



Tannhelseutvalget

Vår ref:
VL

Deres ref:

Jessheim, 10.01.2024

LHLs innspill til Tannhelseutvalgets helhetlige gjennomgang av tannhelsefeltet

LHL er en medlemsbasert og ideell pasientorganisasjon med 55 000 medlemmer, 250 lokallag og 10 interessegrupper over hele landet. Vi organiserer pasienter og pårørende med interesser innen hjerte-, kar- og lungesykdommer, hjerneslag og afasi, samt astma og allergi. LHL er opptatt av god forebygging og behandling som fremmer helsen i befolkningen.

I Hurdalsplattformen la regjeringen fram en konkret målsetting om å gradvis utvide den offentlige tannhelsetjenesten med mål om å likestille den med andre helsetjenester. Vi mener det er positivt at regjeringen har fulgt opp ved å oppnevne et eksternt utvalg for å gjennomgå tannhelsefeltet. LHL spilte inn et hørings svar til NOU 2005:11, som ble fulgt opp av datidens regjering i Meld. St. 35 (2006–2007). Lite har skjedd siden den tid; en ny helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten inkludert organisering, finansiering og lovverket er dermed betimelig.

Betraktninger om dagens situasjon

Den demografiske utviklingen tilsier at det blir en stadig større andel eldre i samfunnet, samtidig som at vi kjenner på mangelen på helsepersonell og pressede helsetjenester. I tiårene fremover vil en økende andel eldre i befolkningen beholde sine tenner gjennom livet, og vi forventer samtidig en økning i forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer. Fordi tannhelsen henger sammen med helsen generelt, vil dårlig tannhelse også i mange tilfeller sammenfalle med en generelt dårligere helse. Disse må sees i sammenheng for å sikre riktig intervensjon til rett tid.

I dag dekker private tannhelsetjenester brorparten av tannbehandlingen av voksne. Selv om de fleste tjenesteytere har avtaler om direkte oppgjør med Helfo, dekker ikke folketrygdens stønadsordning tannbehandling for alle grupper, og ulike tolkninger av lovverket og differensiert praksis betyr at dagens organisering kan medføre en merbelastning for sårbare pasienter. Det er særlig utfordrende for pasienter når tannleger ikke har direkte oppgjør, og hvor de må legge ut helt eller delvis for behandlingen selv.

LHL mener at tannhelsetjenesten i Norge må være fremtidsrettet og ta samfunnsutviklingen i betraktning, samtidig som at den tilrettelegger for prioritering av de som i dag er mest sårbare for ringvirkninger som følge av dårlig tannhelse. I vårt innspill vil vi løfte frem konkrete eksempler av pasient- og diagnosegrupper som er avhengige av et bedre tannhelsetilbud enn i dag. Vi stiller oss bak regjeringens overordnede mål, og LHL ønsker en tannhelsetjeneste som likestilles med andre helsetjenester og sikrer likeverdige tilbud på tvers av landet.



Organisering og prioritering i tannhelsetjenesten

I dag er det et tydelig skille mellom tannhelse og annen helse når det gjelder dekning av utgifter i det offentlige, også der private aktører yter tjenester. Fordi tannhelse blant voksne over 24 år i stor grad må egenfinansieres og behandling hovedsakelig gjennomføres i privat sektor, blir den enkeltes økonomi en nøkkelforutsetning for god tannhelse. Dette går utover hvorvidt pasienter oppsøker jevnlig kontroll som kan avdekke behov for videre behandling. For de som ikke har økonomi til regelmessig tannlegebesøk, vil forebyggende behandling ikke kunne prioriteres. Dermed behandler man heller konkrete behov når de oppstår, selv om disse kunne vært forebygget. Dette skaper uforutsigbarhet og økonomisk merbelastning. Kostbare tannbehandlinger er en barriere for enkeltindivider og svekker folkehelsen.

Samtidig skaper dagens organisering utfordringer for informasjonsutveksling mellom offentlige helsetjenester og tjenesteytere i privat sektor, både når det gjelder overføring av informasjon om diagnoser og medikamenter som har sammenheng med tannhelse. Disse faller enten mellom stoler eller på pasientene selv, som selv må sikre overføring av fakta og/eller kan sitte med bevisbyrden der det gjelder uklarheter rundt hvorvidt behandlinger er refusjonsberettigede eller ikke. Dette er særlig belastende i et system som gjør forskjell mellom å anerkjenne behov og stønadsrettighet for tannbehandlinger som enten helt eller delvis skyldes underliggende sykdommer. Når i tillegg tjenestene ikke er likeverdige på tvers av landet, vil også pasienter kunne oppleve forskjellig praksis ift. behandling og refusjon i møte med tjenesteytere.

