

Tannlæknafélag Íslands

Stefnumótun

Starfshópur TFÍ um bætta tannheilsu
barna og unglunga



Efnisyfirlit

Frá formanni TFÍ.....	Error! Bookmark not defined.
Listi yfir skammstafanir	Error! Bookmark not defined.
Inngangur	5
Verkefnið	6
Heimtur barna og unglunga í reglulegt tanneftirlit.	7
Tillögur til að bóta á heimtum 3ja ára barna í reglubundið tanneftirlit.	10
Forgangsröðun íslenskra barna að tannlæknaþjónustu	12
Almennt um annars og þriðja stigs forvarnir?	13
Áhættuflokkun	14
Rökstuðningur fyrir hinum ýmsu þáttum forgangsröðunarinnar.	17
Endurkomutíðni	17
Bite-wing röntgenmyndataka.....	17
Flúorlökkun.....	18
Fræðsla.....	18
Skorufyllur.....	19
Að lokum	19
Samskipti við sjúkratryggingar. Aðgerðarskrá, taxtaskýringar og einingakerfi	20
Aðgerðarskrá og einingakerfi fyrir tannlæknisverk.....	21
Einingafjöldi.	24
Möguleikar einingakerfis.	25
Heimildaskrá.....	27

Frá formanni Tannlæknafélags Íslands

Lengi hefur verið beðið eftir úrbótum eða leiðum í tannheilsumálum til að ná markmiðum Heilbrigðisáætlunar 2010 sem samþykkt var af Alþingi 19. maí 2001. Árið 2005 komu svo niðurstöður MUNNÍS rannsóknarinnar sem sýndu að íslensk börn höfðu að meðaltali tvöfalt fleiri tennur skemmdar en jafnaldrar þeirra annarsstaðar á Norðurlöndum og var Ísland í sjötta neðsta sæti allra OECD landa hvað þetta varðar.

Undirritaður hefur á undanförunum árum settið fundi í ófá skipti með stjórnmalá mönnum og embættismönnum þar sem þeir hafa ítrekað gert lítið úr þessum niðurstöðum í stað þess að ræða raunverulega hluti og finna leiðir til að ná settum markmiðum. Því hefur algerlega runnið út í sandinn sá möguleiki að ná settu markmiði.

Nú er unnið að nýrri heilbrigðisáætlum fyrir næstu 10 árin í heilbrigðisráðuneytinu og enn höfum við niðurstöður MUNNÍS rannsóknarinnar til að fara eftir. Tannátusjúkdómurinn er vel þekktur og vitum við vel um alla áhættuþætti. Sjúkdómurinn er algerlega fyrirbyggjanlegur en er samt líklega algengasti sjúkdómurinn sem hrjáir börn. Í ljósi þessa ætti að vera nokkuð auðveldlega hægt að ná markmiðum nýrrar heilbrigðisáætlunar hver svo sem þau verða.

Hins vegar verðum við að gera okkur grein fyrir því að Ísland er ekkert venjulegt land þegar kemur að sykurneyslu og gosdrykkjapampi og því þarf meðul sem eru sérsniðin að íslenskum raunveruleika. Meðan þetta neyslumunstur er samþykkt af yfirvöldum þýðir ekki á meðan að draga lappirnar í forvörnum til tannheilbrigðismála.

Til að móta raunhæfar tillögur og sýna frumkvæði skipaði stjórn Tannlæknafélags Íslands vinnuhóp til að koma þessum málum á einhverja hreyfingu. Afrakstur þeirrar vinnu er hér að neðan og einnig í hugum þess fólks sem tók þátt í þessu. Vil ég þakka þeim sem tóku þátt í verkefninu kærlega fyrir þeirra framlag og vilja við að koma að þessari vinnu.

Sigurður Benediktsson
formaður TFÍ.

Listi yfir skammstafanir	
TFÍ	Tannlæknafélag Íslands
ADA	American Dental Association
SÍ	Sjúkratryggingar Íslands
DMFT	Decayed, missing or filled teeth
CPDN	Code on Dental Procedures and Nomenclature



Inngangur



Verkefnið

Í desember 2009 skipaði stjórn Tannlæknafélags Íslands (TFÍ) vinnuhóp til þess að móta raunhæfa stefnu í tannheilsumálum. Hópurinn fékk það verkefni að koma með framtíðarsýn sem gæti skilað viðunandi tannheilsu barna og unglunga á Íslandi.

Í hópnum voru: Álfheiður H. Ástvaldsdóttir, Bjarni Elvar Pétursson, Börkur Thoroddsen, Helgi Hansson, Hólmfríður Guðmundsdóttir, Inga B. Árnadóttir, Kristín Heimisdóttir, Petra Sigurðardóttir, Sigfús Þór Elíasson, Sigurður Benediktsson, Sigurður Rúnar Sæmundsson, Stefán Hallur Jónsson og Svend Richter.

Hópurinn einsetti sér að starfa af heilindum og að koma með tillögur til bættrar tannheilsu íslenskra barna, þannig að þeim fjármunum sem veitt er til tannlækninga sé sem best varið. Hópurinn lagði áherslu á að vinna á faglegan máta og að niðurstöður hópsins væru byggðar á niðurstöðum rannsókna, væru „evidence based”, svo að stjórnvöld geti síður sakað tannlækna um hagsmunapot.

