil derfor knytte seg en del usikkerhet rundt de periodontale sykdommers forekomst, og behandlingen av disse.

4.3.3 Generelt om den norske tannhelsestatusen

Når det gjelder voksenbefolkningens tannhelsestatus i Norge mangler vi store nasjonale oversikter. Vår kunnskap bygger derfor først og fremst på publiserte utvalgsundersøkelser.



Figur 5: Fordeling av alvorlighetsgrad av periodontal sykdom, i aldersgruppen 50 år, fra studie i Sverige [9]

Antall tenner befolkningen har i munnen, har vært en indikator på befolkningens tannstatus i tretti år. Første gang det ble gjennomført en landsdekkende undersøkelse av tannstatus i 1973 var ca. 450 000 voksne helt uten tenner. Landsdekkende undersøkelser har senere vist at stadig færre er tannløse. I en undersøkelse[10] foretatt i 2004, og som omfattet 2 471 personer (70 % svar) viste resultatene at bare 3 % var tannløse, og 84 % hadde 20 eller flere egne tenner.

Tabell 2. *«Nesten alle voksne har mistet noen tenner. Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?» Andel respondenter i prosent*

	Antall tenner igjen			
	0	1–9	10–19	20+
Alle respondenter	2,7	3,4	9,9	84,0
Kjønn				
Kvinner	2,9	3,1	10,2	83,9
Menn	2,6	3,7	9,7	84,1
Alder				
21–29 år	0,5	0,7	0,0	98,8
30–39 år	0,3	0,5	0,8	98,3
40–49 år	0,7	0,7	1,3	97,4
50–59 år	1,8	4,9	17,2	76,1
60–69 år	6,0	6,0	20,9	67,0
70–79 år	6,0	11,6	23,1	59,3
> = 80 år	13,7	8,1	33,1	45,1
Utdanning				
Grunnskole	8,3	5,5	19,5	66,7
Videregående skole	2,3	3,8	10,2	83,7
Universitet/høyskole	0,8	2,4	5,3	91,6
Samlet husholdningsinntekt				
< 200 000 kr	6,7	8,6	17,3	67,5
200 000–399 999 kr	3,3	3,7	12,6	80,4
400 000–599 999 kr	0,7	2,7	6,8	89,9
600 000–799 999 kr	1,7	1,8	4,8	91,7
800 000–999 999 kr	0,0	1,1	2,1	96,8
> = 1 million kr	0,0	0,0	1,4	98,6
Bostedsregion				
Østlandet	1,6	3,0	12,1	83,3
Sørlandet	3,2	5,4	7,1	84,3
Vestlandet	2,9	3,9	10,1	83,1
Trøndelag	7,2	5,1	6,6	81,2
Nord-Norge	6,9	5,1	11,7	76,3
Kommunestørrelse				
< 2000 innbyggere	9,0	5,6	10,4	75,0
2000–5000 innbyggere	5,3	3,3	12,2	79,2
5000–10 000 innbyggere	3,5	4,3	9,8	82,5
10 000–30 000 innbyggere	2,1	2,7	9,1	86,1
> = 30 000 innbyggere	2,0	3,5	9,9	84,7

Figur 6: Antall gjenværende tenner i befolkningen

[9] SBU Kronisk parodontitt – prevention, diagnostikk och behandling
[10] Holst m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 576–80

Tannstatus målt som egenrapportering av antall gjenværende tenner viste at:

- 64 % av alle voksne hadde 25 tenner eller mer
- 84 % hadde minst 20 egne tenner
- 13 % hadde et tannsett med fra 1 til 19 tenner
- 3 % var tannløse

Det fremgår tydelig av tabellen at det er en sterk sammenheng mellom antall egne tenner og alder. Undersøkelsen viste også sammenheng mellom inntekt og tannstatus, og denne sammenhengen var betydelig sterkere enn sammenhengen med bostedsregion og kommunestørrelse.

Tilsvarende tall finner en i andre nasjonale[11] og skandinaviske[12] undersøkelser og støtter funnene over. Vi ser klart at andelen helt tannløse er i ferd med å forsvinne.

Risikoen for tanntap øker med økende alder, men med den generelle bedringen av tannhelsen i Norge er det nå normalt å ha egne tenner også i høy alder. Tidligere var det videre vanlig at tapte tenner i stor grad ble erstattet med løse tannproteser. For de som av ulike grunner mister tenner i dag vil kravet om faste og mer avanserte erstatninger være høyere, og aksepten for enklere erstatninger (løse proteser) reduseres tilsvarende.

4.3.4 Behandlingsbehov

Generelt kan det sies at forbedret tannstatus og økt levealder er med på å øke risikoen for å få marginal periodontitt, og dermed også øke behovet for behandling generelt. Når det gjelder voksenbefolkningens behandlingsbehov som følge av marginal periodontitt utover dette mangler vi gode nasjonale oversikter. I desember 2002 satte Rikstrygdeverket (RTV) imidlertid ned en arbeidsgruppe[13] for å skaffe tilveie data som kunne benyttes til utarbeidelse av et regelverk for refusjon av utgifter til rehabilitering på grunn av tanntap som følge av periodontitt.

I februar og mars 2003 ble det som et ledd i gruppens arbeid gjennomført en utvalgsundersøkelse[14] blant norske tannleger ved hjelp av spørreskjemaer. Skjemaet omfattet spørsmål knyttet til tannlegens personalia, tannlegens forhold til og utføring av systematisk periodontittbehandling, samt spørsmål om behovet for rehabilitering etter slik behandling.

Undersøkelse hadde blant annet følgende formål[15]:

- Anslå omfanget av SPB (systematisk periodontittbehandling) i Norge
- Se på hvilke forhold som påvirket tannleger i Norge til å utføre SPB

[11] Ambjørnsen A m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2002: 112: 272–4.
12 Försäkringskassan: Analyserar 2006:24
[13] Gruppen bestod av 2 representanter fra det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og 1 representant fra det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
14 Basert på NTFs lister over Norges tannleger (n = 4091), med unntak av spesialister i periodonti, ble det tilfeldig trukket ut 1000 tannleger. Disse, samt alle spesialister i periodonti (n = 84), fikk tilsendt et spørreskjema (totalt 1084 spørreskjemaer).
15 Evensen BJ m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 622-6

RTV fikk ut fra det samme materialet utarbeidet en rapport[16] om behovet for rehabilitering i forbindelse med SPB[17], med dette formålet:

- Å estimere hvilke rehabiliteringsbehov som kan oppstå i forbindelse med SPB
- Å estimere omfanget av slike tilstander samt tilhørende behandlinger
- Å beregne hvor mye slike behandlinger vil koste pr.

Konklusjonene var:

- 11 194[18] pasienter gjennomgår systematisk periodontittbehandling i Norge årlig (2002)
- Ca. 60 % av behandlingen blir utført av allmennpraktiserende tannleger og ca. 40 % av spesialister i periodonti
- Signifikant flere tannleger utdannet etter 1981 hadde utført systematisk periodontittbehandling enn tannleger utdannet før 1981
- Signifikant flere privatpraktiserende tannleger hadde utført systematisk periodontittbehandling enn offentlig ansatte tannleger
- Tenner ble trukket i forbindelse med systematisk periodontittbehandling i omtrent halvparten av behandlingene, med et gjennomsnitt på 1,68 tenner per pasient, samt en forventing om fjerning av gjennomsnittlig 0,69 tann per pasient i fremtiden
- Stor variasjon i antall fjernede tenner
    - kun 10 % fikk flere enn 4 tenner fjernet
    - over 50 % fikk ikke fjernet tenner i det hele tatt
- 41,3 % av pasientene behandlet av allmenntannleger hadde behov for rehabilitering
- 28,9 % av pasientene behandlet av spesialister i periodonti hadde et tilsvarende behov
- Totalt estimert antall pasienter med behov for rehabilitering ble beregnet til 4 195
- Midlertidige behandlinger (langtidstemporære broer og fikseringsbehandling) ville opptre i 28 % av tilfellene, en type behandling som ikke omfattes av regelverket.
- Gjennomsnittlig utgift for behandlingen pr. pasient beregnet til 29 901 kroner (2003)
- Forventet utgift per år beregnet til NOK 125 434 695

Tallene over gir en viss indikasjon i forhold til hvor stort behandlingsbehovet i Norge er som følge av marginal periodontitt. Det er riktignok knyttet noe usikkerhet til tallene[19], samtidig som analyser av tall fra utbetalte trygdeytelser i 2007 viser at langt flere enn anslagene fikk refundert utgifter til både systematisk behandling og rehabilitering, jf. kapittel 6. Det er forøvrig interessant å se at 41,3 % av pasientene som allmenntannlegene behandlet ble beskrevet å ha behov for rehabilitering for tanntap som skyldtes marginal periodontitt, mens bare 28,9 % av de pasienter som ble behandlet av spesialister ble beskrevet med tilsvarende behov. En må anta at spesialistene i periodontitt sannsynligvis behandlet de mest avanserte kasus.

16 Holst D, Berg E, Gjermo PE, En rapport utarbeidet for RTV 2003, 'Behov for rehabilitering i forbindelse med systematisk behandling av periodontitt'

17 På grunn av regelverkets utforming tok en utgangspunkt i pasienter som hadde gjennomgått SPB. Ettersom det var et krav de første årene at pasientene hadde gjennomgått SPB før stønad til rehabilitering var berettiget.

18 Tallet er senere oppjustert til ca 13300 i Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 622-6

19 Holst D, Grytten J ,Klepp M Om fordeling av knappe goder. Utforming avtrygdeytelser til behandling av periodontitt Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113 Nr 3

4.4 Behandling

4.4.1 Innledning

Målet med periodontittbehandling er å gjenopprette den periodontale helsen samt minske risikoen for at ny sykdom oppstår. I tillegg bør bittfunksjonen gjenopprettes både funksjonelt og estetisk – ofte henger dette sammen.

Ved periodontal behandling vil det videre være et viktig spørsmål om en skal behandle og bevare tennene eller fjerne dem og for eksempel erstatte de tapte tennene med implantatbasert protetiske løsninger. I forbindelse med planlegging og vurdering av prognose for tenner med marginalt festetap har vi en utfordring. Standard klinisk metode for å vurdere grad av festetap for tenner er lommedypdemåling og vurdering av røntgenbilder. Hele festetapet kan imidlertid ikke bli målt på en slik endimensjonal (lineær) måte, ettersom tannen har en tredimensjonal utbredelse. En må derfor ta i betraktning hele det gjenværende arealet av tannens feste. Ved å måle arealet av tannens feste[20] etter den er fjernet og sammenligne dette med de kliniske observasjonene viser det seg at det er en sterk sammenheng mellom det festetap en klinisk kan observere og det reelle festetapet ved tidlig til moderat festetap. Imidlertid er det lineære målet langt mindre valid i tenner med kompleks rotstruktur (molarer) og vil undervurdere det periodontale festet for tannen.

Studier[21] viser at pasientgrupper med grave periodontale skader kan vise gode behandlingsresultat etter adekvat periodontal behandling. Tannmortaliteten i flere undersøkelser viser at pasientene i gjennomsnitt mister 1 tann ved gjennomført periodontal behandling (hadde i gjennomsnitt 24 tenner ved behandlingsstart).

I en stor undersøkelse blant norske tannleger[22] (n=500) vurderte en festetapet in vitro for de tenner som tannlegene oppga de trakk på grunn av festetap som skyldtes marginal periodontitt. Av tenner som ble trukket fordelte festetapet seg på følgende måte:

- 1 % av de trukne tennene hadde 1-10 % festetap
- 59 % av de trukne tennene hadde 11- 50 % festetap
- 40 % av de trukne tennene hadde 51- 76 % festetap

Forfatterne konkluderer med at kriteriene for på hvilket nivå tannlegene fjerner tenner på grunn av marginal periodontitt ble satt på et tidlig nivå i sykdomsprosessen. Det var en svak sammenheng mellom festetap og tannlegenes vektlegging av periodontal sykdom som årsak til å fjerne tennene.

4.4.2 Behandling av marginal periodontitt

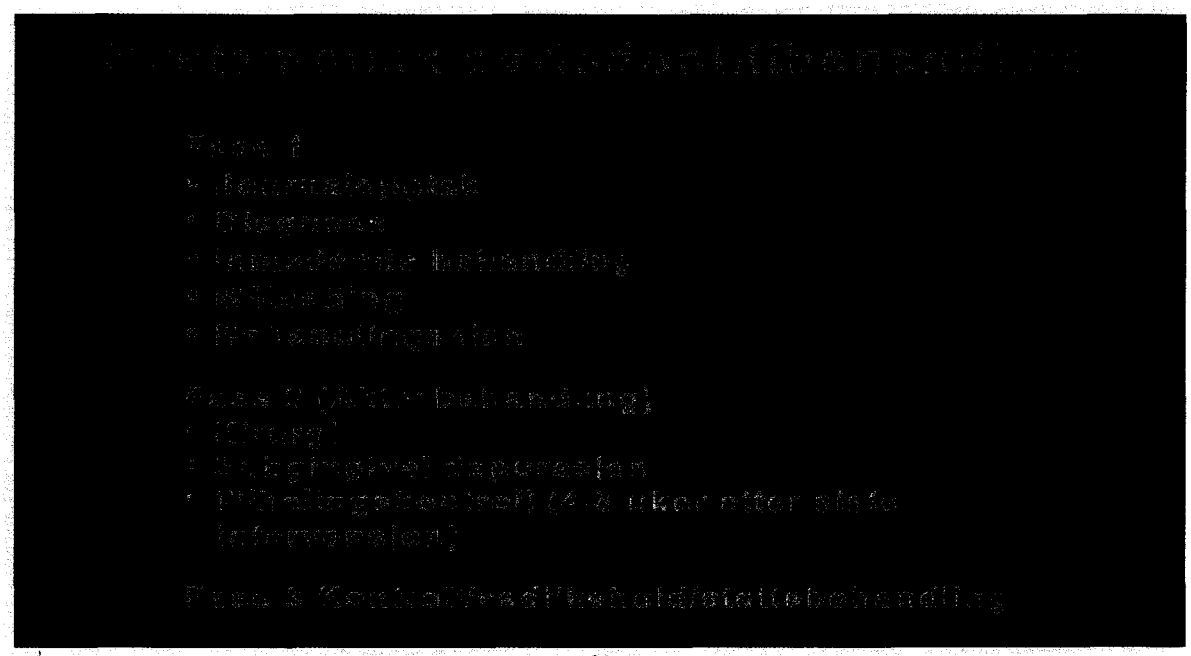
Det synes å være faglig enighet om at behandling av marginal periodontitt må følge en trinnvis, systematisk plan som omfatter en undersøkelses- og diagnosefase, inflammasjons- og infeksjonskontroll gjennom motivasjon og opplæring, samt årsaksrettet behandling[23].

Fase 1 – Behandlingsstrategi
Behandlingen vil strekke seg over tid, og de enkelte faser i planen må sees som integrert i en helhet. Alt etter periodontittens karakter (diagnose), samt omfang, alvorlighetsgrad og ikke minst

[20] Klock KS, Gjerdet NR, Haugejorden O; Periodontal attachment loss assesed by linear and area measurements in vitro; J Clin period 1993; 20: 443-447
[21] Tandlægebladet 2004 108 nr 4
[22] Klock KS, Haugejorden O; In vitro determination of the forceps level for extraction of teeth for periodontal reasons; J Clin period 1993; 20: 155-160
[23] Holst D m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 112–6

individuell respons på behandling, evaluert under behandlingsforløpet, kan denne inkludere systematisk depurasjon og omfattende kirurgisk behandling, samt bruk av antibiotika. Etterbehandling i form av kontinuerlig periodontal støttebehandling er nødvendig fordi risikoen for residiv generelt er stor.

En trinnvis tilnærming er basert på nyere kunnskap om årsak til periodontitt og risikofaktorer, variasjon i sykdomsutvikling og behandlingsrespons hos det enkelte individ. Figuren viser de forskjellige trinn i det en kan kalle en systematisk periodontittbehandling.



Figur 7: Skjematisk systematisk periodontittbehandling [24]

Fase 2 – Aktiv behandling
Subgingival depurasjon er basis i behandlingen. Ved subgingival depurasjon fjernes bakterielt plakk (bakteriebelegget) og tannsten (sub – og supragingivalt). Dermed fjernes de potensielle stedene hvor inflammasjon kan forekomme.

