

Institutt for klinisk odontologi

Prioritering i tannhelsetjenesten

Sammenliknet med helsetjenesten og i de øvrige nordiske landene

Amalie Ribe Øverby

Masteroppgave i odontologi Mai 2014

Veiledere: Eeva Widström og Endre Dingsør

Slik mennesket tenker i sitt indre, slik er han.
Salomos ordspråk 23,7

Summary

These studies examine how patients are prioritized in the health service in Norway, focusing on how dental health differs other branches of health care. Priorities in dental clinics are compared with those in the other Nordic countries.

Introduction

The principle of equal need – equal treatment is strong in the Norwegian health care system. Prioritizing is necessary because resources are limited.

The Goal

To provide an overview and understanding of the organisation and prioritizing in the public health and dental services in Norway.

Method

Review of the literature.

Conclusion

The health service in Norway prioritizes patients by severity of disease, the benefit treatment may provide and the cost-effectiveness of treatment. Teeth are not part of general health care for several reasons: the history and decisions taken at the beginning of the 20th century, the nature of dental diseases and the fact that there has been no political agenda. Dental disease affects everyone but is largely a consequence of health behaviour, so prevention is particularly important. Dental services in the Nordic countries have many common features in their organization, including provision of free or virtually free care for all children. Which groups receive publicly provided care apart from children varies from country to country. Norway and Iceland are the only Nordic countries that do not have general support for adult dental health.

Sammendrag

Oppgaven tar for seg hvordan pasienter prioriteres i helsetjenesten i Norge, med fokus på hvordan tannhelsetjenesten skiller seg fra resten av helsevesenet. Prioriteringen i tannhelsetjenesten er sammenliknet med de øvrige nordiske landene.

Innledning

Prinsippet om lik skade - lik behandling står sterkt i vårt helsevesen. Prioritering av pasienter er nødvendig fordi det ikke er nok ressurser.

Mål

Oversikt og forståelse for organisering og prioritering innenfor helsetjenesten og tannhelsetjenesten i Norge.

Metode

Litteraturstudie.

Konklusjon

Helsetjenesten i Norge prioriterer pasienter etter sykdommens alvorlighetsgrad, nytten av behandlingen og kostnadseffektiviteten av behandlingen. Tenner og tannsykdommer er ikke en del av den generelle helsetjenesten av flere grunner: historien og beslutninger tatt på starten av det 20. århundre, tannsykdommers natur og fravær på den politiske dagsorden. Tannsykdommer rammer alle og vår egen påvirkning på disse er stor. Derfor er forebygging spesielt viktig. Tannhelsetjenesten i Norden har mange fellestrekk i organisering, blandt annet har alle barn gratis eller tilnærmet gratis behandling. Hvilke grupper som får dekket behandling av staten utover barna er noe variabelt fra land til land. Norge og Island er de eneste nordiske landene som ikke har noen generell støtte til tannhelse.

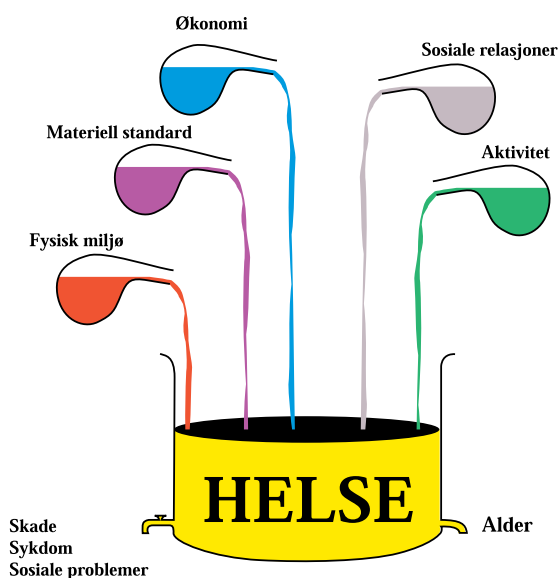
Innledning	7
Målsetting	8
Materiale og metode	8
Resultater	10
DEL A: Hvordan prioriterer helsetjenesten?	10
<i>Organisering av helsetjenesten - primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste</i>	<i>10</i>
<i>Førstehånds- og andrehåndsprioriteringer</i>	<i>10</i>
<i>Prioriteringer bygger på verdivalg.....</i>	<i>11</i>
<i>Begrensning av det offentliges ansvar</i>	<i>12</i>
<i>Prioriteringsgrupper</i>	<i>12</i>
<i>Egenbetaling</i>	<i>14</i>
<i>Samhandling?</i>	<i>15</i>
DEL B: Hvordan og hvorfor prioriterer tannhelsetjenesten slik den gjør?	17
<i>Tannhelsetjenesteloven.....</i>	<i>17</i>
<i>Forvaltningsnivå</i>	<i>17</i>
<i>Prioritering av grupper</i>	<i>18</i>
<i>Prioritering av behandling.....</i>	<i>19</i>
<i>Andre systemer for offentlig finansiering eller rett til tannhelsetjenester</i>	<i>19</i>
<i>Tredjepartsfinansiering</i>	<i>20</i>
<i>Egenandeler.....</i>	<i>21</i>
<i>Historisk bakgrunn for organisering og finansiering av tannhelsetjenesten ..</i>	<i>22</i>
DEL C: Hvordan prioriterer tannhelsetjenesten i Norden?.....	28
<i>Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Europa.....</i>	<i>28</i>
<i>Danmark.....</i>	<i>28</i>
<i>Finland</i>	<i>29</i>
<i>Island.....</i>	<i>30</i>

<i>Norge</i>	30
<i>Sverige</i>	31
<i>Sammenlikning av organiseringen i Norden</i>	31
Diskusjon	33
<i>Samhandling og forvaltningsnivå</i>	33
<i>Helhetlig tenking</i>	34
<i>Argumenter mot generell trygdefinansiering</i>	35
<i>Betalingsevne</i>	36
<i>Kunnskapsmangel</i>	37
<i>Forventninger og rettigheter</i>	37
Litteratur/Referanser	39
Vedlegg: Prioritert behandling ved tapt tannvev og tanntap	42

Innledning

Prinsippet om at *kvar einiskild person har ein ukrenkjeleg verdi* (1) står godt rotfestet i vår norske kultur og politikk. Helsetjenesten i Norge har blitt betegnet som velfedsstatens flaggskip (2), og bygger opp om verdien likhet for alle. Målet med helsevesenet er ikke å kurere all sykdom. Derimot er det et mål at alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester. Sykdom og lidelser er ofte utenfor individets egen kontroll, og målet med helsetjenester er å hjelpe mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming. Helsetjenestene skal være av god kvalitet og tilbys raskt (2). Hva som er definert som sykdom tar ofte utgangspunkt i medisinsk kunnskap. Den individuelle oppfatningen av situasjonen er avgjørende for hva som er definert som helse (3).

WHO's definisjon av helse lyder: «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære»(2). Dette er en veldig bred definisjon som lett kan ta motet fra en, da god helse vil være svært vanskelig å oppnå. Et hjelpsomt bilde er å se helsen som en mengde under stadig endring (Figur 1) (2). I løpet av livet møter vi alle på skader, sykdom og sosiale problemer. Sammen med aldersfaktoren er disse medvirkende til å «tappe ut helse» i varierende grad. Heldigvis kan vi «fille på med helse» gjennom fysisk miljø, materiell standard, økonomi, sosiale relasjoner og aktivitet. Ved å ha et miljø rundt oss som fremmer helse mer enn det tapper ut helse, vil helse-beholderen gå i pluss. En slik modell gjør det mulig å analysere liv og miljø, og forsøke å finne faktorer som virker negativt eller positivt inn på menneskets helse. På norsk bruker vi ofte begrepet tannhelse for det som på engelsk brukes oral helse. Dette begrepet tydeliggjør at det er snakk om sykdom, helse og funksjon i både hard- og bløtvev (tenner, bein, slimhinne, lepper) i munnen. Begrepet tannhelse omfatter dimensjonene funksjonalitet, estetikk, sykdomsforekomst og behandling (3).



Figur 1: Helse som mengde

I en ideell verden ville alle som ble syke få behandling raskt, uten kostnader og av de beste personell. Verden er dessverre ikke ideell, og verken ressurser, økonomi eller tid strekker til for at alle skal få. Vi er derfor helt nødt til å prioritere. Prioritering kommer fra latin *prior*: den første (av to). Prioritering vil helt enkelt si å velge å gi noe forrang foran noe annet. Prioritering brukes i helsevesenet ofte om hvordan vi fordeler ressursene våre mellom *ulike pasientgrupper, enten det er*

diagnosegrupper, enkeltdiagnoser, alder eller andre kriterier som ligger til grunn (2). Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig verdi, og ett menneske er i seg selv ikke viktigere enn et annet. En kan ikke gjøre en prioritering - eller rangering - etter verdien av mennesker. Likevel er verdier viktige veivisere for prioritering. Noen pasienter er viktigere (og skal derfor prioriteres) enn andre på grunn av deres tilstand og behov. Fordi dette angår hver og en av oss, er det viktig at vi snakker om det.

Målsetting

«Tennene tilbake til kroppen» er et begrep mange bruker for å sette søkelyset på at tennene i dag ikke betraktes som en del av det offentlige helsesystem på lik linje med andre sykdommer. Jeg søker en større forståelse av hvordan prioriteringene foregår i det generelle helsevesenet, og hva som har medvirket til at munnhulesykdommer ikke er en del av dette.

Jeg ønsker å undersøke hvorfor tannhelsetjenesten i Norge prioriterer slik den gjør. Hvorfor er det slik at det er nettopp de bestemte gruppene (A-E) som får dekket behandling? Hva er bakgrunnen for den prioriteringen man har i dag? Tenkes det likt som i resten av helsevesenet?

Hvordan tannhelsetjenester prioriteres og organiseres er ulikt fra land til land. I internasjonal sammenheng brukes ofte begrepet "den nordiske modellen" om hvordan vi i Norden har organisert tannhelsetjenester. Det er likevel forskjeller mellom de nordiske landene, og jeg ønsker å se nærmere på disse.

Materiale og metode

Jeg har valgt å dele oppgaven min i tre hoveddeler. Første del omhandler organisering og prioritering innenfor det generelle helsevesenet i Norge. Deretter vil jeg ta for meg tannhelsetjenesten i Norge, og til slutt se på hvordan tannhelsetjenesten prioriterer i de andre landene i Norden. Jeg har gjort en gjennomgang av litteraturen rundt min problemstilling og forsøker i denne oppgaven å sammenfatte dem i en diskusjon.

NOU 1987:23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* og NOU 1997: 18 *Prioritering på ny* er de offentlige utredningene som tar for seg prioritering innen norsk helsetjeneste. Utredningene har liten vekt på tannhelseområdet, men prinsippene og argumentasjonen er viktige også for tannhelsetjenesten.

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg funnet en del nøkkellitteratur for organiseringen av tannhelsetjenesten i Norge, deriblant NOU 2005:11 og St.mld 25 (2006-07). Jeg har lest deler av

NTF s jubileumbok i anledning 125 års jubileet og gjort søk i «Tidende» med søkeord trygd, organisering og prioritering. Jeg har sett på henvisninger jeg fant i ulike artikler og litteratur. Disse rapportene, utredningene og stortingsmeldingene er med i litteraturen min.

Med hjelp fra veilederne har jeg funnet fram til relevante artikler for sammenlikning med land i Norden. Jeg har i sammenfatningen konsentrert meg om spørsmålene

- Finnes det en offentlig tannhelsetjeneste i landet og hvem får behandling der?
- Hvordan finansieres offentlig og privat tannhelsetjeneste?
- Får pasienter som behandles privat refundert noe av utgiftene, hvis ja; hvem?

Kritikk av metode

I arbeidet med oppgaven ble veien til mens jeg gikk. Det har stadig dukket opp nye dokumenter og funn som ville blitt funnet på et tidligere tidspunkt hvis jeg hadde gjort mer systematiske søk. Jeg ville da også ha fått en bredere forståelse av hvordan prioriteringsbegrepet er definert ulikt i de ulike sektorene.