Hópurinn skipti sér í þrennt og fylgja þessu álitu þrjú kaflar:

1. Fyrsta stigs forvarnir. Heimtur barna og unglunga í reglulegt tanneftirlit.
2. Annars og þriðja stigs forvarnir á tannlækningastofunum. Áhættuflokkun.
3. Samskipti við sjúkratryggingar. Aðgerðarskrá, taxtaskýringar og einingakerfi.



1. Heimtur barna og unglunga í reglulegt tanneftirlit

Það sem helst hindrar heimtur barna til tannlækna er kostnaðurinn. Hópurinn álitur nauðsynlegt að Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) endurgreiði að fullu kostnaðinn við skoðun og forvarnir barna og unglunga. Aðeins á þann hátt verði það raunhæft markmið að 90% þeirra mæti í skoðun og njóti forvarna.

Ljóst er að full endurgreiðsla SÍ eingöngu nægir ekki til að 90% markið náist. Að auki þarf kynningu til foreldra um rétt þeirra til gjaldfrjálsra forvarnarskoðana, ásamt aðhaldi og eftirfylgni að þjónustan sé nýtt. Tannlæknar hafa ekki úrræði fyrir börn sem mæta ekki til tannlæknis. Strangar reglur gilda um auglýsingar tannlækna og hvernig þeir afla sér viðskipta.¹ Kynningin og eftirfylgnin verða því að vera á höndum stjórnvalda.

Mikilvægt er að ná til þeirra 20% – 30% barna sem ekki skila sér til tannlæknis. Upplýsingar um þau er að finna hjá SÍ, sem miðlar þeim til Þróunarstofu Heilsugæslunnar. Heilsugæslan finnur síðan þau börn sem ekki skila sér, í samvinnu við skóla og leikskóla. Rýmka þarf gildandi reglur um forvarnarskoðun þriggja, sex og tólf ára barna. Upplýsingarnar vilja berast of seint frá SÍ til Þróunarstofu, sem

Tannlæknafélag Íslands: Starfshópur um bættu tannheilsu barna og unglunga

hefur engin úrræði til að framlengja heimild fram yfir fjórða, sjöunda og þrettánda afmælisdaginn.

Rannsóknir sýna að þau börn sem skila sér ekki í reglulegt eftirlit eru frá þeim fjölskyldum sem hafa minnsta menntun, lægstar tekjur og stríða við ýmis vandamál önnur en tannsjúkdóma. (Holst, 2008; Petersen, 1983; Petersen, 2005)[Holst 2008; Petersen PE 1983; Petersen PE 2005]. Tannlæknaheimsóknir eru ekki efst á listanum hjá þessum fjölskyldum, nema verkir reki sjúklingana af stað. Þeir sem eru við slæma tannheilsu verða að eiga úrræði. Tillaga hópsins er að þeir sem efnaminni eru, geti sótt um styrk einu sinni til að koma tönnum sínum í lag.

Eitt af þeim vandamálum sem við glímum við hér á Íslandi er að heimtur barna í tannskoðun eru með lægsta móti. Stór hópur barna leitar ekki til tannlæknis með reglulegum hætti og sýnt hefur verið að u.þ.b. 20-30% barna fara ekki reglulega til tannlæknis (Ágústsdóttir, Guðmundsdóttir, & Jónsson, 2002)[Ágústsdóttir H et al. 2002]. Eðlilegt markmið í þessum efnum er að 90% barna mæti í tanneftirlit árlega. Reynsla frá Norðurlöndunum bendir til þess að óraunhæft sé að setja sér mikið hærra markmið en þetta. Talið er að það sem helst hindri heimtur barna til tannlækna sé kostnaðurinn sem lendir á forráðamönnum.

Til að leitast við að fjarlægja þessa hindrun fyrir vissa aldurshópa var komið á samningi milli Tannlæknafélags Íslands og Tryggingastofnunar ríkisins árið 2007 þar sem í boði var ókeypis forvarnarskoðun fyrir 3ja og 12 ára börn (Forvarnarsamningur fyrri. TFÍ samdi við SÍ). Þegar þessi samningur rann út í árslok 2008 var hann ekki endurnýjaður en Sjúkratryggingar Íslands sömdu um samskonar forvarnarskoðun við einstaka tannlækna árið 2009 og féllu þá aldurshóparnir 3ja, 6 og 12 ára, undir samninginn (Forvarnarsamningur síðari. SÍ samdi við einstaka tannlækna). Tölur um heimtur barna í forvarnarskoðun hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sýndu að við að fjarlægja fjárhagshindrunina jukust heimtur nokkuð,² en ljóst er að það eitt nægir ekki til að 90% markið náist. Það þarf að auki kynningu til foreldra um rétt þeirra til þessara forvarnarskoðana, ásamt nokkru aðhaldi og eftirfylgni með að þjónustan sé nýtt.

