

God klinisk praksis i tannhelsetjenesten

– en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling

Heftets tittel: God klinisk praksis i tannhelsetjenesten
– en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling

Utgitt: 01/2011

Bestillingsnummer: IS-1589
ISBN 978-82-8081-151-6

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1589

Forfattere: Carl Christian Blich / Liljan Smith Aandahl

Forord

Denne veilederen er Helsedirektoratets svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å utarbeide kriterier for nødvendig tannbehandling. Det fremgår i St.meld. nr 35. (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester:

Regjeringen anser det som mest hensiktsmessig at Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer om hva som ligger i nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling. Utarbeidelsen bør skje i samarbeid med berørte aktører.

I Stortingets behandling av St.meld. nr 35. uttalte Helse- og omsorgskomiteen:

Siden valget av behandling avgjøres av pasient og tannlege, vil det etter komiteens mening være nødvendig å fastsette objektive kriterier og veiledning for hva som anses å være nødvendig tannbehandling for å sikre rettferdig behandling og holde utgiftene nede. Jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008).

Helsedirektoratet vurderer at nødvendig helsehjelp/tannbehandling innebærer rettslige standarder som det er vanskelig å knytte eksakte objektive kriterier til. Veilederen bygger derimot på dagens beste kunnskapsgrunnlag som skal veilede tannhelsepersonellet med tanke på å tilby optimal behandling for den enkelte pasient. Begrepet nødvendig tannbehandling brukt i veilederen skal forstås som et faglig råd om den beste behandling, gitt dagens kunnskapsgrunnlag og konsensus som i dag gjelder i fagfeltet. Nødvendig tannbehandling er et innarbeidet faguttrykk i tannlegers fagmiljø.

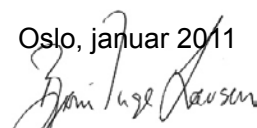
Den norske tannlegeforening har uttrykt et ønske om gode kjøreregler knyttet til hva som er en optimal behandlingsplanlegging og et fornuftig behandlingsomfang for den enkelte pasient. Etter at folketrygdens regelverk for økonomisk støtte til tannbehandling (forhåndsgodkjenning) ble vesentlig endret fra og med 01.01 2008, er dette meget relevant for tannlegene.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. De er i prinsippet å anse som anbefalinger og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger personellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. De er ikke direkte rettslig bindende, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Denne veilederen bygger på god klinisk praksis slik det undervises ved norske læresteder i dag.

Denne veilederen beskriver en måte å resonnerer på både ved undersøkelse, i planlegging og gjennomføring av tannbehandling. Forebygging, pasienters muligheter for egenomsorg og medvirkning i valg av tiltak har et faglig perspektiv og et kostnads-perspektiv både for den enkelte og for samfunnet. Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet, men det er hentet viktige innspill fra en bredt sammensatt arbeidsgruppe ledet av tannlege Carl Christian Blich.

Helsedirektoratet takker alle som har bidratt til arbeidet.

Oslo, januar 2011



Bjørn-Inge Larsen
helsedirektør

Innhold

Forord	3
1. Innledning	5
2. Formålet med veilederen	6
3. Sammendrag – Kortversjon	7
4. Metode og organisering av arbeidet	12
5. Lovgrunnlag m.m.	13
6. Helsedirektoratets vurderinger, føringer og anbefalinger	17
7. Behandlingsnivåer og behandlingsomfang	23
8. Vedlegg	25

1. Innledning

I Stortingsmelding nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester fremgår det under pkt. 12.2.5 «Standard for nødvendig tannhelsehjelp» at

Regjeringen har videre vurdert om forslaget til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør avgrenses til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert forebygging, og at statlige myndigheter må utarbeide rettslige standarder som til enhver tid definerer hva som er «nødvendig tannbehandling». Det blir påpekt av utvalget [«Seierstadutvalget», red. anm.] at det er behov for å sette nye grenser for i hvilken grad det offentlige skal finansiere tannbehandling utover det som har et rent funksjonelt siktemål. Videre sier utvalget at «behandlingsinnhold kan lede til større behandlingsomfang, med mer kostnadskrevende prosedyrer enn når pasienten betaler selv». Innholdet i rettslige standarder endres gjennom forvaltningspraksis over tid. Hva som omfattes av begrepet avgjøres konkret i det enkelte tilfellet. Å skulle utarbeide en offentlig autorisert standard som til enhver tid definerer hva som ligger i nødvendig tannbehandling, er både faglig svært utfordrende og ikke minst administrativt krevende. Det er også vanskelig å tenke seg at myndighetene for eksempel skulle spesifisere hva som ligger i den rettslige standarden faglig forsvarlighet i helsepersonelloven, ut over prinsippene som følger lov/merknader til bestemmelsen. Regjeringen er dessuten i tvil om hensynet til forutberegnelighet oppveier hensynet til konkret skjønnsutøvelse i det enkelte tilfelle.

Med virkning fra 1. januar 2008 endret Helse- og omsorgsdepartementet regelverket for folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Tidligere måtte tannlegene i stor utstrekning sende søknad til trygdekontoret med behandlingsforslag på vegne av pasientene. Eventuell stønad fra trygden forutsatte forhåndsgodkjenning fra NAV som den gang hadde forvaltningsansvaret.

Den vesentlige endringen i regelverket var at fra 1. januar 2008 fikk den enkelte tannlege ansvaret for å vurdere hvorvidt en bruker har krav på stønad i medhold av folketrygdloven § 5-6 om tannlegehjelp. Tannlegen er også ansvarlig for at behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig tannbehandling.

I denne veilederen understrekes det at forebygging må være prioritert før all inngripende behandling og rehabilitering. Videre poengteres hovedregelen om at behandlingen skal være så lite inngripende som mulig. Ethvert irreversibelt inngrep i tannvev legger et grunnlag for revisjoner i pasientens videre livsløp. Hva som hos den enkelte er å anse som optimal behandling, avhenger av pasientens helsetilstand, evne til å ta vare på tannhelsen og opplevde behov for behandling. I mange tilfeller er pasienten mer tjent med en mindre omfattende behandling enn den som maksimalt er mulig odontologisk sett.

