

HOVEDBUDSKAP

- Til tross for rettigheter gjennom Folketrygdloven rapporterer tidligere hode-halskreftpasienter om økonomiske barrierer for å motta tannhelsehjelp.
- Folketrygdens honorartakster for tannbehandling har ikke fulgt den generelle prisutviklingen i Norge. Dette kan bidra til økte økonomiske utlegg til å ivareta munnhelsen hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og ander som har rettigheter gjennom Folketrygdloven.
- Hode-halskreftpasienter trenger informasjon om økonomiske støtteordninger for tannbehandling gjennom ulike kanaler, ikke bare fra tannhelsepersonell.

FORFATTER

Elin Hadler-Olsen, forskningsleder ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, Tromsø, og professor ved Institutt for medisinsk biologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Korresponderende forfatter: Elin Hadler-Olsen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, postboks 2406, 9271 Tromsø. E-post: elin.hadlerolsen@tffk.no

Akseptert for publisering 11.07.2021.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hadler-Olsen E. Erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 996-1003.

Norsk MeSH: Tannbehandling; Svulster i hode og hals; Økonomi; Finansiell støtte; Folketrygd

Erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft

Elin Hadler-Olsen

Medlemmer i Munn- og halskreftforeningen mottok et spørreskjema for å kartlegge erfaringer med økonomiske refusjonsordninger for tannbehandling og kostnader til tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft i Norge. I tillegg kartla vi utviklingen i Folketrygdens honorartakster for tannbehandling i perioden 2015-2020, og sammenlignet honorartakstene for 2021 med takstene for voksenbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark. Av de 216 som besvarte spørreskjemaet rapporterte halvparten kostnader til tannbehandling etter kreftdiagnose, og en fjerdedel hadde hatt utlegg på 10 000 kroner eller mer. De med moderat og dårlig tannhelse rapporterte betydelig høyere kostnader enn de med god tannhelse. Andelen som oppga at de hadde fått god hjelp av tannlege til å få den økonomiske støtten de hadde krav på var høyest blant dem med store utgifter. Funnene indikerer at honorartakstene til Folketrygden ikke gjenspeiler prisene for tannbehandling av voksne i Norge. Mens konsumprisindeksen økte med 14 % mellom januar 2015 og desember 2020, økte Folketrygdens honorartakster for tannbehandling i gjennomsnitt med 5-6 %, og takstene for 2021 lå gjennomsnittlig nesten 40 % under takstene for voksenbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark. Tross rettigheter gjennom folketrygdloven kan derfor hode-halskreftpasienter oppleve økonomiske barrierer for å motta nødvendig tannhelsehjelp.

Hvert år diagnostiseres mellom 700 og 800 personer med hode-halskreft i Norge. De vanligste lokalisasjonene er munnhule og svelg, der insidensen har økt de siste tiårene (1). De fleste som diagnostiseres med hode-halskreft er mellom 60 og 70 år, men sykdommen kan ramme voksne i alle aldre. Samtidig som flere blir diagnostisert med sykdommen, har prognosen for å overleve blitt bedre, og tall fra Kreftregisteret viser at det nå lever mer enn 8000 mennesker i Norge som har hatt kreft i hode-halsregionen (1).

Avhengig av lokalisasjon og utbredelse av svulsten, er standard behandling for hode-halskreft kirurgisk fjerning av svulst, stråling eller kjemoterapi, ofte i kombinasjoner (2). Dette er behandlinger som kan gi store bivirkninger og skader under og rett etter behandling, men også permanent. Eksempelvis gir kirurgi operasjonsdefekter og arrvev, mens stråling kan gi tynne, såre slimhinner, oksygenfattig kjevebein og permanent destruksjon av spyttkjertler med påfølgende munntørrehet (3, 4). I forkant av kreftbehandling får mange pasienter en omfattende tannsanering der tenner med tvilsom langtidsprognose ofte blir trukket (2). Dette medfører at personer som er behandlet for hode-halskreft kan ha store utfordringer knyttet oral helse og orale funksjoner, som økt fare for karies og periodontitt, problemer med å snakke, vansker med å åpne munnen, rengjøre tenner, tygge og svelge, og av og til endret utseende i en særlig eksponert del av kroppen (2). Mange tidligere hode-halskreftpasienter har derfor et stort behov for rehabilitering og oppfølging av munnhelsen livet ut.