Tannlæknar eiga ekki hægt um vik að auka heimtur því þeir mega lögum samkvæmt ekki kynna þjónustu sína (1985 nr. 38 12. júní/ lög um tannlækningar.11.gr

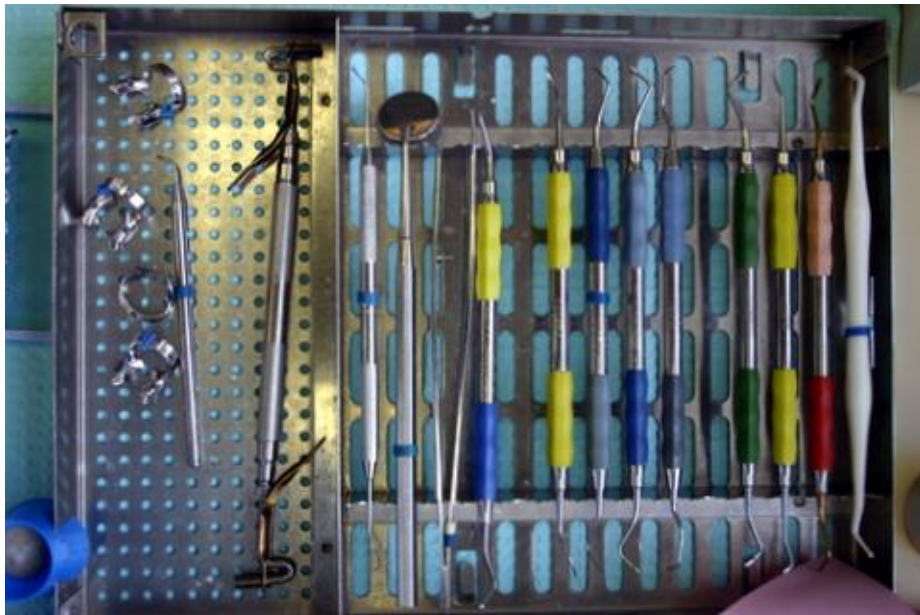
"Tannlæknum eru óheimilar hvers konar auglýsingar um starfsemi sína sem tannlæknir") og Tannlæknafélagið á heldur ekki aðgang að þessu máli þar sem það er ekki aðili að umræddum samningi.

Heilsugæslan hefur það hlutverk að upplýsa um forvarnarskoðun 3, 6 og 12 ára barna og réttur barna til þessarar forvarnarskoðunar er nú þegar kynntur í ung- og smábarnaverd og á leikskólum landsins. Dreifibréf eru send um rafrænt upplýsingakerfi grunnskóla (Mentor) til foreldra/forráðamanna allra 6 og 12 ára barna á vegum skólaheilsugæslu. Upplýsingar um forvarnarskoðun má einnig nálgast á vefsíðum Heilsugæslunnar, Lýðheilsustöðvar og Sjúkratrygginga Íslands. Heilsugæslan hefur hins vegar engin sértæk úrræði fyrir þann hóp sem ekki mætir í tanneftirlit þrátt fyrir ítrekun og eftirfylgni.

Tillögur til að bóta á heimtum 3ja ára barna í reglubundið tanneftirlit.

- Heilsugæslan komi upplýsingum til foreldra barna sem eru í þann veginn að verða 3ja ára, um að þau eigi rétt á ókeypis skoðun á meðan þau eru þriggja ára.
- Nauðsynlegt að heilsugæslan hafi eftirfylgd með því hverjir nýta forvarnarskoðunina og hafi úrræði til að fylgjast með hverjir **EKKI** hafa nýtt sér rétt sinn þegar nokkuð er liðið á 3ja ára aldursárið, og síðan úrræði til þess að hvetja þann hóp til að nýta sér forvarnarskoðunina.
- Til að auka heimturnar er mikilvægast að ná til þeirra barna sem ekki nýta sér rétt sinn. Líklegt er einnig að þeir sem ekki nýta sér rétt sinn án áminningar og eftirfylgni, séu einmitt þeir sem mest þurfa á forvarnarskoðuninni að halda. Því er mikilvægt að hafa sérstök þrautaúrræði fyrir þau börn sem orðin eru 4ra ára og hafa ekki nýtt sér réttinn. Þau eru líkast til í meiri vanda en hin. Nauðsynlegt er þá að Heilsugæslan hafi þá úrræði til að beina þeim börnum til tannlækna og framlengja rétt þeirra um 3-6 mánuði, eða fá skýringu á því hvers vegna rétturinn hefur ekki verið nýttur.
- Lagt er til að nánara skipulag innköllunarkerfis verði í höndum heilsugæslunnar og SÍ í náinni samvinnu við tannlækna.

- Lagt er til að samskonar kerfi kynningar áminninga, eftirfylgni og þrautaúr-ræða, sé notað fyrir alla aldurshópa til 18 ára aldurs en samningur nær nú einungis til 3ja, 6 og 12 ára aldurhópa.



2. Annars og þriðja stigs forvarnir á tannlæknastofum.

Forgangsröðun íslenskra barna að tannlæknaþjónustu

Samkvæmt Munnís rannsókninni er tannátutíðni íslenskra barna mun hærri en í nágrannalöndunum. [Ágústsdóttir et al. 2010]. Því er viðbúið að ekki sé hægt að yfirfæra reglur þaðan um innköllunartíðni og annars og þriðja stigs forvarnir á íslenskan veruleika. Það gerir síðan það ennþá mikilvægara að nýta þá takmörkuðu fjármuni, sem renna til tannlækninga barna, betur. Takmarkið er að börnin fái skoðanir og forvarnir eftir þörfum hvers og eins. Einnig finnst vinnuhópnum mikilvægt að greiða fyrir því að hægt sé að stunda “sækjandi” tannlækningar á Íslandi (sjá Heimtur barna og unglunga í reglulegt tanneftirlit), því markmiðið er að hafa meira en 90% íslenskra barna í reglulegri innköllun. Ein af forsendum “sækjandi” tannlækninga er að innköllunarheimsóknirnar séu fríar. Því gerir hópurinn það að tillögu sinni að öll börn fái eina heimsókn, svokallaða „Grunnskoðun“ fría.