2. Formål med veilederen

Det nye regelverket innebærer at tannlegene har fått større frihet og mer ansvar i behandlingsplanleggingen når det gis offentlig økonomisk støtte til tannbehandling. Hva som er god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, er uavhengig av om pasienten betaler selv eller en annen part bidrar økonomisk til behandlingen. Det nye systemet innebærer at HELFO vil sikre at folketrygdens regelverk praktiseres riktig ved å kontrollere tannlegene i ettertid og ikke før behandling settes i gang.

Denne prosessveilederen beskriver en måte å resonnere på i behandlingsplanleggingen. Prosessveilederen har som formål å veilede i god individuell behandlingsplanlegging, uavhengig av detaljerte behandlingsmetoder. Veilederens utgangspunkt er det som anses som god klinisk praksis ved lærestedene i Norge.

Samtidig som Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen, pågår et omfattende arbeid i Sverige, der det utvikles nasjonale retningslinjer innenfor de forskjellige fagområdene. Basert på en systematisk gjennomgang av litteraturen vil det bli foretatt en vitenskapelig gradering av anbefalingene. Det er gjort en avtale om at retningslinjer som er utarbeidet i ett nordisk land, skal kunne stilles til disposisjon for de andre landene. Det betyr at den svenske innsatsen med å lage retningslinjer på tannhelsefeltet vil kunne komme til nytte også her i Norge. Graderte anbefalinger som er vitenskapelig fundert, vil bli nyttige verktøy i tillegg til denne prosessveilederen. Når de svenske retningslinjene er ferdigstilt, vil norske helsemyndigheter vurdere hvordan de kan brukes i Norge.

Sammendraget er kortversjonen av veilederen og utgis som et separat dokument til daglig bruk. I selve veilederen, IS-1589, er enkelte punkter i kortversjonen utdypet.

2.1 Målgruppen

Veilederen skal bidra til at møtene mellom pasienter og behandlende personell stadig forbedres. Det er lagt vekt på pasientenes medvirkning i beslutningsprosessen. Målgruppen er derfor alle som for egen eller andres del skal ta stilling til hva som er nødvendig tannbehandling. Viktigst vil veilederen være for tannhelsepersonell, spesielt landets tannleger, i den daglige virksomheten.

Selv om målgruppen først og fremst er tannhelsepersonell, vil både pasienter, pårørende og myndigheter kunne ha nytte av innholdet. Veilederen tar ikke sikte på å være en ny lærebok, og spesialistbehandling er i liten grad omtalt. Ikke desto mindre forutsettes det at også spesialistene følger samme tankerekke i sitt arbeid.

3. Sammendrag – Kortversjon

Denne veilederen tar utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av akseptabel oral helse.

Akseptabel oral helse innebærer at brukeren

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene

Nødvendig tannbehandling er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse.

Veiledningen består av seks punkter i prioritert rekkefølge.

I tillegg følger to tabeller med enkelte føringer for hvordan tannlegen forutsettes å innrette sin behandlingsplanlegging. Det er rom for å utøve skjønn, og det er en forutsetning at pasienten får informasjon og tas med på råd i valg mellom behandlingsalternativer. Det forutsettes at vilkår for informert samtykke er oppfylt.

3.1 Lovgrunnlag

I tillegg til å veilede tannhelsepersonell i behandlingsplanlegging vil veilederen gi informasjon om juridiske temaer som er sentrale for god klinisk praksis. Den offentlige tannhelsetjenesten er spesielt regulert i tannhelsetjenesteloven, men øvrig helselovgivning kommer også til anvendelse. Særlig aktuelt for temaet i denne veilederen er kravet til faglig forsvarlighet, taushetsplikt og dokumentasjon i helsepersonelloven, og pasienters rett til samtykke, til informasjon og medvirkning i pasientrettighetsloven. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5.

3.2 Nødvendig tannbehandling

Det anses som god klinisk praksis å planlegge behandlingen i tråd med følgende prioriteringer:

1. Akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose
2. Undersøkelse, diagnose, diskusjon om behandlingsalternativer
3. Informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule
4. Begrensning av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg
5. Behandling av patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule:
 - erstatning av skadet tannsubstans
 - tannkjøttbehandling
 - rotbehandling
6. Erstatning av tapte tenner

Trinnvis tilnærming i nødvendig tannbehandling

Ad pkt. 1 Akutt behandling

Sterke smerter eller åpenbart alvorlige tilstander som alvorlige traumer og akutte infeksjoner tilsier at pasienten får tilbud om rask konsultasjon og behandling.

(Se også 6.7.1. Fase 1, s. 21.)

Ad pkt. 2 Undersøkelse, diagnose og diskusjon om behandlingsalternativer

Begrunnelsen pasienten gir for å oppsøke tannhelsepersonellet, må alltid nedtegnes. Har pasienten spesielle problemer som ønskes vurdert og behandlet? Eller er motivet et ønske om kontroll og generell oppfølging?

Ad pkt. 3 Informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule

Det er viktig og mulig å forebygge sykdom i munnhulen. Dette er viktig fordi enhver maskinell inngripen i tannvev er begynnelsen på et livslangt behov for vedlikehold og på lengre sikt for mer invasiv behandling. Forebyggende tiltak innebærer generelle råd til hele befolkningen, individtilpassede råd og veiledning til enkeltmennesker, samt informasjon og rådgivning til personell i helse- og sosialtjenesten som har den daglige oppfølgingen av hjelpetrequende pasienter. Tannbehandling bør inngå i individuelle planer. Målet bør være å unngå invasiv behandling i størst mulig grad fordi dette kan være en stor belastning, særlig hvis behandlingen må utføres i generell anestesi. Samhandling på tvers av forvaltningsnivåer er viktig. Tannhelsetjenesten må være en naturlig inkludert samarbeidspartner i all virksomhet som sørger for å sikre pasienter i helse- og sosialtjenesten tilgang til nødvendig tannbehandling.

Ad pkt. 4 Begrensning av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg

Å begrense skadeutvikling betyr at man gjør det som er nødvendig for å hindre videre sykdomsutvikling og skadelige prosesser. Prioritert behandling omfatter nødvendige tiltak for å begrense videre skadeutvikling og for – midlertidig – å gjenopprette akseptabel tyggefunksjon og estetikk. Øvrig prioritert behandling utføres i en rekkefølge og over et tidsrom som er tilpasset den enkelte pasients tilstand, individuelle behov og økonomiske rammer.