For å sikre at helsetjenester er tilgjengelige for alle, betaler voksne i Norge en relativt liten egenandel for de fleste behandlinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er et øvre tak for akkumulerte egenandeler i løpet av et år, hvorpå man får frikort (5). Munnhelse er en viktig del av den generelle, somatiske helsen, likevel er ivaretagelse av munnhelse for voksne i Norge i liten grad finansiert av det offentlige. Kostnadene for rehabilitering og oppfølging av følgetilstander av kreft i munn, kjeve og tenner kan derfor i større grad bli belastet pasienten selv enn om de oppstår i andre deler av kroppen. For å utligne slike forskjeller, kan hode-halskreft pasienter få refundert utgifter til forebyggende tannhelsehjelp og nødvendig tannbehandling fra Folketrygden. Det må imidlertid sannsynliggjøres at kreftsykdommen og/eller behandlingen av den har ført til et økt behov for tannhelsehjelp. Folketrygden refunderer utgifter etter fastsatte honorartakster (6). Dersom den faktiske prisen for behandlingen er høyere enn disse, må pasienten betale mellomlegget selv, og slike mellomlegg inngår ikke i frikortordningen. Vi mangler kunnskap om hvorvidt dagens refusjonsordning dekker de faktiske tannhelseutgiftene til dem som er behandlet for hode-halskreft, og om de får god informasjon om og hjelp til å motta de refusjonene de kan ha krav på. Vi

vet heller ikke om økonomi blir opplevd som et hinder for å motta nødvendig tannhelsehjelp i denne pasientgruppen.

Målet med denne studien var derfor å kartlegge erfaringer med økonomiske støtteordninger hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og i hvilken grad disse erfaringene var assosiert med sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftsykdom, bruk av tannhelsetjenester og egenvurdert tannhelse. Vi ville i tillegg kartlegge endringer i honorartakstene fra Folketrygden i perioden 2015 til 2021, samt sammenligne honorartakstene fra Folketrygden i 2021 med takstene som en voksen pasient betaler for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune, som et eksempel på en tilbyder av tannhelsetjenester til voksne der det foreligger detaljert informasjon om takster.

Materiale og metode

Spørreundersøkelse

Undersøkelsen var et samarbeid mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, UiT Norges arktiske universitet, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Munn- og halskreftforeningen. Munn- og halskreftforeningen er en interesseorganisasjon for personer som har eller har hatt kreft i munn og hals-regionen, og har i tillegg pårørendemedlemmer samt støttemedlemmer blant fagpersoner som jobber med pasientgruppen. Representanter for Munn- og halskreftforeningen bidro med innspill til problemstillinger som er viktige for pasientgruppen. Det ble utformet et spørreskjema med 44 spørsmål for å kartlegge sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftdiagnose og -behandling, tannhelse, bruk av tannhelsetjenester, økonomiske refusjonsordninger og utlegg til tannbehandling. De fleste av spørsmålene har vært brukt i tidligere studier, men noen ble utformet for denne undersøkelsen da vi ikke fant validerte, dekkende spørsmål. Et lite utvalg (n=3) fra målgruppen testet spørreskjemaet for klarhet og relevans før utsending.

Spørreskjema og informasjonsskriv ble sendt per post våren 2020 til alle medlemmer i Munn og halskreftforeningen, totalt 577 personer. Undersøkelsen ble promotert på hjemmesiden til organisasjonen, og medlemmene fikk en påminnelse om å besvare via SMS. I løpet av to måneder mottok vi 343 (59 %) svar, hvorav 216 var fra medlemmer som selv hadde hatt kreft. Øvrige 127 respondenter var pårørende- eller støttemedlemmer og ikke i målgruppen for undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen var anonym og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Nr. 79888 Tannhelse munn- og halskreftpasienter) og av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 890116). Deltakerne fikk

Tabell 1. Sosiale, demografiske og kreftrelaterte karakteristika av studiedeltakere

	n (%)
Kjønn	
Kvinner	90 (41,7)
Menn	126 (58,3)
Aldergruppe (år)	
<60	38 (17,6)
60-69	82 (38,0)
≥70	96 (44,4)
Høyeste utdanning	
Grunnskole/videregående skole	126 (58,3)
Høyskole/universitet	90 (41,7)
Størrelse på hjemsted	
< 200 innbyggere	20 (9,3)
200-5000 innbyggere	54 (25,2)
>5000 innbyggere	140 (65,4)
Kreftdiagnose første gang	
Før 2010	87 (40,3)
2010-2014	68 (31,5)
2015-2020	61 (28,2)
Kreftlokalisasjon	
Munnhule	60 (27,8)
Svelg	98 (45,4)
Strupe	52 (24,1)
Annet	6 (2,8)
Kreftbehandling	
Kun kirurgi	17 (7,9)
Kun stråling	22 (10,2)
Kirurgi og stråling ±kjemoterapi	176 (81,9)
Egenvurdert tannhelse	
God	91 (42,3)
Middels	65 (30,2)
Dårlig	59 (27,4)
Oppsøker tannhelsetjenester	
Oftere enn årlig	157 (70,7)
Årlig	40 (18,6)
Annenhvert år	6 (2,8)
Sjeldnere enn annenhvert år	17 (7,9)
Kostnader til tannbehandling etter kreftbehandling i kroner	
Ingen kostnader	108 (50,2)
Har hatt kostnader men husker ikke beløp	18 (8,4)
< 10 000	32 (14,9)
≥10 000 < 50000	40 (18,6)
≥50 000	17 (7,9)
Avstått fra tannbehandling på grunn av kostnader	
Nei	198 (92,1)
Ja	17 (7,9)

skriftlig informasjon om undersøkelsen sammen med spørreskjema, og samtykket i å delta ved å besvare og sende det inn.

