



KREFTFORENINGEN

Tannhelseutvalget
Tannhelseutvalget@hod.dep.no

Oslo, 30. juni 2023
Saksbehandler: Pia Kjøs Utengen,
Malin Albrechtsen van der Hagen

Kreftforeningens innspill til Tannhelseutvalget

Overordnet

Kreft og kreftbehandling påvirker munn- og tannhelsen. Mange kreftpasienter får dårligere tann- og munnhelse som følge av cellegift, stråling og medisiner. En del kreftpasienter trenger også tannbehandling før oppstart av kreftbehandling. Forebygging er også svært viktig både før, under og etter behandling. Alt dette medfører ofte store tannlegeutgifter.

For mange handler utgiftene om at de ikke fyller vilkårene for dekning fra Helfo og dermed blir sittende igjen med hele tannlegeregningen. Av de som får støtte handler det ofte om høye mellomlegg (egenbetalinger) fordi tannlegene jevnt over tar honorarer som er høyere enn de offentlige takstene (trygderefusjonen). Kreftforeningen har ofte erfart at det dreier seg om summer på egenbetalinger opp mot 70 000 kroner for mange kreftpasienter. Som ytterste konsekvens kan dette gå ut over kreftbehandling for pasienten ikke har råd til å utføre nødvendig tannbehandling. Det får også store økonomiske konsekvenser og skaper sosiale forskjeller og ulikhet i helse.

«Jeg har en trang økonomisk situasjon. Jeg er nå registrert arbeidsledig, men jeg mottar sykepenger. Jeg er operert for brystkreft og sliter med å betale egenandeler for tannbehandling. Tannskadene er bivirkninger av behandling jeg fikk etter operasjon. Totalt ca. 30000,-»

(fra en søknad om økonomisk støtte fra Kreftforeningen).

«Jeg har vært gjennom kreftbehandling. Skal nå gjennomgå omfattende tannbehandling. Jeg har en bro som ikke kan brukes når jeg skal trekke en tann det er betennelse i. Jeg må ordne dette fordi jeg skal ha zometa. Det er estimert at jeg må ut med 42 000 i egenandel.»

(henvendelse til vår rådgivningstjeneste)

Ulik praksis på sykehusene mht tannbehandling

Kreftforeningen er kjent med at for pasienter som har kreft i hode-hals området er det ulik praksis mht hvor disse pasientene får utført nødvendig tannbehandling før oppstart av strålebehandling. Noen pasienter får dette utført på tann- og kjeveenhetene på sykehuset, andre må få det utført lokalt/hos egen tannlege. Ulikheten skyldes blant annet at ikke alle tann- og kjeveenhetene har kapasitet og ressurser til å utføre dette hos alle pasientene som trenger det. De som får utført dette i spesialisthelsetjenesten får dette dekket, mens de som må gå til egen tannlege må betale vanlig takst evt. med trygderefusjon.

Tannbehandling i forkant av kreftbehandling krever kirurgisk kompetanse hos tannlegene. Det er svært viktig at bløt-og benvev blir håndtert veldig forsiktig for at sårtilhelingen skal gå raskt og uten komplikasjoner, slik at ikke oppstart av strålebehandlingen blir forsinket. Bivirkninger av strålebehandling mot kjeve og munnhule medfører dårligere groforhold/sårtilheling og av den grunn bør man unngå å trekke tenner etter slik behandling. Det medfører også munntørrehet som gir økt risiko for caries.

Det er ikke bare pasienter med kreft i hode-hals området som kan trenge tannbehandling før oppstart av kreftbehandling. Det gjelder også for pasienter med andre kreftformer, og som skal motta cellegiftbehandling og andre kreftmedikamenter, som for eksempel Zoledronsyre (Zometa). En alvorlig bivirkning av Zoledronsyre kan være benskader i kjeven (osteonekrose), og det er svært viktig at tenner og munnhule er i god stand i forkant av behandlingen.

Ulik praksis kan som nevnt utgjøre en risiko for pasientene. Det kreves derfor god kunnskap og kompetanse om hva kreftbehandling kan gjøre med tann -og munnhelsen blant alle tannleger og ikke minst tilstrekkelig ressursallokering helseforetakene slik at de kan møte behovet både sanering og fremstilling av proteser/implantatkonstruksjoner.