Ved mer grave former for periodontitt med stort festetap kan det være vanskelig å gjennomføre den subgingivale depurasjonen. En kan da bruke ulike kirurgiske teknikker for å få tilgjengelighet slik at den subgingivale depurasjonen kan foretas. Kirurgi benyttes kun for å skaffe seg tilgjengelighet til området som skal behandles.

Det viser seg imidlertid at bruk av kirurgi er blitt mer kontroversielt enn hva det var tidligere. Ved behandling av periodontitt, viser det seg at non-kirurgisk subgingival depurasjon, der en foretar behandling så langt det er mulig uten kirurgi for å skaffe seg tilgjengelighet, er like effektiv over tid for å bevare marginalt bennivå som å benytte kirurgiske teknikker[25]. Mindre bruk av kirurgi vil dessuten påføre pasientene mindre belastning.

[24] Gjermo P og Aas AM: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 118–22
[25] Heitz-Mayfield LJA, How effective is surgical therapy compared with nonsurgical debridement; Periodontology 2000;37:2005: 72-87

Fase 3 – Vedlikeholdsbehandling/støttebehandling
Undersøkelser viser videre at behandlingens suksess, enten den utføres kirurgisk eller nonkirurgisk, er avhengig av at behandlingen følges opp i et systematisk program[26].
I en undersøkelse foretatt i en norsk henvisningspraksis[27] viser det seg at ved utført vedlikeholdsbehandling av pasienter som har gjennomgått periodontal behandling, oppnår en et svært lavt tanntap på grunn av marginal periodontitt. Kun ca. 1,5 % av pasientene mistet tenner, og flesteparten av disse fikk fjernet kun 1 tann. Noen få mistet 2-4 tenner. Årsakene til de tanntap en hadde, viste seg å ha sammenheng med alder og røykevaner. Andre undersøkelser støtter dette, og konkluderer med at et oppfølgningsprogram med god kontroll av bakteriebelegg og depurasjon minsker risikoen for progresjon av periodontitt etter gjennomgått behandling[28].

Når det gjelder omfanget av vedlikeholdsbehandlingen, er dette beskrevet i en annen undersøkelse[29]. Oppfølgningstiden av pasientene var ved undersøkelsestidspunktet 10-17 år, og alle pasientene hadde fått foretatt vedlikeholdsbehandling i oppfølgningstiden. Vedlikeholdsbehandlingen vekslet mellom henvisende tannlege og spesialist. Tanntapet var lavt (se undersøkelse over), men til tross for standard vedlikeholdsbehandling var behovet for rebehandlinger (depurasjon – enten kirurgisk eller nonkirurgisk) indisert i ca. 50 % av tilfellene.

4.4.3 Rehabilitering etter marginal periodontitt

Befolkningen i gjennomsnitt har et festetap på ca. 0,1 mm per år fra og med 20-årsalder[30]. I tillegg har omkring 5 % av befolkningen et gjennomsnittlig bentap på 2 mm eller mer per år. Med dagens diagnostiske metoder kan vi ikke på forhånd si hvilke pasienter dette vil være, men en rekke faktorer kan forverre bentapet. Blant annet er det vist at en kombinasjon av betennelse, ortodontiske krefter og okklusalt traume resulterer i en raskere vevsdestruksjon enn hva kun betennelsesprosessen kan klare[31]. Det er klart at systematisk periodontittbehandling kan bevare mange tenner, men det vil i tillegg være en del brukere som har behov for rehabilitering som følge av marginal periodontitt.

Valg av rehabiliteringsmetode vil i stor grad variere fra pasient til pasient. De vanligste behandlingsformene vil være ulike protetiske behandlinger, det være seg avtakbare løsninger og faste løsninger både med og uten implantatforankring. I tillegg vil kjeveortopedi kunne brukes med hell som et ledd i rehabiliteringen av tannsettet.

Subjektive forhold ved den enkelte pasient vil i stor grad være styrende for hvilken metode som velges, og det vil således være vanskelig å lage en mal for riktig/adekvat behandling. Gjenværende tenners kvalitet vil være avgjørende når behandlende tannlege skal foreslå videre behandlingsløp, det samme vil antallet tenner som er tapt være. Videre vil valget i stor grad være influert av hvor i munnen tennene er tapt. Andre subjektive forhold som kan være styrende er pasientens økonomi, evne til egenomsorg og preferanser. Det er med andre ord vanskelig å utlede en gullstandard for valg av rehabiliteringsmetode.

---

[26] Pihlstrøm BL et al. Comparison of surgical and nonsurgical treatment of periodontal disease J Clin perio 1983;10:524 - 541
[27] Fardal Ø, Johannesen AC, Linden GJ, Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway J Clin period 2004; 31: 550-555
[28] Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease J Clin perod 1981;8:281-94
[29] Fardal Ø, Linden GJ, Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway J Clin period 2005; 744-749
[30] Hugoson A, Laurell L Periodontal bone height change in a Swedish population J Clin perod 2000;27:665-74
[31] Kessler M. Interrelationships between orthodontics and periodontics Am J Orthod 1976; 70: 154-72

Nyere forskning gir imidlertid grunn til å være noe mer tilbakeholden enn tidligere når det gjelder bruk av implantater ved påvist marginal periodontitt. Undersøkelser[32] konkluderer blant annet med at det er større marginalt bentap på implantater enn på tenner som er angrepet av marginal periodontitt. Innsetting av implantater fjerner ikke sykdommen, og forskning viser at periimplantitt vil påvirke implantaters langtidsprognoser i negativ retning[33].

Når det gjelder systematiske behandlingsregimer ved periimplantitt er det få publisert artikler. Lang og Nymann[34] har publisert den eneste tilgjengelige artikkelen om dette emnet, og her fremholdes det at vedlikeholdsrutiner ved behandling av periimplantitt anslås til et tidsforbruk på 45-60 minutter hver 3. - 6. måned. Undersøkelser bekrefter en høy grad av stabilitet hos pasienter under regelmessig og hyppig vedlikehold, i motsetning til de som har vedlikehold med 12-18 måneders intervall.

Å diagnostisere periimplantitt er dessuten problematisk, ettersom det kan være svært vanskelig å sondere rundt implantater med store konstruksjoner over seg. I tillegg viser pasientene sjelden kliniske symptomer. På røntgenbilder vil en riktignok kunne gjenkjenne større defekter, men da er tilstanden blitt relativt avansert og tilsvarende vanskelig å behandle.

Ved periimplantitt og et eventuelt inngrep har en i motsetning til annen periodontal behandling ikke bestemte kriterier for hvordan implantatoverflaten skal behandles. Behandling av periimplantitt er følgelig spesielt utfordrende i forhold til annen periodontal behandling. Vanskeligheter ved vedlikeholdsbehandlingen gjør at det blant annet stilles krav til operatør i forkant av valg av implantater som behandlingsløsning. Det bør foretas en vurdering av om tenner som er tenkt fjernet heller kunne blitt stående såfremt adekvat periodontal behandling ble utført.

4.5 Fremtidsutsiktene

Tannhelsen og dermed behovet for behandling påvirkes av mange subjektive forhold, så som økonomi, bevissthet rundt egen (tann)helse, evnen til egenomsorg med videre. Andre forhold som vil være av betydning er generell økt levealder, fokus på helse i samfunnet for øvrig, ny kunnskap om periodontitt og behandlingen av sykdommen, behandlingsalternativer og økonomiske støtteordninger.

Mange av de ovennevnte forhold henger tett sammen, og de vil i ulik grad påvirke behandling og rehabilitering av tannsett i tiden fremover.

Økende levealder sammen med bedre tannhelse vil statistisk sett øke omfanget av personer med behov for behandling, ettersom frekvensen av personer med periodontitt øker med alder og bedre tannhelse gir potensielt flere tenner som kan bli angrepet. Sammen med generell økt levestandard, større betalingsvilje og lavere aksept for bruk av proteser/gebiss, og nye og avanserte behandlingsmetoder og større bevissthet hos behandlere tyder mye på at utgiftene til behandling av periodontitt vil øke ytterligere i tiden som kommer.

Det forhold at det offentlige i større grad en tidligere refunderer deler av utgiftene vil også bidra til mer behandling og ytterligere bevisstgjøring rundt sykdommen i befolkningen. Regelverket for refusjon av utgiftene vil også virke inn på behandleres valg av behandlingsmetode, og dette bør det være en bevissthet rundt når regelverket utformes/endres.

---

[32] Schou S, Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review; Jour of oral rehab 2008; 35 (suppl 1): 9-22

[33] Karoussis et al. Long term implant prognosis in patients with and without at history of chronic periodontitis; Clin oral imp res 2033;14:329-339

[34] Lang NP, Nymann SR, Supportive maintenance care for patients with implants and advanced retorative therapy Period 2000; 4: 1994 119-126

Ny kunnskap om sykdommen, nye diagnoseverktøy og behandlingsmetoder sammen med økt bevissthet rundt viktighet av egenomsorg kan på den annen side være med på å redusere forekomsten av sykdommen i fremtiden. Det er allerede tegn som tyder på at den periodontale situasjonen er i bedring.

5. REGELVERK FOR STØNAD TIL BEHANDLING AV PERIODONTITT

5.1 Historikk/utvikling av regelverket

Folketrygden har gitt stønad til gingivektomi og subgingival tannstensrensing siden 1966, da ytelsen ble innført som en betinget pliktmessig ytelse.

Refusjonene for periodontittbehandling var frem til 2002 beskjedne, men den 1. mai 2002 ble det innført nye regler for trygderefusjon ved systematisk periodontittbehandling[35]. Endringene innebar blant annet en betydelig heving av refusjonstakstene, samt at de ble gjort ubetinget pliktmessig, ved at kravet om søknad før behandling ble fjernet.

Den 1. oktober 2003 ble det åpnet for å gi stønad til rehabilitering av tannsett med protetisk behandling etter tap av tenner som følge av marginal periodontitt. Før rehabiliteringen kunne igangsettes måtte pasienten ha gjennomgått en systematisk behandling (målrettet, faglig strukturert og fortløpende behandling som det tok mer enn 3 måneder å gjennomføre). Dette kravet ble fra 01.01.04 tatt bort som en nødvendig forutsetning for stønad.

Bakgrunnen for regelverksendringene både i 2002 og 2003 var et Dok-8-forslag til Stortinget i mai 2000[36]. Det ble pekt på at den daværende ordningen for støtte medførte mye tid for behandlende tannlege og trygdekontor, for bare å få utbetalt ubetydelige beløp. Det ble hevdet at Norge er på jumboplass i Europa når det gjelder trygdefinansiering av tannbehandling, og viste til Sverige, der det 1. januar 1999 ble innført en ordning som dekket 60 % av utgiftene til både behandling av sykdommen og rehabilitering av tannsettet, fratrukket et karensbeløp på kr 3 500. Forslaget gikk ut på å innføre en lignende ordning i Norge.

Forslaget tok utgangspunkt i at mild/moderat periodontitt rammer ca. 50 % av alle personer over 40 år, mens 7–10 % blir rammet av de alvorlige variantene av sykdommen, ofte med tap av tenner som følge. Forslaget var basert på at det kun var de alvorlige tilfellene som skulle omfattes av refusjonsordningene.

I innstillingen til Stortinget fra Sosialkomiteen som fulgte 29. mars 2001[37] ble det imidlertid hevdet at et skille mellom forskjellige alvorlighetsgrader av periodontitt ville være vanskelig å praktisere. I de nye reglene som trådte i kraft i mai 2002, ble det derfor bestemt at stønaden skulle gjelde alle grader og former av sykdommen, men det ble bare bevilget støtte til behandling av sykdommen. Støtte til rehabilitering ble i første omgang ikke innført, da man manglet nødvendig datagrunnlag for å beregne omkostninger ved en slik ordning. Stortinget ønsket imidlertid at folketrygden også skulle omfatte stønad til rehabilitering knyttet til SPB[38], og Rikstrygdeverket fikk i oppdrag å fremskaffe det nødvendige beslutningsgrunnlaget[39]. Dette arbeidet kumulerte i ovennevnte endring fra 1. oktober 2003.

5.2 Gjeldende rett

I henhold til ftrl. § 5-6 forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom § 1 nr. 6, ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved tilstanden periodontitt. I henhold til forskriftens § 1 siste ledd er det i rundskrivet til § 5-6 – Tannbehandling i kapittel II gitt utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer til forskriften. I henhold til rundskrivets punkt 6a ytes det stønad ved

35 Stortingsproposisjon nr 1 2001-2002 Sosial- og helsedepartementet
36 Dok..nr. 8: 66 (1999-2000) Ø. Hedstrøm, J. I. Alvheim og H. T. Nesvik
37 Inst. S. nr. 194 - (2000 – 2001) Innstilling fra sosialkomiteen
38 B inst. S. nr 11 2002-2003 Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003
39 Rapport RTV 2003 Behov for rehabilitering i forbindelse med systematisk behandling av periodontitt

systematisk behandling av marginal periodontitt/periimplantitt, mens det i henhold til 6b ytes stønad ved rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt.

Med systematisk behandling forståes en målrettet, faglig strukturert og fortløpende behandling.

Stønad til rehabilitering ytes kun i de tilfeller hvor tenner er tapt etter 1. mai 2002 som følge av marginal periodontitt. Årsaken til tanntapet må dokumenteres.

Det er ikke krav til gjennomført forutgående systematisk periodontittbehandling før tanntapet for å få stønad til rehabilitering, men det er et krav at munnhulen må være sanert for oralpatologiske tilstander og infeksjoner før implantat settes inn.

Som hovedregel refunderes ikke utgifter til rehabilitering for tapte tenner bakenfor premolar (eller femte tann i tannrekken). Nødvendig unntak må begrunnes og dokumenteres.

Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tapt tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom protetisk erstatning og/eller implantat må fjernes/gjøres om som følge av at flere tenner må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Blir de tapte tenner erstattet med fast protetikk, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

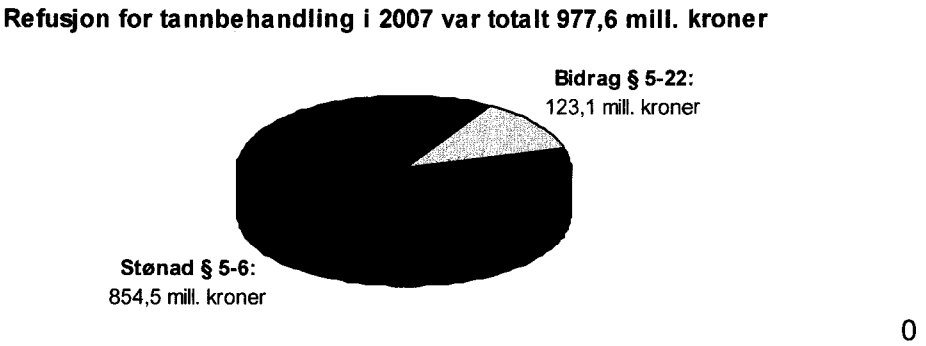
Utgiftene dekkes etter takstene 501a-516. Det ytes videre stønad til nødvendig undersøkelse, etterkontroll, anestesi, avtrykk (takst 701 eller 702) og røntgenundersøkelse etter refusjonstakstene.