Tannhelsen blant norske barn og unge opp til 18 års alder blir stadig bedre. Samtidig har dekningsregler for unge voksne over 18 år også blitt utvidet de siste årene, slik at den positive trenden også fortsetter i den aldersgruppen. Dette bidrar naturlig nok til at unge mennesker får bedre forutsetninger for god tannhelse livet ut. På veien mot et gradvis likestilt tannhelssystem er det viktig å sikre at bedre dekningsregler for unge voksne ikke kommer på bekostning av kronisk syke eller uføre med mindre ytelser og et større behov for tannbehandling. Ved en eventuell likestilling vil man måtte vurdere om dagens støtteordninger for unge voksne skal videreføres, eller om gruppen skal behandles på lik linje med andre voksne slik praksisen er i andre offentlig finansierte helsetjenester.

Særskilt om stønadsberettiget undersøkelse og behandling

Vi representerer pasientgrupper som opplever diverse utfordringer i møte med dagens ordning for stønadsberettiget undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier med refusjon fra Helfo. Dette gjelder f.eks. punkt 1 for «Sjelden medisinsk tilstand», der det finnes en A-liste og B-liste. De som står på A-listen får dekket utgifter til tannbehandling uavhengig av årsakssammenheng mellom diagnosen og behovet for tannbehandling. For de på B-listen er det krav om årsakssammenheng. I begge tilfeller dekkes behandlingen etter honorartakst i folketrygden. Tannlegen er ikke bundet av taksten og kan kreve betaling utover takst, og differansen må dekkes fullt ut av pasienten. Dette mener vi i LHL er negativt for pasientene.

Hjertesyke med implanterbare hjertestartere («ICD») er en pasientgruppe med økt klinisk sårbarhet, som har opplevd utfordringer ifm. stønad til punkt 4 for «Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander». For dem kan en infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munnen, kjevene eller tennene til hjertestarteren være alvorlig og livstruende, og infeksjonsforebyggende tannbehandling er medisinsk nødvendig. Dagens praksis er ulik pga. forskjeller i tolkninger av Helsedirektoratets bestemmelser og retningslinjer blant tjenesteytere. LHL mener dette har ført til uheldige utfall for enkeltindivider og dette er et eksempel på hvordan dagens system kan skape unødvendig belastning for sårbare pasienter.



Tannhelsens betydning for hjertesyke

God tannhelse er viktig for god hjertehelse. Bakterier i munnhulen kan vandre fra tennene til hjertet – f.eks. i hjerteklaffer og utposninger i hovedpulsåren – via blodbanen. Det er tydelige sammenhenger mellom infeksjoner i tennene og hjertesykdom, og vi ønsker å understreke at dårlig tannhelse er en risikofaktor for både kronisk og akutt hjertesykdom. Derfor vil en tilrettelegging for jevnlig tannkontroll for voksne i offentlig regi med bunnfinansiering kunne bidra til at flest mulig kan avdekke behov og igangsette forebyggende tannbehandling. Dette vil komme både friske personer og hjertepasienter til gode, i tillegg til helsebudsjettene.

Enkelte hjertepasienter har et ekstra behov for tett oppfølging, blant annet pga. sykdom i hjerteklaffene eller implantert ICD-hjertestartere som medfører ekstra sårbarhet for infeksjoner. I tillegg kan både hjerteinfarkt og hjertesvikt forebygges når karies og infeksjoner forebygges og behandles i god tid. Dårlig tannhelse og infeksjoner kan i tillegg gi komplikasjoner ved hjerteoperasjoner. I dag er reglene for dekning av infeksjonsforebyggende behandling for hjertesyke pasienter utydelige, og skaper en merbelastning for pasienter i møte med tannhelsetjenester (eksempel ovenfor). Dette er dårlig samfunnsøkonomi når helsevesenet bekoster dyrebare behandlinger som kan forebygges eller sikres høyere andel positive resultater.

Tannhelsens betydning for lungesyke

Munntørrhet (eller hyposalivasjon) er en forholdsvis vanlig og tilsynelatende ufarlig plage, som kommer av underliggende sykdommer eller som oppstår som følge av legemiddelbruk. Lungesyke – bl.a. pasienter med kols eller astma – bruker medisiner som fører til munntørrhet pga. redusert spyttproduksjon. Salivasjon er viktig for å opprettholde tannhelsen. En konsekvens av munntørrhet er at dette over lengre tid kan øke kariesaktivitet og forårsake tannrøte. Lungesyke har dermed større risiko for å utvikle tannskader pga. medikamentutløst munntørrhet, og får nedsatt tannhelse generelt. I dag dekkes kun om lag 20–40% av utgiftene til behandling av karies når vilkårene i stønads punkt 10 for hyposalivasjon i folketrygdloven er oppfylt. Dette er en merbelastning for kronisk syke lungepasienter.