Ad pkt. 5 Behandling av patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule

Punktene her er ikke satt opp i prioritert rekkefølge, men er situasjonsavhengige. Erstatning av skadet tannsubstans omtales nærmere i tabell 1 «Tapt tannvev». (Ad punktene 3, 4 og 5, se også 6.7.2. Fase 2, s. 21.)

Ad pkt. 6 Erstatning av tapte tenner

Det må gjøres individuelle vurderinger av hva som er tilfredsstillende tyggefunksjon, og hva som skal til for å kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. Begrepet «estetisk sone» betegner de tenner som det enkelte individ opplever som vesentlige for å kunne ha sosial omgang uten problemer på grunn av tennene.

Erstatning av tapte molarer kan være særlig indisert i bitt med avvikende kjeverelasjon slik som klasse II- og klasse III-relasjoner. (Ad 5 og 6, se også 6.7.3 Fase 3, s. 22.)

Pasientens evne og vilje til egenomsorg må vurderes nøye før omfattende rehabiliterende behandling settes i gang. Det er viktig å unngå at pasienten en tid etter en omfattende behandling er dårligere stilt enn vedkommende ville vært ved mindre omfattende inngrep. I vurderingen av hvilke tenner som bør erstattes, er det viktig å ta med behandlingsomfang, smerter og andre belastninger for pasienten samt kostnader i forhold til total gevinst.

3.3 Behandlingsplanlegging og behandlingsforløp

Følgende hovedpunkter i utredningen av pasienten bør dokumenteres i journal og ligge til grunn for informert samtykke og behandlingsforløp:

- Symptomer – pasientens ønsker
- Generell anamnese
- Kliniske funn, ev. dokumentert ved fotografi
- Røntgenfunn
- Diagnose
- Informasjon om behandlingalternativer, antatt prognose, kostnadsoverslag og ev. refusjoner
- Eventuelt behov for henvisning
- Forbehandling/hygiene fase – ny vurdering
- Besluttet behandling – informert samtykke
- Behandling
- Prognosevurdering
- Oppfølging

For øvrig vises det til § 8 i *Forskrift om pasientjournal* (se vedlegg 2).

Tabell 1: Tapt tannvev

Tabellen gjelder enten årsaken er karies, erosjon, attrisjon, ulykker, traumer eller andre forhold som skader deler av tannen. Overordnet mål er å bevare tannvev. Ekstraksjon vil alltid være et alternativ når andre løsningsalternativer er forkastet, eksempelvis ved nedkarierte tenner, grav periodontitt eller en kombinasjon av disse.

Kategori	Første prioritet	Behandlingsalternativ etter prioritet		
		Kompositt/ glassionomer	Gull inlay/onlay Keram inlay/ onlay/laminater	Kroneterapi
Moderat kariesaktivitet*	Vurdere forebyggingsprogram i forhold til lesjonens utbredelse og lokalisasjon. Emaljelesjoner bør observeres. Grad 3-lesjoner kan observeres når kariesprogresjonen vurderes som liten. Interceptiv behandling.** Fluorbehandling.	Kompositt er førstevalget. Ved normale bittfysiologiske forhold er det ingen kontraindikasjon om flere eller alle cusper er borte.	Gull: Ved spesielle forhold som allergier eller der det kreves pga. bittfysiologiske forhold. Tannbesparende i forhold til krone. Keram: Ved spesielle forhold som allergier og høye krav til estetikk. Keramer som bondes bør normalt ha full emaljeavgrensning. Tannbesparende i forhold til krone.	Når substanstapet er betydelig og tørrlegging vanskelig. Tannen må være av betydning for tannsettet.
Høy og særlig høy kariesaktivitet /-risiko*	Hindre videre utvikling av eksisterende lesjon. Midlertidige fyllinger/kroner bør benyttes mens pasientkooperasjon vurderes. Utvidet forebyggingsprogram tilpasses pasienten. Interceptiv behandling.** Fluorbehandling.	Kompositt er førstevalget. Glassionomer kan være et godt alternativ ved sekundærkaries på tannflater uten bittbelastning og krav til estetikk.	På indikasjoner som ovenfor, men kun dersom hygiene og kariesaktivitet er brakt under kontroll. Keram som bondes bør normalt ha full emaljeavgrensning. Tannbesparende i forhold til krone.	Når tannen mangler tilstrekkelig emaljeavgrensning, tannvevstapet er betydelig og tørrlegging vanskelig. Tannen må være av betydning for tannsettet.

* Kariesaktivitet omtales i kapittel 6.4 på side 20.

** Interceptiv behandling omtales i kapittel 6.4 på side 19.

Tabell 2: Tanntap

Informasjon med sikte på å motvirke årsakene til tanntapet og tiltak rettet mot kariesaktivitet (se tabell) og mot sykdommen periodontitt skal ha første prioritet. Overordnet mål er å bevare og gjenoppbygge tyggefunksjon, estetikk og fonetisk funksjon. Tenner benevnes ut fra plassering i tannrekken. Første molar betraktes som premolar når den står på dennes plass.

Behandlingsalternativer				
Forutsetning: Behandlingen bør bygge på en journalført prognosevurdering.				
Kategori	Ingen behandling	Brobehandling	Implantat	Protese
Tap av én eller flere tenner i fronten og eventuelt i estetisk sone*	Der pasienten selv ikke ønsker eller vegrer seg for behandling.	Aktuell behandling når nabotennene har defekter og kan brukes som bropilarer. Mesiale ekstensjonsledd og etsebroer kan vurderes anteriort.	Aktuell behandling når brobehandling er uaktuell og pasienten er avhengig av faste proteser.	Kombinasjonsprotese (fast+avtagbar) er aktuell behandling. Vanlige støpte delproteser anses i mange situasjoner som estetisk lite tilfredsstillende.
Tap av enkelttenner i premolarregion og eventuelt i estetisk sone*	Må vurderes i forhold til pasientens ønsker, evne til vedlikehold og tannsettet for øvrig. Behandling kan godt avventes/utsettes.	Aktuell behandling når nabotennene har defekter og kan brukes som bropilarer.	Aktuell behandling der nabotennene er intakte og har god estetikk og helsetilstand, beinforhold og annet tillater implantatinnsetting.	Støpt delprotese er aktuell behandling. Synkbare proteser må anses som kortsiktige overgangsprotoser, ev. provisorium.
Tap av 1. eller 2. molarer	Erstattes ikke når pasienten er fornøyd med resterende betanning. Erstattes kun dersom det er nødvendig for tyggefunksjon eller, i sjeldne tilfeller, av estetiske grunner.	Der nabotennene har god prognose og tannen anses som helt nødvendig for tyggefunksjonen. Ekstensjonsledd frarådes.	Sjelden indisert bak 1. molar.	Sjelden indisert.
Totalt tanntap	Dersom pasienten ikke ønsker behandling eller behandling ikke er mulig av ulike medisinske og/eller psykiske årsaker.	Uaktuell.	To implantater og dekkprotese er førstevalg i underkjeven når kjevekammen er dårlig. I overkjeven vurderes implantat i henhold til funksjon og pasientens ønsker.	Helproteser er førstevalg i både over- og underkjeven når det er gode kjevekammer. I underkjeven kan førstevalg være dekkprotese med implantater når kjevekammen er dårlig. Dette forutsetter imidlertid at pasienten har evne til å tilpasse seg avtagbare proteser.