6. STØNAD TIL REHABILITERING AV TANNTAP SOM FØLGE AV MARGINAL PERIODONTITT

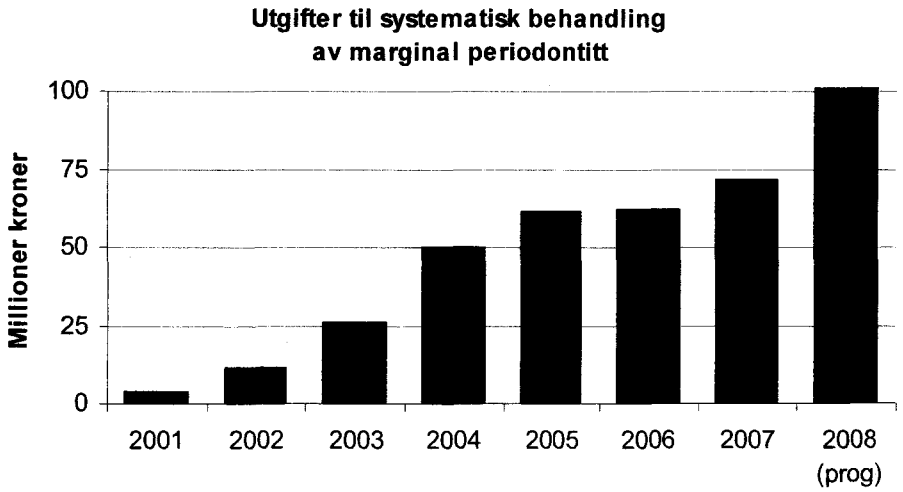
I dette kapitlet presenteres statistikk og regnskapstall for stønadsordningene til behandling av og rehabilitering etter marginal periodontitt. Direktoratet vil innledningsvis gjøre oppmerksom på en del mulige feilkilder ved dataene. Dette gjelder først og fremst anslag på antall brukere som har mottatt stønad samt gjennomsnittlige utbetalinger. NAVs saksbehandlings- og regnskapssystem gir foreløpig kun mulighet til å ta ut data på individnivå i de tilfeller brukere selv sender inn krav. Krav fra behandlere med direkte oppgjørsavtale blir kun registrert på den enkelte behandler. Det betyr at de beregninger som er gjort, er med utgangspunkt i enkeltutbetalinger. For de tidligste årene (2002-2005) vil beregningene gi et riktig bilde da antall behandlere med avtale om direkte oppgjør var beskjedne og enkeltutbetalingene utgjorde tilnærmet 100 %. Etter hvert har imidlertid stadig flere behandlere sett fordelen med slike avtaler, noe som fører til at flere krav føres på behandler. Likevel er ca. 70 % av utbetalingene i 2006 og 2007 ført direkte på bruker, og vi anser dette å være tilstrekkelig høyt som utgangspunkt for beregningene.

Behandlingene relatert til periodontitt strekker seg gjerne over flere måneder. Dersom behandlingene går over årsskiftet vil trolig også utbetalingene registreres på to år. Vi har kun beregnet utbetalinger innenfor det enkelte året, noe som tilsier at beløpene i diagrammene og tabellene under sannsynligvis er noe underestimert.

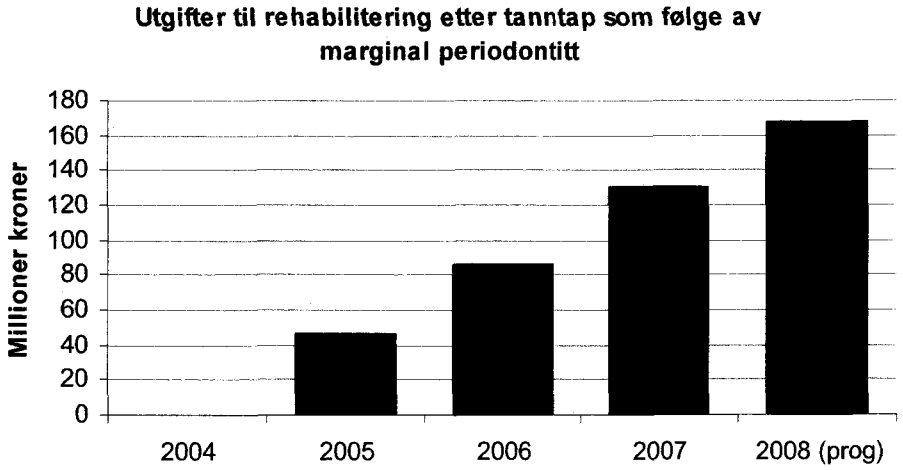
I 2007 ble det totalt utbetalt 977,6 mill. kroner i stønad fra folketrygden til tannbehandling, fordelt på 854,5 mill. kroner etter ftrl. § 5-6 og 123,1 mill. kroner etter ftrl. § 5-22 (jf. figur 8). 1. januar 2008 opphørte folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling under bidragsordningen § 5-22, og bidragsformålet ble flyttet til § 5-6. Prognose for 2008, basert på regnskapstallene for de fem første månedene, tilsier en samlet utbetaling på i overkant av 1,1 milliard koner.



Figur 8: Stønad til tannbehandling i 2007



Figur 9: Utgifter til systematisk behandling av marginal periodontitt. Beløp i millioner kroner.



Figur 10: Utgifter til rehabilitering etter tanntap som følge av marginal periodontitt. Beløp i millioner kroner.

Konto	Antall personer totalt	Gjennomsnitts-beløp per person	Standard avvik	Maksimums-beløp	95% konfidens intervall
Periodontitt-behandling	**40 742**	**1 759**	1 800	64 932	**5 358**
Perio rehabilitering	**15 182**	**8 608**	9 494	139 635	**27 596**

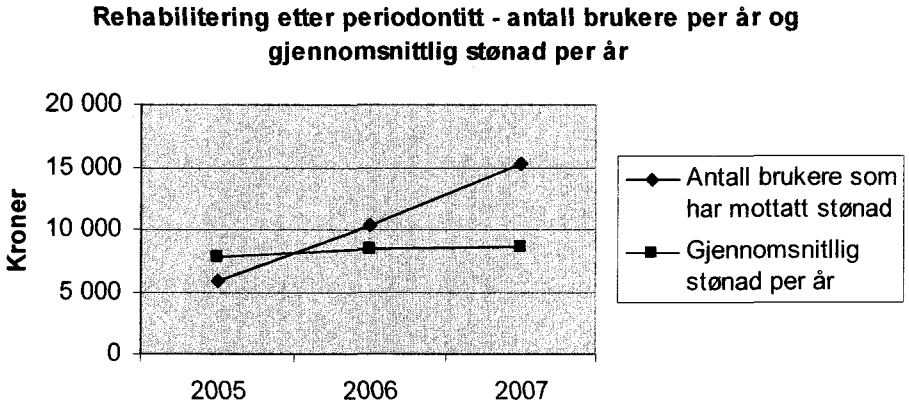
Figur 11: Nøkkeltall for 2007

Utbetaling til periodontittbehandling			
År	Utbetalt totalt	Gjennomsnitts-beløp per bruker	Anslag antall brukere totalt
2005	61 296 912	2 064	29 704
2006	61 947 023	2 081	29 768
2007	71 663 370	1 759	40 742

Figur 12: Utbetaling til periodontittbehandling, utvikling 2005-2007

Utbetaling til rehabilitering etter periodontitt			
År	Utbetalt totalt	Gjennomsnitts-beløp per bruker	Anslag antall brukere totalt
2005	45 887 433	7 764	5 910
2006	86 335 321	8 344	10 347
2007	130 691 486	8 608	15 182

Figur 13: Utbetaling til rehabilitering etter periodontitt, utvikling 2005-2007



Figur 14: Rehabilitering etter periodontitt – antall brukere gjennomsnittlig stønad per år. Beløp i kroner.

Som figur 9 og 10 viser, har det vært en forholdsvis kraftig økning i utbetalingene både til behandling av marginal periodontitt og rehabilitering av tanntap som følge av marginal periodontitt. Prognosen for 2008 tilsier at økningen vil fortsette.

I statsbudsjettet for 2003 ble det bevilget 50 mill. kroner til innføring av refusjon for rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av marginal periodontitt. I 2007 var utbetalingen på i overkant av 130 mill. kroner, og prognosen for inneværende år (etter 5 måneder) tilsier en ytterligere økning i utbetalingene til over 160 mill. kroner.

Økningene skyldes trolig flere forhold, blant annet den generelle økningen i kostnadsnivået på tannbehandling. Utgiftsøkningen må også ses i sammenheng med den utviklingen som har vært innenfor tannbehandling. I dag finnes det bedre behandlingsmetoder enn bare for noen få år tilbake, som ofte er disse mer avansert og dermed dyrere. Riktignok blir stønadsbudsjettet i mindre grad påvirket av dette da takstsystemet opererer med maksimumstakster, og takstene har vært relativt stabile.

Det har imidlertid vært en stor økning i antall brukere som har fått stønad både til periodontittbehandling og rehabilitering etter periodontitt (jf. figur 11-13). Beregninger tilsier at over 40 000 brukere fikk stønad til periodontittbehandling i 2007, mens ca. 15 000 brukere fikk stønad til rehabilitering. Det er nesten tre ganger så mange som får stønad til systematisk behandling i forhold til rehabilitering.

De gjennomsnittlige utbetalingene per bruker har holdt seg forholdsvis stabil over flere år, og har til og med gått noe ned for den systematiske behandlingen. I 2007 var gjennomsnittlig utbetaling til rehabilitering på 8 600 kroner, mens det for periodontittbehandling var på rett over 1 700 kroner. Det er imidlertid store variasjoner i utbetalingene, og 9 brukere fikk i 2007 utbetalt over 100 000 i refusjon for rehabilitering etter periodontitt.

Det har vært knyttet stor usikkerhet til anslagene over antallet personer med et rehabiliterings-/behandlingsbehov som følge av marginal periodontitt, og hvor stort behov har vært for den enkelte. Anslaget over antall personer som har et behandlingsbehov har trolig vært for lavt. Når det skulle utformes et nytt regelverk for behandling av periodontitt og rehabilitering ved marginal periodontitt, meldte noen utfordringer seg. Blant annet så viste tall fra trygdeetaten at stønaden til systematisk behandling hadde gått ned med over 8 % fra 2000 til 2001. De samme tallene viste at kun 3158 personer mottok stønad til denne typen behandling. Antallet stønadsmottagere stemmer dårlig overens med den generelle antagelsen om at inntil 10-15 % av befolkningen er angrepet av marginal periodontitt, med et stort behov for behandling. I en fagartikkel[40] blir det blant annet pekt på at usikkerhet rundt antallet med marginal periodontitt kan ha influert på de lave tallene fra trygdeetaten. I tillegg peker forfatterne på historisk sett svært lave refusjonsbeløp for systematisk behandling av periodontitt, noe som igjen kan ha medført underbehandling. Videre blir det pekt på at rehabiliteringen og ikke den systematiske behandlingen var den økonomisk mest tyngende siden ved periodontitt. Den ovennevnte usikkerheten kan følgelig ha innvirket på de anslagene som ble gjort i forbindelse med innføringen av stønad til rehabilitering ved tanntap.

Den økte etterspørselen etter periodontittbehandling som kommer som følge av en offentlig stønadsordning kan videre ha vært undervurdert. Den økte etterspørselen kan også skyldes at tannlegene er mer bevisste på å foreslå rehabilitering som følge av ny stønadsordning.

Videre har tilgjengeligheten til rehabiliteringsbehandling økt både kapasitetsmessig og geografisk. I tillegg kan økt etterspørsel ha sammenheng den økte kjøpekraften. Pasientene ser seg økonomisk bedre i stand til å betale for rehabilitering både fordi det offentlige yter delvis stønad og fordi økonomien er bedre.

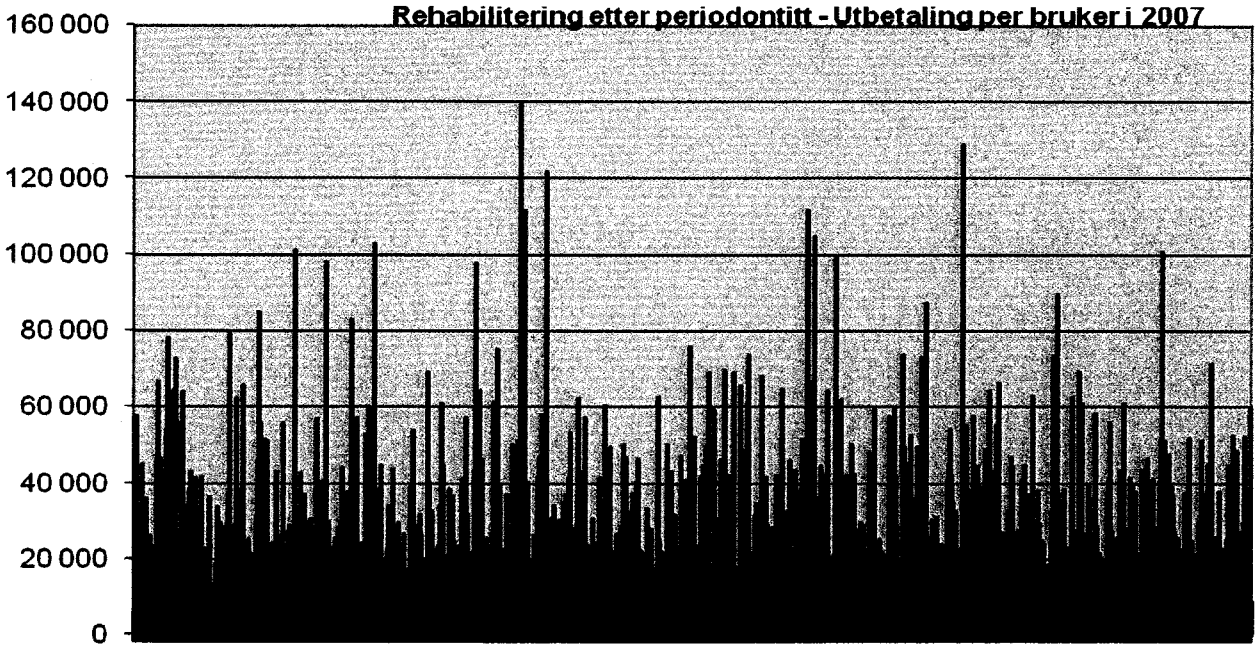
Regelverket på dette området har blitt enklere, gjennom fjerning av forhåndsgodkjenning for periodontittbehandling i 2002 og for rehabilitering ved marginal periodontitt i 2007. Opphevelsen av forhåndsgodkjenning har ført til at behandlinger kommer tidligere i gang. Videre har innføringen av direkte oppgjørsordning medført en økning i antallet behandlere som sender inn krav på vegne av pasienter. Pasienten trenger da ikke legge ut refusjonsdelen av behandlingen, og det er enklere å takke ja til den foreslått behandlingen.

Ordningen med rehabilitering er blitt bedre kjent blant brukere og behandlere, gjennom flere informasjonstiltak den senere tiden. Flere velger dessuten å gjennomføre periodontitt rehabilitering som følge av bedre/mindre smertefulle behandlinger, samtidig som helse og estetikk har blitt viktigere i et samfunnsperspektiv.

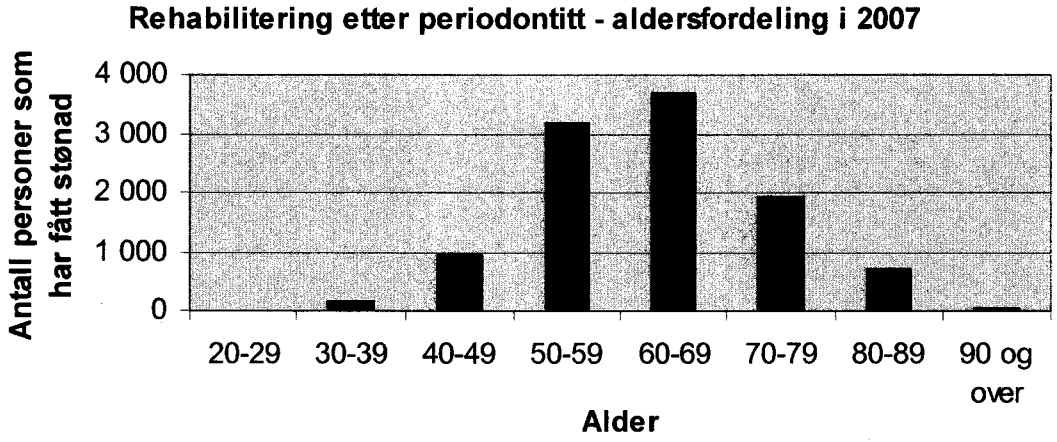
I forhold til fremtidig sykdomsutvikling er det en generell tendens at befolkningen beholder tenner lenger, og andelen tannløse går ned. Dette fører til at flere tenner har en potensiell risiko

40 Holst D m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 112–6

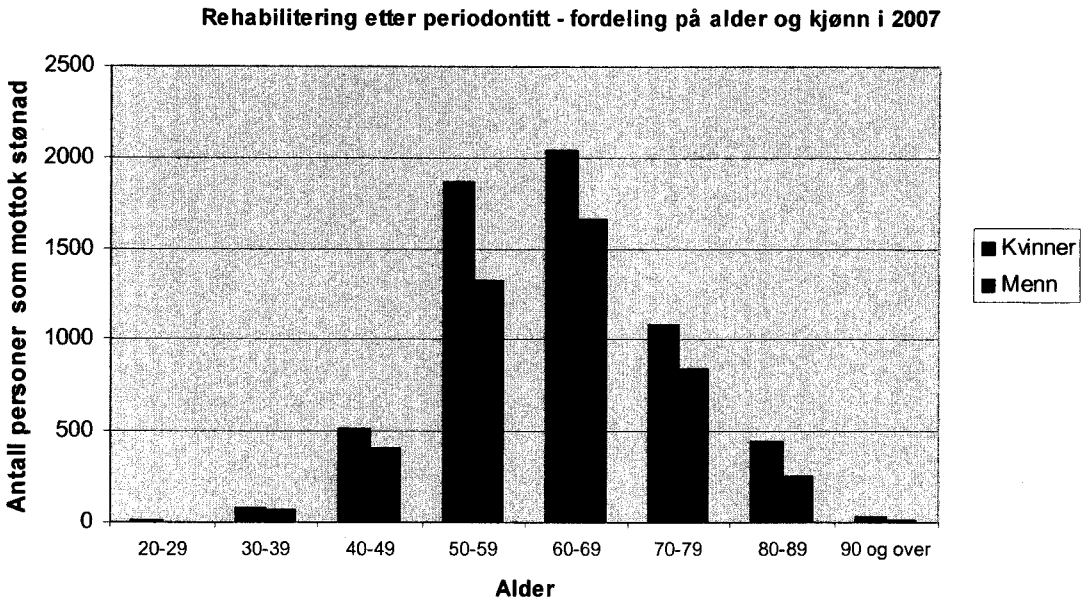
for å bli angrepet av periodontitt. Sett i sammenheng med at befolkningen blir eldre vil stønadsutbetalingene til dette formålet trolig fortsette å øke fremover.