Egenandeler og refusjon

Man opererer i dag med dekning etter honorartakst eller refusjonstakst. Det er ofte avvik mellom takstene for dekning og prisene tannleger tar pga. reglene om fri prissetting. Egenbetalingene blir ofte svært høye. Vi erfarer som nevnt at det gjerne kan dreie seg om egenbetalinger på mellom 30 000 og 70 000 kroner.

En pasient som har vært gjennom to forskjellige krefttyper og behandling i perioden 2019 – 2022 skrev i forbindelse med en søknad om økonomisk støtte fra Kreftforeningen følgende:

«For å reparere tennene mine, har jeg blitt forespeilet kostnader tilsvarende ca. kr 70 000,- + i Norge. Det er så mye penger at jeg er nødt til å vurdere utlandet. Jeg har høy gjeld, og en slik sum vil gjøre det vanskelig for meg. Jeg har fått avslag om støtte til behandlingen via min tannlege på grunn av manglende dokumentasjon over tid, og står derfor i en situasjon der jeg må betale regningen selv. Dersom jeg får innvilget støtte fra Kreftforeningen, vil de uavkortet gå til kun å betale for tannbehandlingen.»

Kreftforeningen sitter ikke på løsningen om hvordan gapet mellom honorartakst og refusjonstakst skal tettes. Vi vil imidlertid påpeke at situasjonen slik den i dag skaper et uheldig sosialt skille – de som har råd og de som ikke har råd til å betale for egen tannhelse.

Lovverk – regulering av rettigheter

Kreftforeningen ønsker et mer smidig, fleksibelt og tydelig lovverk for refusjon av tannlegeutgifter som sikrer lik tolkning og praktisering. Dagens regelverk skaper etter vår erfaring tolkningsforvirring hos tannleger som medfører ulik praktisering.

Vi ser blant annet utfordringer når det gjelder §1 punkt 4 "Infeksjonsforebyggende behandling" det det blant annet står; "Det kan gis stønad til nødvendig infeksjonsforebyggende tannbehandling der infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munn/kjeve/tenner kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for pasienten." Dette opplever vi tolkes av noen tannleger svært strengt, andre mindre strengt, for eksempel når det gjelder hva man legger i "alvorlig og livstruende risiko". Vi kan ikke se at det foreligger veileder/kriterier eller annet i lovdata til støtte for vurdering av disse vilkårene.

Inntil utgangen av 2018 het denne bestemmelsen “Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander” men med samme lovtekst. I tillegg var det da en liste over tilstander som kunne gi stønad, listen gjengis under.

Det kan da ytes stønad ved følgende medisinske tilstander og behandlinger:

- a) hjerteoperasjon
- b) dialysebehandling
- c) organtransplantasjon og ved etterfølgende immunsuppressiv behandling
- d) Beinmargstransplantasjon
- e) stamcellebehandling
- f) høydose cellegiftbehandling
- g) HIV/AIDS
- h) kreftpasienter med skjellettmetastaser i forbindelse med behandling av benmodulerende medikamenter
- i) strålebehandling mot kjevene ved kreftsykdom og/eller ved etablert medikamentassosiert
- j) Kjeveosteonekrose

Vår erfaring den gang, var utfordringer rundt hvorvidt tilfellet var omfattet av listen. Nå ser vi imidlertid at det i større grad dreier seg om det er “alvorlig” og “livstruende” (nok). Vi har stillt oss spørsmål om hvorfor listen ble fjernet.

Lovverket slik det fremstår i dag har heller ikke tatt høyde for alle problemstillinger som kan dukke opp i forbindelse med alvorlig sykdom, og ivaretar heller ikke helhetsperspektivet “tenner som en del av kroppen”. Et eksempel fra vår rådgivningstjeneste viser dette:

