

Forslag til prioritering av bittavvik som inngår i folketrygdens stønad til kjeveortopedi

Rapport
IS-2862



Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Oppdrag og bakgrunn	5
1.1 Oppdrag	6
1.2 Prioriteringskriterier	6
1.3 Dagens ordning	8
1.4 Tidligere utredningsoppdrag	17
1.5 Om gjennomføring av oppdraget	17
Forslag til prioritering og vilkår for stønad	19
2.1 Forslag til prioritering og vilkår for stønad	20
2.2 Helsedirektoratets oppfatning og anbefaling	22
Konsekvenser	34
3.1 Økonomiske konsekvenser	35
3.2 Administrative konsekvenser	39
3.3 Konsekvenser for pasienter og behandling	39
Referanser og vedlegg	41
Referanser	42
Vedlegg A: Den eksterne faggruppens vurdering og forslag – fullstendig versjon	45
Vedlegg B: Bilder av bittavvik i gruppe c og b	59

Forord

Kjeveortopedisk behandling (tannregulering) har som mål å korrigere avvik i kjeve, bitt og tannstilling. Avvikene skyldes ofte misforhold mellom flere anatomiske strukturer, og alvorlighetsgraden varierer fra omfattende avvik i eller mellom kjevene, til plassmangel og rene tannstillingsfeil. Bittforholdene man ønsker å etablere gjennom kjeveortopedisk behandling er jevne tannbuer og et stabilt bitt der flest mulig tenner er i kontakt ved sambitt.

Behandlingen er basert på kunnskap om ansiktets vekst og utvikling, og om overgangen fra melketannsett til permanent tannsett. I perioden fra 6–14-årsalderen er det mulig å påvirke kjevevekst og tannveksling. Etter at alle permanente tenner er kommet og veksten er avsluttet, er påvirkning sterkt begrenset. Riktig tidspunkt for behandlingsstart er derfor avgjørende både for ressursbruk og resultat.

Hvert år starter rundt 31 000 barn og ungdom under 20 år opp kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. Dette tallet har vært konstant de siste årene.

I 2018 utgjorde folketrygdens stønad for kjeveortopedisk behandling 554 millioner kroner, som er rundt en fjerdedel av stønaden som utbetales til tannbehandling gjennom folketrygden. Behandlingen ble utført av i overkant av 200 kjeveortopeder, hovedsakelig privatpraktiserende.

Helsedirektoratet har i flere tidligere rapporter kommet med forslag til endring i folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling. I denne rapporten foreslår vi endringer i regelverket for de minst alvorlig og lavest prioriterte bittavvikene i dagens stønadsordning, gruppe c.

Sammendrag

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet legger Helsedirektoratet frem forslag til en ny prioritering av tilstandene som inngår i folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling. Forslaget innebærer en endring i rekkefølgen på tilstandene som inngår i gruppe c, og visse tilleggskrav til de eksisterende vilkårene for stønad. Forslaget berører de minst alvorlig og lavest prioriterte bittavvikene i dagens stønadsordning.

Forslag til prioritering er basert på vurderinger gjort i samarbeid med Den norske tannlegeforening, Norsk Kjeveortopedisk Forening og Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo. Vurderinger er gjort oppimot prioriteringskriteriene alvorlighet, nytte, ressurs, slik kriteriene er definert i NOU 2018:16 *Det viktigste først*. Hensikten med foreslåtte endringer er å sikre rett prioritering av stønad.

Tilstandene som i dag gir rett til stønad er et resultat av tidligere prioriteringer hvor pasienter med størst objektivt behandlingsbehov får mest stønad. De stønadsberettigede bittavvikene er inndelt i tre grupper. I tillegg er det en gruppe d med lite alvorlige avvik som det i dag ikke gis stønad til. Avhengig av diagnose vil hver enkelt pasient bli definert til å tilhøre gruppe a: svært stort behov, b: stort behov eller c: klart behov. Det er den behandlende kjeveortoped som basert på undersøkelser, analyser og diagnostikk avgjør hvilken gruppe pasienten tilhører. Stønad til undersøkelse og behandling gis etter ulik prosentsats avhengig av hvilken gruppe pasienten inngår i. Gruppe a, b og c gis stønad med henholdsvis 100 prosent, 75 prosent og 40 prosent av offentlige takster.

Stønadsordningen styrer kun til en viss grad hva pasientene må betale for kjeveortopedisk behandling. Det er fri prissetting for tannhelsetjenester i Norge. Dette gjelder også for kjeveortopedisk behandling, enten denne utføres av privatpraktiserende kjeveortopeder, kjeveortopeder ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten eller på et regionalt odontologisk kompetansesenter. Pasientenes egenbetaling består dermed av eventuell egenandel som er del av de offentlige takstene, og av kjeveortopedens prispåslag utover takst. Det medfører at beløpet pasienten selv må betale kan bli stort og påvirke beslutningen om å gjennomføre kjeveortopedisk behandling. Prisen vil også variere etter hvilken kjeveortoped som utfører behandlingen.

Helsedirektoratets forslag innebærer endret rekkefølge på tilstandene i gruppe c, og inndeling av gruppen i et øvre og et nedre prioriteringsnivå:

- øvre prioriteringsnivå: #1-3
 - eksisterende c1, c6 og c3
- nedre prioriteringsnivå: #4-6
 - eksisterende c5, c2 og c4

Helsedirektoratet foreslår endring i vilkår for stønad for de fleste av tilstandene. Endringer er ment å medføre at det som prioriteres for stønad til behandling gjennom folketrygden i gruppe c er:

- enkeltavvik som gir funksjonelle eller individuelle problemer
- kombinasjoner av avvik i gruppe c

I tillegg foreslår vi at enkelte pasienter flyttes opp fra gruppe c til b.

Helsedirektoratet har estimert følgende konsekvenser av de foreslåtte endringene:

- ca. 7 800 pasienter pr. år mister stønad fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling i gruppe c
- ca. 200 pasienter pr. år vil få økt stønad ved at de flyttes fra gruppe c til b
- stønadsutbetalingene til kjeveortopedisk behandling fra folketrygden kan estimeres til å reduseres med ca. 78 millioner kroner som full årsvirkning

Oppdrag og bakgrunn

1.1 Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i tillegg til tildelingsbrev 13 for 2019, gitt Helsedirektoratet følgende oppdrag angående folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling (tannregulering):

Helse- og omsorgsdepartementet viser til tilsendt rapport IS - 2653 Kjeveortopedi-kriterier for stønadsberettiget behandling. Rapporten inngår i departementets utredningsoppdrag til Helsedirektoratet angående folketrygdens stønadsordning til kjeveortopedi.

Helsedirektoratet foreslår at de fleste bitt-tilstander i behovsgruppe 8c, jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom § 1 første ledd, pkt. 8, avvikles som vilkår for stønad fra folketrygden. Forslaget er basert på vurderinger i henhold til aksepterte prioriteringskriterier i spesialisthelsetjenesten og direktoratets analyse av sammenligning med tilsvarende vilkår i stønadsordninger til tannregulering i de øvrige nordiske land.

Prioriteringsutvalget foreslår tre kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. De tre kriteriene benevnes nyttekriterium, ressurskriterium og alvorlighetskriterium, jf. kap. 14 i NOU 2018:16 Det viktigste først. Mestring er tatt inn som et viktig formål i nyttekriteriet. Utvalget foreslår at det med utgangspunkt i prinsippene for prioritering bør foretas en gjennomgang av de tilstander/tilfeller som gir rett til refusjon fra folketrygden.

Departementet ber på denne bakgrunn Helsedirektoratet utarbeide forslag til prioritering av de tilstander som inngår under behovsgruppe 8c, basert på Prioriteringsutvalgets prinsipper for prioritering og de foreslåtte kriterier for prioritering. Det bes i den sammenheng også vurdert hvilke tilstander under behovsgruppe 8b som bør ha lavest prioritet.

Helsedirektoratet bes om å foreslå aktuelle vilkår for stønad basert på forslagene til prioritering. Kostnadmessige forhold skal inngå i arbeidet.

Departementet forutsetter at aktuelle fagmiljøer og Tannlegeforeningen trekkes inn i arbeidet.

Forslaget bes oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2019.

For å sikre god intern og ekstern forankring gav departementet ultimo august forlenget frist til 1. november.

1.2 Prioriteringskriterier

I april 2017 oppnevnte regjeringen Solberg et offentlig utvalg som skulle se på prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget, ledet av Aud Blankholm (Blankholmutvalget), la desember 2018 frem sin innstilling i NOU 2018:16 *Det viktigste først*. Det er Blankholmutvalgets prioriteringskriterier Helsedirektoratet nå har hatt som utgangspunkt for arbeidet med å foreslå prioriteringer innen stønad til kjeveortopedi.

Blankholmutvalget har vurdert om prinsippene som gjelder for spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er anvendbare for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Utvalget beskriver flere forhold som skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten og som får betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene. Et av forholdene er ulikhetene i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon for tiltak som igangsettes. For mange tiltak som iverksettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten finnes det lite systematisk dokumentasjon på effektene. Mangelfull kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

Til tross for ulikheter mellom tjenestene vurderer Blankholmutvalget at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre mener utvalget at kriteriene også bør legges til grunn for vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden. I denne forbindelse peker utvalget på at vurderingen av folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester ikke prinsipielt skiller seg fra folketrygdens finansiering av legemidler.

Den norske tannlegeforening (NTF) har uttrykt at alvorlighetskriteriet ikke uten videre er like anvendelig for tjenester med sterk vektlegging av forebyggende og helsefremmende arbeid. Blankholmutvalget kommenterer at de har tatt hensyn til innspillet i sin vurdering av alvorlighetskriteriet, og har anbefalt at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring.

Blankholmutvalget (NOU 2018: 16, 2018, s.137) mener at det med utgangspunkt i prinsippene for prioritering, bør foretas en gjennomgang av de tilstander/tilfeller som i dag gir rett til refusjon fra folketrygden. Utvalget mener at det også er behov for en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelseloven. Gjennomgangen bør være helhetlig og vurdere de to områdene samlet.

Blankholmutvalget foreslår følgende kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap*
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring*

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap*
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap*
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.*

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Anvendelse av kriteriene ved prioritering av stønad innen kjeveortopedi

I arbeidsgruppen har det vært enighet om at Blankholmutvalgets prioriteringskriterier kan være egnet til prioritering av stønad innen kjeveortopedi. Det har likevel vært utfordrende å operasjonalisere kriteriene i vurderingen og prioriteringen av de ulike bittavvikene, og å være konsistent i vurderinger.

Blankholmutvalget foreslår ingen konkrete verktøy tilrettelagt for gjennomføring av prioriteringer. Arbeidsgruppen har dermed hatt lite praktisk støtte til prioriteringsarbeidet og i stor grad måttet basere vurderinger på faglig skjønn.

Det at mestring er del av nytte- og alvorlighetskriteriet har arbeidsgruppen opplevd som relevant. Særlig har psykisk og sosial mestring stått sentralt i diskusjon om prioritering av bittavvikene i gruppe c.

1.3 Dagens ordning

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter tannhelsetjenesteloven og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen kan få stønad til dekning av utgifter til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med stønad etter folketrygdloven blir utført i privat sektor.

Kjeveortopedisk behandling av spesifikke bittavvik inngår i den delen av tannhelsetjenester som gis stønad gjennom folketrygden. Majoriteten av de som gjennomgår kjeveortopedisk behandling er barn og ungdom under 18 år. De har ellers rett til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, men prinsippet om gratis tannhelsetjenester til denne gruppen omfatter ikke kjeveortopedisk behandling.

Regelverk

Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 (folketrygdloven) skal bidra til å gi økonomisk trygghet for hele befolkningen ved blant annet å kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade. Kapittel 5 i loven omhandler stønad ved helsetjenester, herunder tannbehandling. Formålet med stønaden er blant annet å gi hel eller delvis kompensasjon for *nødvendige* utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, jf. § 5-1. Det ytes ikke stønad etter kapittel 5 til kosmetiske inngrep som ikke er medisinsk indisert.

Utgangspunktet er at den voksne delen av befolkningen selv skal betale for behandling hos tannlege og tannpleier. Hensikten med folketrygdlovens regler er å gi hel eller delvis stønad til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Personer som har rett til vederlagsfri tannbehandling gjennom annen lovgivning vil ikke motta stønad gjennom folketrygdloven.

Forskrift av 16. desember 2014 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, inneholder overordnede vilkår for stønad og gir Helsedirektoratet myndighet til å gi utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for når stønad skal ytes. Rundskriv til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a gir slike regler.

Folketrygdens stønad til tannbehandling dekker kun takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i et eget takstdokument som inngår i rundskrivet. Takstene består av honorartakst, refusjonstakst og egenandel. Utgifter som pasientene har utover de fastsatte takstene dekkes ikke. Dersom tannlegens eller tannpleierens priser er høyere enn de fastsatte takstene, må pasientene betale det overskytende selv.

Hovedinnretningen på stønadsordningen har vært gjeldende siden 1990. Stønad til kjeveortopedisk behandling ytes i henhold til forskriftens § 1, pkt. 8. Rundskrivet inneholder en uttømmende oversikt over bittavvikene det ytes stønad til. De stønadsberettigede bittavvikene er inndelt i tre grupper. Avhengig av diagnose vil hver enkelt pasient bli definert til å tilhøre henholdsvis gruppe a: *Svært stort behov*, b: *Stort behov* eller c: *Klart behov*. Det er den behandlende kjeveortoped som basert på undersøkelser, analyser og diagnostikk avgjør hvilken gruppe pasienten tilhører.

Stønad til undersøkelse og behandling gis etter ulik prosentsats avhengig av hvilken gruppe pasienten inngår i. Gruppe a, b og c gis stønad med henholdsvis 100, 75 og 40 prosent av honorartakst. For familier med flere enn ett barn som fyller vilkårene for stønad til kjeveortopedi i gruppe b eller c, gis det stønad etter en høyere prosentsats fra og med det andre barnet. Stønaden økes til 90 prosent i gruppe b og 60 prosent i gruppe c.

Intensjonen bak gruppeinndelingen av bittavvik etter alvorlighetsgrad er at de med størst behandlingsbehov skal få mest stønad og ikke risikere å måtte takke nei til behandling av økonomiske årsaker. Dermed er det i dag allerede stor grad av prioritering mellom gruppene, men innad i gruppene er det ingen rangering mellom de ulike bittavvikene.

En forutsetning for stønad er at behandlingen er utført av spesialist i kjeveortopedi, samt at det foreligger henvisning til kjeveortoped fra allmenntannlege eller tannpleier. Ved bittavvik som faller inn under gruppe b og c må behandlingen være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år for å være stønadsberettiget.

Stønad til den enkelte pasient beregnes på grunnlag av takstene fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ved behandling av bittavvik kan følgende takstgrupper utløses:

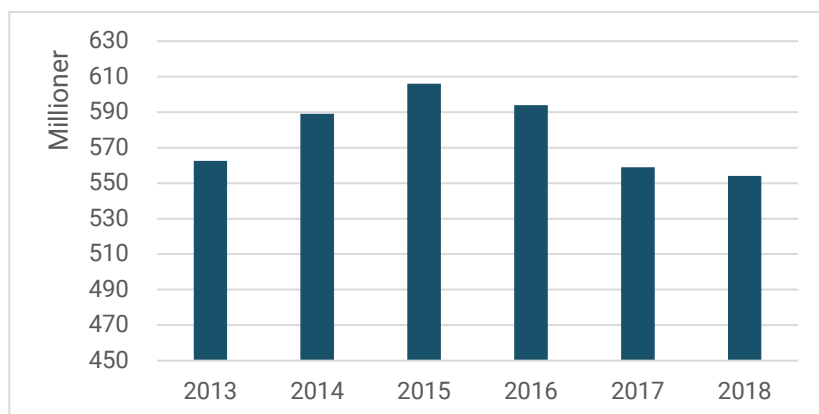
- A: Generelle tjenester, takster for forundersøkelse
- G: Kjeveortopedisk behandling (takst 601 – takst 607)
- H: Øvrige behandlinger
- I: Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser

Omfang og utvikling

Hvert år starter rundt 31 000 barn og ungdom under 20 år opp kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. Dette tallet har vært konstant de siste årene.

