

Innspill til tannhelseutvalget vedrørende narkose til tannpasienter som har behov for det.

Hovedkonklusjoner:

- Hvilket nivå av kompetanse (frittstående klinikk eller sykehus) en enkelt pasient trenger for at narkose skal bli sikkert er en anestesilegevurdering.
- Lavest mulige nivå av helsetjeneste er ønsket av samfunnsøkonomiske årsaker.
- Behandlingskapasitet på sykehus er en mangelvare og bør forbeholdes pasienter som ikke KAN behandles poliklinisk utenfor sykehus.
- Behandlingskapasiteten på sykehus er meget begrenset og er ikke skalerbar for å håndtere kø situasjonen på mange plasser i landet. Den er videre lite variabel.
- 85-90% av pasientmaterialet til tannbehandling i narkose kan behandles poliklinisk utenfor sykehus.
- Tannbehandling har ikke høyere kvalitet på sykehus enn andre plasser, muligens det motsatte.
- Narkosekrevende tannpasienter trenger en tverrfaglig vurdering som i dette fall består av en anestesilege og en tannlege. Dersom en mangler er det en ufullstendig vurdering.
- Operasjonsprogram på en tannbehandlingsstue med narkose skal følge MEDISINSKE prinsipper for sammensetning av et operasjonsprogram og må derfor settes opp sammen med anestesikyndig personell.

Bakgrunn:

Undertegnet er anestesilegespesialist og har arbeidet med narkose på tannlegekontor siden 2007. Både på private klinikker, i rammeavtaler med den offentlige tannhelsetjenesten og som anestesilege som offentlig ansatt på sykehus (AHUS). Av den grunn så har jeg sett samtlige varianter av driftsmodeller som er aktive innenfor privat og offentlig tannhelse og jeg arbeider gjennom vår rammeavtale med TKØ og nystartet virksomhet på TKNN også sammen med TOO team og regionale spesialistsenter. Jeg har videre erfaring med privat helse gjennom arbeid på Aleris og lignende klinikker som avdelingsleder i 13 år samt fra offentlig sykehus på Ullevål og AHUS. Mine observasjoner baseres derfor på førstehåndsinformasjon som aktiv lege og som spesielt interessert i tannbehandling og pasienter med angst, PTSD, odontofobi mm.

Hvem skal få narkose?

Det er påfallende sprik i behandlingstradisjoner innenfor skolemedisin og odontologi. Mesteparten av dette har sannsynligvis sin forklaring i utdanningsløpet der tannleger i betydelig lavere grad eksponeres for narkose som en naturlig modalitet for å løse et medisinsk problem og også i tradisjonen for organisering av private og offentlige klinikker der narkose ikke har vært en naturlig samarbeidspartner.

Det er derfor normalt innenfor tannhelse å behandle pasienter i lokalanestesi for inngrep som ingen sykehuslege skulle oppfatte som normalt, for eksempel insisjoner av abscesser i mun versus perianalt eller i underliv.

Det er videre i stor grad organisering av økonomiske modeller som styrer hvor og hvem som får narkose, men i annen helsevirksomhet så er det fullt normalt at pasienter som selv ønsker narkose kan få det, dersom det ikke finnes sterke medisinske årsaker til å nekte pasienten det. Man oppfatter nok innenfor somatisk helse at narkose er mindre dramatisk og farlig enn hva det oppfattes som innenfor odontologien.

Videre så styrer avtaler hvor pasienten får narkose, noe som innenfor helse i større grad styres utfra medisinske prioriteringer og betraktninger av sikkerhet.

I sum så er det enklere for pasienten å få narkose for behandling av andre kroppsdeler enn munnen, enten da kirurgen ønsker det for behandlingen eller pasienten trenger det for å klare å gjennomføre behandlingen eller etter eget ønske.

Hva er spesielt med narkose på tannpasienter fra et narkoseperspektiv:

Vi deler arbeidsplass med behandler, begge ønsker å arbeide i luftveien på pasienten. Min konklusjon er at jeg som standard metode intuberer alle voksne og mange barn nasalt for å gi tannlegen optimale forhold og sikre pasienten mot aspirasjon. Jeg mener sedasjon er uegnet på tannpasienter, da det setter pasientens evne til å beskytte luftveien ur spill.