Figur 15: Rehabilitering etter periodontitt – utbetalinger per bruker i 2007. Beløp i kroner.



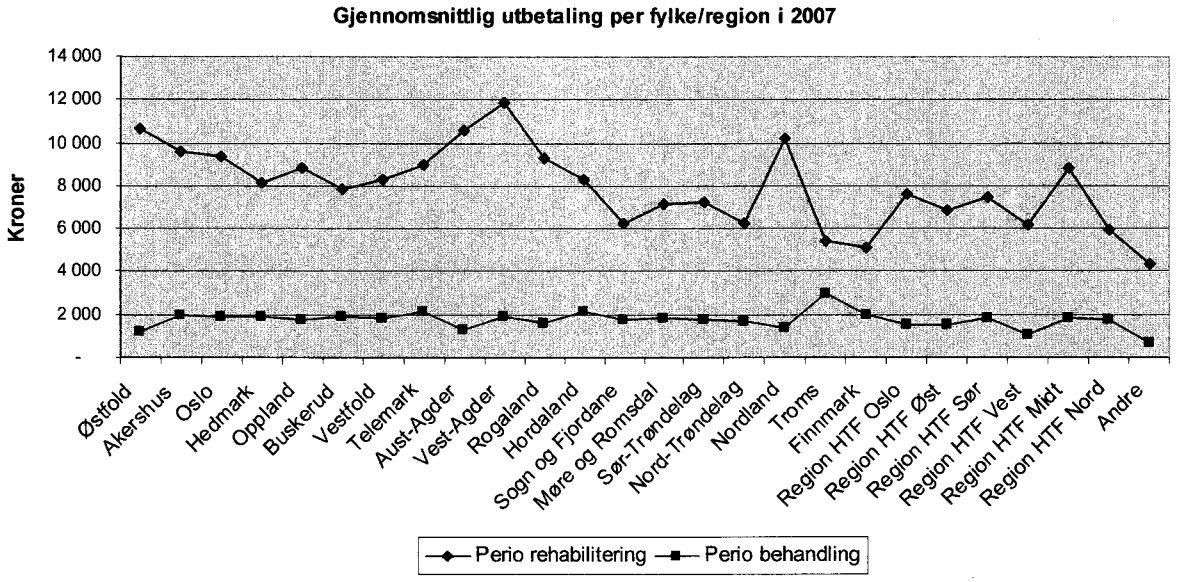
Figur 16: Rehabilitering etter periodontitt – aldersfordeling på de som mottok stønad i 2007.



Figur 17: Rehabilitering etter periodontitt – fordeling på alder og kjønn i 2007.

Aldersfordelingen både for de som fikk utbetalt stønad til behandling av periodontitt og rehabilitering etter periodontitt viser en klar overvekt i aldersgruppen 50-69 år.

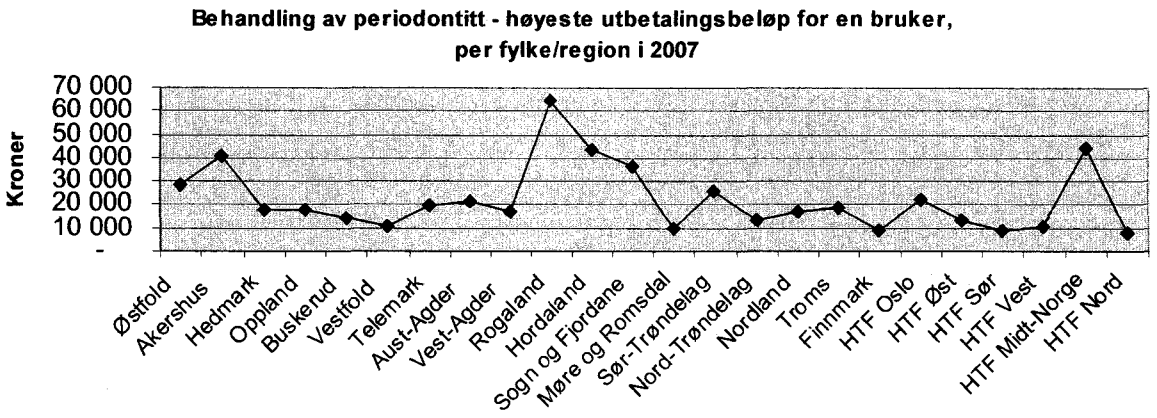
Når det gjelder kjønnsfordelingen er betydning av kjønn studert i ulike undersøkelser, men resultatene har ikke vært entydige, jf. kapittel 4.3.1. Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over utbetaling i 2007 viser imidlertid at det innenfor alle aldersgrupper er en overvekt av kvinner som får stønad til rehabilitering av tannsettet.



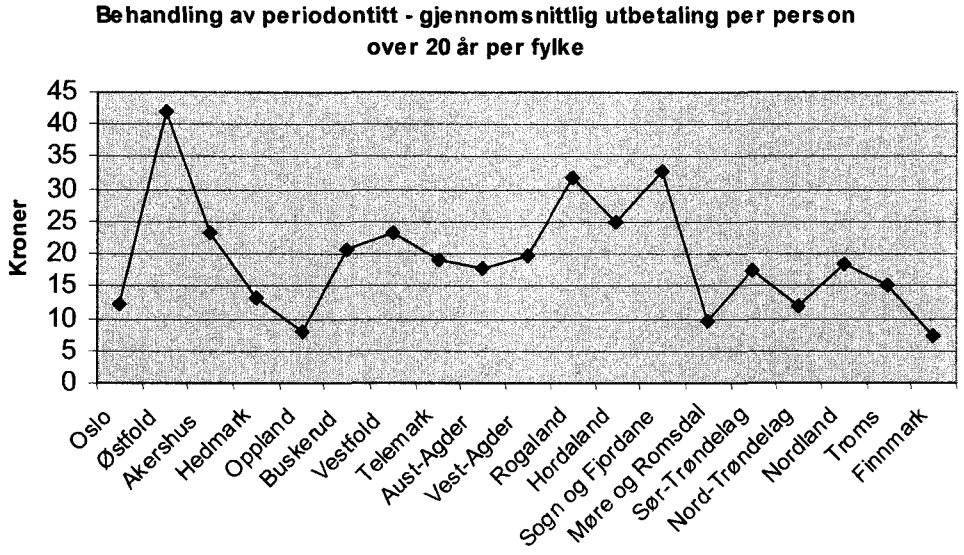
Figur 18: Gjennomsnittlig utbetaling per fylke/region i 2007

Det er stor variasjon i utbetalingene per fylke/region i 2007 – både når det gjelder gjennomsnittlig utbetaling per voksne person (over 20 år) bosatt i fylket, og størrelsen på

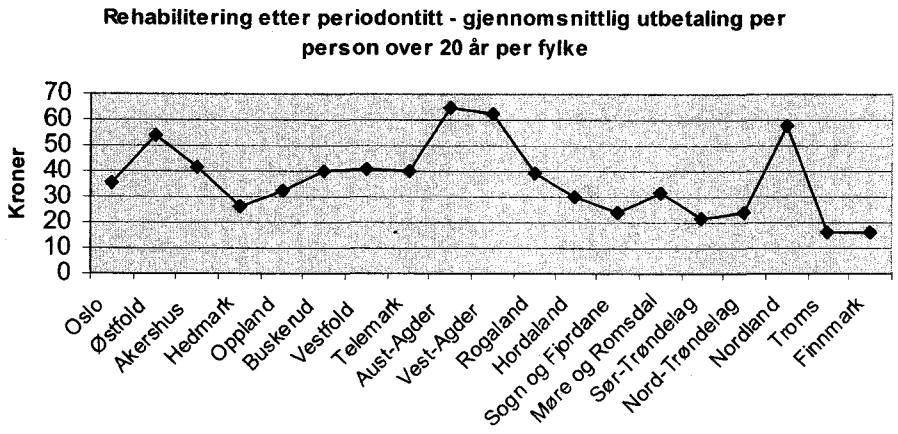
utbetalingsbeløpene. Selv om vi i enkelte fylker kan se en viss sammenheng mellom behandlingstilbudene og stønadsutbetalingene, er det vanskelig å trekke noen slutninger fra disse tallene. Det kan imidlertid synes som om de nordligste fylkene jevnt over ligger lavere enn de øvrige fylkene.



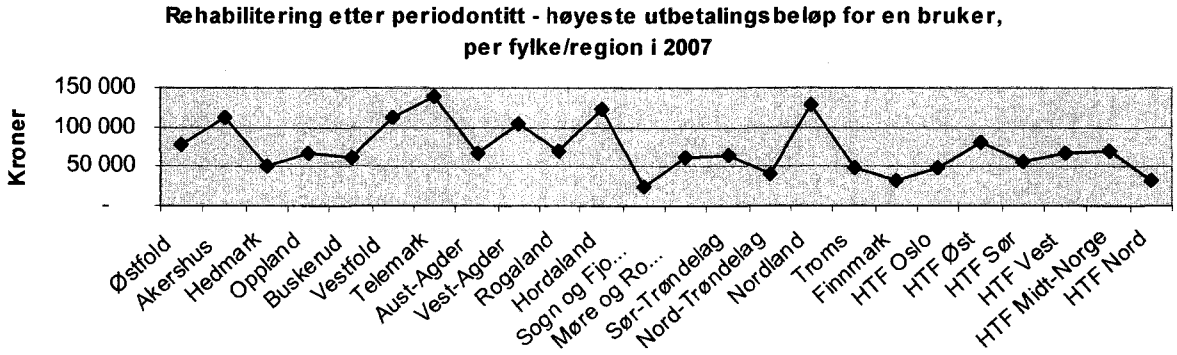
Figur 19: Behandling av marginal periodontitt, høyeste utbetaling for en enkelt bruker per fylke/region i 2007



Figur 20: Behandling av periodontitt - gjennomsnittlig utbetaling per person over 20 år per fylke i 2007



Figur 21: Rehabilitering etter periodontitt - gjennomsnittlig utbetaling per person over 20 år per fylke i 2007



Figur 22: Rehabilitering etter periodontitt, høyeste utbetaling for en enkelt bruker per fylke/region i 2007

7. FORSLAG TIL ENDRINGER I REGELVERK

7.1 Vurdering av gjeldende rett

Til tross for vanskeligheter knyttet til diagnostikk av marginal periodontitt, er ordningen med stønad til systematisk behandling og rehabilitering ved marginal periodontitt ansett for å være god. Brukere som tidligere ikke hadde økonomi til å motta rehabilitering har nå fått et godt tilbud, og har oppnådd en økt livskvalitet. Spesielt gjelder dette ved rehabilitering med faste tenner. Behandlingsresultatene ved rehabilitering er positive.

Kunnskapen om periodontitt og behandling av sykdommen kunne imidlertid vært enda bedre, men dette er først og fremst en oppgave for undervisningsinstitusjonene.

Det finnes imidlertid forbedringspotensial ved regelverket slik det er i dag:

- Regelverket er behandlingsstyrende.
  Regelverket for systematisk perodontittbehandling er for lite fleksibilitet, og fanger ikke opp nyere viten om hva som er en fornuftig behandlingsstrategi. Det kan derfor oppleves som enklere og økonomisk gunstigere å fjerne tenner med påfølgende rehabilitering, enn å utføre systematisk periodontittbehandling.
- Takstsystemet er behandlingsdrivende for mer avanserte løsninger, ettersom innsetting av implantat er bedre refundert enn andre typer løsninger[41]
- Manglende sammenheng i regelverket. Det synes både ulogisk og urimelig at pasienter får bedre refusjonsdekning ved stønad til behandling av manglende tann på grunn av agenesier enn tanntap som skyldes periodontitt
- Takstene til vedlikeholdsbehandling er for lave i forhold til nødvendig oppfølgingen etter utført rehabilitering
- Etter dagens regelverk er det ikke åpning for å gi stønad til kjeveortopedi som et ledd i behandlingen av periodontitt.
- Noen faller fortsatt utenfor ordningen eller må velge en løsning som ikke er tilfredsstillende på grunn av svak økonomi

7.2 Gjeldende rett og erfaringer i andre land

7.2.1 Danmark[42]

I Danmark har Sunnhedsstyrelsen foretatt en utredning som skal belyse hvordan en kan gjennomføre en omlegging av regionenes tilskudd til tannpleie for voksne, slik at ressursene i høyere grad tilgodeser pasienter som på grunn av sykdom har et særlig behov for tannpleie, f.eks. pasienter med aggressiv periodontitt

Sundhedsstyrelsen vurderer det slik at særlig pasienter med aggressiv periodontitt er en gruppe som ikke tilgodeses ved dagens danske særordninger. Med dagens kunnskap er det imidlertid ikke mulig å målrette tilskuddssystemet slik at et økt tilskudd alene kommer pasienter med aggressiv periodontitt til gode. Derfor går Sundhedsstyrelsen inn for å styrke innsatsen overfor alle personer med periodontitt. På denne måten sikres både folkesunnhets- og populasjonsperspektivet i den allmenne forebyggelse og behandling av periodontitt og pasienter med aggressiv periodontitt tilgodeses.

[41] Klock KS, Berg E, Gjermo PE, En rapport utarbeidet for RTV etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2005

[42] Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Voksentandplejen: udredning om omfordeling af tilskuddet voksentandplejen, August 2007

Sunnhedsstyrelsen har foreslått to modeller som er til vurdering for å avhjelpe personer med periodontitt. Begge modeller forslår å øke tilskuddet både til behandlingen og utført kirurgi kraftig, samtidig som det ikke lenger vil være et krav om at minst 3 tenner må være angrepet. Formålet med de foreslåtte endringene er særlig å bedre situasjonen for personer med aggressiv periodontitt, og begge modeller vil redusere egenbetalingen for denne pasientgruppen.

Danmark og Norge har ulike regelverk hva angår dekning av utgiftene til tannbehandling, så utviklingen i Danmark vil ha noe begrenset verdi. Det er likevel interessant å merke seg at i forhold til behandling av personer med periodontitt økes fokuset på systematisk behandling som et tiltak for å styrke innsatsen.

7.2.2 Sverige

I Sverige innføres fra 1. juli 2008 en ny ordning for statlig stønad til tannbehandling[43]. Ordningen omfatter forebyggende tannbehandling samt tannbehandling som gjør at pasienten slipper smerte og sykdommer. Tannbehandlingen skal ha som hensikt å gjøre pasienten i stand til å spise, tygge og snakke uten stort hinder. Også tannbehandling som vil gi et utseendemessig akseptabelt resultat får refusjon, men ikke tannbehandling som gis av rent kosmetiske årsaker. Tannbehandlingen skal så langt som mulig bevare munnens vev.