Resultater

DEL A: Hvordan prioriterer helsetjenesten?

Organisering av helsetjenesten - primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

Norge har et offentlig helsevesen som skal sikre at hele befolkningen har et likeverdig tilbud til helsetjenester uavhengig av sosial eller økonomisk status. Tilgjengeligheten til helsetjenester skal være lik. Ansvar er delt mellom stat og kommune, hvor staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten og kommunene for den lokale primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten gjelder for alle som bor eller oppholder seg i kommunen (4). Primærhelsetjenesten omfatter allmenleger (inkludert legevakt- og fastlegeordninger), fysioterapi, helsestasjon og jordmor, hjemmesykepleie, sykehjem og andre boformer med omsorg og pleie. Finansiering av de kommunale helsetjenestene er delvis gjennom statlige overføringer, kommunal egenfinansiering, refusjoner fra folketrygden og pasientenes egenbetaling. Fastlegen har en nøkkelrolle som den koordinerende faktor. Etter at pasienten har vært hos fastlegen til undersøkelse, er det legen som vurderer hvilken behandling som er den rette i hvert tilfelle (1). Tannleger har ennå ikke henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, så slik henvisning må gå via fastlegen.

Før 1. januar 2002 var det fylkeskommunen som hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten. Etter denne datoen har dette ansvaret ligget hos staten. Staten har ansvar for at det er tilgjengelige spesialisthelsetjenester for befolkningen, både i og utenfor institusjon. Spesialisthelsetjenester omfatter sykehus, poliklinikk, lege- og psykologspesialister, medisinske laboratorietjenester, radiologitjenester, AMK-beredskap og tjeneste, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, samt transport av pasienter og behandlingspersonell. Staten har organisert spesialisthelsetjenesten i fire helseregioner: Helse-Nord, Helse-Midt, Helse-Vest og Helse-SørØst. Hver helseregion eies og driftes av et helseforetak som finansieres gjennom statlige overføringer.

Tannhelsetjenesten er en del av helsetjenesten i Norge, men skiller seg ut på flere områder. Forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten er fylkeskommunal. Den generelle voksne befolkning har 100% egenbetaling og rundt 75% av behandlerne er selvstendig næringsdrivende. Tannhelsetjenesten er med andre ord verken primær- eller spesialisthelsetjeneste.

Førstehånds- og andrehåndsprioriteringer

I helsevesenet skiller vi mellom førstehånds- og andrehåndsprioriteringer: Førstnevnte er på et politisk-administrativt nivå (kapasitet og organisering), det andre på pasientnivå (hvilken konkret

behandling den enkelte pasient får). Det er viktig å holde disse nivåene fra hverandre ettersom beslutninger på ulike nivåer kan ha ulike mål og begrunnelser. Andrehåndsprioriteringer, altså hvordan fastlegen prioriterer, bestemmes først og fremst av hva legene mener er faglig korrekt medisinsk praksis (2). Førstehåndsprioriteringer er budsjettvedtak i storting, fylkeskommuner og kommuner hvor det dreier seg om antall sykehus i regionen, sykehjemsplasser, utdanningskapasitet og finansiering av ulike behandlinger. Legene er i organisering og ressursutnytting underlagt verdivalg som tas av politikerne. Det er lett å gi helsepersonell skylden når pasientene blir stående i helsekø, mens det egentlig er politikernes valg av finansiering som begrenser. Politikerne står med ansvaret for rammevilkårene som helsepersonell skal gjøre faglige prioriteringer innenfor (5). Egenandeler, skattekutt, offentlige sykehus og privatisering er tema som påvirker helsetilbudet. Norge er et demokrati med folkevalgte politikere, og vi velger politikere med ulike syn på organisering av tjenester og hvor de største ressursene skal brukes. Slik sett speiler systemet de føringene politikerne har fått fra folket, og en kan si at ansvaret for å velge riktige verdier ligger hos den enkelte borger (6).

Prioriteringer bygger på verdivalg

Prinsippet om at lik skade skal få lik behandling står høyt i vår velferdsstatskultur. Helsevesenet er en viktig del av velferdsstaten, hvor tilgangen til nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp uten bekymring for kostnadene er et viktig prinsipp. Likevel er det slik at hvem som kan få behandling fra det offentlige avhenger av økonomiske bevilgninger. Hvor mye staten er villig til å bevilge avhenger av hvilken prioritet helsetjenesten har i forhold til andre samfunnsoppgaver. I 2012 var summen staten bevilget til helsetjenester om lag 270 milliarder kroner. Målt som andel av BNP utgjør dette 9,4 %. Prosentandelen er stabil selv om volumet av helseutgiftene øker (7). I vestlige land har teknologien kommet langt, og dersom en ikke ønsker å bygge helsetjenesten etter markedsmodellen (hvor de med mest penger er de som har mulighet til å kjøpe seg behandling), må det foretas prioriteringsvalg mellom grupper av pasienter og mellom hovedtyper av tiltak. Prioriteringsvalg er gjennomsyret av verdier. NOU 1997:17 Prioritering på ny fremhevet tre hovedprinsipper som må legges til grunn for alle prioriteringer: Sykdommens alvorlighetsgrad, hvor stor nytte pasienten har av behandlingen og hvor kostnadseffektiv behandlingen er, altså om nytten står i forhold til kostnad. Spesielt kostnadsanalyser er preget av verdivalg. Kostnad-verdi analyser ivaretar synet på at alvorlighetsgrad før behandling er viktig: vi har en særlig plikt til å forbedre situasjonen for de sykeste (8). Spørsmålet om verdier som grunnlag for prioriteringer berører en rekke etiske og samfunnsmessige problemstillinger: Hva er egentlig målsettingen til helsetjenesten? Hvor skal vi sette grensen for hva den offentlige helsetjenesten skal ha ansvar for? (9)

Et viktig prinsipp for prioritering er at like tilfeller skal behandles likt så langt det er mulig. Alle pasienter i samme situasjon skal ha likeverdige behandlingstilbud. *«Med samme situasjon menes at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet er den samme. Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling»* (10). Prinsippene om sykdommens alvorlighetsgrad, forventet nytte og høy kostnadseffektivitet er sentrale i avgrensingen for hva det offentlige skal ha ansvar for.

Begrensning av det offentliges ansvar

En presis avgrensning av det offentliges ansvar er nødvendig, men altså ikke uten ulemper. To argumenter som brukes mot avgrensning er dårligere behandling av de som faller utenfor og at tilgang til helsetjenester gjøres avhengig av økonomi (2). Det er bare hvis avgrensningen oppleves som rettferdig at det kan forsvares at noen faller utenfor, og tilsvarende kan det aksepteres at økonomi blir avgjørende dersom *«det gjelder tilbud som er lavt prioritert både av fellesskapet og den enkelte»* (2). At avgrensningen er rettferdig blir derfor viktig. I dagens medisin bygger etikken på fire prinsipper: Autonomi-, ikke skade-, gjøre godt- og rettferdighetsprinsippet.

Rettferdighetsprinsippet tilsier at alle mennesker har rett til lik behandling for lik skade, uansett alder, kjønn, sosial status eller andre faktorer. *«Särbehandling av grupper kan endast rättfärdigas om någon annan etisk princip väger tyngre»* (11). For eksempel skal også personer med nedsatt eller manglende autonomi sikres god omsorg og behandling. Hvordan vi skiller ut hvem det er greit at faller utenfor og hvem som skal komme innenfor det offentliges ansvar er ingen lett oppgave.

Prioriteringsgrupper

Retningslinjene for prioritering i det generelle helsevesenet følger inndelingen fra NOU 1997:18 *Prioritering på ny*. Gruppene er utfyllende, det vil si at alle helsetjenester vil kunne finnes i en av disse gruppene. Forholdet mellom de fire prioritetsgruppene er illustrert i figur 2. Utvalget bak NOU 1997:18 var opptatt av hvilke grupper det offentlige bør ha et særlig ansvar for (gruppe I) og hvilke tilstander og tiltak det kunne være legitimt å gi lav prioritet (gruppe III). *Disse prioriteringskriteriene er lovfestet for spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Stortinget har vedtatt at kriteriene skal være normerende for hele helsesektoren* (12).

Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester (Vilkår A, B og C må være oppfylt)

A Tilstand (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt):

1. Prognosetap: Risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 prosent
2. Nedsatt fysisk eller psykisk funksjonstilstand (eller stor risiko for slik nedsettelse): varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.), eller de gjøremål som det er naturlig at pasienter i denne aldersgruppen kan utføre

3. Invalidiserende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke- reseptbelagte smertestillende medikamenter. En indikator på sterke smerter kan være varig nedsatt evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.)

Med varig menes at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak.

B Forventet nytte (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt)

1. Økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 prosent (absolutt risikoreduksjon)
2. Forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand: Hel eller delvis gjenopprettelse av tidligere helsetilstand
3. Reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå
4. Pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter

C Kostnadseffektivitet

Kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte

Prioritetsgruppe II: Utfyllende helsetiltak

Prioritetsgruppe II vil inneholde:

1. screening,
2. utredning,
3. behandling,
4. habilitering og rehabilitering,
5. pleie og omsorg, som ikke er omfattet av prioritetsgruppe I og III.

Prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Det kan gis lav prioritet til:

1. Tilstander som pasienten kan ta ansvar for selv
2. Tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå
3. Tiltak som har liten forventet nytte, det vil si mindre enn 5 prosent økt sannsynlighet for 5-års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet
4. Tiltak med usikker medisinsk nytte, det vil si svak dokumentasjon
5. Tiltak som er for kostbare i forhold til nytten
6. Pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde for pasienten et 'normalt' fysisk og sosialt aktivitetsnivå

Prioritetsgruppe IV: Tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige

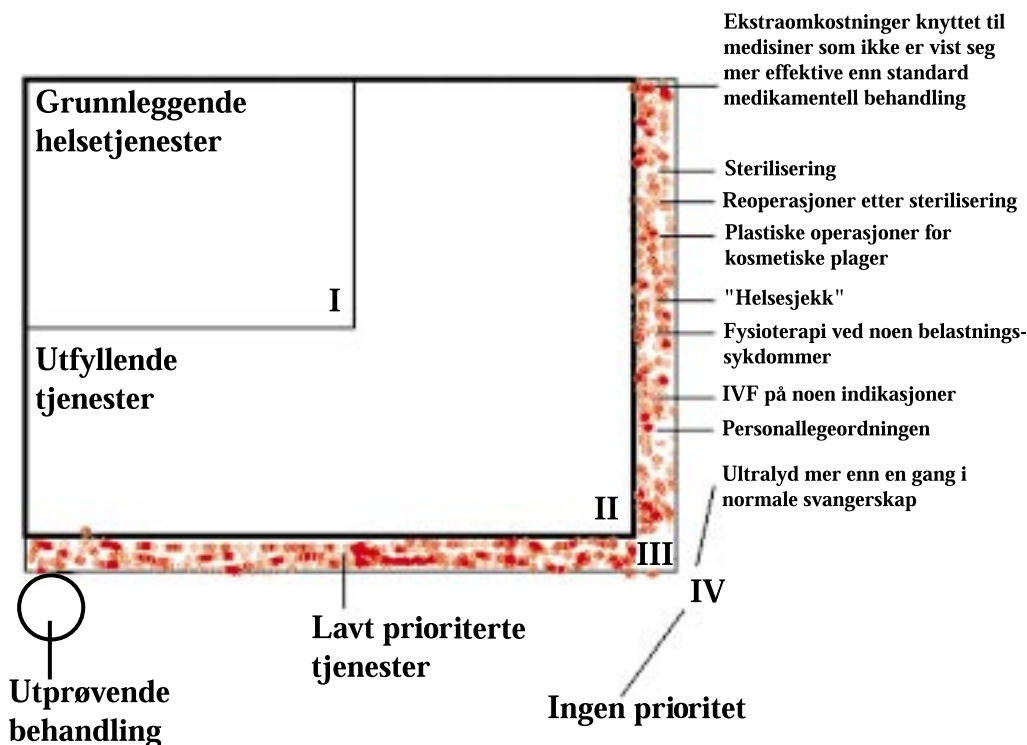
Tilbud som ikke skal ha prioritet i det offentlige helsetjenestetilbud er:

1. Tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter
2. Tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom
3. Tiltak med for høy risiko
4. Tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte
5. Tiltak som det vil være uetisk å utføre

Disse kriteriene inngår, sammen med hovedprinsippene om sykdommens alvorlighet, nytten av behandling og kostnadseffektiviteten, i prioriteringvurderingen av hver enkelt pasient. Hensikten med prioriteringsgruppene var aldri å fremstille en diagnoseliste, «...men å vise at inndeling av prioritetsgrupper må ta hensyn til grunnlidelsen, aktuelle tiltak, prognosetap og funksjonsnivå uten tiltaket og forventet nytte av tiltaket» (2). Morten Horn, overlege ved Oslo Universitetssykehus, skriver i en ytring på nrk.no høsten 2013:

«Pasienter er ikke like viktige, deres behov er ikke like presserende. Tvert imot er det, når enkeltpasienter stilles opp mot hverandre, ofte lett å velge (altså: prioritere) hvem som må

behandles først. Leger lærer seg dette raskt, og vi blir – som regel – drivende gode på det også» (13).