* Estetisk sone omtales i kapitlene 3 og 6 på sidene 8, 19 og 20.

4. Metode og organisering av arbeidet

Arbeidet med veilederen er blitt gjennomført ut fra et bredt og inkluderende perspektiv. Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe som skulle bidra til å beskrive kriterier for hva som er nødvendig tannbehandling. Følgende organisasjoner ble invitert til å delta med representanter: Universitetene i Oslo (1), Bergen (1) og Tromsø (1), Den norske tannlegeforening (3), fylkestannlegene (2), Norsk Tannpleierforening (1), NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet (1), Statens helsetilsyn (1), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (2), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (2), Norsk pasientforening (2) og Forbrukerrådet (2). Til å lede gruppen engasjerte direktoratet tannlege Carl Christian Blich.

Følgende organisasjoner var representert i gruppen:

- Universitetet i Bergen
- Universitetet i Oslo
- Universitetet i Tromsø
- Den norske tannlegeforening
- Norsk Tannpleierforening
- Fylkestannlegene
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner
- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (observatør)

For navn på personer, se vedlegg 1. Habilitetsspørsmål for deltakerne i gruppen ble avklart.

Gruppen hadde fire dagmøter i perioden fra 4. april til 13. juni 2008. Gruppens representanter ble oppfordret til å komme med innspill i forkant av møtene, og referater ble publisert på direktoratets nettsted så raskt som praktisk mulig. Direktoratet inviterte også eksterne foredragsholdere.

Direktoratet presenterte arbeidet ved Samfunnsodontologisk forum 5. juni 2008 og ved Fylkestannlegemøtet 28. august 2008.

Etter bearbeiding i Helsedirektoratet ble et utkast sendt til dem som hadde vært med på å gi innspill i prosessen.

Anbefalingene i denne veilederen er basert på klinisk erfaring hos dem som har vært med i arbeidet. En prosessveileder kan aldri gi entydige anbefalinger. Det må gis rom for skjønn basert på pasientens totale situasjon og en samlet vurdering av hva som vil tjene den enkelte best på lang sikt. Man har derfor valgt å gi ut dette arbeidet som en veileder. Kravet til dokumentasjon er lavere for veiledere enn for retningslinjer. Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) er konsultert for å sikre at råd og anbefalinger i veilederen er i tråd med dagens kliniske undervisning.

Helse- og omsorgsdepartementet er konsultert underveis.

5. Lovgrunnlag m.m.

Tannhelsetjenesten er en del av den øvrige helsetjenesten. Dette innebærer at bl.a. lov om helsepersonell m.v. og lov om pasientrettigheter gjelder for tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten og fylkeskommunens ansvar er i tillegg regulert av en egen lov, lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten. Etter tannhelsetjenesteloven skal fylkeskommunen ved sin offentlige tannhelsetjeneste gi nærmere angitte grupper nødvendig tannhelsehjelp gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud.

Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) kapittel 5 omhandler stønad ved helsetjenester, blant annet stønad til tannlegehjelp i § 5-6. Departementet har med hjemmel i loven gitt en forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom. Hensikten med folketrygdlovens regler er å gi hel eller delvis stønad ved særlige tannbehandlingsbehov. Stønad fra folketrygden er begrenset til undersøkelse og behandling av sykdommer og skade.

5.1 Rettslig standard og forsvarlig klinisk skjønn

I det regelverket som gjelder spesielt for tannhelsetjenesten, benyttes ulike begreper når det skal angis hvilken hjelp og behandling befolkningen har krav på. I lov om tannhelsetjenesten § 2-1 benyttes begrepet «nødvendig tannhelsehjelp».

Folketrygdloven § 5-6 bruker imidlertid «undersøkelse og behandling» for sykdom, og i forskriften til denne fremgår det at tannlegen er ansvarlig for at tannbehandlingen er innenfor rammene av «nødvendig og forsvarlig tannbehandling». Begrepet tannhelsehjelp omfatter, i tillegg til undersøkelse og behandling, også forebygging.

Bestemmelsene er utformet som en rettslig standard, og det betyr at innholdet i bestemmelsene endres med endrede forventninger ut fra faglig utvikling, endrede verdiopfatninger og lignende.

Hva som er å anse som nødvendig tannhelsehjelp eller nødvendig og forsvarlig tannbehandling, vil bero på en konkret vurdering av den enkelte pasients tilstand, behov og situasjonen for øvrig. Hva som er adekvat behandling i det enkelte tilfelle, må avgjøres på grunnlag av et forsvarlig klinisk skjønn. Kravet til faglig forsvarlighet er grunnleggende i denne vurderingen. Forsvarlighetskravet setter en rettslig og faglig norm for hvordan den enkelte bør utøve sitt yrke. Kravet til forsvarlighet innebærer bl.a. at man må holde seg faglig à jour for å kunne utføre de oppgaver som forventes i kraft av funksjon eller stilling. Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

De to oversiktene i tabellform på sidene 10 og 11 i denne veilederen for god klinisk praksis i tannhelsetjenesten er ment som en støtte i utøvelsen av dette skjønnet. Veilederen gir praktiske kliniske råd som er i tråd med det som blir undervist ved de odontologiske lærestedene i Norge i dag.

5.2 Faglig forsvarlighet og organisering av virksomhet

Uavhengig av om tannhelsehjelp ytes i offentlig eller privat regi, stilles krav til tjenesteyter og yrkesutøvelsen gjennom helsepersonelloven. Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Helsepersonelloven har derfor bestemmelser som stiller krav til det enkelte helsepersonell og til virksomheter som yter helsehjelp.