Variabler

Tabell 1 viser variablene som er brukt i denne studien. Før analyser re-klassifiserte vi noen av variablene. Deltakerne oppga alder i ti-år, som ble delt inn i tre kategorier: 1) yngre enn 60 år, 2) 60–69 år og 3) 70 år eller eldre. Høyest fullførte utdanning delte vi i to kategorier: 1) grunnskole eller videregående skole, og 2) universitets- eller høyskolegrad. Tidspunkt for kreftdiagnose første gang ble inndelt i tre: 1) før 2010, 2) mellom 2010 og 2014, og 3) mellom 2015 og 2020. Lokalisasjon av kreftsvulst ble kategorisert som 1) munnhule (inkludert spyttkjertler og bihuler), 2) svelg (munnsvelg og nesavelg), 3) strupe (inkludert hypofarynks), og 4) annet (ofte ukjent lokalisasjon av primærsvulst). Vi kodet svulster som omfattet både munnhule og svelg som munnhule, og svulster som omfattet både svelg og strupe/stemmebånd som svelg. Type kreftbehandling delte vi i tre kategorier: 1) bare kirurgi, 2) bare stråling og 3) kirurgi og stråling med eller uten kjemoterapi. Deltakerne vurderte sin egen tannhelse på en skala fra 1-5, der 1 tilsvarer svært dårlig og 5 svært god. Vi delte svarene i tre kategorier: 1) dårlig (alternativ 1 og 2), moderat (alternativ 3) og god (alternativ 4 og 5). Bruk av tannhelsetjenester (frekvens) ble inndelt i 4: 1) oftere enn årlig, 2) årlig, 3) hvert andre år og 4) sjeldnere enn hvert andre år (inkludert sjeldnere enn hvert 2. år, kun for akutte problemer og aldri). Deltakere ble spurt om de hadde hatt økonomiske utlegg til tannbehandling etter kreftdiagnose, og de som svarte bekræftende ble bedt om å estimere størrelsen på utlegg. Kostnadene i kroner delt vi i fem kategorier: 1) ingen kostnader, 2) kostnader, men husker ikke beløp, 3) kostnader < 10 000, 4) kostnader ≥10 000 <50 000 og 5) kostnader ≥50 000. Deltakerne ble også bedt om å angi om de hadde unnlatt å få tannbehandling på grunn av økonomiske forhold de siste to årene, med ja/nei som svaralternativ. Spørreskjema inneholdt videre tre påstander om økonomiske refusjonsordninger der deltakerne skulle angi grad av enighet fra svært enig til helt uenig, med mulighet til å angi at de ikke visste (tabell 2). Før krysstabellanalyser reklassifiserte vi svarene til to kategorier: 1) enig (svært enig og ganske enig) og uenig (ganske uenig og helt uenig). Respondenter som hadde svart «vet ikke» ble ekskludert fra krysstabellanalysene.

Takster for tannbehandling

Vi fant Folketrygdens honorartakster for 2015 i heftet «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015» (7), mens takstene for 2021 ble hentet fra Helsedirektoratets digitale rundskriv «Takster for tannbehandling - Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 andre

Tabell 2. Erfaring med økonomiske refusjonsordninger

Påstand	Svært enig n (%)	Ganske enig n (%)	Ganske uenig n (%)	Helt uenig n (%)	Vet ikke n (%)
Jeg har fått god informasjon fra tannlege/ tannpleier/fastlege om hvilken økonomisk støtte/ refusjoner jeg har krav på for tannbehandling.	48 (22,6)	71 (33,5)	51 (24,1)	38 (17,9)	4 (1,9)
Jeg får god hjelp av tannlegen/tannpleieren min til å få den økonomiske støtten jeg har krav på.	83 (39,3)	57 (27,0)	21 (10,0)	23 (10,9)	27 (12,8)
Dagens refusjonsordninger for tannbehandling dekker de kostnadene jeg har.	45 (21,5)	42 (20,1)	41 (19,6)	51 (24,4)	30 (14,4)