Grunnskoðunin innifelur:

- Skoðun tanna og tyggifæra.
- 2 bitmyndir.
- skráningu á DMFT.
- hreinsun og flúorlökkun.
- fræðslu um tannhirðu.

Tíðni grunnskoðana er 12-18 mánuðir á hvert barn. Að öðru leyti eiga börnin rétt á forvörnum háð áhættumati sem hér segir:

FORGANGSRÖÐUN ÍSLENSKRA BARNA AÐ TANNLÆKNAÞJÓNUSTU



RAUÐUR HÓPUR: MEST ÁHÆTTA. FYRSTI FORGANGUR

1 GRUNNSKOÐUN Á ÁRI

- AUKALEGA MÖGULEIKI Á 2X BW OG ALLT AÐ 3 FLÚORLÖKKUNUM Á ÁRI
- 20 MÍN EFTIRLIT/FRÆÐSLA VARÐANDI TANNHIRÐU OG MATARÆÐI, Á ÁRI



GULUR HÓPUR: MIÐLUNGS ÁHÆTTA OG FORGANGUR

1 GRUNNSKOÐUN Á ÁRI

- AUKALEGA MÖGULEIKA Á 1 FLÚORLÖKKUN Á ÁRI
- 10 MÍN EFTIRLIT/FRÆÐSLA VARÐANDI TANNHIRÐU OG MATARÆÐI, Á ÁRI



GRÆNN HÓPUR: MINNST ÁHÆTTA OG FORGANGUR

1 GRUNNSKOÐUN Á 18 MÁN. FRESTI

Almennt um annars og þriðja stigs forvarnir?

Annars stigs forvarnir eiga við um forvarnir sem beitt er þegar fyrstu merki tannátu hefur orðið vart í því skyni að stöðva (arrest) eða snúa við (reverse/remineralise) því sjúkdómsferli sem komið er af stað. Þriðja stigs forvörnum er beitt þar sem óendurkræfir skaðar hafa komið fram á hörðum tannvef. Annars og þriðja stigs forvörnum er að mestu beitt inni á tannlæknastofunum.

Áhættuflokkun

Almennt er talað um að tennur séu í meiri hættu á tannátu stuttu eftir uppkomu. Því má segja að aldurinn 3-4 ára, 6-7 ára og 12-13 ára séu aldurshópar sem ætti að veita sérstaka athygli og auknar forvarnir. Þörf barna og unglunga fyrir annars og þriðja stigs forvarnir eru þó almennt mismiklar og þurfa að byggjast á áhættumati hvers barns fyrir sig. Í gagnreyndum leiðbeiningum um varnir gegn tannátu á Íslandi [Landlæknisembættið 2005] er samantekt um áhættuþætti og áhættuflokkun sem mælt er með. Áhættuflokkun er flókin en “klínísk reynsla og þekking á högum einstaklinga samhliða réttri greiningu áhættuþátta hefur reynst vel við áhættumat” [Landlæknisembættið 2005]. Ekki eru þó til skýrar leiðbeiningar varðandi áhættuflokkun og því miður hefur ekki tekist að hanna næmt próf fyrir áhættumat sem ekki

tekur mið af fyrri tannskemmdareynslu. Áhættuflokkunin er því oftast en ekki aðallega byggð á þeim skaða sem greinanlegur er á hörðum vef tannanna af völdum tannátu.

Reynt var að byggja skiptingu í áhættuflokka á eins gagnreyndum upplýsingum og möguleiki var á [Landlæknisembættið 2005; The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2002; Folkvandvården 2004]. Áhættuflokkarnir fyrir tannátu eru að okkar tillögu þrír, og byggja á eftirfarandi greiningum

RAUÐUR HÓPUR: MEST ÁHÆTTA

- 3-4 ÁRA BÖRN
 - $ds(1-6) \geq 1$ = Einn eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir í framtönn/um efri góms
- 6-7 ÁRA BÖRN
 - $ds(3-6) \geq 4$ =Fjórir eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í barnatönn/um
 - $DS(3-6) \geq 2$ =Tveir eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í fullorðinstönn/um
- 12-13 ÁRA BÖRN
 - $DS(3-6) \geq 4$ =Fjórir eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í 6 ára jaxli/jöxlum
 - $DS(3-6) \geq 1$ =Einn eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í framtönn/um
 - Rótfyllt tönn vegna tannátu
- 15-16 ÁRA BÖRN
 - $DS(3-6) \geq 8$ =Átta eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í forjöxlum/jöxlum
 - $DS(3-6) \geq 2$ =Tveir eða fleiri fletir með tannbeinsskemmd í framtönn/um
 - Rótfyllt tönn vegna tannátu