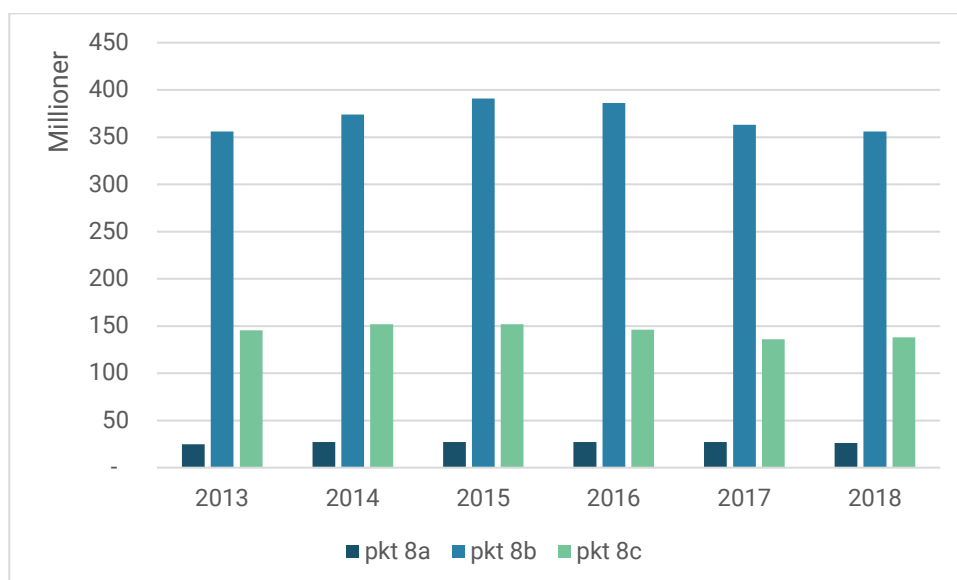
I 2018 utgjorde folketrygdens stønad for kjeveortopedisk behandling 554 millioner kroner, som er en fjerdedel (25 prosent) av stønaden som utbetales til tannbehandling gjennom folketrygden. Behandlingen ble utført av i overkant av 200 kjeveortopeder.

Året med høyest stønadsutbetaling var 2015 med 606 millioner kroner. Etter dette ser vi en nedgang til 554 millioner kroner i 2018. Nedgangen skyldes hovedsakelig endringer i regelverk og takstsystemet.



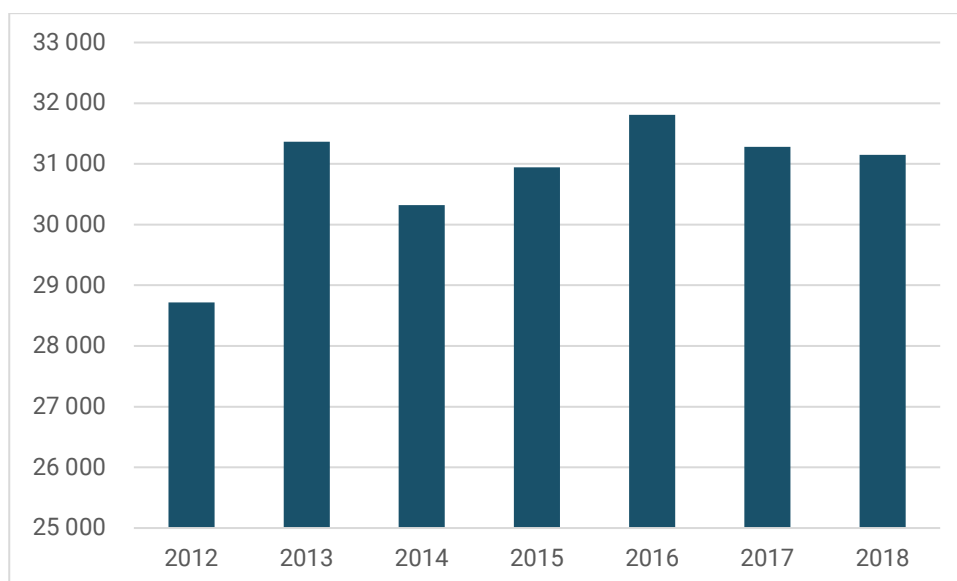
Figur 1. Utbetalt stønad til kjeveortopedi, i millioner kroner, 2013–2018

I 2018 ble nær to tredjedeler (64 prosent) av stønaden til kjeveortopedisk behandling utbetalt til behandling av pasienter i gruppe b. Gruppe c, som er gruppen med de minst alvorlige bittavvikene, utgjorde 25 prosent av utbetalt stønad. Gruppen med de alvorligste bittavvikene, gruppe a, utgjorde i underkant av 5 prosent. De resterende 6 prosent er utbetalt til forundersøkelse og tilsvarer ca. 35 millioner kroner.



Figur 2. Utbetalt stønad til kjeveortopedi fordelt på gruppe a, b og c, i millioner kroner, 2013–2018.

Antall pasienter som har startet opp kjeveortopedisk behandling (takst 601) har økt med rundt 8 prosent i perioden 2012–2018. Gruppe b og c har økt med henholdsvis 784 og 1 284 pasienter. Toppåret var 2016 med 31 807 pasienter, etter dette ser vi en nedgang til 31 149 pasienter i 2018.



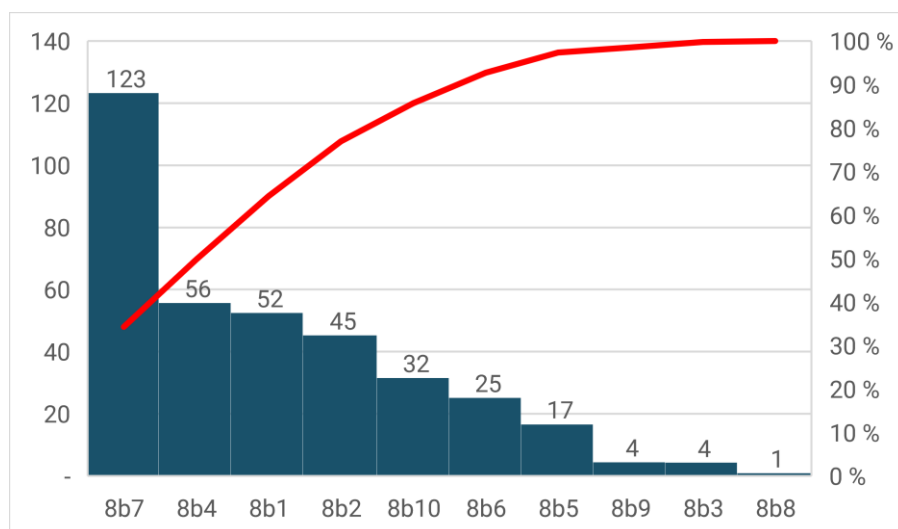
Figur 3. Antall pasienter med oppstart av kjeveortopedisk behandling (takst 601), 2012–2018.

I perioden 2012 til 2017 økte andelen pasienter i gruppe b på bekostning av gruppe c, mens vi i 2018 ser en økning i gruppe c på bekostning av gruppe b (tabell 1). Gruppe a har ligget stabilt på 2–3 prosent av pasientene i hele perioden.

andel av total	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
gruppe b	55 %	55 %	56 %	56 %	57 %	57 %	53 %
gruppe c	43 %	43 %	41 %	41 %	40 %	40 %	44 %

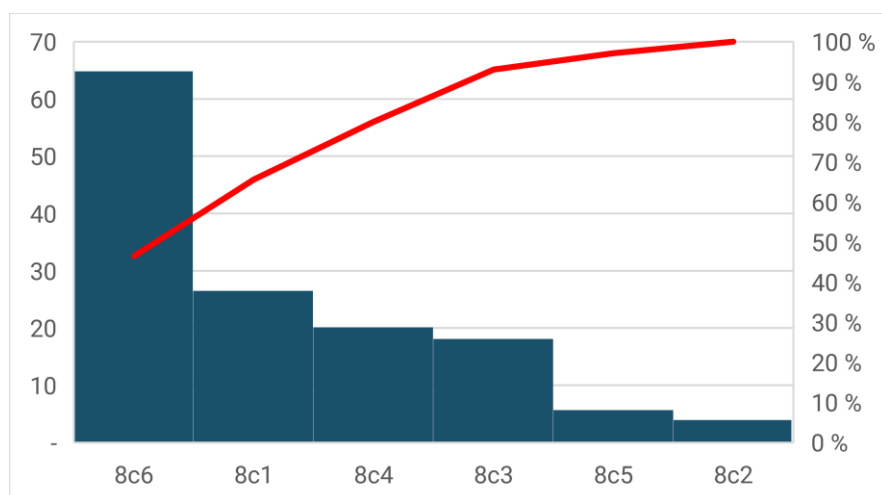
Tabell 1. Andel pasienter med oppstart av kjeveortopedisk behandling i gruppe b og c, andel av total oppstart (takst 601), 2012–2018.

Innenfor gruppe b er det tilstand b7 – *dypt bitt med buccal eller palatinal påbitning av slimhinnen med to eller flere tenner*, som utløser mest stønad (figur 4). I 2018 ble 34 prosent av stønaden utbetalt for behandling av denne tilstanden. Deretter følger tilstandene: b4 – *retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring*; b1 – *horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer*; b2 – *enkeltsidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier*. Samlet utløser disse fire tilstandene 77 prosent av stønadsutbetalingen for gruppe b.



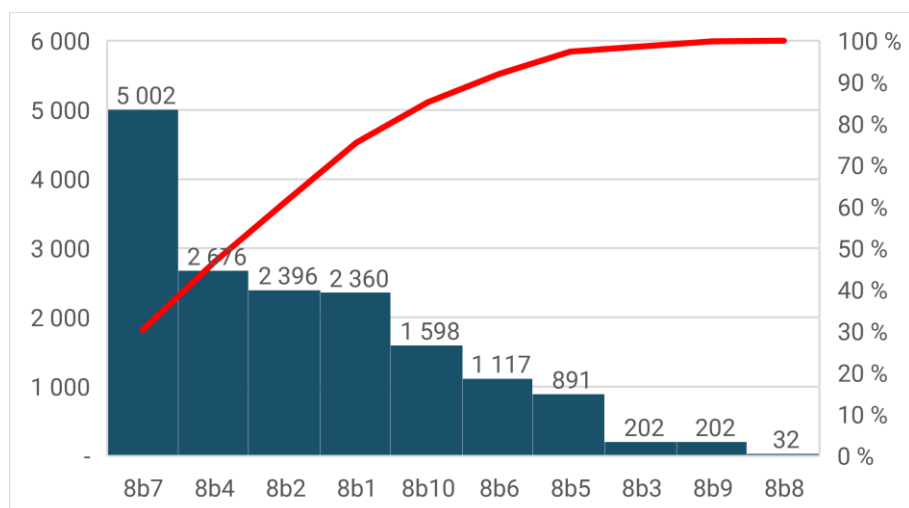
Figur 4. Utbetalt stønad for tilstander i gruppe b, 2018. ■ Utbetalt stønad i millioner kroner. ■ Akkumulert prosentandel.

Innenfor gruppe c er det tilstand c6 – *stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm*, som utløser mest stønad (figur 5). I 2018 ble 47 prosent av stønaden utbetalt for behandling av denne tilstanden. Deretter følger tilstandene: c1 – *horisontalt overbitt fra 6–9 mm*; c4 – *Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbitning av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater*; c3 – *Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)*. Samlet utløser disse fire tilstandene 93 prosent av stønadsutbetalingen for gruppe c.



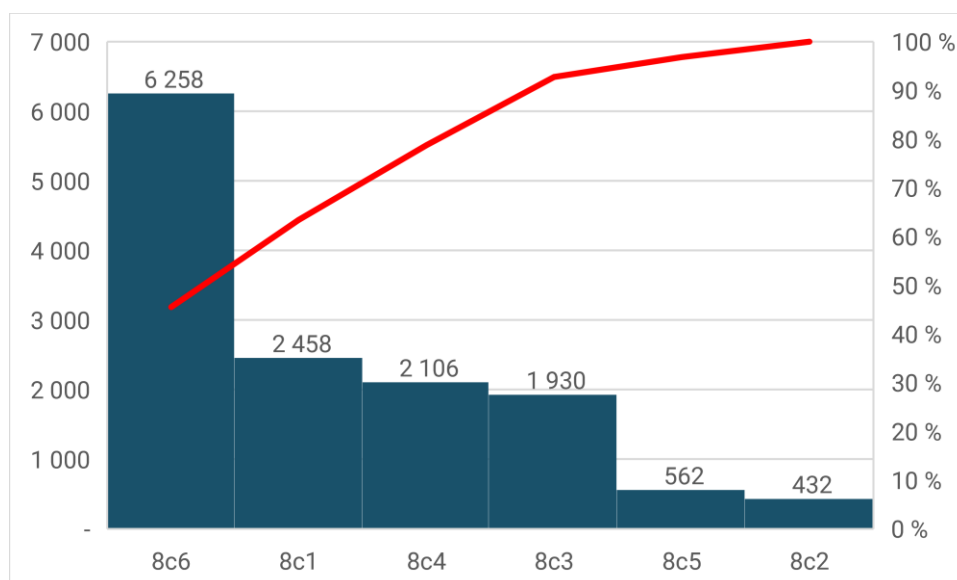
Figur 5. Utbetalt stønad for tilstander i gruppe c, 2018. ■ Utbetalt stønad i millioner kroner. ■ Akkumulert prosentandel.

Ser vi på antall pasienter i gruppe b (figur 6) finner vi tilnærmet samme rangeringen av tilstandene som for utbetalt stønad. De fire tilstandene som flest pasienter er behandlet for: b7, b4, b2 og b1, rommer 75 prosent av pasientene i gruppen.



Figur 6. Pasienter som startet opp kjeveortopedisk behandling (takst 601) med stønad for tilstander i gruppe b, 2018. ■ Antall pasienter. ■ Akkumulert prosentandel.

For antall pasienter i gruppe c (figur 7) finner vi nøyaktig samme rangeringen av tilstandene som for utbetalt stønad. De fire tilstandene som flest personer er behandlet for: c6, c1, c4 og c3, rommer 93 prosent av pasientene i gruppen. Tilstand c6 utgjør alene 46 prosent av pasientene.



Figur 7. Pasienter som startet opp kjeveortopedisk behandling (takst 601) med stønad for tilstander i gruppe c, 2018. ■ Antall pasienter. ■ Akkumulert prosentandel.

Omfang sammenlignet med Danmark

I 2018 brukte en i Norge ca. 18,4 milliarder kroner på tannhelsetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2019c). Av dette brukte en ca. 3,7 milliarder kroner (brutto driftsutgifter) på den offentlige tannhelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2019d) og ca. 2,2 milliarder kroner til tannbehandling med stønad fra folketrygden, derav 554 millioner kroner til kjeveortopedisk behandling. Egenbetaling fra pasienter for tannhelsetjenester utgjorde dermed vel 14,2 milliarder kroner, ettersom netto utgifter i den offentlige tannhelsetjenesten når egenbetaling er fratrasket var ca. 2,6 milliarder kroner.

I 2017 brukte den offentlige tannhelsetjenesten 2,5 milliarder kroner i netto driftsutgifter, mens stønaden til kjeveortopedisk behandling i tillegg utgjorde 559 millioner kroner, til sammen litt over 3 milliarder kroner. Til sammenligning brukte en i Danmark i 2017 rundt 2,3 milliarder norske kroner (1,7 milliarder danske kroner) på den kommunale barne- og ungdomstannpleien (0–18 år) og omsorgstannpleien (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). I Danmark er kjeveortopedisk behandling en integrert del av den kommunale tannpleien, slik at i tallet fra Danmark er utgiftene til kjeveortopedisk behandling tatt med.

Omfanget av tjenestene i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og den kommunale tannhelsetjenesten i Danmark (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018) er sammenlignbare, med et unntak når det gjelder ungdom i alderen 19 og 20 år. Disse behandles ikke vederlagsfritt i Danmark, mens de i Norge må betale en mindre egenandel (25 prosent av offentlig takst). Imidlertid er det i Danmark (Danmarks statistik, 2019) knapt 40 000 flere personer i aldersgruppen 0–18 år enn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019b), mens det i Norge ble undersøkt/behandlet 55 000 personer i aldersgruppen 19–20 år (Statistisk sentralbyrå, 2019d). Dette vil dermed kunne utjevnes rent ressursmessig.

Prioriteringsindeks og idealbittet

Stønadsordningen til kjeveortopedi etter folketrygdlovens bestemmelser bygger på en såkalt morfologisk indeks. Indeksen bygger på bittets og tannrekkenes avvik fra en konstruert vedtatt norm – "normalbittet" og beskriver i detalj avvikets morfologi i forhold til dette idealbittet.