ledd og § 5-6 a første ledd og tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd. Takstene gjelder fra 1. januar 2021» (6). Takstene for tannbehandling av voksne pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er publisert på deres hjemmeside (8). I beregningene av gjennomsnittlig endring i honorartakster for Folketrygden i perioden 2015-2021 er takster for kjeveortopedisk behandling utelatt da det svært sjelden er aktuelle behandlinger på denne pasientgruppen. Takster som ikke er oppført med spesifikk honorartakst i rundskrivene, samt enkelte typer billeddiagnostikk som svært sjelden utføres i tannlegepraksis er også utelatt. Tabell 3 viser takstene som er inkludert i sammenligningen. I beregninger av gjennomsnittlig differanse mellom honorartakstene til Folketrygden i 2021 og takstene for behandling av voksne i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er de samme takster utelatt, samt de fleste takster for protetiske behandlinger siden honorar for tannteknikk er inkludert i Folketrygdens takster, men ikke i takstene til Troms og Finnmark fylkeskommune. Sammenligning er derfor ikke mulig. Alle takstene som er tatt med i beregningene er listet i tabell 3. Endring i konsumprisindeksen mellom januar 2015 og desember 2020 ble beregnet på hjemmesiden til Statistisk sentralbyrå (9).

Statistiske analyser

Statistiske analyser er utført ved hjelp av SPSS for PC (versjon 26, IBM®, USA). Data er analysert med frekvensanalyser. Forskjell mellom grupper er analysert med krysstabeller, mens Pearson chi-kvadrat test er brukt for å vurdere statistisk signifikans av forskjell mellom grupper. Signifikansnivået er satt til $P < 0,05$. Ingen av variablene brukt i denne studien hadde mer enn 3 % manglede svar. Respondenter med manglede svar er utelatt i analysene.

Resultater

Tabell 1 oppsummerer sosiale og demografiske variabler, forhold relatert til kreftsykdom, munnhelse og bruk av tannhelsetjenester for deltakerne i studien. Mer enn 80 % av deltakerne var 60 år eller eldre, og 58 % var menn. Svelget var den vanligste kreftlokalisasjonen fulgt

Tabell 3. Takster inkludert i sammenligning

Takstnummer	Type behandling
1-9	Generelle tjenester
101	Forebyggende behandling
201-207, 210-212	Konserverende og endodontisk behandling
301-315, 320-321	Protetisk behandling*
401-422, 424	Kirurgisk behandling
501-503, 505	Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt
702-707	Øvrige behandlinger
801-804, 807, 809-811	Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser

*Takstene er ikke inkludert i sammenligning mellom refusjonstakster Folketrygden 2021 og takster for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark 2021 siden utgifter til tannteknikk og porto er inkludert i Folketrygdens sine refusjonstakster, men ikke i takstene til Troms og Finnmark fylkeskommune

av munnhule, og over 90 % av deltakerne var behandlet med stråling, alene eller i kombinasjon med annen behandling. Mer enn en fjerdedel av deltakerne oppga at de hadde dårlig tannhelse, og 70 % gikk til tannlege eller tannpleier mer enn en gang i året. Omtrent halvparten av deltakerne oppga at de hadde hatt økonomiske utlegg til tannbehandling etter kreftsykdom, og nesten 10 % hadde unnlatt å gå til tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to årene (tabell 1). Oppgitte kostnader til tannbehandling etter kreftdiagnose varierte fra 0–450 000 kroner. Hver fjerde deltaker hadde hatt utgifter på 10 000 kroner eller mer, og 8 % rapporterte utgifter på 50 000 kroner eller mer (tabell 1). Mange deltakere bemerket i fritekst at de var usikre på beløpet og at det var vanskelig å estimere siden det var kostnader som strakk seg mange år bakover i tid.

De som var diagnostisert lang tilbake i tid hadde i gjennomsnitt hatt høyere kostnader til tannbehandling enn de som ble diagnostisert for 0-5 år siden (tabell 4). Andelen som ikke hadde hatt utlegg til tannbehandling etter kreftdiagnose var noe høyere blant dem som hadde hatt kreft i strupen sammenlignet med andre lokalisasjoner, men forskjellene var ikke statistisk signifikante. De som vur-

Tabell 4 Kostnader til tannbehandling i relasjon til diagnoseår, kreftlokalisasjon og tannhelse

	Kostnader i 1000 NOK ¹					P ²
	0 n (%)	Usikker n (%)	<10 n (%)	≥10 < 50 n (%)	≥50 n (%)	
Diagnoseår						
Før 2010	42 (48,8)	10 (11,6)	5 (5,8)	19 (22,1)	10 (11,6)	,006
2010-2014	31 (45,6)	5 (7,4)	11 (16,2)	16 (23,5)	5 (7,4)	
2015-2020	35 (57,4)	3 (4,9)	16 (26,2)	5 (8,2)	2 (3,3)	
Kreftlokalisasjon						
Munnhule	27 (45,0)	5 (8,3)	15 (25,0)	10 (16,7)	3 (5,0)	,125
Svelg	48 (49,0)	7 (7,1)	11 (11,2)	19 (19,4)	13 (13,3)	
Strupe	30 (58,8)	6 (11,8)	4 (7,8)	10 (19,6)	1 (2,0)	
Egenvurdert tannhelse						
God	58 (64,4)	5 (5,6)	11 (12,2)	12 (13,3)	4 (4,4)	,006
Moderat	30 (46,2)	3 (4,6)	13 (20,0)	12 (18,5)	7 (10,8)	
Dårlig	20 (33,9)	10 (16,9)	8 (13,6)	16 (27,1)	5 (8,5)	