Etter helsepersonelloven skal helsepersonellet utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Pasientens behov kan tilsi at yrkesutøvelsen skjer ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Helsepersonelloven stiller krav om at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

For fylkeskommunen er kravet til planlegging, organisering og tilrettelegging dessuten særskilt fremhevet i tannhelsetjenesteloven. For øvrig vises det til forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten, der det fremgår at enhver som yter helsetjeneste, skal etablere et internkontrollsystem.

5.3 Pasientens rett til informasjon, medvirkning og samtykke

All helsehjelp skal i utgangspunktet være begrunnet i hensynet til pasientens beste. Pasientrettighetslovens bestemmelser om informasjon til pasienten, medvirkning og samtykke er derfor avgjørende for den helsehjelp som skal ytes.

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Informasjon om undersøkelser og behandling er en forutsetning for at pasienten skal forstå hva han eller hun samtykker til. Både formen for medvirkning og innholdet i informasjonen må tilpasses pasientens individuelle forutsetninger. Fordeler og ulemper ved de aktuelle behandlingsforslagene må bli presentert på en forståelig måte.

Etter pasientrettighetslovens bestemmelser om pasientens medvirkning har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette forutsetter at pasienten gis nødvendig informasjon ikke bare om alternativer når det gjelder behandling i det enkelte tilfellet, men også om kostnader ved behandlingen og eventuell refusjon fra folketrygden.

Det vises for øvrig til pasientrettighetsloven kapittel 3 «Rett til medvirkning og informasjon» i rundskriv IS-12/2004.

5.4 Ressursbruk

I henhold til helsepersonelloven § 6 skal tannhelsepersonell sørge for at tannhelsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendige tidstap eller utgifter. Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, ved prioritering av pasienter og dessuten ved utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Det er ikke bare penger som skal spares, men også tid. Plikten til hensiktsmessig ressursbruk må ikke gå ut over andre lovbestemte krav, f.eks. plikten til dokumentasjon eller forsvarlighet. Dette følger implisitt av at det er tidstap eller utgift som anses som «unødvendig», som rammes av lovbestemmelsen.

5.5 Prisopplysning

Tannleger skal følge forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. Slik skal pasienten sikres at ikke bare forslag til behandling, men også prisen på behandlingen tas med i drøftingen mellom pasient og tannlege når behandlingen planlegges. Denne forskriften er hjemlet i markedsføringsloven.

5.6 Journalføring

Etter helsepersonelloven skal den som yter helsehjelp, nedtegne eller registrere i journal for den enkelte pasient en rekke opplysninger forutsatt at de er *relevante* og *nødvendige*. I rundskriv I-20/2001 om helsepersonelloven er det uttalt at det med relevante og nødvendige opplysninger menes opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses- og behandlingssituasjonen er behov for å ha tilgjengelig for å kunne gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Journalopplysningene skal bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet.

I vurderingen av hva som skal stå i journalen, må det tas hensyn til hva som på et senere tidspunkt kan bli aktuelt å hente frem, enten i forbindelse med ny undersøkelse eller behandlingssituasjon eller som dokumentasjon på hva som ble undersøkt og/eller behandlet på et gitt tidspunkt.

Journalføring er nærmere regulert i pasientjournalforskriften. Det vises i den sammenheng særlig til de krav til journalens innhold som fremgår av pasientjournalforskriften § 8. Etter direktoratets vurdering er det naturlig at alle punkter om behandlingsplanlegging og behandlingsforløp i veilederen omtales i journalen.

5.7 Taushetsplikt

Helsepersonell har etter helsepersonelloven plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasienters helseopplysninger eller andre personlige forhold de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Det er gjort en rekke unntak og begrensninger i taushetsplikten. Som et forhold av særlig betydning for klinisk behandling nevnes at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Det som må vurderes, er om kommunikasjonen tjener pasientbehandlingen og ivaretar pasientens selvbestemmelsesrett. Pasienten skal så langt råd er, være kjent med at det utleveres opplysninger i samarbeidsøyemed, og kan altså motsette seg dette.

Det vises til helsepersonelloven og rundskriv I-20/2001 for nærmere informasjon.

5.8 Pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg tannbehandling

Pasientrettighetsloven kapittel 4A har regler om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Formålet med reglene er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruken av tvang. Det er gitt særlige saksbehandlingsregler og regler om overprøving og kontroll på dette området. Det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen, er også ansvarlig for å treffe vedtak om tvungen helsehjelp. For tannhelsehjelp, hvor det dreier seg om odontologiske vurderinger, vil det i utgangspunktet være tannlegens eller tannpleierens ansvar å treffe slike vedtak.

Det vises til rundskriv IS-10/2008 for ytterligere informasjon om praktiseringen av dette regelverket.

5.9 Individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har etter pasientrettighetsloven rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Brukere har etter samme vilkår en slik rett også etter sosialtjenesteloven.

Individuell plan er nærmere regulert i forskrift, hvor det blant annet fremgår at kommunens helse- og sosialtjeneste samt helseforetak har en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere eller etater dersom vedkommende har et behov for tjenester fra disse.

Selv om tannhelsetjenesteloven ikke nevnes, er det viktig å være klar over at tannhelsetjenesten kan være en viktig bidragsyter i planarbeidet.

6. Helsedirektoratets vurderinger, føringer og anbefalinger

Helsedirektoratet er tilfreds med at tannlegene har etterspurt en faglig veileder i forbindelse med den omleggingen og forenklingen av regelverket for folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling som er omtalt i forordet. *Veilederen IS-1589, God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder om hva som anses som nødvendig tannbehandling*, er etter Helsedirektoratets syn et faglig verktøy med god forankring i fagmiljøene. Ordlyden har en veiledende form som gjør det mulig for tannlegene å bruke sin faglighet, sin erfaring og sitt skjønn i utformingen av behandlingsplanen for den enkelte pasient.