GULUR HÓPUR: MIÐLUNGS ÁHÆTTA

- 3-5 ÁRA BÖRN
- 6-7 ÁRA BÖRN
 - $ds(1-6) \geq 4$ =Fjórir eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir í barnatönn/um
 - $DS(1-6) \geq 2$ =Tveir eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir í fullorðinstönn/um
- 12-13 ÁRA BÖRN
 - $DS(1-6) \geq 4$ =Fjórir eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir á 6 ára jaxli/jöxlum
 - $DS(1-2) \geq 1$ =Ein eða fleiri fletir með glerungsskemmd í framtönn/um
- 15-16 ÁRA BÖRN
 - $DS(1-6) \geq 8$ Átta eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir í forjöxlum/jöxlum
 - $DS(1-6) \geq 2$ Tveir eða fleiri fletir með glerungs-/tannbeinsskemmdir í framtönn/um
- FLEIRI EN EINN AF ÞEKKTUM ÁHÆTTUÞÁTTUM SEM EYKUR LÍKUR Á TANNSKEMMDUM:
 - ELDRI SYSTKINI MED SÖGU UM TANNSKEMMDIR.
 - ≥ 4 BITFLATASKEMMDIR Í BARNAJÖXLUM EÐA SEXÁRAJÖXLUM
 - FÖTLUN SEM HINDRAR TANNHIRÐU
 - OFVIRKNI OG ATHYGLISBRESTUR (ADHD)
 - JÁKVÆTT TANNÁTUPRÓF TANNLÆKNIS (RISK ASSESSMENT)

GRÆNN HÓPUR MINNST ÁHÆTTA

- ALLIR HINIR

Gert er ráð fyrir því að barn skráist sjálfkrafa í þann flokk sem sjúkdómsmynstrið sýnir og að flokkunin sé endurskoðuð ekki sjaldnar en á 3 ára fresti þannig að barnið getur flust bæði upp og niður skalann.

Rökstuðningur fyrir hinum ýmsu þáttum forgangsröðunarinnar.

Endurkomutíðni

Í kafla 2.1 í áður nefnum leiðbeiningum landlæknisembættisins frá 2005 er að finna leiðbeiningar um endurkomutíðni barna og unglinga í reglubundið eftirlit hjá tannlækni. Mælt er með að endurkomutíðnin liggi á bilinu 3 til 12 mánaða fyrir þennan aldurshóp. Í Cochrane review: recall intervals for oral health, er eftirfarandi upplýsingar að finna:

- NICE - National institute for clinical excellence
 - Börn 1 til 12 mánaða fresti
 - Fullorðnir 3 til 24 mánaða fresti
- Low risk Norðurlönd
 - Noregur 12 til 20 mánaða fresti
 - Finnland 18 til 24 mánaða fresti
 - Danmörk 8 mánaða fresti
 - Svíþjóð áhættu aldurshópar IM 3, 5, 7 og 13 ára

Eftirfarandi eru leiðbeiningar vinnuhópsins varðandi endurkomutíðni barna í mismunandi áhættuhópum:

Rauður hópur: Endurkomutíðni 3-6 mánuðir

Gulur hópur: Endurkomutíðni 6-12 mánuðir

Grænn hópur: Endurkomutíðni 12-18 mánuðir

Bite-wing röntgenmyndataka

Undanfarin ár hefur geislun af völdum röntgenmynda fengið aukna umfjöllun og ónauðsynleg og óhófleg röntgenmyndataka verið gagnrýnd. Nauðsynlegt þykir að

röntgenmyndin sannanlega leiði til breytinga á meðferðarplani [Espelid et al. 2003; Mejare I 2005]. Mikilvægt er því að töku röntgenmynda sé stillt í hóf og röntgengreiningin notuð þar sem mest á við. [Landlæknisembættið 2005, The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2007, Folkandvården 2004].

Eftirfarandi eru leiðbeiningar vinnuhópsins varðandi tíðni bite-wing myndatöku:

Rauður hópur: 2 Bw á 6-12 mánaða fresti

Gulur hópur: 2 Bw á 12 mánaða fresti

Grænn hópur: 2 Bw á 12-18 mánaða fresti

Flúorlökkun

Sýnt hefur verið fram á mikil áhrif flúorlökkunar til varnar tannátu bæði í fullorðins- og barnatönnum [Landlæknisembætti 2005]. Tíðni flúorlökkunar fer eftir áhættuflokkun. Mælt er með flúorlökkun 1-4 sinnum á ári [Landlæknisembættið 2005; The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2007; EAPD 2009].

Eftirfarandi eru leiðbeiningar vinnuhópsins varðandi tíðni flúorlökkunar:

Rauður hópur: flúorlökkun á 3-6 mánaða fresti

Gulur hópur: flúorlökkun á 6-12 mánaða fresti

Grænn hópur: flúorlökkun á 12-18 mánaða fresti

Fræðsla

Mikilvægt er að sjúklingur fái einstaklingsmiðaða fræðslu í hvert skipti sem mætt er í skoðun.

Leiðbeina ætti um munnhirðu, notkun flúortannkremis, flúortaflna og flúorskols og matarvenjur og sykurneyslu í samræmi við Leiðbeiningar um varnir gegn tannátu á Íslandi [Landlæknisembættið 2005].

Skorufyllur

Skorufyllur hafa sýnt sig hafa tannátuhemjandi áhrif [The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2004]. Tannátuhemjandi áhrif þeirra í hópum með lítilli áhættu eru þó óljós [Landlæknisembættið 2005]. Skorufyllur ætti að nota þar sem fyrstu merki tannátu á tyggiflötum sjást eða við háa tannátutíðni [Sealants in Dentistry: outcomes of the ORCA Saturday afternoon symposium 2007].