¹NOK = norske kroner

²P= Signifikans av forskjell mellom grupper er beregnet med Chi-kvadrat test.

derte tannhelse si som dårlig oppga høyere utgifter til tannbehandling enn de som vurderte tannhelse si som god eller moderat (tabell 4).

Refusjonsordninger

Drøyt halvparten av respondentene var helt eller ganske enige i at de hadde fått god informasjon fra tannhelsepersonell eller fastlege om hvilke refusjonsordninger for tannbehandling de kan ha krav på, og to tredeler var helt eller ganske enige i at de hadde fått god hjelp fra tannhelsepersonell til å få den støtten de har krav på. Kun 42 % var helt eller ganske enige i at dagens refusjonsordninger for tannbehandling dekket kostnadene de har (tabell 2).

Andelen som ikke opplevde å ha fått god informasjon og hjelp til å få økonomiske refusjoner var særlig høy blant dem som oppga å gå sjelden til tannbehandling, blant dem som hadde økonomiske utlegg til tannbehandling og blant dem som hadde avstått fra tannbehandling på grunn av kostnader (tabell 5). De som oppga de høyeste utgiftene til tannbehandling var imidlertid i størst grad enig i at de hadde fått god hjelp til å få den støtten de har krav på. Andelen som var helt eller ganske enig i at dagens støtteordninger dekker kostnadene de har til tannbehandling var lav blant dem som oppga å ha økonomiske utlegg til tannbehandling, blant dem som hadde utsatt tannbehandling av økonomiske årsaker og blant dem som oppga dårlig tannhelse. Deltakere med utdanning på universitets eller høyskolenivå var i mindre grad enn de med utdanning på grunnskole eller videregående nivå enig i at refusjonsordningene dekker de utgiftene de har til tannbehandling. Det var ingen øvrige signifikante assosiasjoner mellom enighet i de tre påstandene og sosiale og demografiske forhold (tabell 5).

Folketrygdens honorartakster for stønad til tannbehandling økte i gjennomsnitt med 5,6 % (minimum -53,9 %, maksimum 12,0 %) på utvalgte takster fra 2015 til 2021 (tabell 3). Hyppig brukte takster som undersøkelse og diagnostikk (takst nr. 1), tannrøntgen (takst nr. 802), helkrone (takst nr. 304) og mellomledd ved broarbeid (takst nr. 307) økte alle med under 1 %, mens takstene for kirurgisk innsetting av tannimplantater (takst nr. 421 og 422) ble redusert i perioden. Takstene for konserverende behandling var blant de som økte mest, med 11-12 %. I samme periode økte konsumprisindeksen med 14,4 %. Takstene som voksne pasienter må betale for utvalgte behandlinger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er i gjennomsnitt 39,3 % (minimum 0,0 %, maksimum 260,0 %) høyere enn honorartakstene fra Folketrygden i 2021.

Diskusjon

I denne studien har vi kartlagt økonomiske utlegg til tannbehandling og erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og i hvilken grad disse erfaringene er assosiert med sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftsykdom, bruk av tannhelsetjenester og egenvurdert tannhelse. Vi har også undersøkt utviklingen i honorartakstene til Folketrygden fra 2015 til 2021, og sammenlignet Folketrygdens honorartakster i 2021 med tilsvarende takster for tannbehandling av voksne pasienter i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune, som et eksempel på en tilbyder av tannhelsetjenester til voksne.

Tabell 5. Assosiasjon mellom erfaringer med refusjonsordninger og sosiale, demografiske og kreftassosierte variabler.