Indeksen, NOTI (Norwegian Orthodontic Treatment Index), slik vi har den i dag ble utarbeidet i 1985 av en professorgruppe som en uttalelse i forbindelse med et arbeid som omhandlet folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. Gruppen la til grunn for sitt forslag at plassering i gruppe a og b skulle være basert på objektivt vurderbare kriterier uten behov for skjønnsmessig vurdering av den enkelte kjeveortoped. I gruppe c skulle kriteriene mer være utformet slik at det også må foretas en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt et kasus er innenfor regelverkets bestemmelser. Professorgruppen henviste til den da gjeldende svenske behandlingsbehovsindeksen. Denne hadde prinsipielt samme inndeling som den norske fikk, men hadde ikke de samme rigide bestemmelsene og overlot mer til behandler og individets skjønn.

Karakteristisk for en morfologisk indeks er at den gir en gradering og vurdering av det morfologiske bittavviket. Problemet med de morfologiske indeksene er ifølge Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) at de savner et vitenskapelig grunnlag for validiteten, altså om indeksen måler det den skal måle på de morfologiske prioriteringsindeksene. Når det gjelder den norske prioriteringsindeksen, la professorgruppen til grunn sin faglige vurdering, delvis bygget på veldokumenterte vitenskapelige undersøkelser og delvis på gruppens kliniske erfaring gjennom flere år.

Idealet – "normalbittet" ble utviklet i siste halvdel av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, og var antagelig koblet til konstruksjon av tannerstatninger i forbindelse med artikulatoppsetning av helproteser. Filosofien bak dette hadde et sterkt matematisk-mekanisk preg, og det er få mennesker i befolkningen som oppfyller kriteriene til et normalbitt.

"Normalbittets" kobling til oral helse og funksjon er uklar, og det er lite kritisk granskning av idealbittsnormen. Mens den ideelle okklusjon tidligere ble sett på som «naturens fullkomne mål» og en forutsetning for god ansiktsestetikk, er i dag variasjon akseptert som det naturlige. Samtidig er også kravene til utseende blitt større og for pasienten er oftest estetikken, profilen og smilet det viktigste, i tillegg til et velfungerende bitt.

En anerkjennelse av pasientens subjektive behov i totalvurderingen av behandlingsbehovet, ble ikke konkretisert av professorutvalget. Men tankene omkring subjektivt behov ble i årene etter fulgt opp i flere forskningsmiljøer, og resulterte blant annet i utviklingen av indeksen IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need). Den inneholder både en objektiv behovsindeks (Health Component), som i stor grad samsvarer med den norske indeksen, og en subjektiv (Aesthetic Component) som konkretiserer subjektivt behov ved hjelp av vitenskapelig validerte fotoeksemplere av bittavvik. IOTN er i dag den mest brukte behovsindeks både i Norden og andre land i Europa. De siste årene har «patient centered treatment» vært i fokus, og skjema som måler HRQoL (Health-Related Quality of Life) brukes til vurdering av hvordan bittavvik påvirker "health related QoL" og også hvordan behandlingen påvirker det samme.

Henvisning til kjeveortoped

For å motta stønad til kjeveortopedisk undersøkelse og behandling må pasienten være henvist til kjeveortoped av allmenntannlege eller tannpleier. I et slikt system er henviserkompetanse viktig og kravet til henvisning er beskrevet i rundskrivet under punkt 8.

Helsedirektoratet har i tidligere rapport vurdert at henvisningssystemet i liten grad fungerer i henhold til intensjonene. Og videre at utfyllingen av henvisningsskjemaet ofte er mangelfull eller av lav kvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s.54).

I 2018 gjennomførte Helfo en kartleggingskontroll for å undersøke om kjeveortopedene har mottatt henvisning i henhold til regelverket før de starter opp behandling de krever stønad for. Henvisninger fra 99 tilfeldig utvalgte kjeveortopeder ble innhentet og kontrollert. Kontrollen viste at for 76 prosent av kjeveortopedene var henvisningen i tråd med regelverket. For de resterende 24 prosent vurderte Helfo at henvisningen ikke var i tråd med regelverket. Feil som ble avdekket var:

- utdaterte henvisninger, eldre enn 24 måneder ved oppstart av behandling
- henvisninger skrevet og datert etter behandlingsstart
- tomme henvisninger
- henvisninger uten tilstrekkelig dokumentasjon på at pasienten hadde en stønadsberettiget tilstand
- tilfeller der henvisning ikke foreligger

For 15 av kjeveortopedene ble feilene vurdert å være så alvorlige at Helfo fattet vedtak om tilbakekreving.

Kontrollresultatet ble brukt som grunnlag for forslag om presiseringer i regelverket. Fra 2019 ble begrepet "fyldestgjørende" i rundskrivet under punkt 8 byttet ut med formuleringen "henvisningen må inneholde alle de opplysninger som er nødvendige for å dokumentere at henvisende tannlege/tannpleier har gjort en selvstendig vurdering av pasientens tilstand og behandlingsbehov". Det ble også gitt et nytt krav om at Helfos skjema 05-06.10 skal brukes når tannlege eller tannpleier henviser en pasient.

Avgjørelse av behandlingsbehov og metode

Pasientene henvises når tannlege/tannpleier mener at det foreligger et behov for kjeveortopedisk behandling. Det er kjeveortopeden som mottar den henviste pasienten som vurderer og tar den endelige avgjørelsen av behandlingsbehovet.

Kjeveortopedisk behandling slik vi kjenner den i dag, er utviklet i løpet av de siste 150 år, og det benyttes en rekke ulike metoder avhengig av avvikets art. En analyse av de ulike komponentene i avviket fører fram til en individuell diagnose, og en eventuell behandling har denne som utgangspunkt.

I tillegg til diagnosen må en rekke forhold tas i betraktning før det kan lages en behandlingsplan. Dette gjelder pasientens kronologiske og biologiske alder, vurdering av videre vekst og utvikling, biologiske begrensninger, hensiktsmessig starttidspunkt for behandling, kostnadseffektivitet for alternative metoder, samt prognosen for behandlingsresultatet.

Indikasjonen for kjeveortopedisk behandling avhenger både av et objektivt og et subjektivt behov. Det objektive behovet knytter seg til risiko ved ikke å behandle avviket. Dette dreier seg om potensiell skade på tenner og tyggeapparat på kort og lang sikt, og det gjelder funksjonelle forhold som biting, tygging og talevansker. Det subjektive behandlingsbehovet avhenger av pasientens opplevelse av avviket.

Gjeldende definisjon av akseptabel oral helse innebærer at brukeren: ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen; har tilfredsstillende tyggefunksjon; kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene (Helsedirektoratet, 2011).

De fleste med avvik som påvirker utseendet ønsker behandling når avviket faller utenfor de normer for akseptabelt utseende som gjelder i samfunnet generelt. Enkeltindivider har likevel personlige normer som gjør at noen aksepterer å leve med større avvik, mens det for andre kan være viktig å få rettet på mindre feil.

Bittavvik er ofte sammensatt av flere avvik som opptrer samtidig. Dette sammen med ulike subjektive behov gjør det vanskelig å vurdere alle likt. I all kjeveortopedisk diagnostikk er det dermed helt avgjørende at behandlingsplanlegging gjøres etter individuell vurdering.

Fri prissetting

Det er fri prissetting for tannhelsetjenester i Norge. Dette gjelder også for kjeveortopedisk behandling, enten denne utføres av privatpraktiserende kjeveortopeder, kjeveortopeder ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten eller på et regionalt odontologisk kompetansesenter. Pasientenes egenbetaling består dermed av eventuell egenandel som er del av de offentlige takstene, og av kjeveortopedens prispåslag (mellomlegget) utover takst. Det medfører at beløpet pasienten selv må betale kan bli stort og påvirke beslutningen om å gjennomføre kjeveortopedisk behandling. Prisen vil også variere etter hvilken kjeveortoped som utfører behandlingen.

Når den totale behandlingskostnaden overstiger 5 000 kroner har pasienten krav på en skriftlig behandlingsplan med kostnadsoverslag før den kjeveortopediske behandlingen påbegynnes. Tannhelsepersonell har også forskriftspålagt plikt til å holde sine priser oppdatert på Forbrukerrådets elektroniske prisportal "hvakostertannlegen.no", jf. prisopplysningsforskriften.

1.4 Tidligere utredningsoppdrag

Arbeids- og velferdsdirektoratet, og Helsedirektoratet, har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i perioden 2008 til 2017 gjennomført tre utredninger angående folketrygdens stønadsordning til kjeveortopedi:

- Folketrygdloven § 5-6 Tannbehandling – Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2008)
- Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier (Helsedirektoratet, 2014)
- Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling (Helsedirektoratet, 2017)

1.5 Om gjennomføring av oppdraget

Oppdraget er gjennomført av en arbeidsgruppe med deltakere fra:

- Den norske tannlegeforening (NTF)
- Norsk Kjeveortopedisk Forening (NKF)
- Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO)
- Helsedirektoratet, divisjon kvalitet og forløp, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Helsedirektoratet, divisjon helseøkonomi og kompetanse, avdeling helserefusjoner

Helsedirektoratet, divisjon helseøkonomi og kompetanse, avdeling helserefusjoner, har ledet arbeidet og hatt ansvaret for sammenstilling av rapporten.

Arbeidsgruppen hadde første møte 9. april 2019 og siste møte 21. august 2019. Til sammen har vi avholdt 4 arbeidsgruppemøter.

Deltakerne fra NTF, NKF og UiO, heretter kalt den eksterne faggruppen, har levert sin vurdering av bittavvikene i gruppe b og c oppimot Blankholmutvalgets prioriteringskriterier, og fremlagt et forslag til prioritering og vilkår. Helsedirektoratet støtter i all hovedsak faggruppens forslag og har basert sin anbefaling på dette.

Forslag til prioritering og vilkår for stønad

2.1 Forslag til prioritering og vilkår for stønad

Arbeidsgruppens deltakere fra NTF, NKF, UiO - den eksterne faggruppen, har gjennomført en vurdering av bittavvikene i gruppe b og c oppimot Blankholmutvalgets prioriteringskriterier, og fremlagt et forslag til prioritering og vilkår.¹

Helsedirektoratet støtter i all hovedsak faggruppens forslag som oppsummert resulterer i inndeling i to prioriteringsnivåer innenfor gruppe c:

- øvre prioriteringsnivå: punktene #1-3
 - o eksisterende c1, c6 og c3
- nedre prioriteringsnivå: punktene #4-6
 - o eksisterende c5, c2 og c4

Forslaget innebærer også endring i vilkår for stønad for enkelte tilstander.

Forslag gruppe b

Tilstandene i gruppe b er vurdert oppimot prioriteringskriteriene, men i denne gruppen er det ikke foreslått noen rangering. Ekstern faggruppe har vurdert at det fra et klinisk- og forsknings ståsted er vanskelig å tenke seg noen klar rangering innenfor gruppen, og at det heller ikke er grunnlag for å konkludere med hvilke tilstander som bør ha lavest prioritet. Behandling innenfor alle punktene i denne gruppen er av stor betydning for pasienten og må ansees som likeverdige ut fra et alvorlighetsperspektiv. Det er generelt stor nytte av behandling av bitt- og tannstillingsavvik innenfor gruppe b da disse avvikene alle vil ha innvirkning på pasientens bittfunksjon, tannhelse og estetikk videre i livet.²

Den eksterne faggruppen har gitt følgende forslag til endring i vilkår for b4 og b7:

- For å få et innslagspunkt som bedre sammenfaller med IOTN foreslås det å endre innslagspunktet b4 til: "Forhindret tannfrembrudd (unntatt 3, molar) forårsaket av plassmangel, posisjonsavvik, overtallige tenner, retinerte melketenner eller annen patologisk tilstand." Det er konsensus mellom dansk, norsk og svensk indeks hva gjelder fortenner og hjørnetenner. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe b uten nærmere gradering i forhold til de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet. Når det gjelder andre tanngrupper bør det åpnes for individuell vurdering jfr. dansk og svensk indeks, hvor vurdering av ekstraksjon som behandlingsalternativ bør inngå.
- Når det gjelder b7 foreslås det at de pasienter i dagens c4 med størst objektivt behov flyttes til b7. Pasienter med avvik som faller utenfor disse kriteriene ansees å ha lite objektivt behandlingsbehov. Det blir ved en slik endring stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering, nemlig stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe b uten nærmere gradering i forhold til de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

¹ Se vedlegg A for den eksterne faggruppens vurderingen og forslag i sin helhet

² Se vedlegg A for referanser

Forslag gruppe c

Det foreslås endring i rekkefølgen og visse tillegg til eksisterende vilkår. Det foreslås også en inndeling i to prioriteringsnivåer innenfor gruppen, men ingen rangering innad i de to nivåene.

Under følger sammendrag fra faggruppens forslag til prioritering og vilkår i gruppe c.

Videre i rapporten viser # til foreslått ny plassering i gruppe c, parentes viser plassering i dagens regelverk.

Øvre prioriteringsnivå:

#1 (c1) Horisontalt overbitt fra 6–9 mm

Det foreslås en innskjerping av kravene for behandling av moderat store overbitt ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering jfr. kriteriene for dette i den danske behandlingsindeksen. Dette medfører at et målt overbitt på 6-9mm ikke automatisk utløser rettigheter under punkt c1. Det må journalføres at det er gjort en individuell vurdering også i forhold til de andre gitte kriterier. Dette vil medføre at de med størst objektivt behov i dagens c1 fortsatt vil ha rettigheter under dette innslagspunktet, mens andre, selv med målt overbitt på 6-9mm vil kunne falle utenfor refusjonsgruppen.

#2 (c6) Stor plassmangel i fronten som er 4 eller mer, med kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm.

Innslagspunktet foreslås prioritert høyere innen gruppe c enn tidligere. Dette sammenfaller bedre med «Aesthetic Component» i IOTN og kriterium – sosial mestring. Tannstillingsavvikene under dette innslagspunktet er av de avvik som er mest synlige og hvor pasienten har klar, subjektiv oppfatning av behandlingsbehov. En forflytning innad i gruppe c vil i seg selv ikke ha noen konsekvens for behandlingsomfanget, men vise at innslagspunktet prioriteres høyere når kriteriet om sosial mestring tas med i vurderingen.

#3 (c3) Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)

Innslagspunktet foreslås uendret. Klar dokumentert objektiv behandlingsindikasjon

Nedre prioriteringsnivå:

#4 (c5) Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)

Plasseres i nedre prioriteringsgruppe (4-6) i gruppe c. Det kan vurderes om de store diastema kan innlemmes i et omformulert innslagspunkt c2, ad modum Skåneindeks. (2m: «starkt uttalade trång- och glesställning...») hvor resterende c4 får lavere prioritet. Dette vil gi en forenkling av indeksen og medføre innskjerping av kravene for plassoverskudd ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering. Stort plassoverskudd lokalisert i ett område vil for eksempel vurderes som mer alvorlig enn generelt fordelt plassoverskudd.

#5 (c2) Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar

Faggruppens vurdering er at det bør det kunne tilbys behandling med refusjon i gruppe c for moderat åpne bitt, men at det må ligge en dokumentert individuell vurdering til grunn. Det foreslås å innta

kriteriene i dansk indeks (Funksjonelle problemer osv.) Dette vil medføre innskjerping av kravene under dette innslagspunktet ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering.

#6 (c4) Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

Faggruppens vurdering er at de pasienter i dagens c4 med størst objektivt behov bør flyttes til b7.

Det blir ved en slik endring stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk

behandlingsvurdering nemlig stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe b uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet. Resterende

pasienter i ny c6 vil ha lav prioritet. Endringen vi føre til at en del pasienter får bedre rettigheter (opp til b7), i tråd med den objektive vurderingen av alvorligheten av bittavviket. Det er å anta at

størstedelen av bittavvikene i dagens c 4 vil prioriteres lavt i gruppe c.

2.2 Helsedirektoratets oppfatning og anbefaling

Helsedirektoratet støtter i all hovedsak den eksterne faggruppens forslag. For å nærmere kunne vurdere hva forslaget innebærer vil Helsedirektoratet i det følgende gjennomgå ulike sider ved forslaget og faktorer som bør spille en rolle for prioritering. Avslutningsvis i dette kapittelet kommer Helsedirektoratet med sin anbefaling.

Forekomst av bittavvik

Det er lite undersøkelser på forekomst av malokklusjoner generelt og på stønadsberettigede bittavvik i Norge. Derfor må vi se til undersøkelser i andre land.