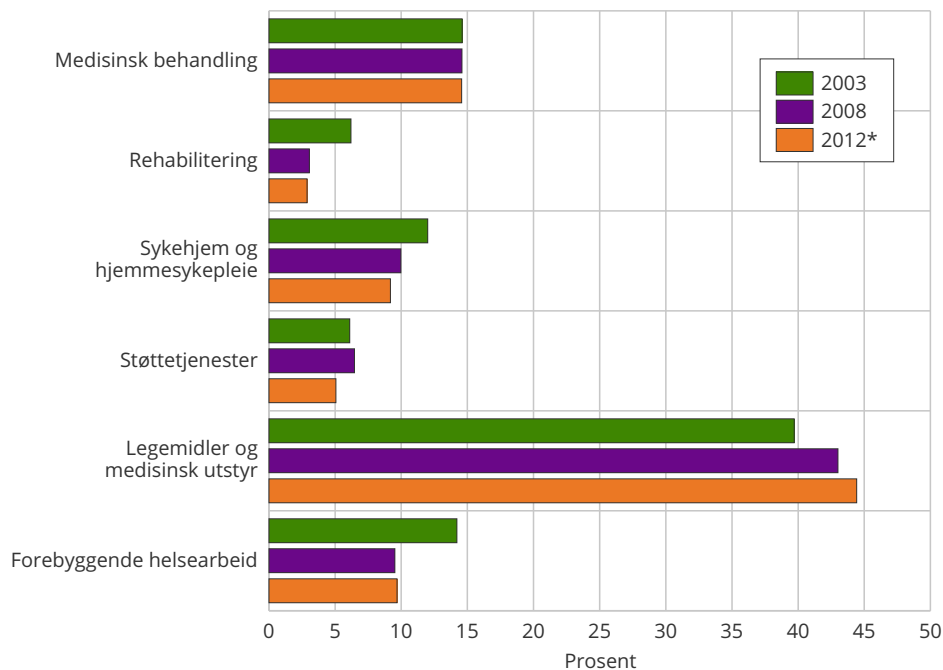
Figur 2: Forholdet mellom prioriteringsgruppene

Egenbetaling

NOU 1997:18 *Prioritering på ny* nevner svært lite om tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten kommenteres når det snakk om finansieringsløsninger, og det blir pekt på at størstedelen av tannhelsen finansieres ved egenbetaling. I en av hovedanbefalingene i forhold til refusjon og finansiering fremheves det at refusjonstakster og -forhold i helsetjenesten må evalueres og justeres i forhold til nasjonale prioriteringer, samt at delfinansiering kan spille inn på prioriteringer i helsesektoren (2). Vi vet at finansiering påvirker tilbud og etterspørsel av helsetjenester. Egenandeler «(...) tenderer til å påvirke helse og økonomi på en sosialt skjev måte. Personer med lav inntekt og personer som tilhører enkelte sosiale grupper, rammes mest negativt» (14). Ett av hovedformålene med egenandelsordningen er å dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester. Private forsikringer mot egenandeler kan føre til forskjeller i bruk av helsetjenester, og dermed forsterke de sosiale forskjellene (14).

Det har alltid vært innslag av egenbetaling i det norske helsevesenet, men ikke på alle områder. Forskjellene kan ha historiske årsaker, og dels skyldes de tilfeldigheter (2). Spesielt kan vi se dette innen tannhelsetjenesten, som i utgangspunktet har 100% egenbetaling for voksne. Med tanke på at

tannhelsetjenesten i hovedsak er organisert privat i et fritt marked, kan tannhelsetjenester - og andre helsetjenester i et privat marked - sees på som private goder som gjøres til gjenstand for regulær omsetning i et fritt marked (2). For hoveddelen av helsetjenester er det svært lave eller ingen egenbetaling. Hvor stor andel av de ulike tjenestene som det offentlige finansierer varierer (figur 3).



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3: Husholdningens finansieringsandel av ulike helsetjenester i prosent.

For medisinsk behandling, rehabilitering, sykehjem og hjemmesykepleie, støttetjenester og forebyggende helsearbeid har husholdningene mellom 3 og 15% egenbetaling. For legemidler og medisinsk utstyr utgjør egenbetalingen 45% av utgiftene. Av de totale helseutgiftene finansierer staten 85%. Denne andelen har holdt seg stabil de siste fem årene (7).

Som en hjelp til pasienter som har store helseutgifter, er det innført egenandelstak for hvor høye årlige utgifter den enkelte må betale. Over dette taket dekkes videre utgifter. Egenandelstak 1 gjelder for viktige legemidler, legehjelp, psykologhjelp og reiser som trygden betaler for (kr 2 105 i 2014). Egenandelstak 2 (kr 2 670 i 2014) gjelder for fysioterapi, enkelte former for tannsykdommer, opphold ved godkjente opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet i regi av Oslo universitetssykehus - Rikshospitalet HF. Dette frikortet må pasienten søke om selv. Egenandeler for behandling som ikke ligger under disse to bestemmelsene må betales fullt ut av pasientene (15).

Samhandling?

Samhandlingsreformen (innført 01.01.2012) har som mål å forebygge bedre og behandle tidligere med et økt fokus på et helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud. Målet er å fordele oppgaver

mellom de ulike helsetjenestene for å kunne nå et felles mål, samt gjennomføring av disse oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (16). Reformen har fått kritikk ettersom tannhelsetjenesten ikke er inkludert (17). Lov om folkehelse kom som en konkret konsekvens av reformen. Loven regulerer det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet og har som motto «helse i alt vi gjør» (18). Et viktig virkemiddel er at ansvaret for befolkningens helse er løftet fra helsetjenesten i kommunen direkte opp til kommunen. Fylkeskommunen og staten har også fått et større helhetlig ansvar. Tannhelsetjenesten er nevnt som en del av fylkeskommunenes ansvar. At tannhelsetjenesten ligger på et annet forvaltningsnivå enn resten av helsevesenet, kan være en av årsakene til at det har vært utfordringer med å integrere den i samhandlingen (17). Arbeidet med individuelle planer og satsing på mer pasientfokusert tjeneste bygger på grunnlaget om at vi trenger et helhetlig syn på mennesket fra alle helsetjenester som har med pasienten å gjøre (1).

Legeforeningen uttaler i sin høringsuttalelse om tannhelsetjenesten: «*En viktig forutsetning er at det etableres samhandling med helse- og sosialtjenesten slik at nødvendig tannbehandling inngår i det tilbud personer med langvarige og sammensatte behov mottar*» (19). Legeforeningen stiller seg positiv til en ordning med mer offentlig finansiering av tannhelsetjenester enn det vi har i dag, slik at økonomien ikke skal være et hinder for behandling.

DEL B: Hvordan og hvorfor prioriterer tannhelsetjenesten slik den gjør?

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesten har i en årrekke sørget for å gi barn og unge forebyggende og opplærende tiltak og er slik sett en modell for gratis forebygging og senere betalte kurative tjenester.

Tannhelsetjenesteloven (20) pålegger fylkeskommunen ansvar for

- a) Forvaltning: planlegging, utbygging og drift. Dette inkluderer samordning med privat tannhelsetjeneste.
- a) Tjenestetilbudet i fylket: Sørge for at tannhelsetilbud er tilgjengelig for alle som er i fylket, med vekt på forebyggende tiltak og prioriterte grupper.

Spesielt for tannhelsetjenesteloven:

- Forebygging skal prioriteres foran behandling.
- Den eneste loven som pålegger en del av den offentlige helsetjenesten å drive regelmessig og oppsøkende virksomhet; tannhelsetjenesten skal dekke et tannhelsefaglig definert behov framfor etterspørsel.
- Behandling skal prioriteres for definerte grupper - i prioritert rekkefølge:
 - a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
 - b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
 - c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
 - d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
 - e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Forvaltningsnivå

Forvaltningsnivå betegner det nivået i organisasjonen som skal iverksette og gjennomføre en lov.

Forvaltningsnivået har selvråderett innenfor de grensene som loven setter. I norsk forvaltning har vi hovednivåene stat, fylke og kommune. Tannhelsetjenesten er organisert på fylkesnivå.

Situasjonen før tannhelsetjenesteloven kom i 1984 var en delvis utbygd folketannrøkt og fortsatt skoletannlege i de sørlige fylkene. Med den nye loven ble det fylkeskommunalt forvaltningsnivå (med rammestyring og delegert ansvar). Tannhelsetjenesten ble en egen etat i fylkeskommunen, integrert i administrasjon og politisk system. Et av hovedargumentene for fylkeskommunen som forvaltningsnivået for tannhelsetjenesten var at fylkeskommunene er større geografiske enheter enn

kommunene. Dette har positiv betydning for økonomi, personellstyring, ressursutnytting og faglig utvikling (10).

Fylkeskommunene har mye frihet for hvordan de vil styre, men dette kan også gi uklarheter for eksempel i forhold til spesialister og tannlegevaktordninger. Tannhelsetjenesten er faglig sett nærmere spesialisthelsetjenesten enn primærhelsetjenesten, og i 1984 var også spesialisthelsetjenesten på fylkeskommunalt forvaltningsnivå. I 2003 gikk sykehus, barnevern og rusomsorg over fra et fylkeskommunalt nivå til statlige og regionale foretak: Helse Nord, -Midt, -Vest og -SørØst. Tannhelsetjenesten er nå eneste helsetjeneste igjen på fylkeskommunalt nivå.

Prioritering av grupper

En av de viktigste målsetninger innen helsepolitikken er at «(...) *alle skal kunne bli så friske som de etter sine forutsetninger har mulighet for*» (2). I tannhelsetjenesteloven er strategien for å oppnå dette at prioriteringer er gjort ut fra gruppeinndeling, hvor spesielle grupper får større fokus. Tannhelsetjenesteloven er spesiell sammenliknet med annen helselovgivning på det punktet at den prioriterer grupper, ikke etter diagnose eller alvorlighet av sykdom slik som resten av helsetjenesten. Fordi vi ikke har generell finansiering for alle, måtte det skilles ut noen grupper som det offentlige skulle ha overordnet ansvar for da loven ble laget. Gruppe a, b og c er valgt fordi det er grupper av mennesker som har behov for et aktivt regelmessig og oppsøkende tilbud (21). Et oppsøkende tilbud er riktig ut fra

- tannsykdommers spesielle karakter: de angriper alle, utvikler seg lagsomt, er oftest symptomfrie og irreversible og vil ikke oppdages av den enkelte før i et sent stadium.
- når man har problemer med å ta vare på egen tannhelse.
- når det er barrierer mot å etterspørre tannhelsetjenester.