- Det innføres et såkalt "Tandvårdsbidrag" som innebærer at alle som har fylt 20 år får et bidrag til regelmessig tannhelsebesøk. Bidraget er på SEK 300 hvert annet år for personer i alderen 30-74 år og SEK 600 hvert annet år for personer i alderen 20-29 år samt 75 år og eldre.

- Samtidig videreføres en såkalt beskyttelse mot høye kostnader for tannhelsetjenester. Dette innebærer de som i løpet av en tolvmånedersperiode har kostnader mellom 3 001 - 15 000 SEK får en stønad på 50 %, mens kostnader over 15 000 SEK gir 85 % i stønad. Kostnader opp til 3 000 SEK må den enkelte betale selv. Det finnes egne regler og referansepriser for hvilken tannbehandling som gir rett til stønad.

- Referanseprissystemet fungerer slik at behandler får refusjon fra staten per utførte tiltak/behandlinger. For refusjonsberettiget tannbehandling fra staten finnes det bestemte referansepriser som utgjør grunnlaget for beregning av refusjonen. Referanseprisene fungerer også som sammenligningspriser for pasientene. Dermed beholdes den frie prissettingen på tannhelsetjenester.

Når det gjelder "Parodontalt skadat bett" med behov for protetisk stabilisering eller erstatning er det satt krav til bentapet på de aktuelle tennene. Det kreves en økt tannmobilitet (grad II) samt et bentap på minst halve rothøyden på 70 % av antallet tenner i aktuell kjeve. I tillegg skal kjevene ha gjennomgått periodontal sanering og sykdomsprogresjonen skal ha stoppet opp før rehabilitering igangsettes.

Stønadsystemene i Sverige og Norge har visse likhetstrekk, ved at begge har et refusjonssystem basert på utført behandling. Samtidig er systemene ulike ettersom Sverige både har et generelt tilskudd uavhengig av type behandling, og en ordning med utgiftsbegrensning ved høye kostnader. Begge de sistnevnte ordningene kunne trolig vært med på å forbedre regelverket for behandling av periodontitt, men de ligger utenfor mandatet for denne rapporten.

[43] **SFS 2008:193**

7.3 Prinsipper for endringer av regelverket

Direktoratet har i dette arbeidet lagt til grunn følgende hovedprinsipper for regelverket:

- Det skal i størst mulig grad tilpasses behandlingen av sykdommen
- Det skal fremme den systematiske behandlingen av periodontale sykdommer
- Det skal i minst mulig grad være behandlingsdrivende

Nyere forskning og undersøkelser bør videre gjenspeiles bedre i oppbyggingen av regelverket og takstsystemet. Særlig gjelder dette ved bruk av kirurgi i den systematiske behandlingen og i hvilken grad implantater bør velges som behandlingsalternativ.

Hovedmålsetningene ved endringene er:

- Mer og riktigere periodontittbehandling, slik at behovet for rehabilitering reduseres
- Øke bruken av rimeligere løsninger og gjøre bruk av implantater mindre attraktivt
    - Åpne for bruk av kjeveortopedi ved behandlingen av marginal periodontitt
    - Øke refusjonen til avtakbar protetikk
- Mer systematisk oppfølging av personer med periodontitt, særlig etter rehabilitering
- Et enkelt takstsystem med få takster

7.4 Forslag til endringer i rundskriv til § 5-6

Dette kapitlet beskriver forslag til endringer i regelverket til § 5-6 knyttet til periodontittbehandling, med tilhørende faglige, administrative og økonomiske konsekvenser.

7.4.1 Presisering av inngangsvilkåret for stønad

I punkt 6 b i første avsnitt bør ordet *grav* tas med foran marginal periodontitt. Direktoratet ønsker med dette forslaget å presisere at det er kun de grave tilfellene som kvalifiserer til stønad til rehabilitering. Med grav marginal periodontitt menes tilstander som vil være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk.

Forslaget innebærer et krav om alvorlighetsgrad, og at det må foretas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. Dette fører til en ansvarliggjøring overfor tannlegene i forbindelse med vurderingen av om medlemmet har krav på stønad etter punkt 6 b. Det legges ikke opp til store innholdsmessige endringer, men forslaget innebærer en presisering av at det er de alvorligste tilfellene som omfattes av regelverket. For enkelte brukere kan dette oppleves som en innskjerping, men det vil neppe få stor praktisk betydning. Endringen er dessuten i tråd med forutsetningene for ordningen som søker å gi best dekning til de alvorligste tilfellene av periodontitt. Forslaget må ses i sammenheng med den økte fleksibiliteten ved systematisk behandling som foreslås, jf. kapittel 7.5.1.

Økonomisk kan forslaget medføre enkelte innsparinger ettersom de mindre alvorlige tilfellene nå vil falle utenfor regelverkets dekningsområde.

7.4.2 Innføring av tilleggskrav - plan for systematisk periodontittbehandling

Det foreslås å innføre et tilleggskrav om at det må legges opp en plan for periodontittbehandlingen etter rehabilitering. Rehabilitering er en del av sykdomsbekjempelsen, og det må også i disse tilfellene følges opp med systematisk periodontittbehandling for å holde sykdomsutviklingen under kontroll.

I de tilfeller hvor rehabilitering gjennomføres må tannlegen utarbeide en plan som fastsetter et oppfølgingsregime for pasienten etter utført rehabilitering. Denne planen må utarbeides og legges inn i pasientens journal før rehabilitering gjennomføres.

For brukerne vil endringen bety bedre resultat av rehabiliteringen, da risikoen for residiv reduseres. For behandlerne vil forslaget medføre noe ekstraarbeid i forbindelse med utforming av oppfølgingsplanen. For forvaltningen vil tilleggskravet medføre et nytt kontrollpunkt med mulighet for bedre utgiftskontroll, samtidig er tilleggskravet med på å sikre en bedre bruk av offentlige midler på lengre sikt. På kort sikt kan imidlertid forslaget tenkes å medføre utgiftsøkning fordi takst 501 utløses i større omfang.

7.4.3 Innføring av tilleggskrav – grunngi rehabilitering i stedet for systematisk periodontittbehandling

Det foreslås at behandler må begrunne sitt valg i de tilfellene hvor det velges å fjerne en tann for så utføre rehabilitering, fremfor å utføre systematisk periodontittbehandling.

Bakgrunnen for forslaget er at undersøkelser tyder på at særlig allmenntannleger ekstraherer tenner på et tidlig stadium av den periodontale sykdomsprosessen fremfor å forsøke systematisk periodontittbehandling.

Ved innføring av et krav om å grunngi behandlingsvalg er behandler nødt til å foreta et bevisst valg av behandlingsmetode ikke bare ut fra eksisterende refusjonsordninger, men vil også måtte foreta en faglig vurdering og avveining før terapi velges. Ut fra eksisterende viten vil det antagelig kunne avverge en del ekstraksjoner der systematisk periodontittbehandling kan bidra til å bevare tennene. Hvis tanntap eventuelt unngås vil dette kunne medføre en økonomisk innsparing, både for bruker og forvaltningen.

For forvaltningen vil tilleggskravet videre medføre et nytt kontrollpunkt med mulighet for bedre utgiftskontroll.

7.4.4 Fjerne passus om at det ikke er krav til gjennomført systematisk behandling

Det forelås at setningen: "Det er ikke krav til gjennomført systematisk periodontittbehandling før tanntapet," fjernes fra punkt 6 b, annet avsnitt.

Begrunnelsen for dette forslaget er at passusen virker mot sin hensikt. Slik regelen er formulert nå kan den lett misforståes. Formålet med passusen var å poengtere er at det ikke er et absolutt krav om gjennomført systematisk behandling for å få dekning til rehabilitering. Et typisk tilfelle vil være der det er klart at tann/tenner er tapt og eneste alternative behandling er rehabilitering. Dette vil imidlertid være unntakene, og i realiteten vil systematisk behandling som hovedregel være gjennomført i et visst omfang før rehabilitering igangsettes. Forslaget skal bidra til å fjerne eventuelle misforståelser, og overlate til behandlende tannlege å vurdere hvilken behandling som er adekvat i det enkelte tilfelle.

Fjerningen av passusen får få eller ingen administrative eller økonomiske konsekvenser for verken brukere, behandlere eller forvaltningen, utover det å redusere faren for misforståelser.

7.4.5 Bruk av kjeveortopedi ved periodontittbehandling

Det foreslås å gi stønad til kjeveortopedi ved behandling av periodontitt. Formålet er å oppnå gunstigere plassering av de tenner som kan beholdes Det kan være behov for kjeveortopedi både ved systematisk behandling, jf. § 6a og ved rehabilitering ved tanntap, jf. § 6b.

Ved marginal periodontitt dannes det granulasjonsvev i stedet for benvev, noe som kan føre til en forflytning av tennene slik at de for eksempel får en vifteform i front av munnen. Videre kan det være behov for å lukke luker kjeveortopedisk ved tanntap som skyldes marginal periodontitt. I slike tilfeller vil kjeveortopedi ofte være en riktig form for behandling.

Dette forslaget kan føre økte utgifter til periodontittbehandling, da man i tillegg til den allerede eksisterende behandlingen, også får mulighet til å få utført kjeveortopedi for folketrygdens regning hvor dette er nødvendig. På den annen side kan bruk av kjeveortopedi medføre at tenner kan bevares lenger, som igjen kan være med på å redusere utgiftene til behandling på lengre sikt. Regelverket vil i større grad bli behandlingsnøytralt, og vurderingen vil overlates til behandlende tannlege.

For brukerne vil det være av stor betydning, både funksjonelt og estetisk, å få rettet opp feilstillinger forårsaket av bentap som følge av periodontitt. Ved at tennene får en "riktigere" aksestilling vil det være enklere å behandle marginal periodontitt, og behovet for store inngrep, herunder implantater, vil bli redusert. Utgiftene for brukerne kan på denne måten også bli redusert.

7.5 Endringer i takster til § 5-6

Dette kapitlet beskriver forslag til endringer i takstsystemet knyttet til periodontittbehandling, med tilhørende faglige, administrative og økonomiske konsekvenser for hhv. brukere, behandlere og etaten. Størrelsen på takstene omtales ikke. I tillegg til de forslagene som er beskrevet nedenfor for hver enkelt takst, foreslås takstene 510-517 omgjort til prosedyretakster slik at f.eks. at nødvendig undersøkelse før og etter behandling samt anestesi, avtrykk o.l. inngår i taksten.

7.5.1 Ny takst 501 – Periodontittbehandling

Det foreslås at takstene 501a og 501b kan brukes uten repetisjonsbegrensninger. Skillet mellom enkel og dobbel seanse (501a og 501b) faller dermed bort, og all periodontittbehandling legges inn i takst 501. Taksten tar utgangspunkt i en tidsbruk på 30 minutter, og kan repeteres ved kompliserte tilfeller.

Forslaget innebærer at takst 505 blir overflødig, ettersom vedlikeholdsbehandlingen nå i realiteten integreres i takst 501. Taksten vil i tillegg til vedlikeholdsbehandling av periodontitt også kunne brukes ved nødvendig oppfølging etter utført rehabilitering.

Forslaget vil gi mer og riktigere periodontittbehandling, ettersom takstsystemet legges opp etter hvordan marginal periodontitt faglig sett best behandles. Tannlegene sikres en større grad av fleksibilitet i behandlingen av den enkelte bruker, samtidig som forslaget i større grad sikrer refusjon til alle brukere som har behov for systematisk behandling. Ved å ta utgangspunkt i 30 minutter i stedet for 40 minutter slik det er i dag, vil dessuten behandlerne få en forenklet administrasjon ved bruk av ordningen da journalsystemene er bygd opp i 15 minutters intervaller.

For forvaltningen vil forslaget innebære en administrativ forenkling av kontroll med utbetalingene. Forslaget vil åpne for mer systematisk behandling enn tidligere, noe som vil kunne få økonomiske konsekvenser. I tillegg justeres den forutsatte tidsbruken ned fra 40 til 30 minutter. Dette vil kunne øke frekvensen og dermed også utbetalingene. Å beregne de økonomiske konsekvensene av dette forslaget vil være vanskelig ettersom økt systematisk behandling nødvendigvis vil påvirke behovet for rehabilitering på sikt. I tillegg kommer det forhold at omfanget av og årsaken til periodontitt er usikker. En eventuell økning vil imidlertid

være i tråd med Stortingets ønske ettersom de som er hardest rammet av marginal periodontitt vil få høyest refusjon.

7.5.2 Ny takst 502 – Tillegg for kirurgiske inngrep ved systematisk behandling

Det foreslås videre å slå sammen alle kirurgitakstene til en ny takst 502, samtidig som taksten justeres ned og det åpnes for å kombinere taksten med ny takst 501. Hensikten er å synliggjøre at kirurgiske inngrep kun utføres for å få tilgang til områder som har behov for selve periodontittbehandlingen. Taksten skal dekke utgifter til tilleggsutstyr ved kirurgiske inngrep, i tillegg til selve inngrepet. Forslaget innebærer at refusjonen for den systematiske behandlingen blir lik uavhengig av om det brukes kirurgi under behandlingen eller ikke.

Endringen er av faglig og teknisk art, men vil i liten grad påvirke brukere og behandlere utover at regelverket vil oppleves enklere og mer intuitivt. For behandlerne som utfører mye kirurgi kan endringene medføre noe merarbeid i en overgangsperiode, men dette er neppe et stort problem.

Forvaltningen vil også nyte godt av færre takster, og gjøre ordningen enklere å administrere. De økonomiske konsekvensene vil avhenge av takstnivået, men hvis det gjeldende takstnivået videreføres vil konsekvensene bli minimale.

7.5.3 Ny takst 506 – Fiksering/midlertidig løsning

Det foreslås å innføre en ny takst for å gi stønad til midlertidige løsninger for pasienter med periodontitt. Taksen vil eksempelvis dekke langtidstemporære broer og fikseringsbehandling. Midlertidig behandling vil kunne bidra til å beholde egne tenner lengre, samtidig som midlertidige løsninger ofte er enklere behandlingsformer enn alternativene som vil følge av ekstraksjon. For mange brukere vil den midlertidige løsningen dessuten være tilfredsstillende også på lang sikt. Det er viktig at den nye taksten kan repeteres ved behov, ettersom fiksering er et ledd i den systematiske behandlingen. Det er samtidig viktig at midlertidig behandling ikke fratar pasienten å velge større og mer permanente inngrep senere.

Som vist tidligere var en form for midlertidig behandling aktuelt hos hele 28 % av de undersøkte periodontittpasientene, jf. kapittel 4.3.4. Faglig sett vil innføringen av en takst for midlertidige løsninger være riktig i forhold til hva som er den beste behandlingen mht. marginal periodontitt ut fra det vi i dag vet om sykdommen. Ved å ha et incitament til å bevare tennene vil dette hindre at regelverket blir behandlingsdrivende, og vil i større grad fokusere på behandling av sykdommen og ikke rehabilitering. Faglig sett er det ofte fornuftig å se an sykdomsutviklingen fremfor å ekstrahere for så å kunne utløse stønad for rehabilitering, men dette må i minst mulig grad snevre inn fremtidige behandlingsalternativer.

Faren for stor vekst i utgiftene ved innføringene av denne taksten er minimale da dette i første rekke er mindre avansert og dermed rimeligere behandling som dekkes. Direktoratet tror tvert i mot at innføringen av en takst for midlertidige løsninger vil redusere bruken av avansert protetikk og implantatbehandling. Innsparingene er vanskelige å anslå, men potensialet er stort ettersom midlertidig behandling kan medføre at dyrere behandling kan unngås. Et tiltak her vil være at behandlende tannlege pålegges å ha vurdert om det er mulig å bevare tennene fremfor å ekstraksjon med dertil hørende rehabilitering. Innsparingene vil i første rekke avhenge av hvor attraktivt det blir å vurdere alternative løsninger, og derfor vil takstbeløpet være en viktig faktor.

For brukerne vil muligheten for å få riktigere behandling øke. Inngrepene vil samtidig bli mindre omfattende og dermed også billigere. Det er imidlertid viktig at brukerne ikke mister refusjonsmuligheten senere ved valg av en midlertidig løsning.