I 1998 ble det utført en nasjonal undersøkelse blant USAs befolkning (Proffit, W.R., Fields, H.W., & Moray, L.J., 1998, s. 97-106). Undersøkelsen viste at 20 prosent av befolkningen hadde avvik fra idealbittet som var så alvorlige at det var behov for kjeveortopedisk korreksjon. Bruk av IOTN viste at rundt 50 prosent hadde objektivt behov for en eller annen type av kjeveortopedisk behandling, og at det var høyere forekomst av behandling i grupper med høy inntekt. Forekomsten stemmer med en senere undersøkelse i USA hvor 49 prosent hadde lite behov for kjeveortopedisk behandling, mens de resterende hadde klart objektivt behov eller var i grenseland (Christepherson, E.A., Briskie, D., & Inglehart, M.R., 2009, s.9-17).

Det er ulike definisjoner på hva som karakteriseres som bittavvik, og ulike målemetoder for dette. Estimat på behov for kjeveortopedisk behandling varierer med populasjon og selvopplevde behov i den aktuelle populasjonen. Det finnes også studier som viser uenigheter kjeveortopedier imellom i deres skjønnsmessige behovsvurdering, og at det er et problem at kjeveortopedier ikke er konsekvente i sine tolkninger av behandlingsbehovet ut fra de ulike behandlingsindeksene som finnes, særlig ved mindre alvorlige bittavvik (Richmond, S., & Daniels, C.P., 1998, s.180-5).

Hvor vanskelig det er å finne hva det eksakte nivået for behandling er i befolkninger vises ved følgende sammenligninger:

- I Danmark (2015) får gjennomsnittlig 25 prosent av et årskull kjeveortopedisk behandling, men variasjonen mellom de ulike kommuner er 20–35 prosent (Sundhedsstyrelsen, 2019).

- I Sverige (2004) var påbegynte kjeveortopediske behandlinger pr. årskull 27 prosent, med en variasjon mellom de ulike län/fylker på 21–39 prosent (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005).
- I Norge (2019) får opp mot 50 prosent av et årskull kjeveortopedisk behandling, med betydelige regionale forskjeller (Statisk sentralbyrå, 2019a).

I både Danmark og Sverige (Sveriges Riksdag, 1998) har en ved utforming av regelverk for kjeveortopedisk behandling lagt opp til at ca. 25 prosent av et årskull skal få kjeveortopedisk behandling med offentlig finansiering. Imidlertid bygger dette mer på tradisjonell oppfatning og statistikk enn på epidemiologiske undersøkelser (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005).

Dette medfører at det materialet Helsedirektoratet har i det elektroniske oppgjørssystemet (KUHR) når det gjelder forekomst av bittavvik gjennom utbetaling av stønad for kjeveortopedisk behandling, blir viktig når det gjelder å estimere ulike konsekvenser av eventuelle endrede prioriteringer.

Imidlertid er KUHR et oppgjørs,- kontroll og regnskapssystem, og ikke et epidemiologisk register. Det betyr at tilgjengelige tall for kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden i hovedsak er takster og regnskapstall. Samtidig gjør både regelverksutforming og takstsystemet at vi gjennom KUHR får et innblikk i det som gjennomføres av kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. Her har vi en oversikt over antall pasienter, behandlingsforløp, hvilke takster som er benyttet og utbetalt stønad for de bittavvik det gis stønad til. Det vi ikke har oversikt over i KUHR er andre eventuelle bittavvik eller kombinasjoner av ulike bittavvik.

Kombinasjoner av bittavvik

Kombinasjon av flere typer bittavvik vil gjøre både tilstanden mer alvorlig og behandlingen ytterligere komplisert. Derfor vil kombinasjoner av flere avvik innen dagens gruppe c være viktigere å få behandlet, enn tilfeller der ett bittavvik opptre alene.

De opplysninger vi har om hyppighet av kombinasjoner av bittavvik kommer fra en undersøkelse der samtlige søknader til Rikstrygdeverket om dekning av utgifter til tannregulering i perioden 01.01.98–31.03.98 ble gjennomgått (Evjen, G., Grytten, J., Ramstad, T., Ødegaard, J., & Stenvik, A., 2001, s.18–21). Undersøkelsen gir en oversikt over hvilke bittavvik det ble søkt om stønad for, hvilke kombinasjoner av enkeltavvik som forekom hyppigst og hvordan søknadene fordelte seg i forhold til alvorlighetsgrad.

Forekomsten av bittfeil i befolkningen er ansett å være stabil over tid, vi kan derfor fortsatt regne undersøkelsen som dekkende for kombinasjoner av stønadsberettigede bittavvik. Så vidt vi kjenner til er dette den eneste undersøkelsen som gir informasjon om kombinasjoner av stønadsberettigede bittavvik og forekomsten av disse. I undersøkelsen konkluderes det med at det vanligste kombinasjonsavviket er trangstilling i fronten i begge kjever. Plassmangel forekommer også hyppig sammen med andre bittavvik i fronten (mindre overbitt og inverteringer). I tillegg er det en del kombinasjoner mellom trangstillinger og tilstander som inngår i gruppe b.

Sett oppimot nytt forslag til prioritering og vilkår i gruppe c vil de hyppigst forekommende kombinasjonene i synkende rekkefølge være:

- #2/#6 (trangstilling/dypt bitt)

- #2/#1 (trangstilling/horisontalt overbitt 6-9 mm)
- #1/#6 (hor. overbitt 6-9 mm/dypt bitt)
- #2/#3 (trangstilling /invertering)

Øvrige kombinasjoner vil være mellom bittavvik i gruppe b og c, der disse vil håndteres i gruppe b.

Det er vanskelig å angi i hvilket omfang disse kombinasjonene forekommer, men slik det er angitt vil trangstillingene (#2) ha kombinasjoner med andre bittavvik i nær 50 prosent av tilfellene. Andre kombinasjoner vil være på et lavt nivå (under 10-15 prosent av tilfellene).

Tabell 2. Hyppigst forekommende kombinasjoner av to enkeltavvik etter totalt antall søknader (N= 6726). Tilleggsøknader ikke inkludert

Kombinasjoner av behovskoder	Antall	%
C7ok/C7uk: Plassmangel > 3mm, overkjeven/ underkjeven front	1786	26,6
C4/C7ok : Dypt bitt, uten slimhinnekontakt / Plassmangel > 3mm	871	12,9
C1/C7ok : Horisontalt overbitt 6-9mm/ Plassmangel > 3mm	749	11,1
C4/C7uk : Dypt bitt, uten slimhinnekontakt/ Plassmangel > 3mm	695	10,3
C1/C4 : Hor. overb. 6-9 mm/ Dypt bitt, uten slimhinnekontakt	690	10,2
C1/C7uk : Horisontalt overbitt 6-9 mm / Plassmangel > 3mm	597	8,9
C3/C7ok : Invertering / Plassmangel > 3mm	532	7,9
B7/C1 : Hor. overbitt > 9 mm / Dypt bitt, slimhinnekontakt	395	5,9
C3/C7uk : Invertering/Plassmangel > 3mm	352	5,2

Tabell 2: utdrag fra undersøkelse: Malokklusjoner og søknad til folketrygden. (Evjen, G., Grytten, J., Ramstad, T., Ødegaard, J., & Stenvik, A., 2001, s.18–21)

Behandlingens omfang og kompleksitet

Når det gjelder vurdering av behandlingsomfanget av de avvik som folketrygden yter stønad til, så finnes det heller ikke noe tilgjengelig vitenskapelig litteratur om dette. Her legger Helsedirektoratet til grunn en tidligere veiledning som ble utarbeidet av Rikstrygdeverkets (RTV) rådgivende overtannleger, som også var kjeveortopeder (Rikstrygdeverket, 2005).

Bittavvik	RTVs kommentar
C.1. Horisontalt overbitt 6-9 mm.	Dersom dette er eneste avvik kan tilfellet som regel behandles enkelt. Kombinasjon med litt dypt bitt, vil vanligvis ikke komplisere kasus vesentlig.
C.2. Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar i fronten kan ofte behandles enkelt (fingersuging). Dersom det er en generell tendens til åpent bitt bakover mot molarene blir behandlingen mer tidkrevende
C.3. Inverteringer	Enkel behandling dersom invertering ikke er kombinert med plassproblemer
C.4. Dypt bitt uten tannkontakt eller med påbiting på den gingivale 1/4 av overkjevens lingualflater	Som oftest enkelt å behandle
C.5 Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd (angis i mm)	Behandlingen av et diastema i seg selv er enkel, men retensjonen kan by på problemer.
C.6 Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	Behandlingen her vil avhenge av om det vil være nødvendig med ekstraksjon av tenner eller ikke. Ved uttalt plassmangel kombinert med uttalt bimaksilær protrusjon, vil behandling kunne bli tidkrevende.

Tabell 3: RTV - vurdering av omfang og kostnad kjeveortopedisk behandling, gruppe c

Der RTV angir at behandling er «enkel», menes det her en mindre kostnadskrevende behandling mht. honorar.

Gruppeplasseringen, enten i gruppe b eller c, henspiller på bittavvikets alvorlighet. Fra den eksterne faggruppen fremholdes det at det generelt ikke er sammenheng mellom gruppeplassering og den kjeveortopediske behandlingens omfang og kompleksitet. De mener at for eksempel store trangstillinger, overbitt med proklinert front, dype bitt uten vertikal støtte, vil kunne kreve behandling av samme omfang som kombinasjonsavvik eller avvik i gruppe b.

Slik Helsedirektoratet oppfatter det betyr dette at hvis bittavviket opptre alene vil det som regel ikke være kostnadskrevende å behandle det, (med noen unntak nevnt over). Opptre bittavviket imidlertid i kombinasjon med andre bittavvik kan behandlingen bli mer kompleks og mer kostnadskrevende.

Kjeveortopedisk apparatur som brukes ved behandling av bittavvik kan grovt sett deles inn i avtakbar apparatur (plater) og fast apparatur (pålimte klosser med aktive reguleringsbuer). Vellykket behandling av de fleste bitt- og tannstillingsavvik, både i gruppe b og c, vil innbefatte bruk av fast regulering eller en kombinasjon av fast og avtakbar apparatur.

Nye vilkår og prioritering

Det er for de fleste tilstandene i gruppe c foreslått å innføre en del tilleggskrav på linje med det som er gjeldende i andre skandinaviske land. Samtidig ved å flytte noen pasienter med størst objektivt behov fra gruppe c (pasienter i #6, dypt bitt) til gruppe b (punkt b7, dypt bitt med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to eller flere tenner) vil vi få et regelverk som ivaretar de med størst grad av bittavvik.

C-gruppe I	
Bittavvik	Kommentar
#1 (c1): Horisontalt overbitt 6-9 mm	Mer krevende behandling ved kombinasjon med andre bittavvik (plassmangel, dypt bitt), graden av proklinasjon og graden av overbitt; inkompetente lepper, dysfunksjon eller ugunstig vekstmønster
#2 (c6): Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	Varierende utfordring avhengig av hvor stor plassmangelen er, i hvilken kjeve den er lokalisert og om det er kombinert med andre avvik. Økt alvorlighet ved kombinasjon med invertering (#3)
#3 (c3) Inverteringer i fronten hjørnetenner)	Behandling viktig ved inverterte fortenner. Kan føre til skade i festeapparatet i motstående kjeve, og også attrisjon av emaljen på de inverterte tenner. Dette kan føre til nedsatt funksjon. Estetisk betydning med eller uten kombinasjon med andre avvik (plassmangel)
C-gruppe II	
Bittavvik	Kommentar
#4 (c5): Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd ≥ 6 mm i fronten (fortenner og hjørnetenner) (angis i mm)	Mindre krevende dersom det opptre alene (opptre ofte alene) og hvis plassoverskuddet er jevnt fordelt. Problemet øker hvis plassoverskuddet er lokalisert på en eller to tenner, eller hvis det er kombinert med andre avvik. Det kan føre til psykososial belastning/dårlig sosial mestring

#5 (c2): Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	Lite problem i melke-/blandingstannsettet og når opptrer alene >1mm og ≤2mm. Utfordringene øker med økt antall tenner i åpent bitt, økt antall mm og hvis det er i kombinasjon med andre avvik. Problemet øker hvis pasienten har funksjonelle problemer og ugunstig vekstmønster
#6 (c4): Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater	Lite problem når opptrer alene; kan være mer alvorlig i kombinasjon med andre avvik

Tabell 4: Forslag til ny inndeling gruppe c – med kommentarer

Tabell 4 oppsummerer arbeidsgruppens synspunkt på ny prioritering av gruppe c.

Som det fremgår av kommentarene må eksisterende kriterier omarbeides med en del tillegg som tar hensyn til disse. Oppsummering av foreslåtte tilleggskrav til de ulike punktene i gruppe c er:

- #1 (c1): stønad gis etter individuell vurdering, som kriterier inntas vurderingskriteriene lik dansk/svensk indeks (leppelukking, dysfunksjon, tungepress, forebygge fortannstraumer)
- #2 (c6): stønad vurderes individuelt, enten stort estetisk problem eller i kombinasjon med annet bittavvik (sammenfaller bedre med IOTN og sosial mestring)
- #3 (c3): beholdes som dagens c3 (inverteringer)
- #4 (c5): det kan vurderes om de store diastema kan innlemmes i et omformulert #2 (trangstilling/stort diastema, ad Modum Skåneindeks)
- #5 (c2): må ligge en dokumentert individuell vurdering til grunn på at pasienten har funksjonelle problem
- #6 (c4): pasienter med størst objektivt behov vurderes flyttet til gruppe b7, mens resterende pasienter vil ha lite behandlingsbehov

Forslag sammenholdt med Blankholmutvalgets prioriteringskriterier

Blankholmutvalget peker på at spesialisthelsetjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten alle bygger på det samme verdigrunnlaget, og at dette tilsier at prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten bør baseres på de samme prinsippene. Utvalget mener at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre at kriteriene bør legges til grunn for vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden.

Helsedirektoratet har i tidligere rapport fra 2014 påpekt at folketrygdloven § 5-6/5-6a (Tannlegehjelp/Tannpleierhjelp) uttrykker eksplisitt at trygden kun yter stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom, mens tannstillingsfeil oppfattes som et morfologisk avvik, og ikke sykdom.

Tannstillingsfeil er et avvik fra et idealisert "normalbitt". "Idealbittet" inngir en norm som gjør at også ubetydelige avvik kan oppleves som noe som må korrigeres, mens det egentlig er et uttrykk for en individuell variasjon i utseendet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005).

Hvis en bruker aksepterte kriterier for prioritering i helsesektoren, er det utfordrende å forsvare den betydelige ressursbruken som kjeveortopedisk behandling utgjør. I rapporten fra 2014 la Helsedirektoratet til grunn Norheim-utvalgets prioriteringskriterier –helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet

(NOU 2014:12, 2014), som i innhold ikke avviker fra kriteriene gitt i Lønning 1 (NOU 1987:23, 1987) og Lønning 2 (NOU 1997:18, 1997).

Blankholmutvalget anbefaler at den beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. Utvalget mener kriteriene bør danne et naturlig grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til faglig nivå.

I denne rapporten bruker arbeidsgruppen Blankholmutvalgets prioriteringskriterier til å vurdere om tilstander som nå foreslås skal inngå i gruppe c, bør få offentlig stønad til behandling. Det er således ikke en vurdering om hvorvidt behandling kan utføres, men om det skal gis offentlig stønad til behandlingen.

Vi legger her følgende til grunn for prioriteringskriterier:

Nyttekriteriet	Ressurskriteriet	Alvorlighetskriteriet
Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for: - overlevelse eller redusert funksjonstap - fysisk eller psykisk funksjonsforbedring - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag - økt fysisk, psykisk og sosial mestring	Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering	Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: - risiko for død eller funksjonstap - graden av fysisk eller psykisk funksjonstap - smerter, fysisk eller psykisk ubehag - graden av fysisk, psykisk og sosial mestring Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Tabell 5: NOU 2018: 16. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Forutsetningen for å igangsette kjeveortopedisk behandling avhenger både av et objektivt og et subjektivt behov.

- det objektive behovet knytter seg til risiko ved ikke å behandle avviket, dette dreier seg om potensiell skade på tenner og tyggeapparat på kort og lang sikt, og det gjelder funksjonelle forhold som biting, tygging, talevansker og det å forebygge fortannstraumer
- det subjektive behandlingsbehovet avhenger av pasientens opplevelse av bittavviket

I Blankholmutvalgets prioriteringskriterier inngår vurdering av både objektivt og subjektivt behov.