Øverst på prioriteringslista er gruppe a (barn og ungdom). I løpet av oppveksten dannes grunnlaget for god tannhelse i et livsperspektiv. Helsestasjon og skolehelsetjenesten gjør en omfattende jobb i møte med småbarn, foreldre og skolebarn ved å informere om kosthold og generell helseoppfølging. Et godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helsestasjon/skolehelsetjenesten er viktig. Det forebyggende tannhelsearbeidet i barne- og ungdomsårene omfatter alle og er offentlig finansiert. Tannhelse er ulikt fordelt, og det oppsøkende elementet er spesielt viktig med tanke på barn og ungdom med dårlig tannhelse. Modellen med tidlig forebyggende innsats og senere behov for kurative tjenester kan være interessant i flere sammenhenger (1). Voksne, myndige mennesker ansees å kunne ta de helsemessige konsekvensene av valg de gjør i mye større grad enn barn og

unge, så elementet med oppsøkende offentlig tannhelsetjeneste er mindre viktig for denne delen av befolkningen.

Prioritering av behandling

At det er gruppe a-e som får prioritert tilbud om behandling er en førstehåndsprioritering på administrativt nivå. Hva slags behandling som prioriteres for enkeltpasientene, andrehåndsprioriteringer, er opp til tannlegens etiske og faglige vurderinger. Lov om tannhelsetjenesten vektlegger at Den offentlige tannhelsetjenesten skal sørge for nødvendig forebygging og behandling, hvorav forebyggingen er mest vektlagt. Statens Helsetilsyn formulerte i 1999 som mål for akseptabel oral helse:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen,
- har tilfredsstillende tyggefunksjon,
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene (22).

I 2011 kom veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling (23). Her er definert hvilke typer behandling som skal ha prioritet:

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

Veilederen vektlegger at forebygging skal prioriteret foran reparativ behandling. En detaljert tabell for behandlingen ved tannvekst og ved tanntap er å finne vedlagt til oppgaven.

Andre systemer for offentlig finansiering eller rett til tannhelsetjenester

Lov om folketrygd (§ 5 - 6; tannlegehjelp) gir bestemte grupper hel eller delvis refusjon for tannhelsetjenester. Det er 15 innslagspunkter per i dag som er definert i veilederen Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Folketrygdens ytelser til tannbehandling er begrenset i forhold til ytelser til annen medisinsk behandling.

Lov om sosiale tjenester kan dekke tannhelsetjenester for personer som på grunn av et rusmiddelproblem har mottatt tjenester etter Sosialtjenesteloven i tre måneder eller mer, og personer under legemiddel-assistert rehabilitering (LAR). Sosialtjenestelovens § 18 sier dessuten at de som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad. I følge § 19 kan stønad ytes også der vilkårene i §18 ikke er tilstede, der det trengs hjelp for å kunne overvinne en vanskelig livssituasjon. Tannbehandling kan inngå i dette.

Innsatte med opphold i fengsel over tre måneder har tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebyggelse og vanlig tannbehandling. Beboere i statlige mottak har rett til tannbehandling etter bestemte regler.

Tredjepartsfinansiering

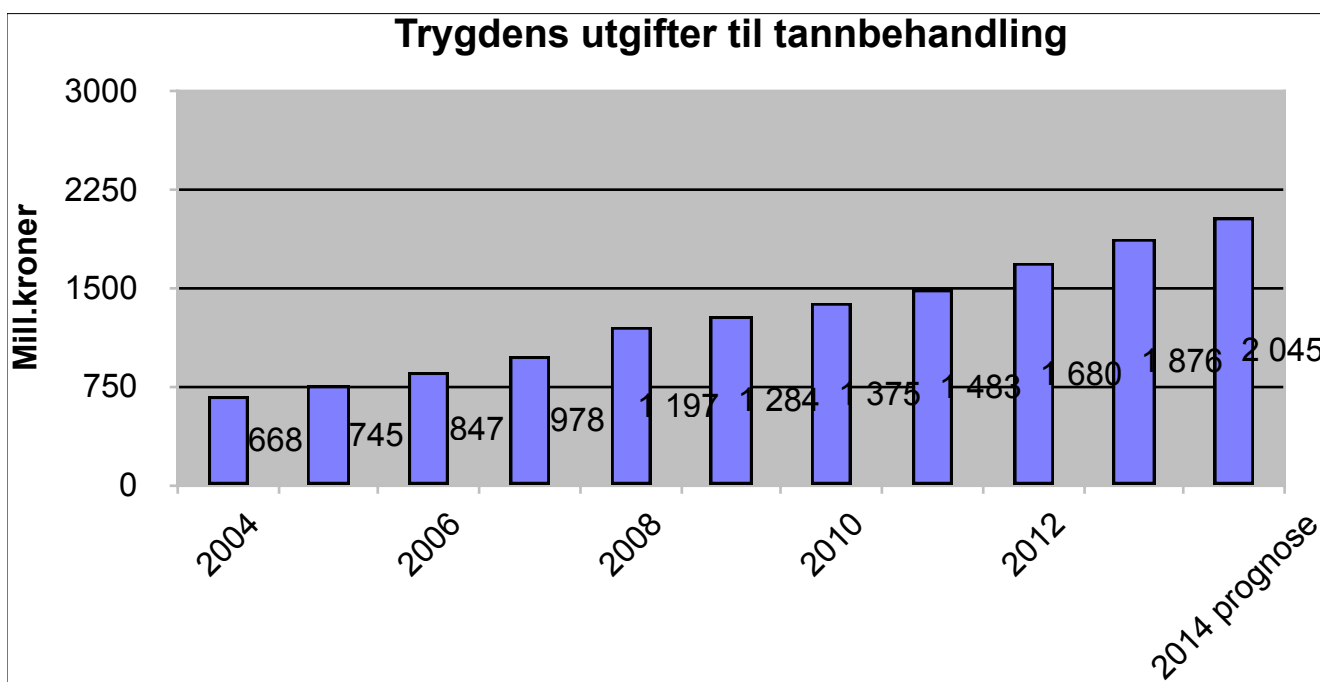
Dersom finansiering av behandling dekkes av forsikringsordninger eller trygdeytelser kalles det for tredjepartsfinansiering. Det er tre parter i oppgjøret: behandler (tannlegen), kunde (pasienten) og finansierende part (trygd eller forsikring). Tredjepartsfinansieringer krever detaljerte kriterier og krav til behandleren for å sikre kvaliteten på det som finansieres. Ordningene slik vi har det i dag er dekning etter takster satt av staten, enten etter honorar- eller refusjonstakst. Følgende tilstander gis det stønad til som spesifisert i Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling (24):

- 1) Sjelden medisinsk tilstand.
- 2) Leppe-kjeve-ganespalte.
- 3) Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig.
- 4) Infeksjonsforebyggende behandling ved særlige medisinske tilstander.
- 5) Sykdommer og anomalier i munn og kjeve.
- 6) Periodontitt.
- 7) Tannutviklingsforstyrrelser.
- 8) Bittanomalier.
- 9) Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon.
- 10) Hyposalivasjon.
- 11) Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer.
- 12) Tannskade ved godkjent yrkesskade
- 13) Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade.
- 14) Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne.
- 15) Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven.

Dersom det gis stønad etter refusjonstakst betaler pasienten også en egenandel. Tannleger og tannpleiere har fri prisfastsetting, så pasienten vil oftest også betale et mellomlegg. Egenandelene som pasientene betaler, kan for noen tannsykdommer gå inn under egenandelstak 2. Dette gjelder kun for

- sykdommer og anomalier i munn og kjeve
- undersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling
- behandling og rehabilitering av marginal periodontitt

Hvilke tann- og munnhulesykdommer som skal få støtte fra folketryden har blitt utvidet mer og mer de siste årene. Systemet er lettere å forstå seg på enn før, men fortsatt kronglete og komplisert (spesielt for pasientene). Som tredjepartsfinansierer har folketrygden strenge regler og krav for å unngå misbruk og overbehandling. Trygdens utgifter til tannbehandling har økt jevnt siden 2004. Dette er illustrert i figur 3 (25).



Figur 3: Trygdens utgifter til tannbehandling

Egenandeler

Totalkostnader (inkludert tannteknikk) for offentlig og privat tannhelsetjeneste i Norge var i 2012 14,5 milliarder kroner. Fylkeskommunen brutto utgifter i 2012 var på 2,94 milliarder (26).

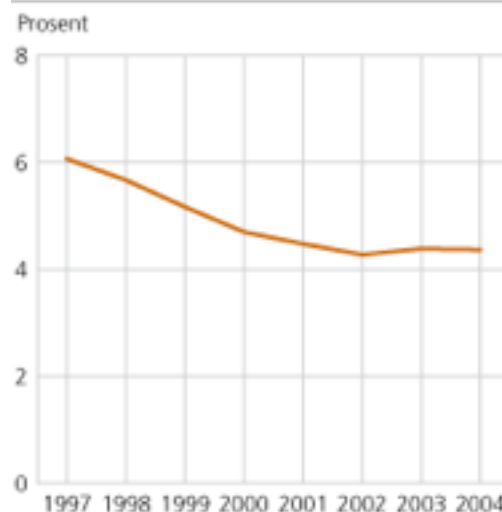
Folketrygdens bidrag til tannbehandling var samme år på 1,68 milliarder (25). Nordmenn betalte dette året altså totalt 9,88 milliarder av egen lommebok. I 2012 dekket staten 31% av totale tannhelseutgifter.

Figur 4 viser utviklingen i kostnader ved tannhelse i forhold til helse i perioden 1997-2004.

Tannhelsekostnadene som andel av totale helsekostnader falt fra 6% til 4,4% i perioden (27). Sammenliknet med tallene fra 2012, hvor statens andel til tannhelse utgjør 4,62 milliarder og alle helsetjenester totalt er 270 milliarder kroner, er andelen på 1,7%.

Utgifter til tannbehandling har ingen «tak» slik som for andre helseutgifter. Utgiftene kan lett bli store. Likevel er utgiftene til tannbehandling forholdsvis lave for flertallet. 65% betaler under 2000 kroner i året og kun 5,5% betaler over 10 000 årlig (28).

Figur 4. Tannhelsekostnader i prosent av helsekostnader generelt. 1997-2004



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Historisk bakgrunn for organisering og finansiering av tannhelsetjenesten

Norge er ett av svært få land i Europa uten generell offentlig eller privat forsikringsordning for tannhelsetjenester. Forklaringene til at det er slik er å finne knyttet til valg som ble tatt under utviklingen av velferdsstaten.

Tidlig på 1900-tallet ble det gjort politisk vedtak om en blandet (offentlig og privat) tannhelsetjeneste. Sykeforsikringsloven av 1909 ble revidert i 1914. Her hadde det vært med en paragraf om at ekstraksjoner ble dekket ved smerte eller betennelse (men ikke dersom det var for å sette inn kunstige tenner) (29). Denne paragrafen hadde ført til at mange tenner som kunne vært reddet på andre måter, ble trukket. Stortingets utvidede sosialkomite drøftet ordningen, og «(...) *mindretallet var i tvil om tannsykdommer, tannpine og tannbehandling egentlig var slike behandlinger som en sykeforsikring var ment for*» (21). Behandling av smerte og infeksjon var legenes domene, reparative løsninger med tannerstatninger ble sett på som tannlegearbeid (29). Å finansiere reparativ behandling ble sett på som en løsning som ville overstige alle økonomiske evner for en sykekasse, og muligens også funksjon. Fra første stund var behandling av sykdom for trygdens regning forbeholdt leger.

På samme tid var også skoletannpleien oppe til diskusjon. En komité opprettet av tannlegeforeningen la vekt på at det var mer gunstig i et folkehelseperspektiv å ha systematisk og god forebygging og behandling av skolebarn. Ved at pengene spart på stønader ble brukt til

oprettelsen av skoletannpleien, fikk en også den gunstige effekten at tannlegene ble spredt ut over hele landet. NTFs rolle i denne saken ble viktig. Allerede så tidlig som i 1914 ble det viktig for tannlegene med fritt tannlegevalg og frie priser. Tanken om at tannlegevesenet ville bli hovedsaklig offentlig virket avskrekkende og var med på at NTF fremmet at alle bestemmelser om tannbehandling måtte tas ut av sykeforsikringsloven (29). Holst skriver i sin artikkel «Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år?»: «*Det er grunn til å anta at tannlegeforeningen oppfattet syketrygdens kobling til det offentlige legevesen som en potensiell trussel mot den nye profesjonens autonomi*» (29). Det er usikkert hva diskusjonen rundt organiseringen av legevesenet, som pågikk på samme tid, hadde å si for NTFs vurderinger. Det er lett å få inntrykk av at dette var et definert valg mellom skoletannpleie eller generell finansiert tannbehandling for alle. Holst peker imidlertid på at det ble, som mange andre løsninger i perioden, en kombinasjon. I prinsippet har NTF alltid ment at tannpleien hører inne under trygden, men til sin tid (29).