Helsedirektoratet vil også fastslå følgende:

Alle som var friske da de ble født, ble også født med god tannhelse. I barnets første leveår er foreldrenes valg på barnets vegne avgjørende for om barnets gode tannhelse bevares eller ødelegges. Senere er det våre egne valg som ivaretar eller skader den gode tannhelsen vi ble født med. Tannhelsen vedlikeholdes eller ødelegges der vi lever våre liv, i barnehagen, i skolen, i arbeidslivet, i sport og andre fritidsaktiviteter. Særlige utfordringer oppstår ved langvarig eller kronisk sykdom. Dårlig økonomi er i seg selv ingen trussel mot tannhelsen, men vi ser ofte at det medfører en livsstil som kan bidra til at tannhelsen forringes samtidig som regelmessig tannhelsekontroll eller nødvendige reparasjoner ikke blir prioritert. Som mennesker har vi forskjellige måter å takle utfordringer på. Det er sosiale forskjeller i tannhelse som i generell helse. Å utjevne disse forskjellene er velferdssamfunnets store utfordring. Den store forbedringen i tannhelsen til den norske befolkningen viser at forebygging nytter, og at det er mulig å bevare en god tannhelse. Vi har kunnskapen som skal til. Det som gjenstår, er å få organisert samfunnet og hverdagslivet slik at de valgene som er helsemessig sunne, også blir foretrukket.

Helsedirektoratet vil understreke at det er viktig å forebygge tilstander som må behandles med irreversible inngrep. Inngrep i tannvev medfører behov for revisjoner og stadig mer behandling i resten av pasientens liv. De fleste vil ønske å unngå en slik behandling, som kan oppleves som svært belastende. Det er derfor viktig å vente med irreversible inngrep til man er helt sikker på at de er nødvendige.

Tannlegenes bruk av skjønn er av stor betydning fordi pasientenes individuelle behov er forskjellige. Det er viktig at pasientene får en behandling som ivaretar deres interesser på lang sikt. Dette innebærer at en optimal behandling vil variere fra pasient til pasient, avhengig av vedkommendes evne til å vedlikeholde og følge opp behandlingen. Dette er forhold som tannlegene må ta hensyn til i planleggingen av behandlingen.

Hvilken behandling som er nødvendig, avhenger av mange forhold. God klinisk praksis innebærer at man i betydelig grad må bruke skjønn og vurdere den enkelte pasients tilstand, behov og evne til å følge opp, samt kost–nytte-verdien for pasienten. Det er viktig å skille mellom hva odontologien til enhver tid kan tilby, og hva som er hensiktsmessig og optimalt for det enkelte individ.

6.1 Prognose

Effekten av både sykdomsforebyggende tiltak og rehabiliterende behandling avhenger av tannhelsepersonellens innsats så vel som pasientenes evne og/eller vilje til å endre eller tilpasse sin atferd. Prognose er en funksjon av behandlerens og pasientens samlede innsats og forutsetninger.

Når en prognose skal vurderes, må man ta hensyn til flere forhold:

- For det første er det viktig at pasientens tannhelseproblem får en løsning som vedkommende er i stand til å ivareta og vedlikeholde. Hvis ikke kan pasienten en tid etter avslutningen av en omfattende behandling være dårligere stilt enn vedkommende ville ha vært etter en mindre omfattende behandling.
- For det andre er det viktig at forbedringen pasienten opplever, skal overstige ubehaget ved behandlingen.
- For det tredje er det viktig at tannlegen har mulighet til å vurdere pasientens evne til egenomsorg over en viss tid, før en eventuell omfattende behandling igangsettes. Omfattende behandling må ikke gjøres uten at man har vurdert og funnet at pasienten har tilstrekkelig evne og vilje til egenomsorg og oppfølging til å kunne vedlikeholde den foreslåtte behandlingen.

6.2 Forebygging

Tannhelseutviklingen i Norge viser at forebygging nytter. Det er fortsatt et potensial for enda bedre tannhelse og helse i befolkningen. Tannhelsetjenesten kan med sin lange erfaring og sine gode resultater fra forbyggende arbeid være en viktig aktør i partnerskap for folkehelse lokalt i kommuner og fylkeskommuner.

Forebyggende tiltak innebærer generelle råd til hele befolkningen, individtilpassede råd og veiledning til enkeltmennesker, samt informasjon og rådgivning til personell i første-linjetjenesten som har den daglige oppfølgingen av hjelpetrengende pasienter og brukere.

Tannhelsetjeneste bør inngå i individuelle planer. Målsettingen bør da være i størst mulig grad å unngå invasiv behandling for pasienter med store hjelpebehov, fordi slik behandling kan være en stor belastning, både fysisk, psykisk og økonomisk.

Samhandling på tvers av forvaltningsnivåer er meget viktig. Tannhelsetjenesten må være en naturlig inkludert samarbeidspartner i all virksomhet som sørger for å sikre pasienter deres lovfestede tilbud. Det er viktig å huske på tannhelsebehov når det utarbeides individuell plan. Blant syke eldre og mennesker med nedsatte funksjoner kan forebyggende tannpleie kreve til dels mye tid og hyppigere konsultasjoner enn i normalbefolkningen.

6.3 God klinisk praksis i behandlingsplanleggingen

Kriteriene består av seks punkter i prioritert rekkefølge og er omtalt i kortversjonen i 3.2. på side 7.

To oversikter i tabellform på sidene 10 og 11 er ment å være til hjelp i vurderingen. Tabellene gir enkelte føringer for hvordan tannlegen forutsettes å planlegge behandlingen i tråd med pasientens behov. Det er imidlertid rom for å utøve skjønn, og man forutsetter at pasienten deltar i valget blant behandlingsalternativene, slik at den endelige beslutningen bygger på informert samtykke.

6.4 To tabeller til hjelp i vurderingen

De to tabellene på sidene 10 og 11 beskriver i prioritert rekkefølge fra venstre mot høyre elementer som bør vurderes i planleggingen av behandlingen.

Begge tabellene beskriver et handlingsrom for utøvelse av skjønn når tannlegen i samråd med pasienten velger behandling. Det er viktig å velge den mest vevsbesparende behandlingen. Fyllinger må for eksempel ikke legges hvis et kariesangrep kan stoppes ved hjelp av fluorbehandling, kostholdsveiledning og oppfølging. Videre er det viktig at kroneterapi ikke velges før det er helt nødvendig for å beholde tannen.

Tabellene er utarbeidet i et samarbeid mellom Tannlegeforeningen og representanter fra universitetene i Oslo og Bergen. Tabellene er kun tatt med i sammendraget ettersom dette skal være det daglige arbeidsredskapet.