Hensikten med nåværende inndeling av bittavvik etter alvorlighetsgrad (gruppe a, b og c) har vært å sørge for at mest trygdemidler går til pasienter med størst objektivt behandlingsbehov.

Gruppe c omfatter de bittavvikene som i størst grad preges av plassmangel og rene tannstillingsfeil, og i mindre grad av omfattende avvik i eller mellom kjevene. Ofte vil det derfor i gruppe c være mer det subjektive enn de objektive behov som styrer avgjørelse om å sette i gang behandling. Prioriteten innen dagens stønadssystem er lavest for disse bittavvikene fordi de har minst objektive problemer forbundet med seg.

Når det gjelder nytten av behandlingen i gruppe c, utførte Folkehelseinstituttet (FHI) på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2017 litteratursøk etter systematiske oversikter om kjeveortopedisk behandling uten kirurgi på overbitt, plassoverskudd og trangstilling (tilsvarer øvre prioriteringsgruppe i forslag). Søkets populasjon var begrenset til barn og unge under 20 år.

Seleksjonskriteriene FHI benyttet for systematiske oversikter var at oversiktene var basert på randomiserte kliniske studier, kontrollerte studier, intervensjonsstudier og kohorter. Totalt 41 studier ble inkludert. Kvaliteten på de systematiske oversiktene ble ikke kritisk vurdert og det ble ikke utført noen analyse eller sammenfatning av studiene. Derfor kunne ikke FHI utarbeide anbefalinger for kjeveortopedisk behandling basert på denne rapporten.

FHI konkluderte imidlertid med følgende:

- kjeveortopedisk behandling ser ut til å bedre bittavvik og feilstillinger, men det er uklart hva som trengs av vedlikeholdsbehandling
- to-fase behandling for overbitt (før og etter 11 år) gir trolig færre skader på fortennene i overkjeven, men muligens ikke bedre behandlingsresultat enn behandling i en-fase
- avtagbart apparatur gir muligens færre blødninger i tannkjøttet enn fast apparatur ved vedlikeholdsbehandling
- en mangler forskningsgrunnlag for flere av de tiltakene og utfallene vi ønsket å vurdere, for eksempel om effekt av behandling av overbitt og behandling av trangstilling og plassoverskudd

FHI fant samtidig følgende kunnskapshull:

- ingen av oversiktene hadde et langtidsperspektiv som sa noe om livskvalitet eller bittfunksjon når pasienter ble voksne
- det er ikke oppsummert kunnskap om kjeveortopedisk behandling for barn og unge med sammensatte lidelser som trenger kjeveortopedisk behandling
- ingen av de inkluderte oversiktene omhandlet trangstilling og plassoverskudd
- vi vet svært lite om bivirkninger siden dette var mangelfullt rapportert i studiene
- vi vet ikke noe om effekt av kjeveortopedisk behandling sammenlignet med ingen behandling for barn med dypt bitt og fortenner i overkjeven som står bakover (retroklinert)

Ut fra klinisk erfaring, dokumentert i mange land, så vet en likevel at kjeveortopedisk behandling har effekt og derfor utføres den.

Når det gjelder rent funksjonelle forhold så finnes det empiri som påpeker at tidlig behandling av enkelte typer overbitt reduserer faren for og forebygger senere skader som traumer på overkjevens fortenner (Arraj, G.P., Rossi-Fedele, G., & Dogramaci, E.J., 2019) (Batista, K.B., Thiruvengkatachari, B., Harrison, J.E. & O'Brien, K.D., 2018).

Selv om det finnes funksjonelle forhold som gjør at barn/ungdom setter i gang med kjeveortopedisk behandling, så er imidlertid den hyppigste grunnen til at ungdommer ønsker kjeveortopedisk behandling rent estetiske grunner, noe som peker mot en underliggende psykososial faktor (Ferrando-Magraner, E., García-Sanz, V., Bellot-Arcís, C., Montiel-Company, J.M., Almerich-Silla, J.M., & Paredes-Gallardo, V., 2019). Sammenhengen mellom forbedret oral helse og livskvalitet beskrives i litteraturen som "Oral Health Related Quality Of Life" (OHRQoL). Mange studier har analysert variasjoner i OHRQoL før, etter og under kjeveortopedisk behandling, men de fleste studier har viktige begrensninger som skyldes heterogenitet i pasientenes alderssammensetning, spredning av pasientens behandlingsbehov, dårlig oppfølging eller det at studien fokuserer på bare en fase av kjeveortopedisk behandling.

Når det gjelder hvilken innvirkning kjeveortopedisk behandling har på livskvalitet og sosial funksjon, så er det imidlertid slik at det finnes flere vitenskapelige rapporter som viser at barn/ungdom som får behandling for bittavvik også får en forbedret OHRQoL (Dimberg, L., Arnrup, K., & Bondemark, L., 2015, s. 238-47).

Ressursmessig er det slik at kjeveortopedisk behandling som utføres i Norge, også den delen det ikke gis stønad til fra folketrygden, utføres av spesialister i kjeveortopedi (Helsedirektoratet, 2014). Behandlingen er som regel langvarig og vil stort sett innbefatte bruk av fast apparatur eller en kombinasjon av fast og avtakbar apparatur.

Når det gjelder behandlingstid for den delen av kjeveortopedisk behandling som får stønad fra folketrygden, så har SSB i rapport fra 2019 undersøkt nærmere antall år med behandlerkontakt slike behandlinger krever. SSB har i denne undersøkelsen kun brukt tallmateriale fra KUHR. Fordi elektronisk innsending av oppgjør med folketrygden først fikk et stort omfang fra årene 2010-2011 er 2012 valgt som startår for å få mest mulig komplette tall.

Det SSB finner er at pasienter med komplette behandlingsforløp i årene 2012-2016, unntaksvis er registrert med kontakt i færre enn tre år, og oppunder ¼ av disse pasientene har refusjonskrav i 6 eller 7 år. Dette tallet innbefatter både aktiv behandling og etterkontroller. Aktiv behandling foregår et par år og etterkontroller i 2-4 år.

SSB har i samme undersøkelse også sett på kostnadene for kjeveortopedisk behandling. Med utgangspunkt i refusjonsbeløp og takster er det gjort et anslag for samlet honorar til tannlegen, gitt at tannlegen ikke krever prispåslag utover de offentlige honorartakstene. For pasienter som startet behandling i det første året (2012) lå beløpene (medianen) på 33 000 kroner for de med størst behandlingsbehov (gruppe a) og oppunder 30 000 kroner for de to andre kategoriene (gruppe b og c). For de pasientene som har startet behandling senere, er beregningsgrunnlaget svakere, da det er færre som har avsluttet behandling.

I hvilken grad kjeveortopedene beregner et prispåslag ut over de offentlige takstene vet vi lite om. I en undersøkelse fra 2006 (Grytten, J., & Skau, I., 2006) konkluderer forfatterne med at kjeveortopedene har utformet mellomleggene på forskjellige måter. Det er mest vanlig med et visst prosentvis påslag på trygdens takster, men et fast kronebeløp brukes også. Det prosentvise påslaget utgjør i gjennomsnitt 14 prosent av trygdens takster. Om lag 25 prosent av kjeveortopedene tar ikke mellomlegg³ for behandlingen.

³ Forskjellen mellom trygdens takst og prisen den enkelte kjeveortoped selv har fastsatt

I hvilken grad dette er nivået for eventuelle prispåslag i 2019 har vi ikke data om, men på grunnlag av praksisundersøkelsen er det rimelig å anta at de fleste kjeveortopeder har en pris for sine tjenester som er høyere enn trygdens takster.

I tabellen under presenteres det nye forslaget til prioritering i gruppe c vurdert opp imot Blankholmutvalgets prioriteringskriterier:

C-gruppe I			
	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#1 (c1): Horisontalt overbitt 6-9 mm	– kan redusere skader på overkjevens fortenner – større nytte for større og kombinerte avvik – kan forbedre psykososial mestring – som regel stabilt resultat	– som regel nødvendig med fast apparatur – mindre kostnadskreven behandling hvis kun overbitt – ved kombinasjon med enkelte andre bittavvik mer ressurskrevende behandling – ofte forutsigbar behandling ved god kooperasjon	– varierende – kan være problem med psykisk og/eller sosial mestring – mer utfordrende ved kombinasjon med andre bittavvik (plassmangel, dypt bitt), graden av proklinasjon og graden av overbitt, inkompetente lepper, dysfunksjon eller ugunstig vekstmønster
195	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#2 (c6): Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	– moderat – kan gi bedre periodontale forhold, bedre estetikk og sosial mestring – i visse tilfeller kan behandling legge til rette for frembrudd av hjørnetenner og hindre skade på nabotenner – som regel stort subjektivt behov	– krever fast apparatur – ofte forutsigbar behandling	– varierende, avhengig av hvor stor plassmangel er, i hvilken kjeve den er lokalisert og om det er kombinert med andre avvik – kan føre til periodontale problemer, evt. problemer med sosial mestring
	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#3 (c3) Inverteringer (i fronten og hjørnetenner)	– kan være til høy nytte – reduserer negativ effekt på vekst og muskulær dysfunksjon – reduserer skade på emaljen og festeapparatet – kan forbedre estetikk	– ofte fast apparatur, kan unngås hvis behandlet tidlig (uten andre avvik) – lite omfattende behandling dersom invertering ikke er kombinert med plassproblemer – ressursbruken øker hvis kombinert med	– mer utfordrende ved kombinasjon med #2 (trangstilling) – inverterte fortenner kan føre til skade på tenner i motstående kjeve, og slitasje av emaljen på de inverterte tenner – estetisk betydning med eller uten kombinasjon med andre avvik – kan forstyrre vekst av underkjeven/muskulær dysfunksjon

C-gruppe II			
	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#4 (c5): Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd ≥ 6 mm i fronten (fortenner og hjørnetenner) (angis i mm)	– lav – kan være vansker med stabilt behandlingsresultat – kan forbedre estetikk/sosial mestring, særlig ved store diastema	– moderat hvis det opptrer alene – øker til høy hvis kombinert med andre avvik. Som oftest enkelt å behandle, men krever langvarig retensjon	– mindre utfordrende dersom det opptrer alene (opptrer ofte alene) og hvis plassoverskuddet er jevnt fordelt – mer utfordrende hvis plassoverskuddet er lokalisert på en eller to tenner, eller hvis det er kombinert med andre avvik – kan føre til psykososial belastning
	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#5 (c2): Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	– lav – kan forbedre funksjon og estetikk hos noen, avhenger av graden av det åpne bittet og kombinasjon med andre bittavvik/vekstmønstre	– vanskelig å behandle, lang behandlingstid – usikkert behandlingsresultat	– lite utfordrende i blandingstannsettet og når opptrer alene – mer utfordrende med økt antall tenner i åpent bitt, og hvis det er i kombinasjon med andre avvik/funksjonelle problemer/ugunstig vekstmønstre
	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
#6 (c4): Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater	– varierende - må vurderes individuelt – avhengig av graden av vertikal overlapping, stillingen på overkjevens fortenner og slitasje av tenner – sosial mestring	– som regel fast apparatur	– lav ⁴ – varierende, avhengig om det opptrer alene (lav alvorlighetsgrad) eller i kombinasjon med andre avvik

Tabell 6: Blankholmutvalgets prioriteringskriterier anvendt på bittavvik i gruppe c

Helsedirektoratet vurderer, med noen unntak (inverteringer, moderat store overbitt m/proklinerte fortenner og manglende leppelukning, en del større trangstillinger og de store diastema mediale) at ved å legge Blankholmutvalgets prioriteringskriterier til grunn, vil de fleste tilstander i både gruppe c I og II være lavt

⁴ Ses her bort fra bittavvik for er foreslått flyttet opp i gruppe b

prioritert når det gjelder stønad til behandling fra folketrygden. Dette fordi de har lav grad av alvorlighet, nytten er ikke ubetinget høy og ressursbruken er høy sammenholdt med alvorlighet og nytte.

Annerledes er det ved kombinasjon av ulike bittavvik innen gruppe c. Her vil alvorlighet og nytte være høyere sammenholdt med ressursbruken, og bør derfor etter Helsedirektoratets vurdering ha en høyere prioritet når det gjelder stønad gjennom folketrygden. Informasjon Helsedirektoratet har om forekomst av kombinasjon av ulike bittavvik tyder på at dette gjelder et mindretall av tilfellene, og at de hyppigst forekommende kombinasjonene befinner seg i foreslåtte gruppe c I.

Helsedirektoratets anbefaling

Med utgangspunkt i den eksterne faggruppens vurdering og forslag, anbefaler Helsedirektoratet at det som prioriteres for stønad til behandling gjennom folketrygden i gruppe c er:

- enkeltavvik som gir funksjonelle eller individuelle problemer
- kombinasjoner av avvik i gruppe c

Med funksjonelle problemer menes her bl.a.:

- fare for traume (utstående fortenner)
- fare for skader ved inverteringer
- problemer med tale
- forlenget tyggeaktivitet/lavere maksimal bittstyrke
- økt belastning av tyggemuskler og kjeveledd
- utvikling av temporomandibulære funksjonsforstyrrelser

Med individuelle problemer menes:

- estetiske problemer pga. bittavvik som er langt ut over den normale variasjon, slik at personens utseende avviker på en måte som er sterkt hemmende for vedkommende (bedring av OHRQoL)

Helsedirektoratet støtter også faggruppens forslag om at tilstandene #1-3 (nåværende c1, c6, c3) prioriteres høyere enn #4-6 (nåværende c5, c2, c4).

Mer detaljert gir dette følgende forslag til hva Helsedirektoratet vurderer bør prioriteres i gruppe c:

Prioritering	Nye vilkår/ merknad
C-gruppe I	
#1 (c1) Horisontalt overbitt 6-9 mm	Kombinasjon #1/#2 eller dokumentert funksjonelle/individuelle problemer
#2 (c6) Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	Kombinasjon #2/#6, #2/#3 ⁵ eller dokumentert funksjonelle/individuelle problemer
#3 (c3) Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)	Alle, såfremt behov

⁵ Alle i #3 (inverteringer) vil få stønad med fremlagt forslag, ikke avhengig av kombinasjon.

C-gruppe II	
#4 (c5) Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)	Dokumentert funksjonelle/individuelle problemer
#5 (c2) Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	Dokumentert funksjonelle/individuelle problemer
#6 (c4) Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater	De med størst objektivt behov flyttes til b7. Ikke stønad til de resterende

Tabell 7: Helsedirektoratets anbefaling – prioriterte kombinasjoner og enkeltavvik, nye vilkår

Konsekvenser

3.1 Økonomiske konsekvenser

Det er i kapittel 1.3 redegjort for omfang og utbetalt stønad fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling.

Totalt var det 31 149 personer som startet opp kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden i 2018.

Hvordan dette fordelte seg på de ulike gruppene er vist i tabell 8 under:

	Regelverk 2018	Andel
8a1	Leppe-kjeve-ganespalte	1,3 %
8a2	Medfødt og ervervet craniofacial lidelse	0,3 %
8a3	Bittavvik som er så alvorlig at bruker må ha ortognatisk-kirurgisk behandling	1,3 %
8b1	Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer	7,6 %
8b2	Enkeltsidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier	7,7 %
8b3	Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene	0,6 %
8b4	Retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring	8,6 %
8b5	Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring	2,9 %
8b6	Agenesi eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner)	3,6 %
8b7	Dypt bitt med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to eller flere tenner.	16,1 %
8b8	Dobbeltstidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side	0,1 %
8b9	Agenesi av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt	0,6 %
8b10	Agenesi av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes) og hypoplastisk molar	5,1 %
8c1	Horisontalt overbitt fra 6–9 mm	7,9 %
8c2	Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	1,4 %
8c3	Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)	6,2 %
8c4	Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater	6,8 %
8c5	Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)	1,8 %
8c6	Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	20,1 %

Tabell 8: Fordeling bittavvik 2018 ved oppstart av behandling

De to dominerende gruppene er punkt b7 (dypt bitt med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to eller flere tenner) og punkt c6 (stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm).

Når det gjelder punkt b7 så har denne gruppen økt år for år, men vi ser en nedgang fra 2017 til 2018 som skyldes en endring i regelverket. Denne endringen ble gjennomført etter innspill fra fagmiljøene.

Endring medførte at andelen mellom gruppe b og c forskjøv seg. I årene 2014–2017 var fordelingen ca. 56 prosent pasienter med oppstart av kjeveortopedisk behandling i gruppe b og 40 prosent pasienter i gruppe c. I 2018 var fordelingen av pasienter med oppstart av kjeveortopedisk behandling i de ulike gruppene 3 prosent i gruppe a, 53 prosent i gruppe b og 44 prosent i gruppe c.