	God info støtteordninger			God hjelp støtteordninger			Støtteordninger dekker utgifter		
	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹
Kjønn									
Kvinner	50 (58,8)	35 (41,2)	,696	57 (77,0)	17 (23,0)	,806	36 (51,4)	34 (48,6)	,544
Menn	69 (56,1)	54 (43,9)		83 (75,5)	27 (24,5)		51 (46,8)	58 (53,2)	
Alder									
<60	21 (56,8)	16 (43,2)	,994	27 (81,8)	6 (18,2)	,146	13 (41,9)	18 (58,1)	,577
60-69	45 (57,7)	33 (42,3)		57 (81,4)	13 (18,6)		37 (52,9)	33 (47,1)	
≥70	53 (57,0)	40 (43,0)		56 (69,1)	25 (30,9)		37 (47,4)	41 (52,6)	
Høyeste utdanning									
Grunnskole/ vgs ²	71 (58,7)	50 (41,3)	,614	86 (78,9)	23 (21,1)	,281	59 (57,3)	44 (42,7)	,007
Høyskole/ universitet	48 (55,2)	39 (44,8)		54 (72,0)	21 (28,0)		28 (36,8)	48 (63,2)	
Innbyggere hjemsted									
< 200	13 (65,0)	7 (35,0)	,547	12 (66,7)	6 (33,3)	,568	12 (63,2)	7 (36,8)	,285
200-5000	32 (61,5)	20 (38,5)		38 (79,2)	10 (20,8)		23 (52,3)	21 (47,7)	
>5000	74 (54,8)	61 (45,2)		90 (76,3)	28 (23,7)		52 (44,8)	64 (55,2)	
Kreftdiagnose									
Før 2010	47 (56,6)	36 (43,4)	,344	56 (73,7)	20 (26,3)	,346	31 (41,3)	44 (58,7)	,088
2010-2014	34 (51,5)	32 (48,5)		43 (72,9)	16 (27,1)		27 (47,4)	30 (52,6)	
2015-2020	38 (64,4)	21 (35,6)		41 (83,7)	8 (16,3)		29 (61,7)	18 (38,3)	
Kreftlokalisasjon									
Munnhule	31 (54,4)	26 (45,6)	,848	34 (66,7)	17 (33,3)	,016	19 (41,3)	27 (58,7)	,378
Svelg	58 (60,4)	38 (39,6)		71 (85,5)	12 (14,5)		42 (49,4)	43 (50,6)	
Strupe	27 (55,1)	22 (44,9)		30 (66,7)	15 (33,3)		22 (51,2)	21 (48,8)	
Annet	3 (50,0)	3 (50,0)		5 (100)	0 (0)		4 (80)	1 (20,0)	
Kreftbehandling									
Kun kirurgi	6 (50,0)	6 (50,0)	,844	6 (54,5)	5 (45,5)	,076	2 (25,0)	6 (75,0)	,111
Kun stråling	12 (54,5)	10 (45,5)		10 (62,5)	6 (37,5)		5 (31,3)	11 (68,8)	
Kombinasjon ³	100 (57,8)	73 (42,2)		124 (79,0)	33 (21,0)		80 (51,9)	74 (48,1)	
Egenvurdert tannhelse									
God	57 (67,1)	28 (32,9)	,051	36 (69,2)	16 (30,8)	,203	46 (64,8)	25 (35,2)	<,001
Middels	34 (54,0)	29 (46,0)		42 (75,5)	14 (25,0)		27 (46,6)	31 (53,4)	
Dårlig	28 (47,5)	31 (52,5)		36 (69,2)	16 (30,8)		14 (28,6)	35 (71,4)	
Oppsøker tannhelsehjelp									
Mer enn en gang per år	94 (63,5)	54 (36,5)	,018	115 (84,6)	21 (15,4)	>,001	70 (53,0)	62 (47,0)	,107
1 gang per år	17 (45,9)	20 (54,1)		17 (58,6)	12 (41,4)		12 (41,4)	17 (58,6)	
Hvert andre år	2 (33,3)	4 (66,7)		4 (66,7)	2 (33,3)		1 (16,7)	5 (83,3)	
Sjeldnere enn hvert andre år	5 (31,3)	11 (68,8)		4 (30,8)	9 (69,2)		3 (27,3)	8 (72,7)	
Utgifter tannbehandling									
Nei	70 (70,0)	30 (30,0)	,006	74 (82,2)	16 (17,8)	,047	64 (77,1)	19 (22,9)	<,001
Ja men husker ikke beløp	6 (33,3)	12 (66,7)		11 (78,6)	3 (21,4)		5 (31,3)	11 (68,8)	
< 10	14 (43,8)	18 (56,3)		15 (55,6)	12 (44,4)		10 (38,5)	16 (61,5)	
≥10 < 50	21 (52,5)	19 (47,5)		27 (71,1)	11 (28,9)		4 (10,5)	34 (89,5)	
≥50	8 (47,1)	9 (52,9)		13 (86,7)	2 (13,3)		4 (25)	12 (75)	
Avstått fra tannbehandling pga økonomi									
Nei	114 (60,0)	76 (40,0)	,004	134 (79,3)	35 (20,7)	<,001	86 (51,5)	81 (48,5)	,004
Ja	4 (23,5)	13 (76,5)		5 (35,7)	9 (64,3)		1 (8,3)	11 (91,7)	

¹P = Signifikans av forskjell mellom grupper er beregnet med Chi-kvadrat test, statistisk signifikante forskjeller (p<0,05) er indikert med fet skrift.