Voksnes behandling forble egenfinansiert og hovedsaklig privat. Allerede så tidlig som dette ser vi konturene av det systemet vi har i dag, hvor tannhelsetjensten er delt i to: En del med offentlig lovforankret og planbasert tannhelsetjeneste for barn og andre prioriterte grupper finansiert av det offentlige, og del to med en markedsbasert modell for voksne der finansieringen baseres nesten utelukkende på egenbetaling.

Sosialpolitisk skjedde det mye i perioden 1885-1920, og barns levekår fikk mye fokus (29). Som første sted i Norge fikk Drammen skoletannpleie i 1910. I 1917 kom vedtak om offentlig finansiering av kommunal skoletannpleie. Skoletannpleien skulle sørge for systematisk og oppøkende behandling for skolebarna. Bestemmelsen lå under Lov om skolen.

Loven om folketannrøkt (1949) var en statsstyrt videreutbygging for av avløse skoletannpleien. Loven sikret alle barn mellom 6 og 18 år gratis behandling. Forvaltningen skulle høre under fylkeskommunen, delt inn i tannrøkt-distrikter som besto av en eller flere kommuner. Overordnet sto fylkestannlegen med tilsynsansvar. Loven prioriterte barna. De voksne fulgte i andre rekke og kunne få behandling mot betaling. Komiteen som jobbet med forberedelsene til denne loven, hadde følgende som viktigste formål med den folketannrøkt som de ønsket seg (en slags parallell til det offentlige legevesenet)(21):

- *spredningen av tannleger skulle sikres ved en distriktstannlege*
- *en aldersbestemt barne- og ungdomstannpleie utvidet til 18 år*
- *sterkere statlig finansiering, 60% av alle lønnsutgifter*

- i alle distrikter en viss behandlingsmulighet for voksne til rimelige priser fastsatt av departementet.

Spesielt det siste punktet ble sett på som en erstatter for utvidet bruk av trygdemidler (21). Komiteen drøftet også tannhelsetjenestens forhold til sykestrygden, men unnlot å komme med forslag. Begrunnelsen var bl.a. «(...) at i legehjelpen betaler de friske for de syke, mens tannbehandling trenger alle» (21). Det er usikkert om det alternativt ville blitt en omfattende trygdefinansiert løsning dersom en offentlige tannhelsetjenesten ikke hadde blitt valgt. Erfaringene fra utlandet med generell finansiering var ikke bare gode. Viktigheten av å spre tannlegene slik at alle barn hadde tilgang til en tannlege ble vektlagt mer enn å gi hele befolkningen støtte til tannbehandling (29).

Hovedutfordringen etter krigen var rekrutteringen av tannleger til distriktene. Løsningen ble beordringsloven (virksom i årene 1955-1973) hvor tannlegestudentene etter endt utdanning måtte forplikte seg til to års tjeneste i offentlig tannrøkt etter Sosialdepartementets bestemmelse (30). En viktig forutsetning for utvidelse av trygdeordninger, spesielt til en generell ordning, er god spredning av personell. Økt tredjepartsfinansiering vil gi økt etterspørsel, gjøre det lettere å etablere seg i byene og følgende vanskeligere å få personell til distriktene. Generell trygdefinansiering er av denne grunn anti-distriktpolitikk. Så lenge den offentlige tannhelsetjenesten slet med personellproblemer, har generell trygdefinansiering vært en umulig løsning (21).

Utbyggingen av folketannrøkta ble innført gradvis (fra nord til sør) og tok lenger tid enn planlagt (fra starten i 1949 til 1983 var det kun 7 fylker med total innføring, delvis i 8 fylker og ikke i det hele tatt i 4 fylker). At det tok så lang tid, førte også til at nye reformer underveis var uaktuelt. «For å sikre befolkningen en lik tilgang på tjenester skulle folketannrøkta bygges ut uten den konkurransen om arbeidskraften som trygd til alminnelig tannbehandling ville ha skapt» (29). Ved ny lov om tannhelsetjeneste i 1984 ble veivalgene fra 1915 og 1949 videreført, og generelle trygdeordninger var ikke det alternativet som ble valgt. Lov om tannhelsetjenesten avløste den tidligere Folketannrøkta og skoletannpleien. Vi fikk nå en mer strukturert og bestemt lov med vekt på et regelmessig og oppsøkende tilbud til prioriterte grupper. Dessuten var det et tydelig fokus på forebygging foran behandling.

I 1984 vedtok NTFs representantskap som prinsipp at «(...) orale lidelser må betraktes som andre sykdommer, og at foreningen vil søke å fremme krav om innføring av refusjonsordninger for voksenbehandling» (31). Dette skulle gjøres ved trinnvis innføring av utvidet refusjon, prioritert for sosialt- og økonomisk vanskeligstilte grupper.

Bjørn Ellingsæters rapport om *Tannhelsetjenesten i Norge* kom i 1992. Rapporten er omtalt som «(...) et basisdokument for videre diskusjoner om tannhelsetjenestens framtid» (31) og inneholder en bred beskrivelse av tannhelsetjenesten og mange forslag for forbedringer i framtiden. Stort sett gikk anbefalingene ut på å bevare det vi har, og å jobbe for en prøveordning for refusjon til voksne med svært høye tannhelseutgifter.

Fri prisfastsetting ble tillatt for private tannleger i 1995, og for fylkeskommunene i 2001.

På slutten av 90-tallet kom saken igjen på dagsorden, og det ble økning av trygdestøtte til tannbehandling for kreftsyke, pasienter med sjeldne sykdommer og for behandling av periodontitt.

I 2002 gikk NTF bort fra sin visjon om likestilling mellom tannbehandling og annen medisinsk behandling. Bakgrunnen for denne endringen var at det, som ønsket, ble stadig mer trygdefusjon til de som trengte det mest, samt bekymring for de private tannlegenes frie stilling. En generell trygdeordning med tredjepartsfinansiering vil stille krav - også til de private tannlegene (31).

Privatpraktiserende tannleger har alltid hatt en fri stilling uavhengig av staten og er verken vant til eller ønsker kontroll av staten. Slik kommer det fram i NTFs jubileumbok fra 2009:

«Protokollene fra hovedstyrets møter tyder på en viss skepsis og bekymring for at økt trygdefusjon kunne true den private praksisens frie stilling. Dette fremgår også av saksfremlegget til representantskapet der det blant annet står: «Økt trygdefinansiering av tannbehandling kan på et eller annet tidspunkt føre til at myndighetene vil stille nye krav til de privatpraktiserende tannlegene, noe som kan gå på bekostning av den tradisjonelt frie stillingen yrkesutøverne er vant til.»» (31)

Vedtaket som da ble besluttet hadde som prinsipielt viktig innhold at NTF ikke lenger ville gå inn for at tannbehandling skulle likestilles økonomisk med annen medisinsk behandling (31). NTF har siden 2002 hatt følgende grunnleggende syn og rettesnor:

- Tannhelsen i Norge er god generelt sett
- Tannhelsetjenesten både i offentlig og privat sektor fungerer godt. Det er ikke grunn til å gjøre større endringer, men å rette opp de skjevheter som fortsatt består.
- Skal offentlig finansiering økes, så ikke i form av universelle ordninger, men ved å gi mer til de som trenger det mest.
- Det er svært lite ønskelig med reguleringstiltak i form av prisregulering eller etableringskontroll (32).

I 2005 kom utredningen NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* (33). Utvalget fremhevet fem hovedutfordringer:

1. Et regionalt fordelingsproblem.
2. Et sosialt fordelingsproblem.
3. Mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester.
4. Bedre samarbeid mellom offentlig og privat sektor.
5. Mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Utredningen ble fulgt av en stortingsmelning i 2007: St.meld nr 35: *Framtidas tannhelsetjenester* (34). Regjeringen ønsket å løse utfordringene med følgende fokus, mål og strategier:

FOKUS: en geografisk utjevningsreform, en sosial utjevningsreform, et kunnskaps- og kompetanseløft og et løft i folkehelsearbeidet.

MÅL: sosial ulikhet.

STRATEGIER:

1. God tannhelse er god folkehelse - økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid - *Integrere tannhelse i relevante strategier og handlingsplaner mv.*
2. Nye rettigheter til dem som trenger det mest - *Oppsøkende tilbud er det som best fremmer likeverdighet i tilbud og tilgjengelighet. Regjeringen vil komme tilbake til nye grupper som også skal inkluderes i det oppsøkende tilbudet.*
3. Likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester
4. Effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger
5. Skjerming av utgifter for de som trenger det mest - *Mål om sosial utjevning i tannhelse krever tiltak rettet mot de som trenger det mest. Gjennomgang av egenandelsordninger.*
6. Styrking av forbrukerrettigheter og god prispolitikk
7. En styrket regional tannhelsetjeneste - *I tillegg til dagens sørge-for ansvar (hvor fylkeskommunen skal sørge for at det er tilgjengelige tannhelsetjenester for alle i fylket (Lov om tannhelsetjenesten §1-1), vil regjeringen innføre et følge-med ansvar for fylkeskommunen, det vil si at de skal følge med på tannhelsetilstanden og tannhelseutviklingen i befolkningen (34).*
8. Økt kunnskap og bedre kvalitet - *forskning og fagutvikling.*

Siden 2007 har arbeidet med en ny tannhelselov vært i gang. Den forrige loven tok det 20 år å utarbeide, så at det drøyer for en ny lov er kanskje ikke uventet. Heldigvis skjer det endringer i utvidelse av hvilke grupper som får støtte til tannbehandling. Dette er små skritt i riktig retning for å utjevne ulikhetene.

Høsten 2013 fikk Norge for første gang siden 1983 en blå flertallsregjering. Denne regjeringen ønsker å videreføre tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten, men vurderer også å utvide tilbudet til andre grupper med store tannhelseproblemer. Den private delen av tannhelsetjenesten er ikke

direkte omtalt, noe som kan tolkes til at regjeringen ikke ser behov for større strukturelle endringer (28). Likevel er det verd å merke seg at fylkeskommunen kan gå tider med store endringer i møte, noe som også vil få konsekvenser for organiseringen av Den offentlige tannhelsetjenesten.

Regjeringen vil innføre skjermingsordninger for personer med lave inntekter og høye behandlingsutgifter (35). Fra budsjettet kan en se at regjeringen ønsker å sette fokus på tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi. Det er innført ny stønadsordning for tannløse (behandling med implantatfestede helproteser i underkjeven og ny hel- eller delprotese i overkjeven ved behov). Munntørre pasienter, personer med medisinske sykdommer eller lidelser og de som har store tannhelseproblemer, får økt støtte (36).

NTF er i dag offensive på å vektelegge at en utvidelse av folketrygdordningen må være selektiv, slik at trygdefinansiering gir mulighet til å stimulere den type tannhelsetjenester som ut fra et helsepolitisk perspektiv er ønskelig, men for lite etterspurt. Tannhelsen i Norge er blant verdens beste, likevel er det en andel som faller utenfor. *«I stedet for generelle stønadsordninger, som vil ha en høy kostnad uten nødvendigvis å føre til bedre tannhelse i befolkningen, har NTF arbeidet for «Mer til dem som trenger det mest»»* (28).

DEL C: Hvordan prioriterer tannhelsetjenesten i Norden?

Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Europa

Tannhelsetjenesten innen EU kan deles i to hovedkategorier med undergrupper (33):

- 1) Nasjonal helseservice (National Health Service):
 - a) Kategoribundne ytelser: Ytelser rettet mot utvalgte befolkningsgrupper. Dette systemet finnes i Norge, Danmark og Island i tillegg til Kypros, Irland, Malta og Spania.
 - b) Universelle ytelser: Ytelsene er tilgjengelig for alle borgere, men med ulik tilgjengelighet i praksis av behandlingstilbudet (geografi, økonomi). Dette systemet finnes i Finland og Sverige i tillegg til Hellas, Italia og Storbritannia
- 2) Sosialforsikringstypen: Pliktmessige forsikringsordninger hvor pasientene betaler egenandeler i tillegg til ytelser fra sykekassene. Forsikringene er ofte av typen bredere helseforsikringer, noe som reflekterer en videre helsepolitisk tradisjon enn den vi har i Norge. Tannhelsetjenesten er ofte inkludert i generelle helseforsikringer.
 - a) Med inntektstak: Tilgangskriterier knyttet til pasientens inntekt. Tyskland og Nederland.
 - b) Uten inntektstak: Tilgangskriterier knyttet til om en tilhører spesifiserte grupper. Finnes i resten av Europa og omfatter stort sett alle landene i øst-Europa i tillegg til Frankrike, Belgia, Luxemburg, Sveits og Portugal.

Alle landene i Norden har NHS-system, men noe ulikt om det er kategoribundne eller universelle ytelser. Hvilke grupper som har rett til behandling samt finansiering er ulikt fra land til land. I Sverige og Finland er den offentlige tannhelsetjenesten tilgjengelige for alle som vil bruke slike tjenester, men ressursmangel kan iblant gi lokale problem med lenger ventetid, noe som fører til at pasientene velger å benytte seg av privat sektor i stedet.

Under følger en gjennomgang av tannhelsetjenesten i Norden, med utgangspunkt i spørsmålene:

- Finnes det en offentlig tannhelsetjeneste i landet og hvem får behandling der?
- Hvordan finansieres offentlig og privat tannhelsetjeneste?
- Får pasienter som behandles privat refundert noe av utgiftene, hvis ja; hvem?

Danmark

Danmark har 5,5 millioner innbyggere. Landet er inndelt i fem regioner, som igjen er delt i 98 storkommuner. Regionene har hovedansvar for å organisere helse- og sosialvesenet. Kommunene har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten (37).

Organisering: Offentlig og privat sektor.

Prioriterte grupper: Barn i alder 0-17 år som bor i kommunen har rett til gratis behandling i det offentlige. De kan velge å benytte seg av privat sektor, men må da betale en egenandel på 35%. Det som dekkes er: individuell og generell oral forebygging, jevnlig undersøkelser, nødvendig behandling og kjeveortopedi etter definerte kriterier. Barn får også gratis spesialistbehandling. Funksjonshemmede, personer med lav økonomisk status og pensjonister kan få gratis eller subsidierte tjenester. Hjemløse og rusmiddelbrukere har også tilgang til gratis tjenester.

Det finnes et offentlig tilbud for voksne med redusert mobilitet eller fysisisk eller psykologisk funksjonell kapasitet. Mentalt syke og handicappede får dekket spesialistbehandling, men betaler egenandel. Pasienter med Sjøgrens syndrom eller oral cancer får subsidiert utgiftene.

Finansiering: Det offentlige finansieres gjennom et generelt skattesystem. Ca 25% av voksne har privat helseforsikring som også i noen grad inkluderer tannhelsetjenester. Danmark har en generell ordning (Tandlægeoverenskomsten) for alle voksne med delvis refusjon for behandling som omhandler forebygging og basic oral health care. Refusjonen fra Tandlægeoverenskomsten varierer fra 30-65% etter alder og behandling. For protetik og implantater er det full egenbetaling. Forholdet mellom tilskudd og egenbetaling er 20:80 (38, 39).

Finland

Finland har en befolkning på 5,4 millioner. Landet er delt inn i 336 kommuner. Kommunene er samlet i 70 økonomiske regioner som gjør det mulig for kommunene å samarbeide om næringspolitikk og kommunale tjenester. Den øverste inndelingen er i 19 landskap (37).

Organisering: Finland er et land med mye desentralisert bebyggelse. Den offentlige tannhelsetjenesten er lokalisert på Helsesentere drevet av kommunen, evt i samarbeid med nabokommuner. På Helsesentrene har befolkningen tilgang til helsetjenester, inkludert offentlig tannhelsetjeneste. Det finnes også privat tannhelsetjeneste.

Prioriterte grupper: Barn i alder 0-17 år får gratis undersøkelse og nødvendig behandling, inkludert nødvendig kjeveortopedi eller annen spesialistbehandling. Den offentlige tannhelsetjenesten skal også sørge for akutt-tjenester for hele befolkningen. Siden 2002 har hele befolkningen hatt lovfestet rett til odontologisk behandling med mulighet til å benytte seg av offentlig tannhelsetjeneste. Rundt en tredjedel av de voksne benytter seg av private tjenester og rundt halvparten av offentlige. Den private sektoren har recall på pasientene hvert eller annen hvert år. Offentlig sektor har ikke noe recallsystem på grunn av manglende ressurser og derfor blir behandlingen mer uregelmessig (40).

Finansiering: Offentlig tannhelsetjeneste finansieres ved en kombinasjon av skatt og pasientbetaling. Takstene er fastsatt av sentrale myndigheter. Finland har en nasjonal

helseforsikring, KELA, som dekker deler av utgiftene ved tannbehandling. Ved offentlig behandling betaler pasientene gjennomsnittlig 23% av utgiftene, ved privat behandling (fri prisfastsetting) ca 68%. Kostnader ved protetisk behandling dekkes ikke av KELA (38, 41).

Island

Island er et land med 320 000 innbyggere delt inn i 79 kommuner (37).

Organisering: Island har ingen offentlig tannhelsetjeneste, kun privatpraktiserende.

Prioriterte grupper: Tidligere fantes det en kontrakt mellom tannlegene og staten hvor 3, 6 og 12 åringer kan fikk grunnleggende behandling gratis. Siden 1998 har det ikke foreligget noen slik kontrakt.

Finansiering: Barn opp til 18 år, pensjonister over 67 år og funksjonshemmede får, via Islandsk Helseforsikring, refundert 75% av kostnadene (unntak er gullkroner, broer og kjeveortopedi) etter en takst staten har satt. Tannlegens takst er ofte 75% høyere enn statens takst, mellomlegget blir derofr stort. Helsett og partielle proteser dekkes, men ikke fast protetik. Implantat for dekkprotese dekkes delvis. Dekning av tannhelsetjenester er ikke mulig for resten av populasjonen. Det finnes ingen privat tannhelseforsikring. I motsetning til andre helsetjenester må islendingene selv betale for tannhelsetjenester, noe likt systemet vi har i Norge (38, 42).

Norge

Norge har 5,09 millioner innbyggere. Landet er delt inn i 19 fylker, som igjen er inndelt i 428 kommuner. Helsevesenet deler Norge i fire helseregioner (37).

Organisering: Offentlig tannhelsetjeneste er på fylkesnivå. 3/4 av tannleger arbeider privat. I 2012 behandlet Den offentlige tannhelsetjenesten 20% av Norges befolkning (43).

Prioriterte grupper: Offentlige klinkker behandler gratis grupper av befolkningen definert ut fra Lov om tannhelsetjeneste §3 (barn 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre i institusjon og som får hjemmesykepleie). All forebygging og behandling (utenom kjeveortopedi) er gratis for disse gruppene. 19-20 åringer har rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten, men må betale en egenandel på 25%.

Finansiering: Den offentlige tannhelsetjenesten finansieres av fylkeskommunene (staten). HELFO (nasjonal sykeforsikringskasse) dekker noe eller alt (etter statens takster) for spesielle orale sykdommer eller generelle sykdommer som kan påvirke oral helse (24). Personer med svært lav inntekt kan søke om støtte til tannbehandling fra NAV. Kjeveortopedi, kirurgi og behandling- og rehabilitering av periodontitt utgjør tilsammen 80% av trygdens utgifter til tannbehandling. Resten av befolkningen betaler av egen lomme. Det norske trygdesystemet er primært rettet mot å gi støtte til de sykdommer som gir et stort behandlingsbehov (38, 39, 41).

Sverige

Sverige har 9,07 millioner innbyggere og er delt inn i 290 kommuner som er samlet i 21 fylker (37).

Organisering: Det juridiske ansvaret både for privat og offentlig tannpleie ligger på fylkesnivå.

Fylkeskommunen har ansvaret for gjennomføringen av offentlig tannhelsetjeneste.

Prioriterte grupper: Gratis offentlig tannhelsetjeneste for barn 0-19 år. Barn har lov til å bruke private tannleger, fylket betaler for dette til de private tannlegene. De fleste spesialister er i den offentlige tannhelsetjenesten. Voksne har rett til å benytte seg av den offentlige tannhelsetjenesten når det er ressurser til dette. For langtidssyke, personer med spesielle sykdommer og de med særlig behov finnes det ordninger for organisering og finansiering av tannhelsetjenester.

Finansiering: Lokal skatt finansierer barnetannpleien. Voksne og eldre kan få subsidierte ytelser enten de går offentlig eller privat. Nasjonal helseforsikring (Tandvårdsreformen fra 1974) som dekker hele befolkningen fra 20 år og eldre. Hovedelementene er 1) en undersøkelse og 2) 100% egenbetaling av regninger opp til 3000 SEK. En «sjekk» som er ment å stimulere til regelmessig bruk av tannhelsetjenester tildeles årlig. Etter ønske kan pasienten samle opp maksimalt to sjekker. Verdien av sjekken er 150 SEK for aldersgruppen 30-74 år og 300 SEK for gruppen 20-29 og 75 år og eldre. Fra 3000 SEK til 15 000 SEK refunderes 50% av utgiftene, og fra 15 000 SEK og oppover refunderes 85%. Tannleger i Sverige har fri prisfastsetting (38, 39, 41).

Sammenlikning av organiseringen i Norden

Tabell 1: Populasjonsgrupper som har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten

	Aldersgrupper med gratis behandling	Voksne som kan bruke den offentlige tannhelsetjenesten
Danmark	0-18	eldre i institusjon og avhengig av hjemmehjelp
Finland	0-17	fritt valg mellom offentlig og privat behandling fra 2002
Island	-	-
Norge	0-18	psykisk utviklingshemmede og eldre i institusjon eller som får hjemmesykepleie har gratis behandling. 19-20 åringer har 75% reduksjon, befolkning i distriktene har tilgang med må betale 100%
Sverige	0-19	fritt valg mellom offentlig og privat behandling. De fleste spesialister er offentlig ansatt

Tabellen er hentet fra (44)

Et felles kjennetegn for de nordiske landene er mye spredt bosetning over et relativt stort geografisk område. Løsningen for å møte målet om tilgjengelige tannhelsetjenester for alle har vært en

offentlig tannhelsetjeneste som dekker også spredtbygde strøk. I praksis er de nordiske tannhelsesystemene en miks av offentlige tjenester, offentlig støttet privat sektor og private tjenester. Rollen til den offentlige tannhelsetjenesten er større i Sverige og Finland enn i Norge og Danmark, og aller minst i Island, hvor den ikke er tilstede i det hele tatt. Kostnadmessig er privat sektor dyrere i alle landene. I alle de nordiske landene blir behandling som krever innleggelse på sykehus dekket fullt ut av staten.

Tabell 2: Hva som er subsidiert privat tannbehandling og hvem som kan benytte seg av disse.

	Skattefinansiert helseforsikrings-system	Hvilke grupper dekkes	Behandling dekket
Danmark	ja	alle voksne	grunnleggende behandling
Finland	ja	alle voksne	grunnleggende behandling
Island	begrenset	0-18 år, langtidssyke, 67år+ og spesielle grupper	grunnleggende behandling, inkludert protetikkk for de eldre
Norge	begrenset	spesielle grupper	spesielle diagnoser, se Det gule heftet
Sverige	ja	alle voksne	grunnleggende behandling, protetikkk og kjeveortopedi innenfor høykostnads grensen

Tabellen er hentet fra (44)

Grunnleggende behandling = ingen protetikkk eller kj.ort

Sverige: for 65+ dekkes 100% av kostnadene over 850 EUR også for protetikkk og implanater.