Dette viser at mindre endringer av regelverket gir relativt store utslag, utslag som er vanskelig å beregne i forkant fordi vi ikke har detaljert oversikt over forekomsten av bittavvik i befolkningen. Helsedirektoratet må derfor estimere de økonomiske virkningene av ulike tiltak, men estimerer vil kunne inneholde feil.

Det vi imidlertid vet er at fordelingen av pasienter i de ulike gruppene, og dermed fordelingen av utbetalt stønad fra folketrygden, har vært relativt konstant de siste 10 årene.

Ut fra forslag får vi følgende for 2018:

2018	andel av total oppstart i alle grupper	antall	kostnad
C-gruppe I			
#1 (c1) Horisontalt overbitt 6-9 mm	8 %	2 458	26 539 751
#2 (c6) Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	20 %	6 258	64 866 646
#3 (c3) Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)	6 %	1 930	18 123 941
Sum	34 %	10 646	109 530 338
C-gruppe II			
#4 (c5) Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)	2 %	562	5 716 758
#5 (c2) Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar	1 %	432	3 980 527
#6 (c4) Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater	7 %	2 106	20 114 617
Sum	10 %	3 100	29 811 902
Total sum c gruppe I og II	44 %	13 746	139 342 240

Tabell 9: Fordeling av pasienter og utbetalt gruppe c I og c II (nytt forslag)

Slik forslaget til ny prioriteringsindeks foreligger er det bare c3 (inverteringer) det er enighet om å beholde tilnærmet slik regelverket er i dag for gruppe c.

Ved de andre punktene tas det inn tilleggskrav som ligner på de en har i øvrige nordiske land. I og med at både Sverige og Danmark har en lavere andel av barn og ungdom som får kjeveortopedisk spesialistbehandling med stønad fra det offentlige, og at pasienter i dagens gruppe a og b stort sett får

behandling med offentlig stønad i alle de nordiske land, så må dette bety at det blir en reduksjon i antall personer som får stønad fra folketrygden i gruppe c.

I Danmark reguleres offentlig stønad til kjeveortopedisk behandling av bittavvik i et nasjonalt regelverk som gjelder for den kommunale tannpleien (Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikation). Da regelverket ble innført i 1990 var beregningene fra Sundhedsstyrelsen at det vil medføre at ca. 25 prosent av barn/ungdom i hvert årskull ville ha behov for kjeveortopedisk behandling. Som tidligere nevnt bygger dette mer på tradisjonell oppfatning og statistikk enn på epidemiologiske undersøkelser.

I 2015 var det 24,9 prosent i årskullene nasjonalt i Danmark (målt på 15-åringer) som fikk/hadde fått kjeveortopedisk behandling for tannstillingsfeil (Sundhedsstyrelsen, 2019). Men da det danske regelverket åpner for individuell vurdering, var spredningen i de enkelte kommuner i spennet 20 – 35 prosent.

I det fremlagte forslaget ønsker en å ta inn ulike vurderinger som tilsvarer en del av det vi finner i det danske regelverket med hensyn til at en i tillegg til bittavviket må ha funksjonelle/individuelle problemer.

Vi vil med liten sannsynlighet kunne redusere andelen som får kjeveortopedisk behandling på spesialistnivå fra dagens ca. 35 prosent til 25 prosent tilsvarende Danmark, men en viss reduksjon vil skje ettersom regelverket strammes inn med det foreliggende forslag.

For å kunne beregne konsekvensene av de endringene Helsedirektoratet anbefaler, legger vi til grunn de tall over kombinasjoner av bittavvik som er tilgjengelige fra tidligere nevnte undersøkelse fra 1998 (Evjen, G., Grytten, J., Ramstad, T., Ødegaard, J., & Stenvik, A., 2001, s.18–21).

I 1998 var kravet til stønad fra folketrygden for kjeveortopedisk behandling av bittavvik som skyldes trangstillinger, mer liberalt enn i dag. Andelen som fikk stønad var dermed større enn den er i dag. I hvilken grad dette gir utslag på forekomsten av kombinasjoner av bittavvik vet vi ikke.

Ser vi på de opplysninger om hyppighet av kombinasjoner oppimot forslag til prioritering får vi følgende:

	Kombinasjon/merknad	Hyppighet
C-gruppe I		
#1 (c1)		
Horisontalt overbitt 6-9 mm	#1/#2	ca. 20 %
#2 (c6)	Individuelle problemer	
Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm	#2/#6 #2/#3 ⁶	ca. 40 %
#3 (c3)		
Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)		100%
Sum		
C-gruppe II		
#4 (c5)		
Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)		20 %
#5 (c2)		
Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar		15 %
#6 (c4)	10 % andel flyttes til b7	

⁶ Alle i gruppe #3 (inverteringer) vil få stønad med fremlagt forslag, uansett om kombinasjon eller ei

Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

Tabell 10: Gruppe c I og c II - kombinasjoner/enkeltavvik

Tar vi i beregningen også med opplysninger vi har om antall pasienter og stønadsutbetaling i 2018, får vi følgende estimat for økonomiske konsekvenser av forslagene:

	2018		nytt regelverk		differanse	
	antall	kostnad (kr)	antall	kostnad (kr)	antall	kostnad (kr)
C-gruppe I						
#1 (c1)	2 458	26 539 751	492	5 307 950	1 966	21 231 801
#2 (c6)	6 258	64 866 646	3 129	32 433 323	3 129	32 433 323
#3 (c3)	1 930	18 123 941	1 930	18 123 941	Ingen	Ingen
Sum c I	10 646	109 530 338	5 551	55 865 214	5 095	53 665 124
C-gruppe II						
#4 (c5)	562	5 716 758	112	1 143 352	450	4 573 406
#5 (c2)	432	3 980 527	65	597 079	367	3 383 448
#6 (c4) (b7)	2 106	20 114 902	211	3 218 339 ⁷	1 895	17 097 424
Sum c II	3 100	29 811 902	388	4 958 769	2 712	25 054 279
Sum c I + c II	13 746	139 342 240	5 938	60 823 984	7 808	78 518 256

Tabell 11: Estimerte konsekvenser ved foreslåtte regelverksendringer gruppe c I og II

Arbeidsgruppens eksterne medlemmer mener at det blir flere pasienter som vil få stønad til kjeveortopediske behandling enn det Helsedirektoratet estimerer. Samtidig vil Helsedirektoratet påpeke at de foreliggende tall er estimater der det er stor usikkerhet forbundet med de beregninger vi har gjort. Imidlertid er det slik vi kan tolke foreliggende tallmateriale.

Ut fra tilgjengelig materiale har Helsedirektoratet beregnet seg frem til følgende konsekvenser av de foreslåtte regelverksendringene:

- i gruppe c mister ca. 7 800 pasienter pr. år rettigheter til stønad fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling
- ca. 5 700 pasienter pr. år vil fremdeles kunne få stønad i gruppe c
- ca. 200 pasienter pr. år vil få forbedret stønad ved at de flyttes fra gruppe c til gruppe b
- stønadsutbetalingene til kjeveortopedisk behandling fra folketrygden vil reduseres med ca. 78 millioner kroner pr. år

Helsedirektoratet legger tallene i vårt elektroniske oppgjørssystem (KUHR) til grunn for beregningene. I tillegg kommer papirbaserte oppgjør fra kjeveortopedier, men fordelingen av disse samsvarer erfaringsmessig med fordelingen vi ser i KUHR.

⁷ #6: beregnet fra gjennomsnitt på 50 % (inkl. søsken) i gr. c, til 80 % (inkl. søsken) i gruppe b

3.2 Administrative konsekvenser

For pasienter:

- det å orientere seg om regelverket kan bli mer utfordrende for pasientene/pårørende
- ved at det kan tas individuelle hensyn er det mulig at mer pågående pasienter/pårørende i større grad kan få rettigheter enn andre

For behandlerne:

- ved at regelverket åpner for en del individuelle vurderinger og ikke kun objektive funn, setter det andre krav både til vurdering og dokumentasjon. Kjeveortopedene har som regel et betydelig dokumentasjonsmateriale, men det å måtte foreta vurderinger uten å kunne støtte seg på objektive kriterier kan gi noen utfordringer
- innsending av oppgjør for stønad vil ikke bli påvirket av endringer

For forvaltningen

- utforming av regelverk vil bli mer utfordrende ved at en ikke kun tar hensyn til objektive kriterier
 - o imidlertid har en erfaring fra andre deler av regelverket for tannlege- og tannpleierhjelp med lignende regelverksutforming, der behandlers vurdering er det som legges til grunn for om stønad utbetales eller ikke
- kontroll kan bli mere utfordrende for kontrollinstansene ved at regelverket ikke kun har objektive kriterier, de må da også forholde seg til ulike subjektive kriterier
 - o ettersom behandling her er på spesialistnivå vil det være mer utfordrende for Helfos rådgivende tannleger, som er allmennpraktikere eller spesialister innen annet fagområde, å vurdere om behandling er i henhold til regelverkets intensjon
- den variasjon en ser i antall personer som får behandling i Danmark, avhengig av de ulike spesialistenes oppfatning og tolkning av regelverket, vil også kunne bli en utfordring i Norge

Den offentlige tannhelsetjenesten

- den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir vederlagsfri behandling for barn/ungdom under 18 år. Imidlertid kan den offentlige tannhelsetjenesten kreve vederlag for kjeveortopedisk behandling når det gjelder barn og ungdom. Dermed vil den offentlige tannhelsetjenesten ikke påføres utgifter med de foreslåtte endringene

3.3 Konsekvenser for pasienter og behandling

Ca. 200 pasienter pr. år får forbedret stønad ved at de flyttes fra gruppe c til gruppe b. Samtidig vil et betydelig antall pasienter som i dag ville fått stønad fra folketrygden ved kjeveortopedisk behandling, miste denne stønaden. Helsedirektoratets estimat viser at dette vil omfatte ca. 7 800 pasienter pr. år. For de som likevel ønsker behandling vil egenbetalingen bli høyere.

Egenbetalingen er allerede relativt høy slik det norske finansieringssystemet og stønadsordningen i dag er utformet. I hvilken grad enda høyere egenbetaling kan gi sosiale ulikheter i bruk av tjenester er uklart. Statistisk sentralbyrå (SSB) har nylig gjennomført en sosioøkonomisk analyse over barn og unge som mottar stønad til tannregulering. Arbeidsgruppen hadde avsluttet sitt arbeid med forslag til prioritering når denne analysen var ferdig og har derfor ikke diskutert SSB sine funn. Helsedirektoratet vil likevel her nevne at analysen viser at det både er sosiale og regionale forskjeller i barn og unges mottak av stønad til kjeveortopedisk behandling. Det er vanligere å ha tannregulering blant barn med foreldre med høyt utdannings- og inntektsnivå enn blant de med foreldre med lavere utdannings- og inntektsnivå (Statistisk sentralbyrå, 2019a).

Sosial ulikhet er en mulig følge av at mange pasienter mister rett til stønad. Barn av ressurssterke foreldre vil kunne få utført behandlingen uansett ved å betale uten stønad, mens barn fra familier uten den muligheten vil måtte avstå fra behandling. Det er grunn til å anta at kravene til sosial mestring (–estetikk) er større enn tidligere og manglende korrigering av morfologiske bittavvik vil også kunne være sosialt stigmatiserende. Imidlertid vil en med det fremsatte forslaget ta høyde for at de med stigmatiserende morfologiske avvik vil få stønad. De fleste pasienter med avvik som påvirker utseendet ønsker kjeveortopedisk behandling når avviket faller utenfor de normer for akseptabelt utseende som gjelder i samfunnet generelt. Enkeltindivider har likevel personlige normer som gjør at noen aksepterer å leve med større avvik, mens det for andre kan være viktig å få rettet på mindre feil. Det er derfor presisert behov for individuell vurdering under flere av punktene.

Referanser og vedlegg

Referanser

- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2008). *Folketrygdløven § 5-6 Tannbehandling – Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Arraj, G.P., Rossi-Fedele, G., & Dogramaci, E.J. (2019). The association of overjet size and traumatic dental injuries - a systematic review and meta-analysis. *Dental traumatology*, 35(4-5), 217-232.
- Batista, K.B., Thiruvengkatachari, B., Harrison, J.E. & O'Brien, K.D. (2018). Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Database of Systematic Reviews*, (3), CD003452.
- Christopherson, E.A., Briskie, D., & Inglehart, M.R. (2009). Objective, subjective, and self-assessment of preadolescent orthodontic treatment need –a function of age, gender, and ethnic/racial background? *Journal of public health dentistry*, 69(1), 9-17.
- Danmarks statistik. (2019). *Folketal*. [nettdokument]. København: Danmarks statistikk. Hentet oktober 2019, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>
- Dimberg, L., Arnrup, K., & Bondemark, L. (2015). The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *European journal of orthodontics*, 37(3), 238-47.
- Evjen, G., Grytten, J., Ramstad, T., Ødegaard, J., & Stenvik, A. (2001). Malokklusjoner og søknad til folketrygden. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 111(1), 18–21.
- Ferrando-Magraner, E., García-Sanz, V., Bellot-Arcís, C., Montiel-Company, J.M., Almerich-Silla, J.M., & Paredes-Gallardo, V. (2019). Oral health-related quality of life of adolescents after orthodontic treatment. A systematic review. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 11(2), e194-202.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Kjeveortopedisk behandling uten kirurgi av barn og unge. En oversikt over systematiske oversikter*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2017/kjeveortopedisk-behandling-uten-kirurgi-av-barn-og-unge-en-oversikt-over-sy/>
- Folketrygdløven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Grytten, J., & Skau, I. (2006). *Kjeveortopedisk praksis i 2006*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet, Seksjon for samfunnsodontologi.
- Helfo. (2019). *Henvisninger ved kjeveortopedisk behandling*. Hentet fra <https://www.helfo.no/om-helfo/analyse-og-kontrollrapporter-fra-helfo>
- Helsedirektoratet. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2014). *Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier* (IS-2280). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- Helsedirektoratet. (2017). *Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling* (IS-2653). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>

- Helsedirektoratet. (2018). Rundskriv til § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ea6ec51a12d4d66bc43cb4e4af539f7/gule-hefte-2019-0021404233.pdf>
- NOU 1987: 23. (1987). *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Forvaltningstjenestene. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080600001
- NOU 1997: 18. (1997) *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjenestene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/>
- NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- Proffit, W.R., Fields, H.W., & Moray, L.J. (1998). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the US: estimates from the NHAES III survey. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*, 13(2), 97-106
- Prisopplysningsforskriften. (2012). Forskrift om prisopplysninger for varer og tjenester. (FOR-2012-11-14-1066). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-11-14-1066>
- Richmond, S., & Daniels, C.P. (1998). International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1 – Treatment need. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 113(2), 180-5
- Rikstrygdeverket. (2005). RTV-Vedlegg /Kapittel 5 -Vedlegg til § 5-6: Veiledning rimelig forsvarlig honorar. Faktorer som vil influere på kostnadsnivået ved kjeveortopedisk behandling. Oslo: Rikstrygdeverket.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU. Hentet fra <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardear/bettavvikelser-och-tandreglering-i-ett-halsoperspektiv/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019a). *Tannregulering blant barn og unge. En analyse av behandlingsforløp og sosioøkonomiske forskjeller*. Oslo: SSB. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannregulering-blant-barn-og-unge>
- Statistisk sentralbyrå. (2019b). Befolkning. [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet oktober 2019, fra <https://www.ssb.no/befolkning>
- Statistisk sentralbyrå (2019c). Helseregnskap. [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet oktober 2019, fra <https://www.ssb.no/helsesat>
- Statistisk sentralbyrå (2019d). Tannhelsetenesta. [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet oktober 2019, fra <https://www.ssb.no/tannhelse>
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Tandplejeprognose 2018-2040 Udbuddet af personale i tandplejen*. København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/tandplejeprognose-2018-2040>

- Sundhedsstyrelsen (s.a.). *Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer*. Bilag 1 I: Bekendtgørelse om tandpleje. (BEK nr 1658 af 22/12/2017). København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=196984>
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2018). *Kortlægning tandplejeordninger i Danmark*. København: Sundheds- og Ældreministeriet. Hentet fra https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2018/September/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/2018/Tandlaeger/Kortlaegning_af_tandplejeordninger_i_Danmark_2018.pdf
- Sveriges Riksdag. (1998). *Reformerat tandvårdsstöd*, (Proposition 1997/98:112). Stockholm: Sveriges riksdag. Hentet fra https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/reformerat-tandvardsstod_GL03112
- Tannhelsetjenesteloven. (1983). Lov om tannhelsetjenesten. (LOV-1983-06-03-54). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Vedlegg A: Den eksterne faggruppens vurdering og forslag – fullstendig versjon

Grunnlagsdokument for rapport og diskusjon i arbeidsgruppe

Fagområdet

Kjeveortopedisk behandling (tannregulering) har som mål å korrigere avvik i kjeve, bitt og tannstilling. Behandling på barn har sitt grunnlag i kunnskapen om ansiktets vekst og utvikling, og om overgangen fra melketannsett til permanent tannsett (vekslingstannsettet fra 6-7 til 12-14 års alder). Avvikene skyldes ofte misforhold mellom flere anatomiske strukturer, og alvorlighetsgraden varierer fra omfattende avvik i eller mellom kjevene (for eksempel leppe-kjeve-ganespalter eller unormal kjevevekst) til plassmangel og rene tannstillingsfeil.