Ung pasient 17 år hadde nettopp fått påsatt tannregulering. Tannreguleringen måtte på sykehuset fjernes for å få gjennomført kreftbehandlingen. I etterkant dukket det opp spørsmål om hvem som skulle dekke utgifter ift. å få satt på tannregulering igjen med anslått kostnad kr. 6000,-. Svaret viser at det ikke er på plass et lovverk for at helseforetakene kan behandle tenner som en del av pasienten! Sykehuset svarte her at det ikke dreide seg om svikt i helsetjenesten som har medført skade, men en ekstra kostnad, og at han således ikke var omfattet av NPE-ordningen. Sykehuset kunne ikke se at det forelå noe erstatningsbetingende ansvar for helsetjenesten å dekke en slik kostnad. Avslutningsvis ble det vist til; *“Den ekstra kostnaden som pasientens foresatte her får har ikke erstatningsrettslig vern og sykehuset skal ikke dekke denne kostnaden. Jeg vil anbefale at pasient/foresatte kontakter aktuell tannklinikk for å høre om dette er noe tannklinikken dekker, eventuelt om dette «forholdet» gir stønad fra Helfo dersom pasienten mottar stønad fra Helfo for tannbehandlingen.”*

Klageadgang

Selv om man i dag opplyser at Helfo er klageorgan for klage på manglende gitt refusjon eller avslag på refusjon er vår erfaring at pasientene ikke får realitetsbehandlet klager på dette. Kravet til tannlegen er at han eller hun journalfører sine vurderinger for evt. etterprøvelse av Helfo.¹

¹ <https://www.helfo.no/oppgjor-for-helseaktor/slik-dokumenterer-helseakt%C3%B8r-refusjonskrav/slik-dokumenterer-tannlege-refusjonskrav>

I klagesvar vi har fått innsyn i, har Helfo henvist pasient til å ta refusjonsspørsmålet opp igjen med tannlegen. De fleste pasienter vet ikke at de kan påklage for eksempel avslag på refusjon da de ikke får et fysisk vedtak på avgjørelsen. Dette kan til syvende og sist gå ut over rettssikkerheten og at de mest ressurssterke er de som klarer ta saken videre og stå på kravene.

En sak vi mener illustrerer dette godt er hentet fra Kreftforeningens rådgivningstjenste. En mann tok kontakt med vår rådgivningstjensten i forbindelse med at han hadde klaget til Helfo på at han ikke fikk støtte til tannbehandling. Han var også henvist til å ta opp igjen refusjonsspørsmålet med sin tannlege. Her rådet vi han til å be om en ny vurdering da han både hadde kreft i spiserør og mottok cellegift som påvirket tannhelsen hans. Han ringte få uker senere og sa at telefonen til oss hadde spart han for 7000,- (han fikk revurdert saken sin av tannlegen). Denne saken er desverre ikke unik og viser etter vår mening at dagens ordning skaper store ulikheter og rammer alvorlig syke pasienter vilkårlig.

Forebygging

Det bør satses mer på god forebygging og oppfølging. Så langt Kreftforeningen kjenner til, finnes det ingen veiledere/standarder i Norge for tannleger når det gjelder munnhelse og kreft. Flere land har dette, f.eks England med "Oral management in Cancer Care Group". Slike veiledere bør utarbeides. Det vil bidra til en likere praksis og bedre oppfølging og behandling av kreftpasientene. Pasientene må få informasjon tidlig i forløpet av sykdommen om hva de selv kan gjøre for å forebygge og lindre tann- og munnplager. Det er krevende å være i en behandlingssituasjon og ikke alle klarer å ivareta en god tann- og munnpleie på egenhånd. Tannlegene/tannpleiere bør være en del av behandlingsteamet rundt pasienten for å sikre en best mulig ivaretagelse av munnhelsen, og aller helst en integrert i spesialisthelsetjenesten.

Kreftforeningen får jevnlig henvendelser fra pasienter som har høye utgifter til ulike tann -og munnpleiemidler. Blant annet er høyfluoride tannkremer, som kan gi mindre uttalt munntørrhet, dyre, om lag kr. 90,- pr tube. For at flere pasienter kan få mulighet til bedre å ivareta sin tann -og munnhelse, kan et tiltak være at slike tannkremer og andre munnpleiemidler blir tilgjengelig på blå resept slik de blant annet har i Sverige.

Med vennlig hilsen Kreftforeningen

Thomas Axelsen

Leder for samfunnspolitisk seksjon

Thomas.axelsen@kreftforeningen.no