Að lokum

Í rauða hópnum eru þau börn sem skila sér ekki í reglulegt eftirlit og eru frá fjölskyldum sem hafa minnsta menntun, lægstar tekjur og slást við ýmis vandamál í daglega lífinu. Þurfa því þessar fjölskyldur mest á því öryggisneti að halda, sem velferðarþjófúðfélagi ber að strengja.

Tannlæknaheimsóknir eru ekki efst á listanum hjá þessum fjölskyldum sem fara halloka félagslega og því ber samfélaginu skylda til þess að styðja aukalega við þessi börn sem oft ekki fá nógan stuðning frá heimili/fjölskyldu.



3. Samskipti við sjúkratryggingar. Aðgerðarskrá, taxtaskýringar og einingakerfi

Samskipti við sjúkratryggingar. Aðgerðarskrá, taxtaskýringar og einingakerfi

Hópurinn leggur áherslu á að Tannlæknafélag Íslands semji fyrir hönd félaga sinna, ef af samningum verður við SÍ. Heilbrigðisráðherra gaf í skyn á fundi með stjórn TFÍ 26. nóvember 2009 að breytt yrði ákvæði í 39. grein laga um sjúkratryggingar nr. 112/2008. Þar sem nú er gert ráð fyrir að Sjúkratryggingar Íslands semji við hvern einstakan tannlækni en ekki við TFÍ.

Heyrst hefur að stjórnvöld vilja breyta endurgreiðslukerfinu og hafa áhuga á „Capitationskerfi”.¹ Hópurinn er búinn að fara yfir kosti og galla capitationskerfis. Það er einhuga mat hópsins að slíkt kerfi sé ekki fýsilegur kostur. Notendur þjónustunnar missa tilfinningu fyrir kostnaðinum. Tannlæknar vilja fá greitt fyrir þau verk sem þeir inna af hendi, en ekki heimta gjald fyrir þá einstaklinga sem eru á skrá en sækjast aldrei eftir þjónustunni. Ljóst er þó að breyta þarf núverandi fyrirkomulagi og er mikilvægt að víðtæk sátt náist um lausn.

Hópurinn hefur gert nákvæma og ítarlega aðgerðarskrá. Hvert tannlæknisverk hefur sitt eigið aðgerðarnúmer. Sé vilji stjórnvalda til að semja og taka upp einingakerfi munu tannlæknar taka til endurskoðunar aðgerðarskrár sínar og breyta í einingar. Þá munu þeir einnig bæta inn nýjum liðum og taka út úrelta. Vísa má í skrána „Code on

¹ Í ráðuneytinu er á borðinu sú hugmynd, að hvert barn/unglingur sem á rétt til endurgreiðslu fyrir tannlækningar skv. lögum fái fasta upphæð eðastyrk fyrir tannlæknisþjónustu. Innifalið verði forvarnir, skoðun, aðlögun, röntgenmyndir og allar tannviðgerðir. SÍ geri samning við tannlækna um fasta upphæð fyrir hvert barn, óháð því hvaða þjónustu barnið þarf á að halda. Þetta kerfi hefur verið reynt erlendis og er kallað „Capitationskerfi”. Reynsla sýnir að hættu er á að þeir einstaklingar, sem mest þurfa á þjónustunni að halda fái hana ekki. Þetta eru börnin sem skila sér ekki í reglulegt eftirlit. Þessi börn þurfa tíða og endurtekna aðlögun og mikla mildilega meðferð. Hætt er við að samviskusamur tannlæknir með góðan ásetning í byrjun gefist upp við að leggja sig fram þegar hann fær ekki sanngjarna þóknun fyrir verk sín og hætt er við að með tímanum verði ekki allir jafnvelkomnir í sjúklingahópinn. Meðvitað eða ómeðvitað er hætt er við að: „*under-prescribe, under-diagnose, and under-treat patients to reduce costs, and therefore maximize net profit*”, svo vitnað sé beint í vefsíðu American Dental Association, <http://www.ada.org>

Dental Procedures and Nomenclature, (CDPN)”, sem er flokkun Bandarískra sjúkratryggingafélaga og America Dental Asociacion (ADA). Skránni, sem nánast er alþjóðleg, fylgja nákvæmar skýringar og leiðbeiningar um notkun hvers aðgerðarliðs.

Ítarleg og samræmd aðgerðarskrá auðveldar tannlæknum að færa nákvæma sjúkraskrá, eins og lög gera ráð fyrir. Reikna má með því, að verðlagning tannlækna, eins og annarra sem starfa í samkeppnisumhverfi, muni endurspeglar eðlilega verðdreifingu. Þannig verður auðveldara fyrir almenning og stjórnvöld að átta sig á raunkostnaði þjónustunnar.

Hverju tannlæknisverki í þessari ítarlegu aðgerðaskrá verður gefinn ákveðinn einingafjöldi sem endurspeglar umfang og tíma sem tekur að framkvæma verkið (Limoli & Limoli, 2006)[Limoli & Limoli 2006]. Stefnt verður að því að hafa einingarnar þannig að þær séu sambærilegar einingum sem notaðar eru á öðrum sviðum heilbrigðisgeirans.