I perioden med vekslingsstannsett er det mulig å påvirke kjevevekst og tannveksling. Etter at alle permanente tenner er kommet, og veksten er avsluttet, er muligheten for påvirkning av vekst og utvikling sterkt begrenset. Riktig tidspunkt for behandlingsstart er derfor avgjørende både for ressursbruk og resultat.

Bittforholdene man ønsker å etablere gjennom kjeveortopedisk behandling er et stabilt bitt, med flest mulig kontakter mellom tennene ved sambitt og jevne tannbuer. Dette er et felles mål for alle typer tannbehandling.

Avgjørelse om behandling

Kjeveortopedisk behandling, slik vi kjenner den i dag, er utviklet i løpet av de siste 150 år, og det benyttes en rekke ulike metoder avhengig av avvikets art. En analyse av de ulike komponentene i avviket fører fram til en individuell diagnose, og en eventuell behandling har denne som utgangspunkt.

I tillegg til diagnosen må en rekke forhold tas i betraktning før det kan lages en behandlingsplan. Forhold som må tas i betraktning er pasientens kronologiske og biologiske alder, vurdering av videre vekst og utvikling, biologiske begrensninger, hensiktsmessig starttidspunkt for behandling, kostnadseffektivitet for alternative metoder, samt prognosen for behandlingsresultatet (13).

Indikasjonen for kjeveortopedisk behandling avhenger både av et objektivt og et subjektivt behov. Det objektive behovet knytter seg til risiko ved ikke å behandle avviket. Dette dreier seg om potensiell skade på tenner og tyggeapparat på kort og lang sikt, og det gjelder funksjonelle forhold som biting, tygging og talevansker. Det subjektive behandlingsbehovet avhenger av pasientens opplevelse av avviket. Gjeldende definisjon av akseptabel oral helse «innebærer at brukeren: ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen; har tilfredsstillende tyggefunksjon; kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene» (IS-1589, Helsedirektoratet 2009).

De fleste pasienter med avvik som påvirker utseendet ønsker behandling når avviket faller

utenfor de normer for akseptabelt utseende som gjelder i samfunnet generelt.

Enkeltindivider har likevel personlige normer som gjør at noen aksepterer å leve med større avvik, mens det for andre kan være viktig å få rettet på mindre feil. Offentlige refusjonsregler (hvem som skal få stønad til behandling) bør av samme grunn gi rom for pasientens subjektive oppfatning av behandlingsbehovet. Dette prinsippet er også lagt til grunn i de ulike systemene i Norden og Europa for øvrig.

Malokklusjoner er sammensatt av flere avvik som opptrer samtidig. Dette sammen med ulike subjektive behov gjør det vanskelig å vurdere alle likt. I all kjeveortopedisk diagnostikk er det dermed helt avgjørende at behandlingsplanlegging gjøres etter individuell vurdering.

Dagens refusjonssystem

Professorutvalgets behovsindeks *NOTI*, (*Norwegian Orthodontic Treatment Index*) var vitenskapelig begrunnet og tok hensyn til både objektivt og subjektivt behandlingsbehov. Gradert refusjon i prosent av kostnaden ble beholdt for å styre mest trygdemidler til de med størst objektivt behov, slik at disse ikke skulle avstå fra behandling av økonomiske grunner. Refusjonen skulle være lavere for pasienter med mindre objektivt behov, ikke bare for å spare trygdemidler, men også fordi man ønsket at disse i tillegg til sitt mer moderate objektive behov, skulle ha et subjektivt behov som gjorde at de aktivt ønsket behandling. En anerkjennelse av at pasientens subjektive behov må tas med i totalvurderingen av behandlingsbehovet, ble ikke konkretisert av professorutvalget. Tankene omkring subjektivt behov ble i årene etter fulgt opp i flere forskningsmiljøer, og resulterte bl.a. i utviklingen av *IOTN* (*Index of Orthodontic Treatment Need*). Den inneholder både en objektiv behovsindeks (Health Component), som i stor grad samsvarer med den norske indeksen, og en subjektiv (Aesthetic Component) som konkretiserer subjektivt behov vha. vitenskapelig validerte fotoeksempler av malokklusjoner. IOTN er i dag den mest brukte behovsindeksen både i Norden og andre land i Europa. De siste årene har «patient centered treatment» vært i fokus, og skjema som HRQoL index brukes til vurdering av hvordan malokklusjon påvirker "health related QoL" og også hvordan behandlingen påvirker det samme (1,5,6,8,9).

Et uttalt mål for refusjonsordningens inndeling av bittavvik etter alvorlighetsgrad (gruppe A, B og C) har vært å styre mest trygdemidler til pasientene med størst objektivt behandlingsbehov. Gruppe D inneholder mindre bittavvik hvor det ikke gis stønad til behandling. Det ligger dermed allerede stor grad av prioritering til grunn for dagens refusjonssystem. I gruppe A og B skal egenbetaling være så lav at få, eller ingen, pasienter med slike bittfeil skal måtte takke nei til behandling av økonomiske årsaker. Siden det allerede er gjort prioritering når det gjelder stønad til kjeveortopedisk behandling vil behandlinger i gruppe C ofte være forbundet med høy egenbetaling. Gruppe A er klart definert og vil alltid utgjøre et lite mindretall som tar kun 2-3 % av trygdemidlene selv om de får 100 % refusjon. 97-98 % av trygdemidlene går til gruppe B og C. Det behandles omtrent like mange pasienter i hver av de to gruppene, og denne fordelingen har vært konstant over tid. Med høyere refusjoner i gruppe B enn i gruppe C (75 og 90 % mot 40 og 60 %) går det følgelig vesentlig mer trygdemidler til gruppe B, og refusjonsordningens målsetting oppfylles.

Dagens refusjonsordning skal dessuten sikre lik vurdering av barn og unge med behandlingsbehov hos spesialist.

Prioritering innenfor dagens refusjonssystem

Fra et klinisk- og forsknings ståsted er det vanskelig å tenke seg noen klar rangering innenfor gruppe B. Behandling i alle innslagspunktene innenfor gruppe B er av stor betydning for pasienten og må ansees som likeverdige ut fra et alvorlighetsperspektiv. Det er generelt stor nytte av behandling av bitt- og tannstillingsavvik innenfor gruppe B da disse avvikene alle vil ha innvirkning på pasientens bittfunksjon, tannhelse og estetikk videre i livet (2,3,7,10,11,14).

Det bør være enklere å tenke seg en viss rangering innenfor gruppe C enn i gruppe B. Som i gruppe B er det likevel helt nødvendig å se på kriteriene innenfor noen av innslagspunktene for å kunne gjøre fornuftige prioriteringer.

Under følger en tentativ gradering i gruppe C på bakgrunn av de gjeldene prioriteringskriteriene. Det følger også noen forslag til endringer i kriterier i gruppe B og gruppe C.

Gruppe b) Stort behov

1)

Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer

Det horisontale overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.

Dansk risikovurdering: I, II, III, IV

Dansk behandlingsindikasjon: Nesten alltid – samsvar med dagens norske innslagspunkt B1

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov (≥ 6 mm mot norsk og dansk ≥ 9 mm)

Stor alvorlighetsgrad som øker ved kombinasjon med andre bittavvik, graden av proklinasjon, inkompetente lepper, dysfunksjon eller ugunstig vekstmønster.

Tidlig behandling gir stor nytte: Reduserer traumefare, forbedrer funksjon og psykososial mestring (unngå mobbing).

Moderat til stor bruk av ressurser, avhengig av alvorlighet og kombinasjon med andre avvik som ugunstig vekstmønster, uvaner og lignende. Stabilt resultat.

Konklusjon: Konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av dette bittavvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

2)

Enkeltstående kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier

I blandingstannsett kan denne gruppeplassering benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrutt til det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må imidlertid være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil eruptere i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.

Dansk risikovurdering: II, III

Dansk behandlingsindikasjon: Nesten alltid – samsvarer i stor grad med dagens norske innslagspunkt B2

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov

Kan dersom ubehandlet føre til asymmetri, som senere bare kan korrigeres med kirurgi.

Konklusjon: Konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av dette bittavvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

3)

Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene

Dersom premolarene ikke er fullt frembrutt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten behandling. Utgangspunktet er okklusjon bare på de permanente molarer. Dersom det er kontakt mellom melkemolarer kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

Dansk risikovurdering: II, (IV)

Dansk behandlingsindikasjon: Alltid (i kombinasjon med orthognatisk kirurgi)

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov (uten krav om påbitt kun på molarer)

Dansk behandlingsindikasjon er strengere enn den norske da det kreves samarbeid eller henvisning til orthognatisk kirurgi. Altså samsvarer det danske innslagspunkt med norsk A3.

Det er viktig å ha mulighet til å diagnostisere årsaken til det åpne bittet. I tilfeller hvor tungepress er hovedproblemet, kan behandlingen være konservativ kjeveortopedisk behandling (uten kirurgi), med gode resultater på lang sikt. I tilfeller hvor årsaken er skeletal må pasientene behandles kirurgisk/kjeveortopedisk.

Konklusjon: Vår vurdering er at dagens B3 bevares da det er snakk om få pasienter med åpne bitt av denne alvorlighetsgrad som behandles med kjeveortopedi alene, og at man ved interceptiv behandling etter innslagspunkt B3 hos disse har mulighet for å forbedre bittforholdene uten bruk av orthognatisk kirurgi.

4)

Retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring

Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid og som trenger aktiv fremføring.

Dansk risikovurdering: I,IV

Dansk behandlingsindikasjon: Nesten alltid – samsvarer i stor grad med dagens norske innslagspunkt B4, med det unntak at dansk indeks har inntatt punkt angående ekstraksjon som behandlingsalternativ.

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 1, 2, Mycket stort behov (sentraler), stort behov (lateral og hjørnetenner)

Det er innlysende at denne gruppen har stor alvorlighetsgrad og at det er stort skadepotensial hvis disse tilstandene ikke behandles.

Konklusjon: For å få et innslagspunkt som bedre sammenfaller med IOTN foreslås det å endre innslagspunktet til: *"Forhindret tannfrembrudd (unntatt 3, molar) forårsaket av plassmangel, posisjonsavvik, overtallige tenner, retinerte melketenner eller annen patologisk tilstand."* Det er konsensus mellom dansk, norsk og svensk indeks hva gjelder fortenner og hjørnetenner. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

Når det gjelder andre tanngrupper bør det åpnes for individuell vurdering jfr. dansk og svensk indeks, hvor vurdering av ekstraksjon som behandlingsalternativ bør inngå.

5)

Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring

Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også lateralene vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder kant-i-kantbitt av alle fire incisiver.

Dansk risikovurdering: I,II,III,IV

Dansk behandlingsindikasjon: De alvorligste tilfellene overlapper med A3 noe som er i samsvar med dette norske innslagspunkt. Det er ellers overlapp med B5 og C3 hvor den norske indeks er innrettet noe annerledes.

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov

Viktig med tidlig behandling for å få positiv overlapping i fronten. Ugunstig kjevevekst kan sees i puberteten og disse kasusene behandles kirurgisk (gruppe A).

Konklusjon: Hva gjelder B5 er det vår vurdering at innslagspunktet beholdes uendret. Behandling etter B5 er i stor grad å anse som interceptiv. Ved behandling etter innslagspunktet har man mulighet for å forbedre

bittforholdene og redusere behovet for senere orthognatisk kirurgi. Det er nødvendig å gjøre individuell vurdering i hvert tilfelle om det skal anbefales behandling etter innslagspunkt B5, eller om pasienten skal observeres med tanke på mulig senere behandling etter innslagspunkt A3. For klinikerer ligger det kunnskapsmessige grunnlaget for en slik vurdering i spesialistutdanningens lære om vekst og utvikling.

6)

Ageneser eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner)

En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.

Dansk risikovurdering: I,II,III,IV

Dansk behandlingsindikasjon (agenesi): Nesten alltid – samsvarer i stor grad med dagens norske innslagspunkt B6. Når det gjelder den danske vurdering av tanntap i fronten synes denne for oss for streng når kjeveortopedi kun ser ut til å skulle vurderes som forbehandling for protetikk. Kjeveortopedisk lukelukking er ofte et godt alternativ til protetikk noe som også samsvarer bedre med danskenes anbefalinger ved agenesi (lukelukking fremfor protetikk).

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 1, 2, Mycket stort behov (sentraler), stort behov (lateral og hjørnetenner)

Konklusjon: Stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

7)

Dypt bitt med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to eller flere tenner.

Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulum, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under dette punkt.

Dansk risikovurdering: I,II,III

Dansk behandlingsindikasjon: Nesten alltid – samsvar med dagens norske innslagspunkt B7

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov

I tillegg omfatter den danske indikasjonsvurdering en del pasienter i dagens norske gruppe C4. Det foreslås at teksten til innslagspunkt B7 omformuleres slik at dette samsvarer med danske utvelgelseskriterier.

Konklusjon: De pasienter i dagens norske gruppe C4 med størst objektivt behov flyttes til gruppe B7. Pasienter med avvik som faller utenfor disse kriteriene ansees å ha lite objektivt behandlingsbehov. Det blir ved en slik endring stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering nemlig

stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

8)

Dobbeltsidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side

Dansk risikovurdering: II,III

Dansk behandlingsindikasjon: Nesten alltid – samsvar med dagens norske innslagspunkt B8

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov

Konklusjon: Stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse (sjeldne) avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet.

9)

Agenes i av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt

Dansk risikovurdering: I, II, III, IV

Dansk behandlingsindikasjon: Etter individuell vurdering (avhengig av antall, lokalisasjon og vekstmønster)

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 1, Mycket stort behov

Disse kasus trenger individuell vurdering, særlig med tanke på om agenesien er kombinert med andre avvik eller ikke. Hvordan er røttene på melketennene (og lignende)?

Oligodonti (mangel av >6 tenner) bør etter vårt syn komme inn i gruppe A. Dette er pasienter som har meget stort behov for behandling.

Konklusjon: Stor grad av konsensus innen svensk og norsk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet. Ut fra teksten i den danske indeks er det vanskelig å si nøyaktig hvordan dette sammenfaller med den norske, men det er vanskelig å se for seg at agenes i av to tenner i samme sidesegment kan behandles på en tilfredsstillende måte uten kjeveortopedi.

10)

Agenes i av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes) og hypoplastisk molar

Dansk risikovurdering: Vanskelig å lese ut fra indeks da punktet gjelder flere tanngrupper.

Dansk behandlingsindikasjon: Etter individuell vurdering (avhengig av antall, lokalisasjon og vekstmønster)

Svensk behandlingsindikasjon (Skåne): 2, Stort behov

Konklusjon: Stor grad av konsensus innen svensk og norsk behandlingsvurdering. Stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet. Ut fra teksten i den danske indeks er det vanskelig å si nøyaktig hvordan dette sammenfaller med den norske. Ved agenesi av enkelttenner i sidesegmentene gjøres det i Norge, som i Danmark, også individuell vurdering i forhold til kjeveortopedisk behandling som førstevalg kontra andre behandlingsalternativer eller alternativt ingen behandling.

Gruppe c) Klart behov (gradert #1-3 og #4-6 i to likeverdige grupper.)

#1 (1)

Horisontalt overbitt fra 6–9 mm

Alvorlighet

Høyere alvorlighet ved kombinasjon med andre bittavvik (plassmangel, dypt bitt), graden av proklinasjon og graden av overbitt; inkompetente lepper, dysfunksjon eller ugunstig vekstmønster.

Nytte

Større nytte for større og kombinerte avvik. Reduserer traumefare. Forbedrer funksjon og psykososial mestring (unngå mobbing). For mange stor nytte og stabilt resultat.