Det odontologiske fakultet ved UiO ble avslutningsvis konsultert for å sikre at råd og anbefalinger i veilederen er i tråd med dagens kliniske praksis ved lærestedet.

Tabell 1: Tappt tannvev

Denne tabellen omhandler behandling ved tappt tannvev enten årsaken er karies, erosjoner, attrisjoner, ulykker, traumer eller andre forhold.

Med «estetisk sone» menes tenner som pasienten opplever som vesentlige for å kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. Det er naturlig at dette dokumenteres i journal med fotografier.

Interceptiv kariesbehandling er kariesbehandling uten bruk av bor (ikke-operativ kariesbehandling), der en gir opplæring i plakkfjerning i tillegg til lokal fluorbehandling. Det ligger innenfor denne terapien å vurdere pasientens kosthold og eventuelt gi kostholdsveiledning. Fluorbehandling er en sentral del av interceptiv kariesbehandling.

Gjeldende retningslinjer ved UiO for vurdering av kariesaktivitet hos voksne pasienter gjengis her:

Vurderingen av kariesaktivitet skjer på individuelt grunnlag.

Moderat kariesaktivitet

Voksne personer som har

- noen få karieslesjoner som har oppstått og utviklet seg over kort tid
- noen få aktive karieslesjoner bukkalt, i underkjevens front, på rotoverflater
- middels karieserfaring og et ugunstig kosthold
- middels karieserfaring og dårlig munnhygiene som det er vanskelig å forbedre

Høy kariesaktivitet

Voksne personer som har

- mange karieslesjoner som har oppstått og utviklet seg over kort tid
- flere aktive karieslesjoner bukkalt, i underkjevens front, på rotoverflater
- høy karieserfaring, et ugunstig kosthold og høyt laktobasill-tall
- høy karieserfaring, et ugunstig kosthold og nedsatt spyttsekresjon
- høy karieserfaring, et ugunstig kosthold og dårlig munnhygiene som det er vanskelig å forbedre

Særlig høy kariesaktivitet eller kariesrisiko

Personer som har sterkt nedsatt spyttsekresjon

- personer med Sjøgrens syndrom
- strålebehandlede personer
- personer som bruker legemidler som nedsetter spyttsekresjonen
- personer som har svekket evne til å ivareta egen munnhygiene

Tabell 2: Tanntap

Denne tabellen omhandler vurderinger og behandlingsmuligheter ved tap av én eller flere tenner. Det er naturlig at «estetisk sone» dokumenteres i journal med fotografier. Også ved tap av tenner må første prioritet være tiltak for å motarbeide årsakene til tanntapet. Informasjon og tiltak rettet mot karies og periodontitt er eksempler på dette. Behandlingen av tanntapet må ikke være mer omfattende enn at det er mulig for pasienten å følge opp og vedlikeholde.

6.5 Informert samtykke

Informert samtykke forutsetter at relevant informasjon er gitt om så vel avdekket tilstand som aktuelle behandlingsalternativer. For at kravet om informert samtykke skal være oppfylt, må tannlegen forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen som er gitt.

Det vises for øvrig til pasientrettighetsloven kapittel 4 Samtykke til helsehjelp i IS-12/2004.

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, er kort omtalt tidligere i veilederen, se punkt 5.8.

6.6 Nødvendig undersøkelse

Gjennom opptak av anamnese og nødvendige kliniske og røntgenologiske undersøkelser vil tannlegen kunne vurdere om pasienten har krav på stønad for å få dekket

utgifter til tannbehandling. Relevante undersøkelser, funn og eventuell diagnose må dokumenteres i journalen og følges opp av aktuelle behandlingsplaner som drøftes med pasienten. Eventuell henvisning til spesialist er en del av en slik plan.

Spesielt når det er behov for omfattende rehabilitering, er det viktig for valget av behandlingsplan at behandleren får et best mulig bilde av pasientens evne til å ta vare på tannsettet etter at behandlingen er gjennomført. Dette kan ta noe tid og kan for eksempel oppnås ved nødvendig innledende forbehandling. I en slik periode er det viktig å drøfte konsekvensene av forskjellige behandlingsformer. Ny vurdering av alternativene og informert samtykke til den endelige behandlingsplanen skal journalføres.

6.7 Behandlingsforløp

6.7.1 Fase 1 – Akutt behandling

Akutt behandling er behandling som ikke kan utsettes, eksempelvis på grunn av sterke smerter eller akutte infeksjoner hos pasienten. Slike tilstander krever adekvat medisinsk hjelp uten unødig tap av tid. Dersom pasienten kun møter for å få avhjulpet slike problemer, bør tannlegen gi informasjon om hvilke begrensninger som ligger i tannlegens undersøkelse og behandling.

Eksempler:

Løse pasientens hovedproblem, hvis det er mulig. (Hvorfor kommer pasienten?)

Smertebehandling, f.eks.

- eliminering av smerte
- eliminering av akutte infeksjoner
- ekstraksjon (forbehold ved infeksjon)
- akutt pulpabehandling
- akutt periodontittbehandling
- pericoronittbehandling
- ekskavering av dyp karies / midlertidig fylling

6.7.2 Fase 2 – Prioritert behandling og sykdomskontroll

Prioritert behandling og sykdomskontroll omtales her som behandling som kan gjøres over lengre tid, dog i en egnet rekkefølge. Eksempler på tidlig prioritert behandling kan være provisoriske fyllinger for å begrense videre skadeutvikling eller provisoriske løsninger for raskt å forbedre estetiske problemer i pasientens tannsett. Slik behandling kan være både viktig og nyttig for pasienten før det tas stilling til mer permanente løsninger.

Eksempler:

- informasjon / forebygging
- instruksjon / kontroll av munnhygiene
- systematisk behandling av marginal periodontitt
- kirurgisk behandling (ekstraksjoner, fjerning av gjenstående røtter, etc.)
- endodontisk behandling
- ortodontisk vurdering
- vurdering av bittforhold

6.7.3 Fase 3 – Gjenskaping av funksjon og estetikk

Dersom pasienten uttrykker ønske om en generell undersøkelse og nødvendig behandling som følge av denne, vil det ofte være klokt å la kostbar og omfattende behandling vente til det kan dannes et bilde av hvilken nytte pasienten vil ha av slik behandling på kort og lengre sikt. Kontroll av kariesaktivitet eller periodontal sykdom er eksempler på forhold som kan påvirke varigheten av planlagt behandling – og slik sett pasientens nytte av behandlingen. Det er viktig å forsøke å hindre at pasienten kommer i en ytterligere forverret situasjon dersom omfattende behandling svikter som følge av pasientens manglende evne til vedlikehold.