Aðgerðarskrá og einingakerfi fyrir tannlæknisverk

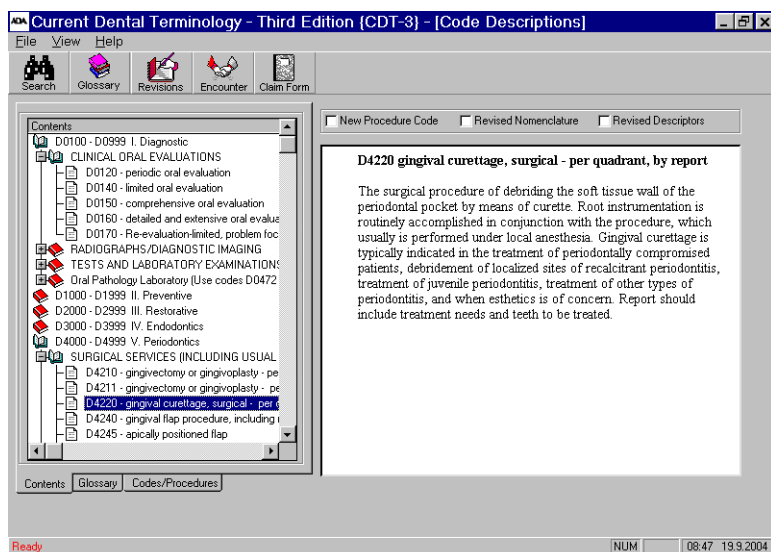
Tannlæknafélag Íslands (TFÍ) hefur gert nákvæma og ítarlega aðgerðarskrá, sem inniheldur öll þau verk sem tilheyra nútíma tannlækningum. Aðgerðaskráin verður kynnt Tannlæknadeild Háskóla Íslands, Sjúkratryggingum Íslands og Heilbrigðis- og tryggingaráðuneytinu.

Við aðgerðarskrána var stuðst við eftirfarandi:

- Gjaldskrá fyrir tannlækningar nr. 898/2002 veittar sjúklingum sem tryggðir eru samkvæmt almannatryggingalögum.
- Aðgerðarskrá sem unnin var af Stjórn TFÍ og sérfræðingum í öllum greinum tannlækninganna árið 1999. Sú skrá byggist á tímamælingum, sem þá voru gerðar og eru lagðar til grundvallar við þessa vinnu.
- Aðgerðarskrár, sem til eru í nágrannalöndunum. Flestar skrárnar eru ítarlegar og innihalda þær nýjungar sem komið hafa fram í tannlækningum á síðustu árum. Sú skrá sem gefur bestar upplýsingar er samkvæmt flokkun Sjúkratrygginga í Banda-ríkjunum og Tannlæknasambandsins (ADA). Skráin nefnist „Code on Dental Procedures and Nomenclature” (CDPN). Flokkunina má sjá á eftirfarandi töflu:

American Dental Association - Code on Dental Procedures and Nomenclature

- 000 Skoðun, gagnataka, greining, skráning, kynning, undirbúningur, aðlögun, deyfing, skýrslugerð, rannsóknir.
- 001 Tannvernd. Fyrirbyggjandi tannlækningar.
- 002 Tannfyllingar, Stakar krónur.
- 003 Tannholslækningar, Rótfyllingar.
- 004 Tannholdslækningar, Tannvegslækningar.
- 005 Laus tanngervi, Gervigómagerð.
- 006 Föst tanngervi, Krónur, brýr, Implönt.
- 007 Kjálka og tannskurðlækningar.
- 008 Tannréttingar.
- 009 Bitlækningar, Verkjameðferð.**



Hvert tannlæknisverk CDPN hefur sitt eigið aðgerðarnúmer og fylgir nákvæm skýring og leiðbeiningar um notkun þess. Skýringarnar má nálgast í tölvutæku formi eins og myndin sýnir. Hér sjást skýringar og leiðbeiningar

um notkun á tannholdsmeðferð, aðgerðarlið D4220, „Gingival Curettage”.

Einingafjöldi.

Hverju tannlæknisverki í þessari ítarlegu aðgerðaskrá verður gefinn ákveðinn einingafjöldi sem endurspeglar umfang og tíma þann sem tekur að framkvæma verkið.

Sé um aðkeyptan kostnað að ræða, eins og aðkeypta tannsmíði eða aðkeypta tannplantafluti, reiknast hann sérstaklega.

Stefnt verður að því að hafa einingarnar þannig að þær séu sambærilegar einingum sem notaðar eru á öðrum sviðum heilbrigðisgeirans. Til dæmis mætti hugsa sér að hver eining endurspegli u.þ.b. eina mínútu. Þannig væri einingin svipuð þeim einingum sem heilsugæslulæknar nota, en að sögn, fá heilsugæslulæknar greiddar 14 einingar fyrir 15 mínútna viðtal. Skoðun sem tekur að meðaltali 10 mínútur gæfi 10 einingar.

Hvert verk hefur ákveðinn sveigjanleika upp eða niður á við eftir því hvernig verkið vinnst. Sem dæmi myndi venjuleg skoðun gefa 10 einingar að meðaltali. Svigrúm væri þó til að skrá frá 8 til 12 einingar fyrir þessa aðgerð eftir því hvort verkið vinnst vel eða er óvenju seinlegt. Meðal-, hámarks- og lágmarkseiningafjöldi er skilgreindur fyrir hverja aðgerð aðgerðarskrárinnar.