Ressurs

Moderat ift. alvorlighet og nytte. Øker med økt overbitt og kombinasjon med andre avvik som ugunstig vekstmønster, uvaner og lignende. Stabilt resultat. Stort sett nødvendig med fast apparatur. Ofte forutsigbar behandling ved god kooperasjon.

Konklusjon: Beholdes som C1. Foreslått tillegg: «*Etter individuell vurdering*», som kriterier inntas vurderingskriteriene i dansk og svensk indeks (leppelukking, dysfunksjon, tungepress).

#2 (6)

Stor plassmangel i fronten som er 4 eller mer, med kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm

Alvorlighet

Varierende avhengig av hvor stor plassmangelen er, i hvilken kjeve den er lokalisert og om det er kombinert med andre avvik. Kan føre til hygieneproblemer og periodontale problemer. Ofte stor subjektiv estetisk betydning med forstyrret sosial mestring. I noen tilfeller kan det føre til skade på nabotenner (4, 15).

Nytte

Profylaktisk – bedre hygiene og periodontale forhold; bedre estetikk og sosial mestring. I visse tilfeller kan behandling legge til rette for erupsjon av hjørnetenner og hindre skade /resorpsjon på nabotenner. Stor betydning for pasienter.

Ressurs

Lav til moderat ift. alvorlighet og nytte. Krever fast apparatur. Ofte forutsigbar behandling.

Konklusjon: Flyttes fra C6 til C2. Dette sammenfaller bedre med «Aesthetic Component» i IOTN og kriterium – sosial mestring. Den danske indeks har et strengere krav til plassmangel, men dette er også kriterier som ligger til grunn for vederlagsfri eller nesten vederlagsfri behandling. I den norske indeks er kravet noe mildere, men altså i et system hvor kun deler av utgiftene til behandling dekkes etter behandlingsbehov.

#3 (3)

Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)

Alvorlighet

Høy alvorlighet ved inverterte fortenner. Kan føre til skade i festeapparatet i motstående kjeve, og også attrisjon av emaljen på de inverterte tenner. Dette kan føre til nedsatt funksjon. Estetisk betydning med eller uten kombinasjon med andre avvik (plassmangel). Kan forstyrre vekst av underkjeven og føre til muskulær dysfunksjon.

Nytte

Reduserer negativ effekt på vekst og muskulær dysfunksjon; reduserer skade på emaljen og festeapparatet. Forbedrer estetikk. Stor nytte for mange.(12)

Ressurs

Lav ift. alvorlighet og nytte hvis behandlet tidlig (uten andre avvik). Ressursbruken øker hvis kombinert med andre avvik og ugunstig vekst. Ofte fast apparatur.

Konklusjon: Beholdes som C3.

#4 (5)

Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm) (Etter individuell vurdering)

Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.

Med fronten menes fortenner og hjørnetenner.

Alvorlighet

Lav alvorlighet dersom det opptrer alene (opptrer ofte alene) og hvis plassoverskuddet er jevnt fordelt. Øker hvis plassoverskuddet er lokalisert på en eller to tenner, eller hvis det er kombinert med andre avvik. Det kan føre til psykososial belastning/dårlig sosial mestring.

Nytte

Forbedrer estetikk og sosial mestring, særlig ved store diastema.

Ressurs

Moderat hvis det opptrer alene. Øker til høy hvis kombinert med andre avvik. Krever langvarig retensjon.

Konklusjon: Beholdes i nedre prioriteringsgruppe (4-6) i gruppe C. Det kan vurderes om de store diastema kan innlemmes i et omformulert innslagspunkt C2, ad modum Skåneindeks. (2m: «starkt uttalade trång- och glesställning...») hvor resterende C4 får lavere prioritet.

#5 (2)

Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar

Alvorlighet

Lav alvorlighet i melke-/blandingstannsettet og når opptrer alene >1mm og ≤2mm. Alvorlighetsgraden øker med økt antall tenner i åpent bitt, økt antall mm og hvis det er i kombinasjon med andre avvik. Øker hvis pasienten har funksjonelle problemer og ugunstig vekstmønster (vertikal vekst).

Nytte

Forbedre funksjon (avbiting, tygging) og estetikk (avhenger av graden av det åpne bittet og kombinasjon med andre bittavvik eller vekstmønster).

Ressurs

Varierende, høy til lav, avhengig av alvorlighetsgraden og årsak (uvaner alene eller kombinert med ugunstig kjevevekst), funksjonelle, estetiske problemer, og/eller dårlig sosial mestring. Vanskelig å behandle, lang behandlingstid.

Konklusjon: Tilsvarende som under innslagspunkt B3 krever den danske indeks henvisning til orthognatisk kirurgisk behandling. Etter vår vurdering bør det kunne tilbys behandling med refusjon i gruppe C for moderat åpne bitt, men at det må ligge en dokumentert individuell vurdering til grunn. Det foreslås å innta kriteriene i dansk indeks (Funksjonelle problemer osv.)

#6 (4)

Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

Alvorlighet

Varierende, avhengig om det opptrer alene (lav alvorlighetsgrad) eller i kombinasjon med andre avvik som for eksempel retroklinerte (steile) fortenner i overkjeven, som kan hindre naturlig kjevevekst.

Nytte

Må vurderes individuelt avhengig av graden av vertikal overlapping, stillingen på overkjevens fortenner og attrisjon, sosial mestring inkludert.

Ressurs

Middels til høy ift. alvorlighet og nytte avhengig av alvorlighetsgrad og vekstmønster. Som oftest behov for fast apparatur.

Konklusjon: Se vurderingene under B7 over.

Sammendrag

Generelle betraktninger:

Det er verdt å nevne at dagens norsk indeks for behandlingsbehov IKKE omfatter avvik som er inkludert i IOTN indeksen (det er det mest brukte indeksen i verden), den svenske og den danske indeksen. For eksempel, avvik som ektopisk frembrudd av tenner, overtallige tenner og «submerged» melke tenner er ikke inkludert i den norske indeksen. Det betyr at den norske indeksen på noen områder allerede er mer restriktiv enn de andre indeksene og de eksisterende kriterier i land vi liker å sammenligne oss med. Dette bør tas med i betraktning i den videre arbeidet med prioritering i forhold til kjeveortopedisk behandling.

Det er generelt ingen sammenheng mellom gruppeplassering (B eller C) og omfang og kompleksitet av kjeveortopedisk behandling. Kjeveortopedisk apparatur kan grovt sett deles inn i avtakbar apparatur (plater) og fast apparatur (pålimte klosser med aktive reguleringsbuer – fast regulering). I noen tilfeller kan bittavvik behandles kun med avtakbar apparatur. Dette gjelder behandlinger (både i Gr B og Gr C). Utvelgelse av disse pasientene og ikke minst kvaliteten på sluttresultatet krever høy kjeveortopedisk kompetanse. Generell bruk av avtakbar apparatur, med sviktende forståelse for nøyaktig og riktig behandlingsindikasjon, vil medføre at et stort antall pasienter vil motta behandling av lav eller ingen nytteverdi. Vellykket behandling av de aller fleste bitt og tannstillingsavvik (både i Gr B og Gr C) vil innbefatte bruk av fast regulering eller en kombinasjon av fast og avtakbar apparatur.

Med individuell vurdering menes det at det, under innslagspunkt med stort spenn i objektivt behandlingsbehov innad i gruppen, må legges ekstra vekt på utvelgelse mellom de pasientene som objektivt sett trenger behandling og de med mindre behov.

Gr C foreslås inndelt i to likeverdige prioriteringsgrupper (#1-3) og (#4-6).

#1

Horisontalt overbitt fra 6–9 mm.

Det foreslås en innskjerping av kravene for behandling av moderat store overbitt ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering jfr. kriteriene for dette i den danske behandlingsindeksen. Dette medfører at et målt overbitt på 6-9mm ikke automatisk utløser rettigheter under punkt C1. Det må journalføres at det er gjort en individuell vurdering også i forhold til de andre gitte kriterier. Dette vil medføre at de med størst objektivt behov i dagens Gr C1 fortsatt vil ha rettigheter under dette innslagspunktet, mens andre, selv med målt overbitt på 6-9mm vil kunne falle utenfor refusjonsgruppen.

#2

Stor plassmangel i fronten som er 4 eller mer, med kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm.

Innslagspunktet foreslåes prioritert høyere innen grC enn tidligere. Dette sammenfaller bedre med «Aesthetic Component» i IOTN og kriterium – sosial mestring. Tannstillingsavvikene under dette innslagspunktet er av de avvik som er mest synlige og hvor pasienten har klar, subjektiv oppfatning av behandlingsbehov. En forflytning innad i Gr C vil i seg selv ikke ha noen konsekvens for behandlingsomfanget, men vise at innslagspunktet prioriteres høyere når kriteriet om sosial mestring tas med i vurderingen.

#3

Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner).

Innslagspunktet foreslåes uendret. Klar dokumentert objektiv behandlingsindikasjon

#4

Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm) (Etter individuell vurdering)

Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.

Med fronten menes fortenner og hjørnetenner.

Plasseres i nedre prioriteringsgruppe (4-6) i gruppe C. Det kan vurderes om de store diastema kan innlemmes i et omformulert innslagspunkt C2, ad modum Skåneindeks. (2m: «starkt uttalade trång- och glesställning...») hvor resterende C4 får lavere prioritet. Dette vil gi en forenkling av indeksen og medføre innskjerping av kravene for plassoverskudd ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering. Stort plassoverskudd lokalisert i ett område vil for eksempel vurderes som mer alvorlig enn generelt fordelt plassoverskudd.

5

Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar

Etter vår vurdering bør det kunne tilbys behandling med refusjon i gruppe C for moderat åpne bitt, men at det må ligge en dokumentert individuell vurdering til grunn. Det foreslås å innta kriteriene i dansk indeks (Funksjonelle problemer osv.) Dette vil medføre innskjerping av kravene under dette innslagspunktet ved at det innføres et tilleggskrav om individuell vurdering.

6

Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

Konklusjon: De pasienter i dagens norske gruppe C4 med størst objektivt behov flyttes til gruppe B7. Det blir ved en slik endring stor grad av konsensus innen svensk, norsk og dansk behandlingsvurdering nemlig stort behov som rettferdiggjør plassering av disse avvik i gruppe B uten nærmere gradering ift. de andre innslagspunktene hva gjelder nytte og alvorlighet. Resterende pasienter i ny gr C6 vil ha lav prioritet. Endringen vi føre til at en del pasienter får bedre rettigheter (opp til Gr B7), i tråd med den objektive vurderingen av alvorligheten av bittavviket. Det er å anta at størstedelen av bittavvikene i dagens Gr C 4 vil prioriteres lavt i Gr C.

Referanser

1. Andiappana M, Gaob W, Bernabe´ E, Kandalad NB, Donaldsone AN. Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): Systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod* 2015;85:493–500.
2. Batista KBSL, Thiruvengkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD003452. DOI: 10.1002/14651858.CD003452.pub4.
3. Bjering R, Vandevska-Radunovic V. Occlusal changes during a 10-year posttreatment period and the effect of fixed retention on anterior tooth alignment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2018;154:487-94.
4. Feldensa CA, dos Santos Dulliusb AI, Kramera PF, Scapinic A, Busatod ALS, Vargas-Ferreirae F. Impact of malocclusion and dentofacial anomalies on the prevalence and severity of dental caries among adolescents. *Angle Orthod.* 2015; 85:1027–1034
5. Ferrando-Magraner E, García-Sanz V, Bellot-Arcís C, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM, Paredes-Gallardo V. Oral health-related quality of life of adolescents after orthodontic treatment. A systematic review. *J Clin Exp Dent* 2019;11(2):e194-202.
6. Hvaring C, Birkeland K, Åstrøm AN. Discriminative ability of the generic and condition specific Oral Impact on Daily Performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia. *BMC Oral Health.* 2014 May 22;14:57. doi: 10.1186/1472-6831-14-57
7. Janga S-J, Choib D-S, Jang I, Jost-Brinkmannd P-G, Chab B-K. Quantitative comparison of incisal tooth wear in patients receiving one-phase or two-phase treatment for skeletal Class III malocclusion with anterior crossbite. *Angle Orthod.* 2018;88:151–156.
8. Kragt L, Dharmo B, Wolvius EB, Ongkosuwito EM. The impact of malocclusions on oral health-related quality of life in children—a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest* 2016; 20:1881–1894.
9. Neely ML, Miller R, Rich SE, Will LA, Wright WG, Jones JA. Effect of malocclusion on adults seeking orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2017;152:778-87.

10. Neuppmann Feres MF, Abreu LG, Insabralde NM, de Almeida MR, Flores-Mir C. Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Orthodontics*, 2017, 31–42.
11. Ngoma PI, Diagheb F, Benoistc HM, Thiamd F. Intraarch and Interarch Relationships of the Anterior Teeth and Periodontal Conditions. *Angle Orthod* 2006;76:236–242.
12. Pangrazio-Kulbersha V, Kangb H-K, Dhawanc A, Al-Qawasmid R, Pachecoe RR. Comparison of early treatment outcomes rendered in three different types of malocclusions. *Angle Orthod* 2018;88:253–258.
13. Profit WR, Fields HW, Moray LJ. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHANES III survey. *Int J Adult Orthod Orthogn Surg* 1998;13:97-106.
14. Schütz-Fransson U, Bjerklin K, Lindsten R. Long-term follow-up of orthodontically treated deep bite patients. *Eur J orthod* 2006;28:503-512.
15. Seif-Eldin NF, Elkordy SA, Fayed MS, Elbeialy AR, Eid FH. Transverse Skeletal Effects of Rapid Maxillary Expansion in Pre and Post Pubertal Subjects: A Systematic Review. *Open Access Maced J Med Sci* 2019; 7(3):467-477.
16. Stenvik A, Espeland L, Berg RE. A 57-year follow-up of occlusal changes, oral health, and attitudes toward teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011;139:S102-8

Vedlegg B: Bilder av bittavvik i gruppe c og b

C1: Horisontalt overbitt 6-9mm



C1: Horisontalt overbitt 6-9mm



C2: Åpent bitt som omfatter 3 eller flere tannpar



C3: Inverteringer i fronten av fortenner og hjørnetenner



C4: Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting på den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater



C5: Diastema mediale som er 3mm eller større, eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)



C5: Diastema mediale som er 3mm eller større, eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)



C6: Stor plassmangel i fronten som er 4mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2mm.



C6: Stor plassmangel i fronten som er 4mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2mm.



C6: Stor plassmangel i fronten som er 4mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2mm.



B1: Horisontalt overbitt, 9mm eller mer



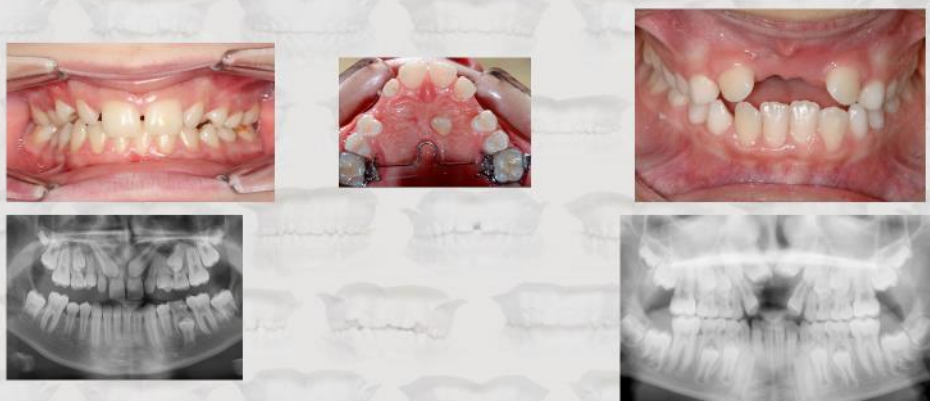
B2: Enkelttidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier



B3: Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene



B4: retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring



B5: Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring



B6: Agenes eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner)



B7: Dypt bitt med buccal eller palatinal påbitning av slimhinnen med to eller flere tenner



B8: Dobbeltsidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side



**B9: Agenesi av to eller flere tenner i samme sidesegment
3.molarer unntatt.**



**B10: Agenesi av enkelttenner i sidesegmentene (dersom
luker lukkes) og hypooplastisk molar**



**Forslag til prioritering av bittavvik som inngår i
folketrygdens stønad til kjeveortopedi**

Utgitt

04.11.2019

Bestillingsnummer

IS-2862

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 810 20 050

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. norsk pasientregister,

avd. økonomi og analyse

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no