7.5.4 Økt dekningsgrad for enklere/rimeligere løsninger

På tross av at flere enn før har økonomisk mulighet til å få adekvat behandling for periodontale sykdommer, er det fortsatt noen som faller utenfor på grunn av svak økonomi. Dette kan løses på flere måter, alt fra en generell stønadsordning som omfatter alle, til et utgiftstak ved høye utgifter. Disse løsningene vil ikke bli kommentert nærmere, da de faller utenfor rapportens rammer. Et tredje forslag er imidlertid å øke dekningsprosenten ved de enklere/rimeligere løsningene, slik at alle kan få en tilfredsstillende minimumsløsning. Dette kan for eksempel gjøres ved å bedre dekning ved partiell protese/bro (takst 510/513), eller ved å øke taksten for helprotese (takst 511) slik at brukerne i hvert fall har økonomi til å velge disse løsningene.

En slik endring vil redusere de uheldige effektene av at det ikke eksisterer en tilfredsstillende skjermingsordning for personer med svak økonomi på tannhelsefeltet. Forslaget vil være i tråd med prinsippene om sosial utjevning, samtidig som det trolig vil øke bruken av rimeligere løsninger. Det er usikkert hvilke økonomiske konsekvenser dette forslaget vil få, da dette i stor grad vil avhenge av hvor tilfreds brukerne er med en minimumsløsning, samtidig som tannlegens holdninger fortsatt vil være svært avgjørende for valg av behandling. Potensielt vil forslaget kunne medføre besparelser for forvaltningen, samtidig som flere brukere vil kunne nyte godt av refusjonsordningene. Flere brukere vil igjen bety økte utgifter, men dette er også ønskelig, særlig ettersom dette vil kunne fange opp de med presumptivt svakere økonomi.

Forslaget vil trolig ikke gjelde mange brukere, for de få det gjelder vil det være en viktig endring. For behandlerne vil endringen bli lite inngripende, men den vil i enkelte tilfeller gi et reelt behandlingsalternativ der det før ikke var noen. Dette vil utvilsomt oppleves som en forbedring av regelverket.

For øvrig bør takst 510 ses i sammenheng med takst 312, og en kalibrering etterstrebes.

7.5.5 Ny takst 514 – Kirurgisk tannimplantatbehandling

Som vist i kapittel 4 er det få som mister mange tenner på grunn av marginal periodontitt. De fleste som mister tenner taper i snitt 1-2 tenner. Forskningsfunnene understøttes også av tall fra NAV i forhold til utbetalinger ved rehabiliteringer ved periodontitt.

Stortingets intensjon var at de med størst antall mistede tenner skulle få høyest stønad. Dagens ordning med en høyere refusjon for første implantat enn for de påfølgende er i strid med disse intensjonene, da enkelttannsrehabiliteringer gir best dekning.

Forslaget går ut på å slå sammen takst 514 og 515 i ny takst 514, samt å justere ned dekningsgraden for første implantat. Dette vil være i tråd med hovedmålsetningene for alle foreslåtte endringer. Det er imidlertid viktig at de med behov for mange implantater ikke kommer dårligere ut som en følge av endringen. Ved fastsettelse av taksten foreslår direktoratet at det tas utgangspunkt i dagens refusjon til 6 implantater (rehabilitering av en hel kjeve), og lar brukere med dette behovet komme tilnærmet likt ut etter at endringen er gjennomført.

En sammenslåing og fjerning av takster vil gjøre takstsystemet mer entydig og hindre mulighet for ulike tolkninger av hva som er første implantat. Ordningen blir dermed enklere å administrere og kontrollere, og behandlerne får et enklere system å forholde seg til. Trolig vil endringen også medføre at andre behandlingsalternativer enn implantater i større grad vil bli vurdert.

For brukerne og forvaltningen vil det kunne få økonomiske konsekvenser i tillegg. Hvor store disse blir, vil avhenge av takstnivået. Forslaget vil imidlertid kunne føre til betydelige innsparinger for forvaltningen, og gi brukerne med et lite rehabiliteringsbehov en tilsvarende dårligere dekning. Endringen må imidlertid ses i sammenheng med åpningen for å utføre kjeveortopedi ved marginal periodontitt, samt intensjonene med ordningen som er å gi mest til

de alvorligste tilfellene. Eventuelle innsparinger vil kunne angis nærmere når takstnivået bestemmes.

Forslaget til endring må også ses i sammenheng med økt fokus på systematisk/vedlikeholdsbehandling og en ny takst for midlertidige løsninger.

Forslaget medfører en forskjell mellom 500- og 400-takstene når det gjelder kirurgisk innsetting av implantater. Direktoratet anbefaler en harmonisering slik at også takstene 421 og 422 slås sammen. Nivået på takstene bør også ses i sammenheng.

7.5.6 Takst 516 inn i takst 513 – Fast protetikk

Direktoratet foreslår også takst 516 tas inn i takst 513. Dette vil være i tråd med hovedmålsetningen om å forenkle takstsystemet samt å få flere prosedyretakster.

Det antas at dette er en endring med få konsekvenser for brukerne, forvaltningen eller behandlerne, men det vil avhenge av takstnivået for ny takst 513. Vi foreslår å ikke øke taksten som en følge av sammenslåingen. Dette har blant annet sammenheng med at distanser nå brukes i mindre grad enn før, i tillegg vil dette være med på å gjøre avanserte behandlinger mindre attraktive sammenlignet med systematisk behandling.

Også her bør det tas sikte på harmonisering mellom 500- og 400-takstene, jf. kapittel 7.5.5.

7.5.7 Ny takst 517 – Kjeveortopedi

Det foreslås innføring av en egen takst for kjeveortopedisk behandling ved marginal periodontitt, jf. punkt 7.4.5 over. Taksten bør være et fast beløp ettersom behandlingen i stor grad er standardisert. Taksten må kunne kombineres med øvrige takstene for periodontal behandling, men det er ingen forutsetning for stønad at tenner har gått tapt.

Det vil ikke bli foreslått å ha en øvre aldersgrense på 18 år for bruk av denne typen behandling. Andelen av brukere med periodontitt er størst blant personer over 50, og skal endringen ha den ønskede effekten må behandlingsmuligheten være åpen for alle med periodontitt uavhengig av alder.

7.5.8 Forslag til nytt takstsystem

I tabellen under følger forslag til nytt takstsystem for behandling og rehabilitering ved marginal periodontitt, basert på endringsforslagene presentert over. Se for øvrig vedlegg 3 for forslag til nytt regelverk.

Tnr	Tekst	Kommentar
501	Periodontittbehandling	Taksten kan repeteres per påbegynte 30 min. Begrensing fjernes. Dekker også vedlikehold/tilleggsbehandling Etterkontroll = takst 4
502	Tillegg for kirurgiske inngrep ved periodontittbehandling	Skal dekke anestesi, utstyr etc. i tillegg til det kirurgiske inngrepet. Selve behandlingen dekkes etter 501
506	Fiksering/midlertidig erstatning	I tillegg kan takst 201-203 benyttes
510	Delprotese	Bør harmoniseres med takst 312. Kan kun benyttes som midlertidig løsning i front- og hjørnetenner ved påvente av implantat
511	Helprotese	Bør harmoniseres med takst 310.
512	Dekkprotese	
513	Fast protetikk, per tann som er tapt/trukket	
514	Kirurgisk tannimplantatbehandling, per implantat	Bør harmoniseres med takst 421.
517	Kjeveortopedisk rehabilitering	Ny. Ikke krav om at tann er tapt Kan kombineres med de andre takstene dersom tenner går tapt

8. KONSEKVENSER AV FORESLÅTTE ENDRINGSFORSLAG

8.1 Faglige konsekvenser

Generelt
Det fremlagte forslaget til endringer har som målsetning å vri behandlingen over til mer sykdomsbehandlende virksomhet og mindre rehabilitering. Hensikten er å få en riktigere behandling av sykdommen, noe som vil være en fordel for særlig pasientene. Videre tar forslaget sikte på å etablere en sammenheng mellom systematisk periodontitt behandling (SPB) og rehabilitering etter tanntap som skyldes marginal periodontitt. I dag fungerer disse ordningen uavhengig av hverandre, og det synes som dagens ordning med rehabilitering etter tanntap som skyldes marginal periodontitt er vel gunstig i forhold til ordningen for SPB. Dette siste har særlig sammenheng med at SPB-ordningen er omgitt av mange restriksjoner, mens regelverket for rehabilitering er mye åpnere. For å få til mer sykdomsbehandlende virksomhet er det viktig å fjerne de restriksjonene som gjør det vanskelig å praktisere SPB på en fornuftig måte, og på denne måten gi behandlerne et reelt valg.

Konsekvenser for brukere
Større fokus på sykdomsbehandlende virksomhet vil kunne oppleves som en forandring for brukerne. Systematisk behandling vil kreve mer av pasienten i forhold til forventning om oppfølging hjemme, hyppigere oppmøte hos behandler og større fokus på opplæring i egenomsorg. Rehabilitering er på den annen side mer typisk for den behandlingen brukere er vant til å få hos tannlegen, og dette er en behandling krever liten aktivitet utenom det å møte opp. Det er imidlertid ingen tvil om at tett oppfølging og systematisk behandling er den beste løsningen for personer som har marginal periodontitt.

Konsekvenser for behandlere
Tannlegene er i stor grad opplært til å utføre operativ klinisk odontologi, og vil gjerne gjøre det de kan. Ettersom det er denne typen behandling pasientene er vant med å få er det også enklere å ta betalt for behandling. Å få tankesettet over på sykdomsbekjempelse vil for enkelte oppleves som nytt, men også mindre attraktivt. Dette er en utfordring som særlig lærestedene må ta tak i, slik at behandlerne som utdannes er beredt til å utføre de oppgavene samfunnet forventer.

Fokus på sykdomsbekjempelse vil kunne åpne for mer bruk av tannpleiere i forhold til systematisk periodontittbehandling. Tannpleiere er utdannet til primært å drive forebyggende helsearbeid, og de vil som yrkesgruppe ha et annet fokus enn tannleger.

Systematisk periodontittbehandling utføres ofte av tannpleiere, og et mer fleksibelt regelverk for denne behandlingen vil legge forholdene bedre til rette for at de kan foreta behandlingen. I St.meld. 35 uttrykker Regjeringen blant annet at tannbehandling i størst mulig grad bør utføres på det lavest egnede nivå, typisk ved at tannpleiere overtar behandling som ikke fordrer mer avansert odontologisk kompetanse.

8.2 Økonomiske konsekvenser

Det har vært utenfor prosjektets mandat å vurdere nivået på takstene. Ettersom de økonomiske konsekvensene i stor grad avhenger av takstnivået er det vanskelig å si noe sikkert om virkningen av de foreslåtte endringene. Når det gjelder forslaget om sammenslåing av implantattakstene vil innsparingspotensialet være betydelig.

Bortsett fra implantattakstene antar vi at endringene i liten grad vil påvirke stønadsbudsjettet på kort sikt. På lengre sikt vil endringene trolig medføre at behandlingen av periodontitt dreies mot

rimeligere og enklere behandling og sykdomsbekjempelse. Dette vil igjen medføre innsparinger på stønadsbudsjettet isolert sett. Men også her er det mange ulike forhold som kan komme til å spille inn i tiden fremover, som for eksempel ny forskning og ny teknologi.

8.3 Administrative konsekvenser

Et enklere regelverk vil også bli enklere å etterleve og kontrollere, og dermed vil det også være enklere å kunne følge opp og påtale eventuelt misbruk av ordningene.

9. IMPLEMENTERING OG VIDERE ARBEID

Direktoratet vil avslutningsvis komme med noen betraktninger vedrørende implementering av foreslåtte regelverksendringer.

Basert på erfaringer ved tidligere regelverksendringer bør journalleverandører varsles om regelverksendringer i god tid, slik at nødvendige tilpasninger i journalsystemene kan gjennomføres før nytt regelverk trer i kraft. Også for behandlere er det viktig med tidlig informasjon slik at de kan forberede endringene.

Takstene for rehabilitering etter periodontitt bør disse i størst mulig grad harmoniseres med takstene i 3- og 400-serien. Det er etter direktoratets mening ingen grunn til at disse skal være forskjellige. Direktoratet kommer gjerne med innspill til nivå på takstene dersom departementet ønsker dette.

Gjennom arbeidet med regelverksforenklingen har det fremkommet en del forslag og problemstillinger fra aktørene som har deltatt i prosjektet, som enten ligger utenfor oppdragets mandat eller som vil bli vurdert i delprosjekt 3.

Dette gjelder blant annet forslag fra spesialistforeningene om bruk av vevsgenererende materiale ved kirurgisk behandling også i forbindelse med rehabilitering etter periodontitt. Bruken av slike materialer er imidlertid diskutabel og direktoratet ønsker å vurdere dette nærmere i delprosjekt 3.

10. REFERANSER

Aleksjuniene J, Holst D: Tandläkartidningen 2004; 96: nr 1

Ambjørnsen E m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2002: 112: 272–4

Ann Periodontol 1999; 4: 1–6.

Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions.

Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease J Clin perod 1981; 8:281-94

B inst. S. nr 11 2002-2003 Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003

Bærum P, Holst D, Rise J. Dental health in Trøndelag 1983. Changes from 1973 to 1983. Oslo: Directorate of Health; 1985

Dok..nr. 8: 66 (1999-2000) Ø. Hedstrøm, J. I. Alvheim og H. T. Nesvik
Evensen BJ m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 622-6

Fardal Ø, Johannesen AC, Linden GJ, Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway J Clin period 2004; 31: 550-555

Fardal Ø, Linden GJ, Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway J Clin period 2005; 744-749

Försäkringskassan: Analyserar 2006:24

Gjermo P, Aass AM: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 118–22

Grytten J, Skau I og Holst D: Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: nr 1

Hansen B. Frode: Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 20–8

Heitz-Mayfield LJA, How effective is surgical therapy compared with nonsurgical debridement; Periodontology 2000; 37:2005: 72-87

Holst D, Berg E, Gjermo PE, En rapport utarbeidet for RTV 2003

Holst m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 112–6

Hugoson A, Laurell L Periodontal bone height change in a Swedish population J Clin perod 2000; 27:665-74

Inst. S. nr. 194 - (2000 – 2001) Innstilling fra sosialkomiteen

Karoussis et al. Long term implant prognosis in patients with and without at history of chronic periodontitis; Clin oral imp res 2033; 14:329-339

Kessler M. Interrelationships between orthodontics and periodontics Am J Orthod 1976; 70: 154-72

Klock KS, Berg E, Gjermo PE, En rapport utarbeidet for RTV etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2005

Klock KS, Gjerdet NR, Haugejorden O; Periodontal attachment loss assesed by linear and area measurements in vitro; J Clin period 1993; 20: 443-447

Klock KS, Haugejorden O; In vitro determination of the forceps level for extraction of teeth for periodontal reasons; J Clin period 1993; 20: 155-160

Lang NP et al. Biological complications with dental implants; Clin Oral Impl Res 2000; 11: 146-155

Lang NP, Nymann SR, Supportive maintenance care for patients with implants and advanced retorative therapy Period 2000; 4: 1994 119-126

Holst D m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 576–80

Pihlstrøm BL et al. Comparison of surgical and nonsurgical treatment of periodontal disease J Clin perio 1983;10:524 – 541

Rapport RTV 2003 Behov for rehabilitering i forbindelse med systematisk behandling av periodontitt

SBU Kronisk parodontitt – prevention, diagnostikk och behandling

Sheiham A, Netuveli GS. Periodontal diseases in Europe. Periodontol 2000 2002; 29: 104-21

Schou S, Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review; Jour of oral rehab 2008; 35 (suppl 1): 9-22

Stortingsproposisjon nr 1 2001-2002 Sosial- og helsedepartementet

Stortingsproposisjon nr 1 2003-2004 Helsedepartementet

Tandlægebladet 2004 108 nr 4

Tandläkartidningen 2004 nr 1

Vedlegg 1

Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007):

Vurdering av stønadsordningen til utgifter til rehabilitering etter periodontitt og kjeveortopedisk behandling
Erfaringer etter regelverksendringer

Prosjektbeskrivelse og overordnet tidsplan

Oslo 15. mai 2008

Prosjektet omfatter tre hovedområder

Rehabilitering etter periodontitt

- Gjennomgang av stønadsordningen til utgifter til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt, med sikte på bedre målretting