En studie av alvorlig syke kols-pasienter ved Rikshospitalet i 1990–2005 viste at nær halvparten hadde alvorlig periodontitt, en kronisk infeksjon i munnhulen som følge av at bakterier trenger inn i tannkjøttet. Det finnes en klar sammenheng mellom kols og tannløsningsbetennelse, også når tobakksrøyking er kontrollert for. Symptomer opptrer gjerne ikke før sykdommen har utviklet seg over lang tid. Dette er nok et eksempel på at tannhelsen må sees i sammenheng med resten av helsen, og at helsetjenestene må ha sterkere koblinger til tannhelsetjenestene og omvendt slik at pasientene med økt risiko for dårlig tannhelse kan følges opp tidligst mulig.

Tannhelsens betydning for slagpasienter

Pasienter opplever ofte svelgevansker (dysfagi) og munnmotoriske vansker i akutfasen av hjerneslag. Når slike vansker oppstår, er det vesentlig å redusere risiko for lungebetennelse som følge av at mat, drikke eller spytt blir pustet inn og dratt ned i lungene (aspirasjons pneumoni). Det er ikke selve maten eller drikken som er problemet; det er de medfølgende bakteriene som kan forårsake lungebetennelse. Av den grunn er det viktig å oppdage svelgevansker tidligst mulig. God munnhygiene og god tannhelse bidrar til å redusere bakteriemengden i munnhulen og reduserer risikoen for utvikling av lungebetennelse. Dette understreker at et fokus på god munnhygiene ikke bare er et viktig anliggende for tannleger, men også for annen helsepersonell slik at de kan sikre en helhetlig oppfølging av helsen.



Dårlig tannhelse medfører økt risiko for alle

Vi har så langt beskrevet et utvalg av konsekvenser som dårlig tannhelse har for spesifikke diagnosegrupper, men LHLs pasientgrupper favner enda bredere enn som så både med tanke på alder, geografi og helsetilstander. LHL understreker at dårlig tannhelse medfører en unødvendig økt helseisiko for alle. Et eksempel er at dårlig tannhelse øker risikoen for lungebetennelse, som igjen er knyttet til en høy risiko for sykelighet og dødelighet, i tillegg til lengre sykehusopphold og dårligere rehabiliteringsprognose i etterkant. Personer i alle aldre kan oppleve obstruktivitet etter lungebetennelse som trenger oppfølging, og særlig eldre pasienter får økt risiko for hjerte- og lungekomplikasjoner. En tannhelsetjeneste likestilt med andre helsetjenester vil bidra til at god tannhelse og helsen generelt ikke knyttes til personlig økonomi.

Økonomiske forutsetninger, dyrtid og tannhelse

I 2022 kom WHO's statusrapport om den globale tannhelsen, som påpekte at europeiske land generelt har en vesentlig mer likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester enn tannhelsetjenester. I tillegg står Norge, sammen med andre nordiske land, Tyskland, Sveits, Italia, Canada og USA, blant verdenstoppen når det gjelder størrelsesorden på tannhelseutgifter som tilfaller per innbygger. Ifølge WHO bruker hver nordmann gjennomsnittlig USD 405 (ca. 4 200 kr per d.d.) på tannhelsen hvert år. I en dyrtid hvor flere sliter økonomisk og med økende sosiale forskjeller i samfunnet, blir det stadig mer utfordrende for de vanskeligstilte å prioritere oppøking av kostbare helsetiltak, særlig der det er forebyggende og ikke oppleves som akutt.

Økonomiske barrierer bidrar til å øke sosiale helseforskjeller, også innen tannhelse. Siden tilgangen til tannhelsebehandling blant voksne er avhengig av individuell økonomi, er det et viktigere mål enn noensinne å prioritere likestilling med andre helsetjenester. En slik likestilling vil bidra til at systemet prioriterer forebygging av dårlig tannhelse, slik at man i større grad kan forhindre tilleggsbelastninger for den enkelte og behandling i øvrige helse- og omsorgstjenester.

LHLs innspill oppsummert

LHL mener at en tannhelsetjeneste som likestilles med andre helsetjenester vil sikre likeverdige tilbud på tvers av landet. Dette vil bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller, og skape sterkere koblinger mellom tjenestene. Gode koblinger mellom tannhelsepersonell og annen helsepersonell vil sikre en mer helhetlig oppfølging og behandling av helsen sett i sin helhet.

Vi anerkjenner at regjeringens mål er et ambisiøst og krevende mål. En likestilling av tannhelsetjenesten med andre helsetjenester vil medføre en storstilt, systemisk endring som må gjennomføres gradvis for å sikre en god overgang. Høringsrunder, ikke minst interessentdialoger, vil være viktig i denne prosessen. Pasientperspektivet må inkluderes tidlig fordi deres deltakelse bidrar til å løfte refleksjoner fra egne møter med systemet i praksis.

Med vennlig hilsen,

Mari Larsen
Generalsekretær
LHL