**S11 Utbyte av tandfyllningar p.g.a. avvikande reaktion mot dentala material.**

*SFS 1998:1338*

En förutsättning för att bestämmelserna om hälso- och sjukvårdens avgiftssystem skall tillämpas är att det finns ett verifierat samband mellan det dentala materialet och den avvikande reaktionen i form av en lichenförändring eller allergi. Ytterligare en förutsättning är att det inte föreligger någon odontologisk orsak som tex karies till att åtgärda tanden. Patientens odontologiska behov skall åtgärdas med avgift enligt den allmänna tandvårdsförsäkringens ersättningssystem.

Vid symptomgivande ulcerösa eller atrofiska lichenförändringar i munslemhinnan i anslutning till dentala material ska utredning om ett eventuellt samband mellan förändringarna och det dentala materialet göras av en medicinsk eller odontologisk specialist. Enbart PAD godkännes inte.

Vid befarad allergi mot ett dentalt material ska utredning om något samband föreligger mellan allergin och det dentala materialet göras av specialistkompetent läkare med behörighet i hudsjukdomar eller allergisjukdomar.

Följande kriterier skall föreligga vid allergi

* Dokumenterad allergi för tandvårdsmaterialet ( Hudtest gjord av en specialistkompetent läkare med behörighet i dermatologi eller allergologi )
* Förekomst av tandvårdsmaterialet i munhålan
* Slemhinneförändringar i munhålan i anslutning till fyllningsmaterialet eller ett verifierat samband mellan den avvikande reaktionen och det dentala materialet

Den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem avser, förutom undersökning och utredning, endast byte av material i fyllningar och kronor som står i direkt kontakt med slemhinneförändringen. Utbyte sker med fyllningar och kronor av samma omfattning som den ursprungliga. Det innebär att tandfyllning byts till tandfyllning av annat material . I vissa fall kan byte av protesmaterial innefattas men med likvärdigt utförande av protesen. Parodontalbehandling eller hygienbehandling ingår inte.

Tänder som behöver åtgärdas av odontologiska skäl, exempelvis sekundärkaries, osteiter- och frakturer, ska debiteras patienten. Underliggande arbete som t ex rotfyllning och pelare om sådan behövs vid byte från exempelvis amalgamfyllning till kronersättning skall debiteras patienten.

Kopia på intyg från specialisttandläkare som styrker att patienten har en symptom-givande lichenoid kontaktreaktion. Av intyget skall framgå vilka fyllningar/kronor

som är indicerade att byta till annat material.Vid allergi ska kopia på hudtest som styrker denna bifogas. Aktuella röntgenbilder skall alltid medskickas.

**Förhandsbedömning skall alltid ske.**