Norge og Island har begrenset statlig støtte for spesielle grupper til forskjell fra resten av landene i Norden. Tannhelsen er ikke like god i de nordiske landene. Danske barn har mye bedre tannhelse enn barn i Norge, og av alle landene Norge og Island dårligst ut for barnas tannhelse. Blandt voksne scorer Sverige høyest, mens i Finland har de eldre veldig dårlig tannhelse. Der har den yngre generasjon som lenge har hatt tilgang til offentlige tjenester bedre tannhelse (45).

Diskusjon

Det generelle helsevesenet prioriterer etter prioriteringsgruppene i NOU 1997:18 *Prioritering på ny*. Inndelingen er en veiledning for prioritering på andrehåndsnivå, og krever at hver enkelt diagnose og behandling sees separat for hvilken prioriteringsgruppe den skal i. Tannhelsetjenestens prioriteringsgrupper (a-e) er bestemt på et førstehåndsnivå, og andrehåndsprioriteringene er definert i veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* (23). Dersom tannhelsetjenesten ikke hadde prioriterte grupper å forholde seg til, men fulgte de samme retningslinjene som i resten av helsevesenet, ville prioriteringen av hvem som skulle ha rett til behandling kanskje sett nærmere slik ut:

1. Grunnleggende helsetjenester

A. Risiko for å dø: akutte infeksjoner, abseccer, spesielt hos syke. Eldre må ha prioritet.

B. Nedsatt funksjon og sterke smerter: Proteser til folk som har vanskelig for å spise og tale. Behandling av smerte som hindrer folk i å gå på jobb.

C. Jevnlig oppsøkende tjenester til folk med visse almennsykdommer.

2. Utfyllende helsetiltak: Screening er mindre viktig, men innen tannhelsetjenesten burde alle ha rett til det (billig, vanskelig å oppdage karies selv, langsomt utviklende), behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Barnetannlegen og profylakse kunne tilhøre skolehelsetjenesten, organisert på samme nivå. Tett samarbeid med helsesøster.

3. Lavt prioritert/ikke gjøre: Kjeveortopedi (estetisk), hovedsaklig estetisk behandling, bleking o.l.

En slik ordning ville kommet de med alvorlige tilstander til glede og nytte samtidig som forebygging for barn og andre spesielle grupper ville bli tilvaretatt. Det ville være en dreining fra å prioritere forhåndsbestemte grupper til å se kun på medisinske og dentale indikasjoner.

Samhandling og forvaltningsnivå

En av dagens utfordringer er hvordan vi effektiviserer tannhelsetjenesten når stadig flere er kariesfrie og ikke har behov for behandling. Sammen med utdanning av flere tannpleiere, vil det også være nødvendig med ennå tettere samarbeid med andre som har kontakt med barn og ungdom. Tannhelsetjenesten må integreres tettere opp mot helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det sier seg selv at det krever samarbeid og samhandling for å få til dette. Strukturelle hindringer i organisering og holdninger om at tannhelsetjenesten er ulik fra resten av helsevesenet, er to ulike men viktige områder å få satt i gang endringer i. Slik systemet er i dag, med primærhelsetjeneste på kommunenivå og spesialisthelsetjenesten på regionalt nivå, er tannhelsetjenesten eneste helsetjeneste på fylkeskommunalt nivå. At tannhelsetjenesten er på et eget nivå, i tillegg til at

hoveddelen av behandlerne er privatpraktiserende, er sterkt medvirkende til at tannhelse blir uteglemt når det diskuteres samhandling på tvers av de ulike helsetjenestene hevder NTF (17). Dette er trist, spesielt med tanke på hvor viktig og utfordrende det er med god tannhelse hos syke, eldre og de med ulike funksjonsnedsettelse.

Helhetlig tenking

Viktigheten av et helhetlig menneskesyn er de siste årene blitt mer og mer fokus for all pasientbehandling. Kroppen henger sammen med psyke og mentalitet, og kroppen henger sammen med seg selv. Det er ikke vanskelig å forstå at tilstanden i munnen har betydning for hele kroppen. Næringsopptak og fordøyelse er åpenbare faktorer. Estetiske og sosiale dimensjoner er også viktige. Samfunnet har lett for å latterliggjøre individer som er tannløse. Vi vet i dag at periodontitt har negative innvirkninger på hjerte-kar sykdommer og diabetes. Det er svært mange medikamenter med munntørrehet som bivirkning, og med dette ikke bare raskt progredierende karies, men også smaksendringer og problemer med både å tygge og snakke. Mange av de som rammes av munntørrehet opplever senket livskvalitet. Alle de andre delene av kroppen (med unntak av svakt syn, av en eller annen grunn må vi også betale selv for optikertjenester) ser vi på som en selvfølge at er en del av helsesystemet.

Tennene er i all hovedsak en del av kroppen. Utfordringen ligger i å få helhetssynet integrert oppover og nedover i systemet. Det prinsipielle og verdiene rundt samhandling mellom de ulike områdene av helsetjenesten er på plass, men hvordan det skal organiseres rent praktisk er fullt av utfordringer. Folkehelse er et begrep vi kommer til å høre mer og mer om i årene som kommer. Ettersom tannhelsepersonell for mange er den eneste helsearbeideren de treffer i løpet av året, vil vår rolle i folkehelseperspektiv også bli større. Vi sitter på kunnskap og en kjempegod mulighet til å være en nøkkelfaktor i forebygging av sykdom og oppfordring til god helse. Sammen med resten av helsevesenet kan vi, slik FN og WHO oppfordrer til, møte vår tids store helseutfordring med de ikke-smittsomme sykdommene (tidligere livsstilssykdommer) hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, respirasjonssykdom og oral sykdom¹. De ikke-smittsomme sykdommene har felles risikofaktorer: bruk av tobakk, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og skadelig bruk av alkohol. Samhandling og helhet er nøkler til en felles innsats mot felles risikofaktorer.

¹ Karies er fortsatt en smittsom sykdom (f.eks. overføring foreldre - barn) selv om WHO nå klassifiserer den som ikke-smittsom. Det viktigste er at risikofaktorene er felles med de ikke-smittsomme sykdommene.

Argumenter mot generell trygdefinansiering

Generelle finansieringsordninger med statlig finansiering av tannbehandling for alle vil føre til et økt forbruk hos den enkelte - også for etterspørsel av lavere prioriterte tjenester. Trygdemidlene vil spesielt gå med til store og dyre reparative arbeider: implantat, kroner og broer. Det vil dermed også bli lettere for tannleger å etablere seg i byene, ettersom etterspørselen vil øke spesielt kanskje med tanke på estetisk tannbehandling. Ut fra en helsepolitisk synsvinkel er ikke en slik utvikling ønskelig. Derimot vil støtteordninger ha effekt hvis de gis selektivt (21). Vi får da effekt ved utjevning slik at de med stort behandlingsbehov og underforbruk vil etterspørre tannhelsetjenester mer.

Hvilke tilstander folketryden støtter er i stadig endring og blir stadig mer omfattende. På sett og vis kan man si at folketrygdens sakte men sikkert implementerer de prioriteringer (alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet) som gjelder for helsevesenet ellers. Integreringen skjer på en målrettet men ofte «tilfeldig» måte. Det har vært mangel på tydelig retning, og helsepolitikkerne har lyttet til de som har ropt høyest. Et eksempel er at helsedirektoratet i 1992 fikk besøk av en pensjonert oberst med en datter som hadde hatt kreft. Nå var hun frisk, men tannløs. Året etter ble det innført støtte til rehabilitering med implantat for denne gruppen pasienter. Tilfeldige prioriteringer skjer også i resten av helsevesenet, men kanskje det er en fordel fordi det får oss til å rope høyere når det oppstår urettferdighet. Det har aldri vært noe folkekrav, noen partipolitisk viktig sak eller noen stor sak for media om generell trygdefinansiering av tannhelsetjenester.

Norske samfunnsodontologer har generelt motforestillinger mot generell trygdefinansiering: de peker på at alternativ bruk av pengene (til offentlig tannhelsetjeneste) har gitt bedre styring og «mer helse for hver krone» (forebygging). Leif Heløe, tidligere professor i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo, skriver i en kronikk i Aftenposten i 2007 (46):

«De alvorligste bivirkningene vil likevel kunne bli større geografisk skjevfordeling av tannlegene og mindre satsing på forebyggende arbeid ved at økonomiske incentiver gjerne stimulerer til reparative behandlinger. Inntektsmulighetene vil bli bedre i privat praksis, og flere offentlig ansatte tannleger melder overgang. Det vil særlig ramme distriktene, men også offentlige behandlingstilbud for barn og unge i sentrale strøk. Det er god grunn til å etterlyse en tannpleiereform med bedre økonomiske støtteordninger. Men reformen bør i første omgang tilgodese utsatte grupper med stort behov og dårlig betalingsevne. Og la oss for all del unngå et system som fremmer reparasjoner på bekostning av forebyggingen.»

Betalingsevne

Prinsippet om at hoveddelen av befolkningen selv skal betale for sine tannhelsetjenester er et helt forskjellig prinsipp fra den øvrige helsetjenesten. At en befolkningsgruppe har svært høye egenandeler ville sannsynligvis ikke blitt akseptert når det gjelder andre helsetjenester. Det har vært en prisøkning i utgiftene til tannbehandling, i perioden 1995-2004 økte utgiftene med 77% (47). Den offentlige tannhelsetjenesten har noen steder de siste ti årene økt takstene med 50%. Utgiftene til tannhelse er mindre enn til helse generelt og vi har klart å betale selv i mange år. Et mindretall (8-10%) av brukerne av tannhelsetjenester har utgifter over 3000 kr årlig, høye egenandeler som bl.a. skyldes uforutsette reparative behov, tanntap og betennelsestilstander (29). Generelt gir folketrygden tilskudd til behandlinger knyttet til en spesifikk diagnose her og nå. En utfordring knyttet til trygden kan være at mye av den nødvendige og kostbare behandlingen som gjøres i munnhulen ikke er forårsaket av sykdom her og nå, men av tidligere behandlet sykdom (48). Dersom samfunnet skal investere i offentlige finansieringsordninger må vi ha klart for oss hva som er den tannhelsemessige nytteverdien av en slik ordning. Etterspørselen etter behandling vil øke dersom egenandelen og utgiftene for den enkelte reduseres.

Norske undersøkelser viser at det i 2004 «(...) var svak sammenheng mellom husholdningsinntekt og besøk siste året, og ingen sammenheng mellom husholdningsinntekt og utgifter til tannbehandling» (49). Etter mange års forskning er hovedkonklusjonen at «(...) den privatfinansierte tannhelsetjenesten ikke synes å generere særlige forskjeller i etterspørsel og forbruk av tannhelsetjenester ut fra inntekt for det store flertallet av voksenbefolkningen» (49). Derimot viser studier fra andre land helt motsatt resultat. En studie som sammenliknet bruk av tannhelsetjenester blandt befolkningen i alder 50+ i 14 europeiske land fant stor forskjell mellom vestlige og ikke vestlige land. De pekte på at forskjellene hang sammen med sosioøkonomiske forhold (50). Finland innførte en stor reform for å øke tilgjengeligheten til tannhelsetjenester og bruk av disse ved å redusere kostnadene. Tannhelsetjenesten gikk fra gruppebasert prioritering til kun å se på medisinske eller dentale indikasjoner. En studie som så på bruk av tannhelsetjenester før og etter reformen konkluderte med at likheten og rettferdigheten i tannhelsetilbudet økte og tilgang til tjenester og egenbetaling ble litt forbedret. Endringene førte til mer likhet i befolkningen og et mer rettferdig system (51). Pasienter som tidligere ikke hadde gått til tannbehandling fikk størst glede av den nye ordningen. Andre undersøkelser har vist at lav inntekt og manglende besøk hos tannlegen har klar sammenheng (52). Det norske materialet bygger på utvalgs-undersøkelser gjort for over ti år siden. Prisveksten har vært stor i perioden, og det vanskelig å si om betalingsevnen er like god i dag. Resten av Europa har innført generelle støtteordninger, og i Finland har det hatt god effekt selv

om det tar tid. Det er ikke økonomien det står på for Norge sin del, men viljen til å gjøre radikale endringer.