Kjeveortopedisk behandling

- Gjennomgang av stønadsordningen ved kjeveortopedisk behandling, herunder vilkår for offentlig stønad, prioritering av behandlingsbehov og takstsystem

Erfaringer etter regelverks-endringer

- Beskrive økonomiske, administrative og faglige erfaringer med de endringer i regelverk og takster som ble innført 01.09.07 og 01.01.08

- Det skal utarbeides en rapport innen hvert av områdene, med forslag til oppdatert regelverk og takster, samt begrunnelse og konsekvenser av foreslåtte endringer (faglig, økonomisk, administrativt, teknisk mv.)
- Det legges opp til at endringer kan gjennomføres fra 1. januar 2009, hvis praktisk gjennomførbart
- Oppdrag 1 og 2 skal ferdigstilles innen 1. juli 2008 og oppdrag 3 skal ferdigstilles innen 1. oktober 2008

Rammebetingelser og forutsetninger

- Prosjektet skal ta utgangspunkt i følgende meldinger og utredninger:
  - St.meld. nr. 35 (2006-07) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning
  - St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
  - Omlegging av takstsystemet for kjeveortopedisk behandling, innført 1.1.2004
  - Utredning av periodontittområdet, gjennomført av Rikstrygdeverket (2005), inkl. forarbeider
  - Tannhelseprosjektet, gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet (2006)
  - Kartlegging av priser i spesialistpraksisen, gjennomført av Jostein Grytten (2006-7)
- Prosjektet bør vektlegge ny faglitteratur om utvikling av periodontitt og kjeveortopedisk behandling
- Foreslåtte regelverksendringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk (KUHR)
- Vurdering av egenandelstak 2, 18-årsgrense for kjeveortopedi og forholdet til lov om tannhelsetjenesten kan holdes utenfor oppdragene

Delprosjekt 1.
Gjennomgang av stønadsordningen ved rehabilitering etter periodontitt

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

- Stønadsordningen til utgifter til rehabilitering etter periodontitt skal gjennomgås med sikte på bedre målretting
- Ut fra tilgjengelig tallmateriale og annen relevant informasjon ønsker departementet svar på følgende spørsmål så langt det er mulig:
  - Er økningen i utbetalingene relatert til antall pasienter, antall saker eller nivå på utgifter per sak/per person?
  - Er utgiftsøkningen et uttrykk for endring i etterspørselen og/eller en endring i tannhelse?
  - Er det geografiske forskjeller i tilgang på tjenester, forbruk av tjenester og utbetalinger?
  - Hva er perspektivene fremover i forhold til sykdomsutvikling og behandlingstilbud?
- Regjeringen anser det ikke som aktuelt å foreslå eventuelle større endringer i egenbetalingen
- Kartlegging utført vinteren 2006-2007 viser at tannlegenes priser i de fleste tilfeller ligger betydelig over honorartakst når det gjelder kirurgiske behandlinger. For enklere periodontittbehandling ligger prisene i gjennomsnitt på nivå med, eller under, honorartakst. Det kan derfor være grunn til å vurdere justeringer av honorartakster og refusjonene/egenandeler
- Stønadsordningen til utgifter til odontologisk rehabilitering på grunn av periodontitt er en relativt ny ordning. Stortinget har lagt til grunn at stønadene særlig skulle komme de til gode som har/har hatt mest alvorlig periodontitt. Slikt sett burde stønaden til de med omfattende rehabiliteringsbehov økes.
- Hvis dette skulle gå på bekostning av stønad til de som har minst behov for rehabilitering, ville det kunne gi seg uheldige utslag
- Hvis stønaden reduseres til de som velger protese (gebiss) som behandlingsløsning, vil dette først og fremst kunne ramme de med svakest økonomi, dvs. de som ikke har økonomi til å velge fastsittende løsning i form av broer med eller uten implantatfeste - dette vil kunne medføre større sosial ulikhet
- Hvis stønadsordningen bare skulle omfatte de som har mistet flest tenner, ville det kunne resultere i at flere unødvendig fikk trukket tenner for slik å kunne få stønad til rehabilitering

Delprosjekt 2.
Gjennomgang av stønadsordningen ved kjeveortopedisk behandling

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

- Trygdens stønad til kjeveortopedisk behandling utgjør i underkant av halvparten av trygdens samlede stønad etter § 5-6.
- Vilkår og innslagspunkt for dagens gruppeinndeling skal vurderes
- Vurdere om noe bør utgå eller innlemmes
- Nivå på stønaden til kjeveortopedisk behandling skal vurderes. Gjennomgangen vil også omfatte en evaluering av nytt takstsystem for kjeveortopedisk behandling som ble innført fra 1. juni 2004 – omlegging av takstsystemet til prosedyretakster bør tilstrebes så langt det lar seg gjøre

Delprosjekt 3.
Erfaringer med endring av regelverk og takster september 2007 og januar 2008

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

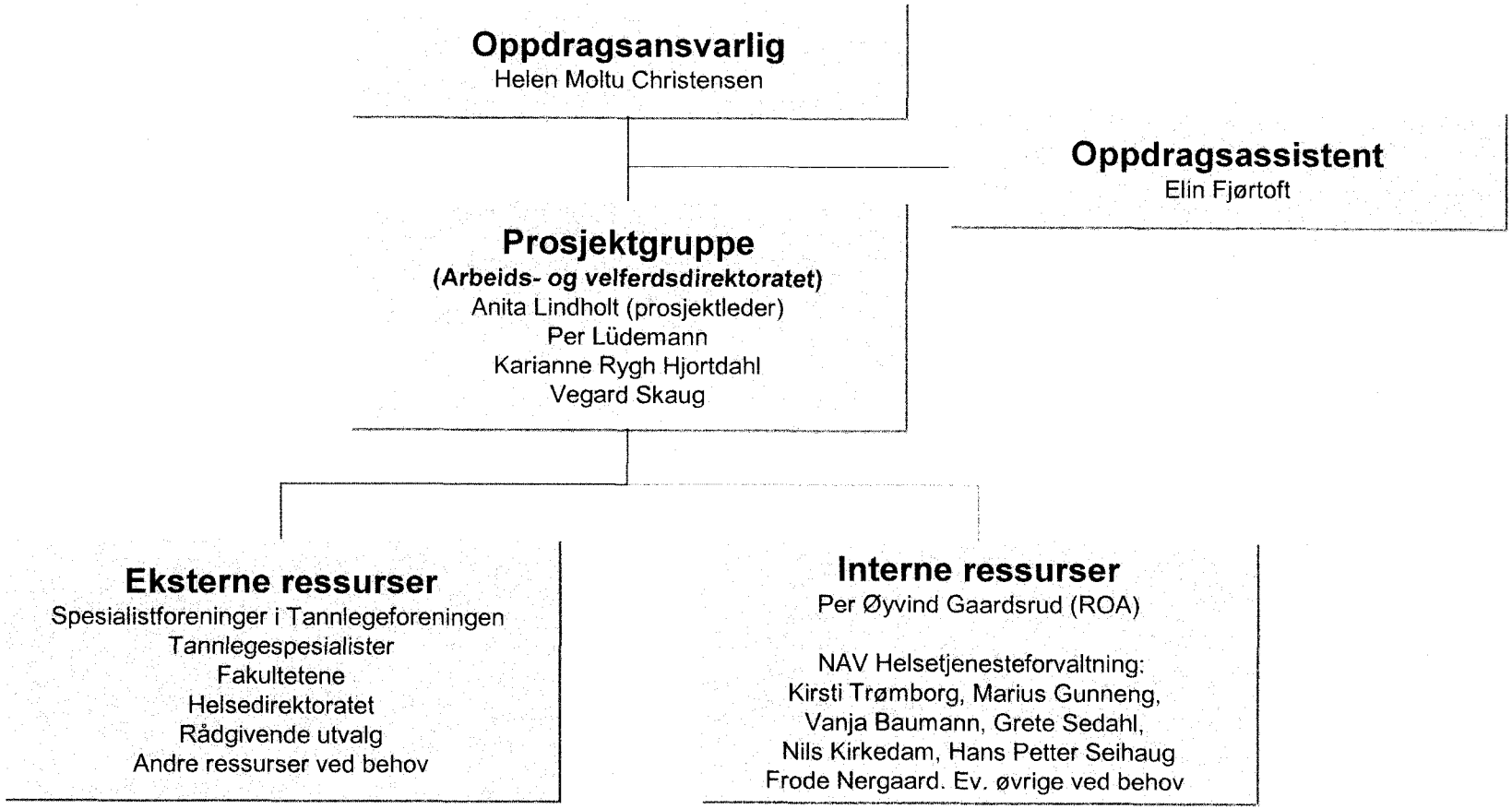
- 1. september 2007 og 1. januar 2008 ble det innført en rekke endringer i regelverk og takster for stønad til behandling hos tannlege
- Økonomiske, administrative og faglige erfaringer med endringene skal beskrives
- Innspill fra behandlere skal oppsummeres og vurderes
- Alle takster er nå stykkpriser, og det er ikke lenger mulighet for å tidsdebitere. Ved spesielt tidskrevende og utfordrende behandlinger vil takstene ikke kunne dekke de reelle kostnadene ved behandlingen, og brukere med særlig store tannbehandlingsbehov må betale en større del av behandlingen selv. De nye takstene skal gjennomgås med tanke på hvordan de slår ut for pasienter med store behov/spesielt høye egenandeler, og det skal utarbeides konkrete forslag til hvordan pasienter med spesielt høye egenandeler kan skjermes

Risikoområder

Prosjektgruppen har vurdert følgende risikoområder som de viktigste:

- Sterke pressgrupper – både brukere, behandlere og leverandører av f.eks. implantatsystemer har sterke interesser for å få høyest mulig offentlig stønad
- Behandlerne er i utgangspunktet uvillige til endringer på kjeveortopediområdet
- Vi vil alltid få en grenseavklaring mellom de som får og de som ikke får, vanskelig å ta høyde for alle eventualiteter

Prosjektorganisering



Det legges opp til omfattende involvering av eksterne ressurspersoner.
Løpende avklaringer med HOD ved behov.

Milepæler for delprosjekt 1 og 2 (med forbehold om endringer)

Milepæl	Milepælsbeskrivelse	Dato
M1	Når prosjektbeskrivelse er godkjent av oppdragsansvarlig og HOD og distribuert til relevante personer	01.04.08
M2	Når møter med eksterne ressurspersoner er gjennomført og oppsummert	30.04.08
M3	Når utkast til regelverksendringer er utarbeidet	22.05.08
M4	Når arbeidsmøte med interne ressurspersoner er gjennomført og oppsummert	01.06.08
M5	Når rapporter er utarbeidet og sendt til kvalitetssikring	20.06.08
M6	Når rapporter er kvalitetssikret	25.06.08
M7	Når rapporter med forslag til regelverksendringer er godkjent av oppdragsansvarlig i AVdir og oversendt HOD	01.07.08
M8	Når prosjektet er evaluert, sluttrapport og revidert regnskap for midlene er utarbeidet og oversendt HOD	01.09.08

Vedlegg 2

Gjeldende regelverk

Rundskriv til § 5-6 – Tannbehandling

6 Periodontitt

Det ytes stønad ved:

a) Systematisk behandling av marginal periodontitt og periimplantitt
Med systematisk behandling forstås en målrettet, faglig strukturert og fortløpende behandling.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene under takstene 501a – 505.

b) Rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt
Stønad ytes i de tilfeller hvor tann/tenner er tapt etter 1. mai 2002 som følge av marginal periodontitt. Årsaken til tanntapet må dokumenteres.

Det er ikke krav til gjennomført forutgående systematisk periodontittbehandling før tanntapet, men munnhulen må være sanert for oralpatologiske tilstander og infeksjoner før implantat settes inn.

Som hovedregel refunderes ikke utgifter til rehabilitering for tapte tenner bakenfor premolar (eller femte tann i tannrekken). Nødvendig unntak må begrunnes og dokumenteres.

Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tapt tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom -protetisk erstatning og/eller implantat må fjernes/gjøres om som følge av at flere tenner må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Blir de tapte tenner erstattet med fast protetikk, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

Utgiftene dekkes etter takstene 510-516. Det ytes videre stønad til nødvendig undersøkelse, etterkontroll, anestesi, avtrykk (takst 701 eller 702) og røntgenundersøkelse etter refusjonstakstene.

Takster for tannbehandling

A. Generelle tjenester

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
1	Undersøkelse hos allmennpraktiserende tannlege	290,-	175,-	115,-
2	Undersøkelse hos spesialist	480,-	290,-	190,-
3	Omfattende undersøkelse hos spesialist	890,-	890,-	0,-

4	Enkel etterkontroll etter kirurgiske inngrep, periodontal behandling og oralmedisinske undersøkelser	175,-	105,-	70,-
5	Omfattende etterkontroll etter kirurgiske inngrep og oralmedisinske undersøkelser	340,-	205,-	135,-
6	Lokal og regional anestesi	95,-	60,-	35,-
7	Tilleggstakst ved behandling under lystgassanalgesi	260,-	210,-	50,-
8	Rapportering til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer	325,-	325,-	0,-

Merknad til A. Generelle tjenester:

Takstene 1 og 2: Undersøkelse
Takstene omfatter anamnese, klinisk undersøkelse av tenner, tannkjøtt, kjever og munnhulens slimhinner. Videre inngår inspeksjon og undersøkelse av okklusjons- og artikulasjonsforholdene, samt ekstraoral undersøkelse. I tillegg omfattes en sammenfattende beskrivelse for brukeren av resultatet av undersøkelsen, en foreløpig -behandlingsplan med eventuelle alternative behandlinger, samt prisinformasjon og kostnadsoverslag. Av overslaget skal det fremgå sannsynlige kostnader til tanntekniske arbeider.

Det ytes også stønad til utgifter til undersøkelse av tannlegespesialist etter takst 2 når undersøkelsen har til hensikt å vurdere behov for behandling som refunderes etter takstene i denne forskriften uavhengig om behandlingen iverksettes eller ikke.

Takstene kan kun benyttes én gang i forbindelse med den aktive behandlingen. Ved kjeveortopedisk behandling kan takstene utløses én gang per år før oppstart av aktiv behandling, i forbindelse med at kjeveortopeden vurderer utviklingen.

Takst 3: Omfattende undersøkelse hos spesialist
Taksten kan kun utløses av godkjent spesialist, jf. forskriften § 3.

Taksten kan benyttes av inntil tre spesialister ved interdisiplinære undersøkelser hos spesialist.

Taksten kan brukes for tilfeller som krever en mer omfattende anamnese og klinisk undersøkelse/utredning. Taksten kan også brukes ved omfattende oralmedisinsk undersøkelse ved smerteutredning og ved oralmedisinsk diagnostikk. Bittfysiologisk undersøkelse og utredning av funksjonsrelaterte sykdomstilstander og behandlingsplanlegging honoreres også etter denne taksten. Taksten kan videre benyttes ved forundersøkelser til kjeveortopedisk behandling som omtalt i gruppe a, jf. § 1, pkt. 8. I tillegg kan taksten brukes i de tilfeller det planlegges å gjennomføre omfattende behandlinger og hvor planlagt behandling omfatter innsetting av implantatforankret protetikk.

Taksten inkluderer vurdering av diagnostiske data, foto og røntgenundersøkelse i forbindelse med planleggingen, henvisning til tannlege for forberedende behandling, henvisning til annen spesialist og tilbakemelding til henvisende tannlege. Taksten omfatter også arbeid knyttet til behandlingen uten at brukeren er til stede, slik som f.eks. skriftlig terapi- og kostnadsoverslag, studier av modeller etc., skriving av -henvisninger, skademeldinger og eventuelle konsultasjoner per brev eller telefon.

Taksten kan også benyttes av tannlegespesialist som får henvist bruker for utredning, diagnostikk og rådgivning om behandlingsplan for behandling som det vil kunne ytes stønad til.

Ved utarbeidelsen av behandlingsplan for ortognatisk kirurgi ved de odontologiske læresteder, kan det kreves refusjon etter honorartakst for modellsett og fotos etter takstgruppe H. Øvrige behandlinger.

Taksten kan utløses selv om det ikke igangsettes behandling.

Taksten kan ikke kombineres med takst 2.