²VGS = videregående skole

³Kombinasjon = stråling og kirurgi med eller uten kjemoterapi

Nesten halvparten av deltakerne i studien hadde hatt økonomiske utgifter til tannbehandling etter kreftdiagnose. Det var et stort spenn i størrelsen på utlegg, noe som var forventet siden det var betydelig variasjon i tid siden kreftdiagnose hos deltakerne. De som var diagnostisert for mer enn 10 år siden oppga i gjennomsnitt betydelig høyere utgifter enn de som var diagnostisert i løpet av de siste 5 år. Det er stor usikkerhet beheftet med utgiftene som er oppgitt i studien siden de for mange av deltakerne er akkumulert over mange år. Det er imidlertid tydelig at enkelte i denne pasientgruppen har hatt svært store utgifter for å ivareta munnhelsen sin, og en betydelig andel av deltakerne ser ut til å ha hatt årlige kostnader for tannbehandling som langt overstiger egenandelstaket for øvrige helsetjenester, som i 2021 er på 2 460 kroner. Refusjoner fra Folketrygden betinger at kreftsykdom eller behandling av den har ført til et økt behov for tannhelsehjelp. Av de deltakerne som oppga utgifter på 50 000 kroner eller mer, hadde alle unntatt en hatt kreft i munnhule eller svelg og var behandlet med stråling, noe som indikerer at de har et økt behov for tannhelsehjelp og trolig oppfyller kravet for refusjoner.

Noe overraskende var det de som oppga høyest utgifter til tannbehandling som var mest enig i at de hadde fått god hjelp til å få den økonomiske støtten de har krav på. Dette indikerer at de høye utleggene skyldes diskrepans mellom honorartakstene til Folketrygden og honorarene hos praktiserende tannleger, heller enn at behandler ikke har sørget for at pasientene har fått refusjoner de har krav på. Honorartakstene fra Folketrygden har ikke fulgt økningen i konsumprisindeksen i perioden 2015–2020, og de gjennomsnittlige takstene for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune ligger for inneværende år i gjennomsnitt nesten 40 % over honorartakstene til Folketrygden for de utvalgte behandlingene. Dette betyr at pasienter som er behandlet for hode-halskreft, og andre som etter Folketrygdloven har rett til stønad til tannbehandling, risikerer å måtte betale en betydelig andel av kostnadene til tannbehandling selv. For de som har omfattende behov kan akkumulerte utgifter bli store, noe som i denne studien reflekteres ved at de som oppga dårlig tannhelse hadde høyere utgifter og var mindre enige i at dagen støtteordninger dekker de utgiftene de har til tannbehandling sammenlignet med de som oppga god eller moderat tannhelse.

Rundt 8 % av deltakerne i studien oppga at de hadde unnlatt å få tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to årene. I en befolkningsstudie fra Troms fant vi nylig at tilsvarende tall var 20 % i aldersgruppen 20-79 år, og 7 % for gruppen 60 år og eldre (10). Dette samsvarer godt med det vi finner i den aktuelle studien der mer enn 80 % av deltakerne var 60 år og eldre. Det ser dermed ikke ut til at dagens økonomiske støtteordninger for hode-halskreftpasienter i vesentlig grad evner å fjerne økonomiske barrierer for tannbehand-

ling. De som hadde unnlatt å få tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to år og andre som gikk sjelden til tannbehandling var i særlig liten grad enig i at de hadde mottatt god informasjon om økonomiske støtteordninger, eller hadde fått god hjelp til å få den økonomiske støtten de kunne ha krav på. Dersom pasienter ikke møter til tannbehandling, er det ikke mulig for tannleger å informere dem om økonomiske støtteordninger, og enkelte av deltakerne kan derfor ha overdrevne antagelser om kostnadene forbundet med tannbehandling. Det er derfor viktig at pasientgruppen får informasjon om refusjonsordninger gjennom flere kanaler, som fra sykehuset under kreftbehandling eller ved etterkontroller, fra fastlege eller interesseorganisasjoner som Munn- og halskreftforeningen.

Denne studien har flere begrensinger. Data er basert på respondentenes hukommelse og opplevelser, og ikke på objektive mål. Det er en tverrsnittstudie, og vi kan derfor ikke si noe om årsak eller virkninger, bare assosiasjoner, og da vi ikke har gjort multivariate analyser, kan det foreligge konfunderende faktorer. Vi kan heller ikke trekke generelle konklusjoner om gruppen hode-halskreftpasienter, siden utvalget vårt neppe er representativt for hele denne populasjonen. Vi valgte å sende spørreundersøkelsen til medlemmer i Munn- og halskreftforeningen siden vi antok at disse hadde et avklart forhold til sin sykehistorie, og ikke ville føle det urimelig belastende å bli minnet om at de har hatt kreft. Informasjonsarbeid om refusjonsordninger er en prioritert oppgave i Munn- og halskreftforeningen. Det er derfor nærliggende å anta at medlemmene i denne organisasjonen kan være bedre orienterte om disse ordningene enn hode-halskreftpasienter som ikke er medlemmer i organisasjonen. Våre funn kan derfor tegne et bedre bilde av situasjonen enn det som er tilfelle for pasientgruppen som helhet.