Eksempler:

- fyllingsterapi
- avtagbare protetiske løsninger
- faste protetiske løsninger

6.7.4 Fase 4 – Reevaluering og recall

- Vurdering av behandlingsresultatet
- Vedlikeholdsbehandling

7. Behandlingsnivåer og behandlingsomfang

Det kan være store forskjeller i kostnadene for behandling av samme type tannhelseproblem. Tannlegene må informere om de forskjellige typer behandling som kan være aktuelle, og hva de ulike behandlingene koster. Behandlingsalternativene må legges frem på en måte som gjør at pasienten også føler seg komfortabel med en billigere løsning enn den som tannlegen vurderer som den optimale. Det må være opp til den enkelte å velge hvor mye tid og penger man som pasient er villig til å investere, og hvor mye ubehag man vil tåle, for å få løst sitt tannhelseproblem.

Folketrygden utbetalte i 2009 om lag 1,3 mrd. kroner i stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Likevel er hovedregelen at voksne innbyggere finansierer tannbehandlingen selv. I tilfeller der økonomien begrenser pasientens evne til å betale, eller der pasienten ønsker å prioritere annerledes, bør man søke løsninger som kan gi det mest funksjonelle resultatet innenfor den aktuelle økonomiske rammen. Eventuelle begrensninger ved slike løsninger skal tas med i den informasjonen som tannlegen gir pasienten, og som journalføres.

Overbehandling vil være behandling som overstiger pasientens evne eller vilje til vedlikehold, eller som på annen måte er mer omfattende enn pasienten kan forventes å ha nytte av eller ønske om. Det motsatte er underbehandling, som innebærer at pasienten ikke får den behandlingen som kunne og burde vært utført for å begrense skadeomfanget. Manglende diagnostikk og behandling av periodontal sykdom eller manglende henvisning til spesialist for denne tilstanden er en alvorlig forsømmelse.

I tabellen på neste side er behandlingsnivåene satt opp. Omfanget og kostnadene ved behandlingen øker jo lenger ned man kommer i tabellen. Tabellen kan også ses på som en økonomisk prioriteringsliste.

Tabell 3: Behandlingsnivåer og omfang

Nivå	Type behandling	Nærmere beskrivelse av behandlingen
1	Akutt behandling	Fjerne smertefulle tilstander og/eller alvorlige infeksjoner
2	Begrense skadeutvikling	Ekskavere og legge midlertidige fyllinger; interceptiv behandling for å hindre videreutvikling av karies; stanse videre utvikling av periodontitt; opplæring i egenomsorg
3	Rehabiliterende behandling på tilstedeværende tenner	Permanente fyllinger, single kroner, rotfyllinger og periodontittbehandling
4	Rehabiliterende behandling – tyggefunksjon	a) avtagbar protese
		b) bro
		c) implantat
5	Rehabiliterende behandling – erstatte tapte tenner i estetisk sone	a) avtagbar protese
		b) bro
		c) implantat

8. Vedlegg

8.1 Arbeidsgruppens sammensetning

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon:

Margaret Sandøy Ramberg, leder FFO
Elisabeth Claudi Nielsen

Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO):

Helene Holand, forbundsleder i Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)

Den norske tannlegeforening:

Arnt Einar Andersen
Linda Mortensen Hove
Inger-Lise Mathiesen

Norsk tannpleierforening:

Ragnhild Fuglevik

Fylkestannlegene:

Vemund Øiestad, Sogn og Fjordane
Oddbjørn Hedemark Hansen, Vestfold

Universitetet i Bergen:

Harald Nesse, seksjonsovertannlege

Universitetet i Oslo:

Jostein Grytten, professor

Universitetet i Tromsø:

Eeva Widstrøm, professor

Helse- og omsorgsdepartementet:

Kari Sekkenes Tandberg (observatør)

Helsedirektoratet:

Carl Christian Blich, seniorrådgiver, leder
Liljan Smith Aandahl, seniorrådgiver
Per Lüdemann, overtannlege (tidligere NAV)
Elin Synnøve Kitmitto, sekretær

8.2 Lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere samt rundskriv

Oversikten er ikke uttømmende, men inneholder sentralt regelverk, rundskriv og veiledere.

Lover og forskrifter (tilgjengelig elektronisk på <http://www.lovdata.no>)

- Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter
- Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd
- Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
- Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). (1991-12-13)
- Forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten
- Forskrift 13. desember 2007 nr. 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom
- Forskrift 26. januar 1996 nr. 122 om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen
- Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Retningslinjer og veiledere

- Retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer. Informasjon til tannhelsepersonell om bruk av materialer til restaurering av enkelttenner
- Nasjonale retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer
- IS -1253 Veileder om individuell plan (Helsedirektoratet)
- Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Rundskriv m.m.

- I-3/2010 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2011 (Helse- og omsorgsdepartementet)
- I-4/2008 Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 - økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008
- I-2/2006 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetjenestetilbud i 2006 (rusmisbrukere) (Helse- og omsorgsdepartementet)
- I-12/2005 Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere (Helse- og omsorgsdepartementet)
- I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. (Helse- og omsorgsdepartementet)
- I-16/2000 Presisering av tannhelsetjenesteloven § 1-3 – innskrenkninger i det fylkeskommunale tannhelsetjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- I-23/99 Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlige mottak. Ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger (Sosial- og helsedepartementet)
- I-47/98 Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m v
- I- 13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Sosial- og helsedepartementet)
- IS-12/2004 Rundskriv om pasientrettigheter (Helsedirektoratet)
- IS 10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A (Helsedirektoratet)
- U-14/2003 Nytt kapittel 4A i lov om sosiale tjenester m.v. - Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning
- U-13/2003 Endringer i lov om sosiale tjenester: Lovfesting av rett til individuell plan og tilpasninger til rusreformen
- U-7/2003 Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- IK-28/89 Rundskriv om tannhelsetjenester for innsatte i fengsler (Helsedirektoratet)

Departementenes rundskriv kan finnes på: <http://www.regjeringen.no>

Helsedirektoratets rundskriv kan finnes på <http://www.helsedirektoratet.no>

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lover, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no