Takstene 4 og 5: Etterkontroll
Taksten benyttes ved kontroll av tilheling, fjerning av sutur m.v. ved etterkontroll av kirurgiske inngrep og periodontal behandling.

Det ytes stønad til inntil to nødvendige etterkontroller etter takst 4 når etterkontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på inntil 10 minutter.

Det ytes stønad til inntil fire nødvendige etterkontroller etter takst 5 når etter-kontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på mer enn 10 minutter.

Takst 4 og 5 kan ikke kombineres med takst 505.

Takst 6: Lokal og regional anestesi
Det ytes stønad til lokal og regional anestesi i forbindelse med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6.

Taksten skal dekke nødvendig anestesi ved injeksjon innenfor det aktuelle anestesi-området. Taksten kan kun brukes én gang i dette området for hver behandlingsseanse.

Utgifter til anestesi ved pensling eller frysing dekkes ikke.

Takst 7: Tilleggstakst ved tannbehandling under lystgassanalgesi
Taksten skal dekke ekstra utgifter til lystgassbehandling i forbindelse med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten omfatter den innledende fase, tiden -brukeren er under lystgassanalgesi og den avsluttende fase.

Takst 8: Rapportering til bivirkningsgruppen
Det ytes stønad etter taksten ved utfylling og innsending av skjema "Rapportering av uønskede reaksjoner/bivirkninger hos brukere i forbindelse med odontologiske -materialer", utarbeidet av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer.

F. Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
501a	Periodontittbehandling uten kirurgisk inngrep – enkel seanse	910,-	455,-	455,-
501b	Periodontittbehandling uten kirurgisk inngrep – dobbel seanse	1.810,-	905,-	905,-
502	Mukogingival kirurgi, inkludert gingivectomi	935,-	750,-	185,-
503	Lappoperasjon over mindre område enn 4 tenner	1.165,-	930,-	235,-
504	Lappoperasjon over område på 4 tenner eller flere	1.755,-	1.405,-	350,-
505	Vedlikeholds-/tilleggsbehandling etter periodontittbehandling med eller uten kirurgisk inngrep	510,-	310,-	200,-
510	Delprotese	-	3.840,-	-
511	Helprotese	-	3.320,-	-
512	Dekkprotese	-	8.250,-	-
513	Fast protetikk – per tann som er tapt/trukket	-	4.410,-	-
514	Kirurgisk innsetting av implantat – første innsatte implantat	-	5.240,-	-
515	Kirurgisk innsetting av implantat – per implantat i tillegg	-	2.700,-	-
516	Tillegg for permanent distanse ved implantatforankret protetikk	-	660,-	-

Merknad til F. Periodontal behandling og rehabilitering etter perodontitt:

Dersom det i samme seanse gjøres flere inngrep etter takstene 502-504 eller flere inngrep i forskjellige operasjonsfelt (i motsatt kjeve og/eller i motsatt kjevehalvdel), dekkes utgiftene etter refusjons-/honorartakst for det største inngrepet og med 50 prosent av refusjons-/honorartakst for de øvrige inngrepene.

Takstene 501a, 501b, 505 samt etterkontroll (takst 4 og 5) kan benyttes av tannpleier i

samarbeid med tannlege. Det stilles ikke krav om felles praksis/felles lokaler for tannlege og tannpleier ved samarbeid om periodontal behandling. Stønadskrav for behandling utført av tannpleier må underskrives av samarbeidende tannlege, som er ansvarlig for behandlingen.

I tillegg til takstene 501a-504 kan det også ytes stønad for inntil to etterkontroller i en behandlingsserie.

Takstene 501a-505 gjelder også ved behandling av periimplantitt.

Takst 501a og 501b: Periodontittbehandling uten kirurgisk inngrep
Takstene benyttes ved systematisk behandling rettet mot årsaken til periodontitt. Disse takstene omfatter:

- Subgingival depurasjon for å fjerne bakterielt plakk og tannstein
- Opplæring til egenomsorg
- Tiltak for røykeavvenning når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon

Det ytes stønad for inntil 4 behandlinger etter takst 501a eller for inntil 2 behandlinger etter 501b innen en behandlingsserie. For bruker som har diagnosene diabetes, -epilepsi og cerebral parese er det ikke noen slik begrensning når periodontal sykdom tilsier hyppigere subgingival depurasjon.

Bruk av takst 501a forutsetter en tidsbruk på minimum 40 minutter. Med dobbel seanse menes en behandlingsseanse som tidsmessig utgjør det dobbelte av hva som er normalt å avsette til behandling etter denne takst.

Takst 502-504: Mukogingival kirurgi m.m
Takstene 502-504 benyttes ved kirurgiske inngrep for å skaffe tilgang til de områdene som skal renses/planeres ved behandling av periodontitt.

Takst 505: Vedlikeholds-/tilleggsbehandling etter periodontittbehandling med eller uten kirurgisk inngrep
Taksten kan benyttes inntil 4 ganger ved alvorlig/omfattende periodontitt som krever ytterligere tilleggsbehandling utover behandlinger etter takst 501a-504. Taksten kan ikke kombineres med takst 4 eller 5 (etterkontroll) i takstgruppe A.

Takst 510-516
Takstene 510-516 er prosedyretakster. Takstene omfatter alle kliniske prosedyrer knyttet direkte til den aktuelle behandlingsmetoden. I tillegg ytes det stønad til -nødvendig forundersøkelse og etterkontroll.

Takst 510: Delprotese
Taksten kan kombineres med takstene 513 og 516 i de situasjoner det er aktuelt med en midlertidig protese før endelig protetisk løsning settes inn.

Hvis fast protetikk utføres i kombinasjon med delprotese for å gi feste til delprotese, men uten at den faste protetikken erstatter tapte tenner, kan det gis én refusjon etter takst 513 i tillegg til takst 510.

Hvis tapte tenner i ett område av kjevene erstattes med delprotese festet på -gjenværende tenner og tapte tenner i et annet område erstattes med fast protetikk, skal takst 510 benyttes for delprotesen og takst 513 benyttes for de tenner som erstattes med fast protetikk.

Takst 511: Helprotese
Taksten kan kombineres med takstene 513 og 516 i de situasjoner det er aktuelt med en

midlertidig protese før endelig protetisk løsning settes inn.

Takst 514: Kirurgisk innsetting av implantat – første innsatte implantat
Taksten kan benyttes i kombinasjon med takstene 512 og 513. Kirurgisk innsetting av implantat omfatter innsetting av fikstur og tilhelingsdistanse.

Takst 515: Kirurgisk innsetting av implantat – per implantat i tillegg
Taksten kan benyttes i kombinasjon med takstene 512 og 513. Kirurgisk innsetting av implantat omfatter innsetting av fikstur og tilhelingsdistanse.

Takst 516: Tillegg for permanent distanse ved implantatforankret protetikk
Taksten kan benyttes i forbindelse med fremstilling/innsetting av implantatforankret protetikk.

Vedlegg 3

Forslag til nytt regelverk for stønad ved marginal periodontitt

Rundskriv til § 5-6 – Tannbehandling

6 Periodontitt

Det ytes stønad ved:

a) Systematisk behandling av marginal periodontitt og periimplantitt
Med systematisk behandling forstås en målrettet, faglig strukturert og fortløpende behandling.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene under takstene 501 – 506 og 517.

b) Rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt
Stønad ytes i de tilfeller hvor tann/tenner er tapt etter 1. mai 2002 som følge av grav marginal periodontitt. Årsaken til tanntapet må dokumenteres.

Behandlende tannlegen må utarbeide en plan som fastsetter et oppfølgingsregime for pasienten etter utført rehabilitering. Denne planen må utarbeides og legges inn i pasientens journal før en eventuell rehabilitering gjennomføres. Behandlende tannlege må også grunngi hvorfor aktuelle tann/tenner ekstraheres og ikke behandles for marginal periodontitt.

Munnhulen må være sanert for patologiske tilstander og infeksjoner før implantat settes inn.

Som hovedregel refunderes ikke utgifter til rehabilitering for tapte tenner bakenfor premolar (eller femte tann i tannrekken). Nødvendig unntak må begrunnes og dokumenteres.

Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tapt tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom protetisk erstatning og/eller implantat må fjernes/gjøres om som følge av at flere tenner må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Blir de tapte tenner erstattet med fast protetikk, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

Utgiftene dekkes etter takstene 510-517. Takstene dekker alle behandlingsprosedyrer som inngår i rehabiliteringen, som for eksempel utgiftene til nødvendig undersøkelse, etterkontroll, anestesi, avtrykk og røntgenundersøkelse.

Takster for tannbehandling

F. Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
501	Periodontittbehandling			
502	Tillegg for kirurgiske inngrep ved periodontittbehandling			
506	Fiksering/midlertidig erstatning			
510	Delprotese			
511	Helprotese			
512	Dekkprotese			
513	Fast protetikk, per tann som er tapt/trukket			
514	Kirurgisk tannimplantatbehandling, per implantat			
517	Kjeveortopedisk rehabilitering			

Merknad til F. Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt:

Dersom det i samme seanse gjøres flere inngrep etter takst 502 eller flere inngrep i forskjellige operasjonsfelt (i motsatt kjeve og/eller i motsatt kjevehalvdel), dekkes utgiftene etter refusjons-/honorartakst for det største inngrepet og med 50 prosent av refusjons-/honorartakst for de øvrige inngrepene.

Takstene 501 samt etterkontroll (takst 4 og 5) kan benyttes av tannpleier i samarbeid med tannlege. Det stilles ikke krav om felles praksis/felles lokaler for tannlege og tannpleier ved samarbeid om periodontal behandling. Stønadskrav for behandling utført av tannpleier må underskrives av samarbeidende tannlege, som er ansvarlig for behandlingen.

Takstene 501-506 gjelder også ved behandling av periimplantitt.

Takst 501: Periodontittbehandling
Takstene benyttes ved systematisk behandling rettet mot årsaken til periodontitt. Disse takstene omfatter:

- Subgingival depurasjon for å fjerne bakterielt plakk og tannstein
- Opplæring til egenomsorg
- Tiltak for røykeavvenning når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon

Bruk av takst 501 forutsetter et tidsbruk på minimum 30 minutter. Taksten kan repeteres.

Takst 502: Kirurgiske inngrep ved behandling av marginal periodontitt
Takst 502 benyttes ved kirurgiske inngrep for å skaffe tilgang til de områdene som skal renses/planeres ved behandling av periodontitt, og inkluderer alt nødvendig utstyr.

Takst 506: Fiksering/midlertidige løsninger
Takst 506 benyttes ved behov for fiksering av tenner som et ledd i den systematiske behandlingen av marginal periodontitt. Taksten kan kombineres med takstene 201–203.

Takst 510-517
Takstene 510-517 er prosedyretakster. Takstene omfatter alle kliniske prosedyrer knyttet direkte til den aktuelle behandlingsmetoden.

Takst 510: Delprotese
Taksten kan kombineres med takst 513 i de situasjoner det er nødvendig med en midlertidig protese før endelig protetisk løsning settes inn.

Hvis fast protetikk utføres i kombinasjon med delprotese for å gi feste til delprotese, men uten at den faste protetikken erstatter tapte tenner, kan det gis én refusjon etter takst 513 i tillegg til takst 510.

Hvis tapte tenner i ett område av kjevene erstattes med delprotese festet på gjenværende tenner og tapte tenner i et annet område erstattes med fast protetikk, skal takst 510 benyttes for delprotesen og takst 513 benyttes for de tenner som erstattes med fast protetikk.

Takst 511: Helprotese
Taksten kan kombineres med takst 513 i de situasjoner det er nødvendig med en midlertidig protese før endelig protetisk løsning settes inn.

Takst 514: Kirurgisk tannimplantatbehandling, per implantat
Taksten kan benyttes i kombinasjon med takstene 512 og 513. Taksten inkluderer alle nødvendige tiltak når det gjelder den kirurgiske innsettingen av implantater.

Takst 517: Kjeveortopedisk rehabilitering
Taksten kan benyttes ved rehabilitering av tannsettet, men det er ikke et krav om at tenner er tapt. Taksten kan kombineres med takst 510 – 514 dersom tenner har gått tapt.

Vedlegg 4

Innspill fra Norsk Forening for Oral Protetikk

Norsk Forening for Oral Protetikk
ved leder Erland Eggum

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Vedr. evaluering av Forskriftens §5-6, punkt 6; stønad til utgifter til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt.

Vi viser til siste møte den 20. februar, der forskriftens innslagspunkt nr. 6 ble diskutert. Aktuelle problemstillinger relatert til 6b er i ettertid presentert for NFOP sine medlemmer, og en rekke kommentarer er mottatt.

Våre medlemmer viser til gode erfaringer med eksisterende takst-system og er av den oppfatning at trygdens medlemmer har stor fordel av stønaden som utløses for behandling ved tanntap som følge av marginal periodontitt.
Det er vår oppfatning at det er blitt stadig flere tannleger som er blitt oppmerksomme på de mulighetene dette gir for våre pasienter.
Et underforbruk i den tidlige fase etter introduksjonen kan skyldes ulike faktorer. Manglende kunnskaper om regelverket, et komplisert og "annerledes" regelverk samt merarbeid ved søknadsprosedyren, er alle faktorer som har påvirket utviklingen.
Stadig flere tannleger med databaserte journaler som gjør håndteringen av slike saker enklere, er også en forklaring på at bruken av disse takstene øker.
Videre er det en klar tendens i vår tid at avtakbare proteser i mindre grad aksepteres. Dette fører naturlig nok til høyere utgifter, både for pasienten selv og for trygden.

Et regelverks utforming kan til en viss grad styre en behandling.
Det bør derfor være et absolutt mål at regelverkets form ikke fører til at flere tenner enn nødvendig fjernes.

Seinere studier har vist at hos den periodontalt utsatte pasient vil en adekvat behandlet tann ha like god prognose som et implantat (Wennstrøm et al, 2004).
I mange tilfeller vil disse behandlete tennene behøve fikseringsordninger for ikke å tapes ved belastning. Det bør derfor sterkt vurderes å innføre stønadsordninger for fikseringsbroer, både av enkel og mer kompleks karakter. I motsatt fall vil ekstraksjoner og større broer (evt med implantater) være første valget for tannlegen.
Ved innføring av stønad til fikseringsbroer må man fjerne kravet om engangsytelse, da det må være mulig å få stønad til ytterligere behandling seinere.
Man ser også en fare ved å innskrenke ordningen til å eksludere f eks èn tanns erstatninger med implantater. Faren for fjerning av ytterligere tenner for å oppnå trygdestøtte er da til stede. Tenner som kanskje ellers kunne vært vedlikeholdt ved regelmessig, periodontal oppfølging.

Vi har i NFOP også vurdert ordningen før og etter at kravet om systematisk periodontal behandling falt bort.
Det vil i alle tilfeller være essensielt at munnen er sanert for infeksjoner og oral patologi. Dette gjelder i forkant av all protetikk-behandling, både konvensjonell og implantatbasert. Studier indikerer at tidlig ekstraksjon av tenner ikke nødvendigvis preserverer beinet i større grad enn om tannfjerningen utsettes (Tomasi, Wennstrøm, Berglundh, J Oral Rehab. 2008, 35, 23-32).

Vår oppfatning er likevel at dagens system er velfungerende, spesielt fordi man slipper å ta pasienter med håpløs perio-prognose gjennom en lang og krevende behandling, før tennene trekkes og behandlingen kan gå i gang.
Kravet om sanering av infeksjoner ligger likevel i forskriften, som en forutsetning for stønad.

Oppfatningen blant våre medlemmer er altså at pasientene nyter godt av denne ordningen, men det ville selvsagt være ønskelig at stønadsdelen fra trygden utgjorde en større del av kostnaden.
Vi vil derfor foreslå som et alternativ at man bruker takstene som for alle de andre innslagspunktene, slik at man ved protetisk behandling ved marginal periodontitt anvender 300-takstene, og evt 400-taktsene ved implantatkirurgi.
Dette vil slå ulikt ut på kostnadssiden i forhold til dagens system, men det vil gjøre takstbruken mer enhetlig, og våre pasienter vil få en bedre dekning.

Vi har også kommentarer til andre sider av regelverket, men dette kan tas opp i muntlig form under møtet den 22. april.

Sola, den 15. april 2008
Mvh Erland Eggum
Leder NFOP.