Tannlæknar sem starfa í samkeppnisumhverfi skv. samkeppnislögum verða því að ákveða hvernig þeir verðleggja eininguna. Einingaverð getur verið mismunandi eftir aðgerðar-flokkum hjá sama tannlækni. Einingaverð tannlæknis skulu vera aðgengileg notendum þjónustunnar.

Möguleikar einingakerfis.

Nákvæm og samræmd aðgerðarskrá auðveldar tannlæknum að færa rétta sjúkraskrá, eins og lög gera ráð fyrir. Reikna má með því, að verðlagning tannlækna, eins og annarra sem starfa í samkeppnisumhverfi, muni endurspeglja eðlilega verðdreifingu. Þannig verður auðveldara fyrir almenning og stjórnvöld að átta sig á raunkostnaði þjónustunnar.

Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) munu með þessu kerfi eiga auðvelt með að meta hversu margar einingar þeir endurgreiða fyrir tannlækningar á ári hverju. Hægt er um vik að stýra endurgreiðsluhlutfalli á hverjum tíma eftir því hversu margir einstaklingar eiga rétt á endurgreiðslu og hversu miklu fjármagni er varið til tannlækninga.

Þannig mætti hugsa sér að ákveðnir aðgerðarliðir yrðu ekki endurgreiddir af SÍ. Sem dæmi um þetta mætti nefna lýsingu tanna í februnarskyni. SÍ gæti á sama hátt ákveðið hátt endurgreiðsluhlutfall (90 - 100% af meðaleiningaverði) á málaflokkum í

forgangi, s.s. forvörnum barna og unglunga. Aðrir aðgerðir myndu endurgreiðast eftir því hversu margar einingar eru til staðar og hve miklu fjármagni er úr að spila.

Einingakerfið auðveldar neytendum þjónustunnar raunhæfan verðsamanburð, þar sem allir aðgerðarliðir innan hvers flokks hafa sama einingaverð hjá hverjum tannlækni. Verðkannanir hafa sýnt upp undir 500% verðmun á milli tannlækna vegna mismunandi verðs á einstaka aðgerðaliðnum. Slíkur samanburður er ekki einungis ósanngjarn, heldur beinlínis rangur. Líklegt má telja að verðmunur einstakra tannlækna geti legið á bilinu 30 - 50% og myndi einingakerfið varpa réttu ljósi á þann verðmun sem er milli tannlækna. Einingakerfið myndi einnig auðvelda samanburð á kostnaði við tannlækninga og annarra sviða innan heilbrigðisgeirans.



Heimildaskrá

Heimildaskrá

References:

- 1985 nr. 38 12. júní/ lög um tannlækningar. Retrieved 5/5/2010, 2010, from <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1985038.html>
- Ágústsdóttir, H., Guðmundsdóttir, H., Eggertsson, H., Jónsson, S. H., Guðlaugsson, J. Ó., Sæmundsson, S. R., Elíasson, S. P., Árnadóttir, I. B., & Holbrook, W. P. (2010). Caries prevalence of permanent teeth: A national survey of children in Iceland using ICDAS. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*,
- Ágústsdóttir, H., Guðmundsdóttir, H., & Jónsson, R. (2002). Heimtur barna til tannlækna. *Tannlæknablaðið*, 20(1), 48-49.
- Espelid, I., Mejare, I., Weerheijm, K., & EAPD. (2003). EAPD guidelines for use of radiographs in children *European Journal of Paediatric Dentistry : Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 4(1), 40-48.
- Holbrook, W. P., Ágústsdóttir, H., Guðmundsdóttir, H., Árnadóttir, I. B., Sæmundsson, S. R., & Thorsteinsson, Þ. S. (2005). *Leiðbeiningar um varnir gegn tannáttu á Íslandi*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Holst, D. (2008). Er oral helse fortsatt skjevt fordelt? den orale helses sosiale determinanter. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 118, 8-13.
- Limoli, T., & Limoli, T. J. (2006). 2006 fee schedule. *Dental Economics*, 96
- Mejare, I. (2005). Bitewing examination to detect caries in children and adolescents--when and how often? *Dental Update*, 32(10), 588-90, 593-4, 596-7.
- Petersen, P. E. (1983). Dental visits and self-assessment of dental-health status in the adult Danish population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 11(3), 162-168.
- Petersen, P. E. (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(4), 274-279.
- The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2002 Program för kariesprevention för barn och ungdomar. Mejare I. Folkandvården 2004. EAPD. Guidelines on the use of fluorides in children: an EAPD policy document 2009.

¹Jón Óskar Guðlaugsson verkefnisstjóri á rannsókn- og þróunarsviði Lýðheilsustöðvar kynntí á fundi TFÍ 18. febrúar 2010 fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar „Heilsa og líðan Íslendinga 2007. Tilgangur rannsóknarinnar er að varpa ljósi á samband menntunar og munnheilsu. Jón Óskar sagði frá því, að heilsa, þar með munnheilsan, sé að miklu leyti háð félags- og efnahagsstöðu. Beint samband er milli menntunar einstaklinga og fjölda tanna.

²Tölur um heimtur barna í forvarnarskoðun. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.