Det er mulig å smertelindre en sovende pasient ekstremt godt med lokalanestesi, som dere gjør med våkne pasienter. Konsekvensen av dette er at pasientene er meget enkle å søve og våkner raskt da vi ikke må tilføre så mye opiat og sovemedisin. Vi trenger i stort sett bare å få pasienten å sove lett. Mesteparten av annen kirurgi innebærer mere smertestimuli og høyere doser.

Behandlingen kan avbrytes når som helst, dersom noe skjer med pasienten. Det er ikke fallet på mye annen kirurgi.

I sum så er det oftest relativt ukomplisert og enkelt å søve tannpasienter.

Hvor skal narkosen foregå:

Narkose kan gis på frittstående klinikker, private eller offentlige, som poliklinisk dagbehandling eller på sykehus som dagkirurgi.

Utfra medisinsk logistikk kan man sette følgende inndeling som rettesnor for hva som er forsvarlig og praktisk.

Barn: Friske barn (ASA klasse 1 og 2) over 3 år og 15 kg kan uten store problemer behandles utenfor sykehus på offentlige eller private klinikker.

Barn som er under 3 år/ 15 kg eller med større helseutfordringer (ASA klasse 3-4) må behandles på sykehus. Behov for inneliggende behandling er meget sjeldent.

Voksne: Friske voksne (ASA klasse 1 og 2) kan uten problemer behandlet utenfor sykehus Sykere (ASA klasse 3-4) eller mer overvektige pasienter, samt pasienter med spesielle utfordringer med tidligere narkoseproblemer, anafylaksi, manglende gapeevne og behov for fiberoptisk våkenintubasjon, behov for postoperativ overvåkning og behandling må behandles på sykehus.

Våre erfaringer på TKØ siden 2016 er at 85-90% av alle pasienter kan håndteres lokalt.

10-15 % er altfor syke eller overvektige og må ha sykehusbehandling.

Når det gjelder kapasitet til behandling på sykehus så finnes det klare tegn til at den neppe øker over tid, som den nylige utredningen om kompetanseforsyning av helsepersonell antyder. Det blir nok færre leger og sykepleiere på sykehus fremover.

Finansiering og rettigheter:

Tannhelsetjenstlova setter noen grupper i en særstilling da de har en offentlig finansiert rett til gratis tannbehandling. I tillegg har TOO pasientene rettigheter til økonomisk støtte.

Dette mener jeg ikke skal blandes med optimal håndtering av kapasiteten til behandling. At det er gratis er ikke det samme som at de skal behandles på sykehus. De kan absolutt behandles poliklinisk for å spare sykehuskapasiteten til dem som trenger det av medisinske årsaker.

Videre så har fylkeskommunen et ansvar for å tilse at hele befolkningen har et fungerende tannhelsetilbud. Det betyr at den overvektige som ikke klarer tannbehandling i våkent tilstand men ikke kvaler inn i en gruppe med økonomisk støtte eller TOO prosjektet fortsatt har rett å få behandling selv om hen må betale for den.

Per i dag avvises de i det private og får ikke plass på sykehus siden de ikke har krav på gratis behandling.

Hva er den optimale løsningen for fornuftig ressursbruk av narkosekapasitet?

Jeg mener at alle pasienter som har ønske eller krav på tannbehandling i narkose må vurderes på følgende måte:

- Tannlege vurderer behandlingsbehov og legger behandlingsplan på normal måte.
- Anestesilege vurderer medisinsk egnethet for narkose og lager en plan for gjennomføring av narkose samt definerer hva slags kompetanse nivå som er påkrevet, poliklinisk eller sykehus.
- Dersom pasienten ikke har behov for behandling på et sykehus skal den ikke heller ta opp en plass på sykehus.
- Finansieringen vurderes utfra eksisterende stønads system men er uavhengig av medisinsk vurdering av HVOR pasienten må få narkose.

På denne måten reserveres behandling på sykehus til dem som har medisinske behov for det. Muligheten for å bygge lokale løsninger med narkosetjenester utenfor sykehus som kan tilpasse volumet etter behov hos fylkeskommunen er god.

M V H

Stefan Hauptig
Daglig leder, overlege
Aneste drift AS
post@aneste.no
+47 47368521