Kunnskapsmangel

En årsak til at voksnes tannhelse er lite på dagsorden er at vi har lite kunnskap om den. Dette gjør det vanskeligere å sammenlikne hvordan tannhelsetilstanden er i ulike land. De indikatorene vi har tyder på mye likhet i tannhelsen i Norden (38), men de er bare indikatorer. Det er gjort få studier blant den voksne befolkningen når det gjelder tannhelse (41,49). Denne ignoreringen av kunnskap om helsetilstand indikerer at oral helse ikke har høy prioritet i helsepolitikken, til tross for at det angår hele befolkningen og er kostbart (41). Overvåkning av helsestatusen i befolkningen er en av hovedfunksjonene til et offentlig helsevesen. Slik systemet er i dag har vi ingen metoder for å overvåke tannhelsen til befolkningen over 20 år. Vi kan ikke bygge på det vi vet om barna og tro at det er godt nok! I dag oppsøker 87 prosent av befolkningen tannhelsetjenesten regelmessig. Blant de 13 prosent som ikke gjør det, finner vi de fleste blant stønadsmottakere og andre grupper med dårlig tannhelse og dårlig økonomi (12). Kunnskap om helsetilstand er nødvendig for å kunne identifisere kommende og eksisterende risikofaktorer, helseproblemer og prioriteringer. Vi trenger mer forskning på tannhelsen i Norge slik at vi vet hva vi har med å gjøre, alternativt må vi først gjøre noe med systemet slik at vi har et system å forske i. Dersom det for eksempel ble pålagt å rapportere inn til KOSTRA for den voksne befolkningen på samme måte som for 5, 12 og 18 åringer, ville vi fått mye kunnskap på en enkel måte.

Forventninger og rettigheter

Gapet mellom befolkningens forventninger til helsevesenet og de oppgavene samfunnet klarer å gjøre vil bli større og større i fremtiden. Ved å være tydelige på hvilke oppgaver som det offentlige skal ta ansvar for og

«(...) spesialdesigne ordninger for dem vi ønsker å prioritere samtidig som vi bygger ut trygdeordningene videre, kan vi sikre en offentlig finansiering som er sterk nok for dem som har de største behovene, samtidig som vi yter gode tjenester til det store flertallet – som faktisk er i stand til å gjøre opp for seg selv uten å gå veien om offentlig finansiering» (53).

Tidligere var tannhelseproblemer noe alle hadde. Majoriteten av befolkningen har i ikke lenger store tannhelseproblemer, og er også i stand til å betale for rutinemessig vedlikehold og forebyggende tjenester. I dag er det et mindretall, personer som har helseproblemer, psykiske og sosiale problemer som har de største tannhelseproblemene og utgiftene (12). Argumentet fra 1949 om at i legehjelpen

betaler de friske for de syke, men at alle trenger tannbehandling, er ikke lenger gyldig. Alle har ikke lenger tannhelseproblemer, men de virkelig syke trenger at de friske betaler.

Utfordringen ligger i at brukerne våre - pasientene, befolkningen, vi - ikke helt klarer å se at prioritering er et viktig middel. «*Vi har et samfunn så gjennomsyret av «meg, mine behov, mine rettigheter», at det blir nesten utålelig for «folk flest» å akseptere at «jeg er en av de som må vente»» (13). Pasientene i helsekø roper høyt - fordi de har rett til offentlig finansiering og at denne skal skje fort. Rettighetene er ikke like store for tannhelse. Kanskje debatten om «tennene må bli en del av kroppen» er et tegn på at folket ser at det er ulikhet og ønsker mer likhet.*

Helsevesenet i Norge skal sikre at hele befolkningen har et likeverdig tilbud til helsetjenester uavhengig av sosial eller økonomisk status. Det er sosiale ulikheter i tannhelse som i generell helse: De som kommer dårligst ut er mottakere av stønader, personer med lav inntekt, grupper av funksjonshemmede og kronisk syke, samt eldre (12). Personene med de største tannhelseproblemer, og størst behov for omfattende behandling, er altså oftest de med dårlig råd. Ettersom tilbudet om tannbehandling for den voksne befolkningen i dag er (u)organisert og egenfinansiert, gjøres tilbudet avhengig av økonomi. Selv med trygderefusjon kan behandlingen bli svært kostbar fordi det er fri prisfastsetting og ingen tak for mellomlegget. Kravene for trygdebehandling må knyttes til generell helse og de andre faktorene som gir dårlig tannhelse.

Oppfattes tannhelsetjenesten som en del av den gode helsetjenesten Norge er kjent for? Hvor pengene prioriteres er også påvirket av borgerne, som gjennom valg støtter opp under verdier. Prioriteringer speiler verdivalg og økonomi er resultat av prioriteringer. Samfunnet må endre sine verdier hvis det skal bli endringer i finansieringsordningene.

Litteratur/Referanser

1. Stortingsmelding nr 26 (1999-2000). Om verdier i den norske helsetenesta. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2000
2. Norges offentlige utredninger NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1997
3. Holst D, Grytten J, Skau I (red): Samfunnsodontologi - Artikkelsamling. Seksjon for samfunnsodontologi, UiO, 2006
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester; 2011
5. Wyller TB. Prioritering og rollefordeling. OVERLEGEN 2013;3: 49-49
6. Støre JG. Vi må prioritere <http://www.nrk.no/ytring/vi-ma-prioritere-1.11222371>. [Avlest 10.02.2014]
7. Statistisk sentralbyrå. Helsestatistikker. <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar> [Avlest 10.02.2014]
8. Føllesdal A. Bør prioritering av helsetiltak baseres på pliktetikk eller nytteetikk? Tidsskrift Norske Lægeforening 2003; 123:2897 – 8
9. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgssektoren. Grenseverdi for offentlig betalingsvilje for effekt av tiltak i helsetjenesten. 2013 <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/grenseverdi-for-offentlig-betalingsvilje-for-effekt-av-tiltak-i-helsetjenesten> [Avlest 10.02.2014]
10. Lang, lang rekke - hvem skal vente hvem skal få? En statusrapport om prioritering i helsetjenesten. Den norske legeforening; 2007
11. Klingberg et al. Etik i barn- og ungdomstandvården. Sve Tandläkartidningen 2004; 9: 58-62
12. Prioritering i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Oslo; Helsedirektoratet; IS-1967 2012.
13. Horn M. Du er nedprioritert i behandlingsskøen! <http://www.nrk.no/ytring/ikke-alle-pasienter-er-like-viktige-1.11211348> [Avlest 10.02.2014]
14. Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007
15. HELFO. Hva er frikort for helsetjenester? <http://www.helfo.no/privatperson/frikort/Sider/default.aspx#.UjRC2xZEqvs> [Avlest 10.02.2014]
16. Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
17. Høringssvar - prosjekt kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Den Norske Tannlegeforening; 2013 <http://www.tannlegeforeningen.no/ViewFile.aspx?id=4841>

18. Beskrivelse av folkehelseloven. Helsedirektoratet. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/beskrivelse-av-folkehelseloven/Sider/beskrivelse.aspx> [Avlest 10.02.2014]
19. Legeforeningens uttalelse om tannhelsetjenesten. 2011 <http://legeforeningen.no/legeforeningen-mener/horingsuttalelser/2011/legeforeningens-horingsuttalelse-om-tannhelsetjenesten/>
20. Lov om tannhelsetjenesten; 1984
21. Ellingsæter B. Tannhelsetjenesten i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1992.
22. NTF's policy dokument om nødvendig tannbehandling. 2007 <http://www.tannlegeforeningen.no/cda/viewfile.aspx?id=2069&ver=1>
23. Blich C, Aandahl L: God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Helsedirektoratet 2011
24. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2014. Helse- og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-8/2013
25. Dokument fra Kjell Røynesdal på forespørsel om utgifter til tannhelsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. Budsjettår 2013. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/3721948/bud%C3%A5r%202013%20per%20%C3%B8ivinds%20poster.xls>
26. Statistisk sentralbyrå: Tannhelsetjenesten, 2012 <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> [Avlest 10.02.2014]
27. Hedum A: Forbruk av private tannhelsetjenester øker mest. Samfunnsspeilet, 2007;3. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/forbruk-av-private-tannhelsetjenester-oket-mest>
28. Steinum C: Presidentens tale ved åpningen av NTFs landsmøte 2013. Nor Tannlegeforen Tidende 2013; 123: 820-3
29. Holst D. Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? Nor Tannlegeforen Tidende 2004; 114: 168 – 76
30. Statsforvaltningen i Norge. 35 Rt. 1966 s. 476 (Den norske tannlægeforening) <http://www.nettressurser.no/statsforfatningen/Hoeyesterettspraksis/Rt.-1966-s.-476-Den-norske-tannlaegeforening>) [Avlest 10.02.2014]
31. Stenvik R. Fra tannlegekunst til helseprofesjon: Den norske tannlegeforening i 125 år. Oslo NTF 2009
32. Tessem S. Hvem er «de som trenger det mest»? Nor Tannlegeforen Tidende 2013; 123: 284-6
33. Norges offentlige utredninger NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005
34. Stortingsmelding nr 35 (2006-2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007
35. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. 2013 <http://www.hoyre.no/filestore/Filer/Politikkdokumenter/plattform.pdf>

36. Statsbudsjett for 2013 kap 10.70 og budsjett for 2014 punkt 770
37. Wikipedia. www.wikipedia.no [Avlest 10.02.2014]
38. Nihtilä A et.al. A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 32/2010. Helsinki 2010.
39. Holt C. Brugen af og betaling for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge Nor Tannlegeforen Tidende 2013; 123: 12-18
40. Widström E, Komu M, Mikkola H. Longitudinal register study of attendance frequencies in public and private dental services in Finland. *Community Dental Health* 2013;30:143-148.
41. Widström E, Kuposova N, Nordengen R, Bergdahl M, Eriksen H, Fabrikant E. Oral health care and dental treatment needs in the Barents region *Int J Circumpolar Health* 2010; 69(5):486-499
42. Benediktsson S. Alt er best hos meg!! Foredrag på Seminar i samfunnsodontologi. Tromsø; 06.03.14
43. Statistisk sentralbyrå. Helsestatistikk. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/> [Avlest 10.02.2014]
44. Widström E et.al. Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries since 1990. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3: 225-235
45. Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. and Aromaa, A. eds. (2008): *Oral health in the Finnish adult population. Health 2000 survey*. Helsinki: Hakapaino Oy: Publications of the National Public Health Institute (KTL) B25.
46. Heløe L: Tannreform for de utsatte. *Aftenposten* 19.03.2007.
47. Grytten J, Skau I, Holst D: Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004 Nor Tannlegeforen Tidende 2004; 114: 744 – 7
48. Grytten J. Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt. Nor Tannlegeforen Tidende 2010; 120: 308-15
49. Holst D, Grytten J, Skau I. Voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115(4): 212-6
50. Listl, S., Moran, V., Maurer, J. and Faggion, C.M.(2012): Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 40,164-74.
51. Niiranen, T., Widström, E. and Niskanen, T. (2008): Oral Health Care Reform in Finland - aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health* 8:3
52. Nguyen, L. and Häkkinen, U. (2004): Income-related inequality in the use of dental services in Finland. *Applied Health Economics Health Policy* 3, 251-62
53. Lyngstad G: Tennene tilbake til kroppen. Nor Tannlegeforen Tidende 2008; 118: 899

Vedlegg: Prioritert behandling ved tapt tannvev og tanntap

Tabellene er hentet fra (23)

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 løsninger 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 karies-aktivitet*	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 substansstapet er betydelig og tørrlegging vanskelig. Tannen må være av betydning for tannsettet.
Høy og særlig høy karies-aktivitet /-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 kundensom 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 overgangsproteser, 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.	Uaktuelt.	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.