Konklusjon

Det er store forskjeller i økonomiske utlegg til tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft, der de med dårlig tannhelse oppgir særlig store utlegg. Til tross for dagens refusjonsordninger opplever nesten 10 % av hode-halskreftpasientene i denne studien økonomiske barrierer for å motta tannbehandling. Dette kan dels skyldes manglende kunnskap om refusjonsordninger, dels kan det skyldes at Folketrygdens honorartakster ikke har holdt tritt med den generelle prisveksten de siste 5 år. For å sikre at pasienter som har rettigheter gjennom Folketrygdloven kan motta tannbehandling uavhengig av personlig økonomi, bør honorartakstene følge den generelle prisveksten slik at de i større grad speiler faktiske utgifter. Et alternativt kan være å innføre et tak for akkumulerte mellomlegg per år slik at det blir en større grad av forutsigbarhet og økonomisk likebehandling mellom munn- og halskreftpasienter og pasienter som har hatt kreft andre steder i kroppen.

Takk

En stor takk rettes til øre-nese-halslegene Oddveig Rikardsen og Inger-Heidi Bjerkli ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og til Are Rydland og Chris Foss i Munn- og halskreftforeningen for innspill til spørreskjema, og til Carita Teien i Munn- og halskreftforeningen for hjelp med distribuering av spørreskjema og informasjon

om undersøkelsen. Undersøkelsen var finansiert med midler fra Erna og Olav Aakres stiftelse til kreftens bekjempelse.

Interessekonflikter

Forfatteren av artikkelen har ingen interessekonflikter å melde.

REFERANSER

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2019 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2020.
2. Helsedirektoratet. Hode-hals-kreft - handlingsprogram. Oslo: Helsedirektoratet. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hode-hals-kreft-handlingsprogram>.
3. Heijnen BJ, Speyer R, Kertscher B, Cordier R, Koetsenruijter KW, Swan K, et al. Dysphagia, Speech, Voice, and Trismus following Radiotherapy and/or Chemotherapy in Patients with Head and Neck Carcinoma: Review of the Literature. *Biomed Res Int*. 2016;2016:6086894.
4. Kraaijenga SA, Oskam IM, van der Molen L, Hamming-Vrieze O, Hilgers FJ, van den Brekel MW. Evaluation of long term (10-years+) dysphagia and trismus in patients treated with concurrent chemo-radiotherapy for advanced head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2015;51(8):787-94.
5. Lovdata. Lov om folketrygd (folketrygdloven). Del IV. Ytelser ved sykdom m.m. Kapittel 5. Stønad ved helsetjenester. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_5-1
6. Helsedirektoratet. Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 - Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>
7. Helsedirektoratet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. 2015.
8. Troms og FinnmarkFylkeskommune. Takster for 2021. Lest 06.05.21. Tilgjengelig fra: https://www.tffk.no/_f/p1/i2e345331-6816-4efb-ba71-fe163ada8105/takster-troms-og-finnmark-2021-full-oversikt.pdf
9. StatistiskSentralbyrå. Konsumprisindeksen. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/konsumpriser/statistikk/konsumprisindeksen>.
10. Hadler-Olsen E, Jonsson B. Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):257.

ENGLISH SUMMARY

Hadler-Olsen E.

Experiences with economic reimbursement schemes for dental treatment among patient treated for head and neck cancer

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 996-1003.

A questionnaire was mailed to members of the Norwegian Head and Neck Cancer Association to explore costs of dental treatment in people treated for head-neck cancer in Norway, and their experiences with the National Insurance reimbursement schemes for dental treatment. We also assessed the increase in the National Insurance's reimbursement rates for dental treatment between 2015 and 2020 and compared the 2021 rates with the treatment rates in the Public Dental Health Service in Troms and Finnmark County. The questionnaire was answered by 216 previous head-and neck cancer patients of whom half reported costs for dental treatment after their cancer diagnosis. Respondents with poor

dental health reported significantly higher costs than did those with good dental health. Among respondents with large expenses, a high proportion had received good help with the financial reimbursements. Our findings indicate that the fee rates of the National Insurance do not reflect the prices for dental treatment of adults in Norway. While the consumer price index increased by 14% between January 2015 and December 2020, the National Insurance Scheme's reimbursement rates increased by an average of 5-6%, and the 2021 rates were on average 40% below the rates in the Public Dental Health Service of Troms and Finnmark.