

**Direktørens kontor**

Saksbehandler:
Bjørn Magne Eggen
Telefon saksbehandler:
(+47) 913 79 870
Besøksadresse:
Lovisenberggt. 17

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref. 16/2766

Vår ref 2016/780

Dato 30.09.2016

Høringsuttalelse vedr. oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS) viser til høringsnotatet «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.».

Vi har konsentrert vårt hørings svar om to områder hvor vi tillater oss å mene at vi har særlig erfaring og kompetanse; tannhelsetilbudet i spesialisthelsetjenesten, og samspillet mellom psykisk helsevern / DPS (distriktpsikiatrisk senter) og de kommunale tjenestetilbudene.

DISTRIKTPSYKIATISK SENTER SOM KOMMUNALT TILBUD, FORSØKSORDNING

Fra LDS side ser vi at forsøk vil kunne gi innsikt i hvorledes tilbud til mennesker med psykiske helseproblemer kan gis på en bedre måte i kommunal regi. Det er lagt opp til at forsøket skal følges opp gjennom evaluering. Vi tillater oss å mene at dette må skje etter forskningsstandard, slik at erfaringene fra forsøket kan forsknings-publiseres. De erfaringene som vi har, dvs. LDS i samarbeid med tre av bydelene i Oslo, med felles oppfølging av enkeltpasienter gjennom bl.a. såkalte FAC-team, der pasientene også møtes i sine daglige miljøer, kan være en tilnærming for sammenlikning også forskningsmessig – fordi nettopp dette er en måte å sikre samordning av tilbud til noen av sykeste pasientene. Vi møter mennesker som er i «gråsonen» mellom forvaltningsnivåene sammen; en flytting av grensen mellom to forvaltningsnivåer (kommunene og spesialisthelsetjenesten / RHF) vil skape en ny gråsonen – som må håndteres.

Vår erfaringer er at mange pasienter med alvorlige psykiske problemer har et sammensatt og til dels komplisert sykdomsbilde, med også rusproblemer og kroniske, somatiske lidelser. Ved å tilhøre spesialisthelsetjenesten sikrer vi bedre grunnlag for å ivareta hele pasienten medisinsk; innholdet i og kvaliteten på den somatiske oppfølgingen av pasienter må derfor også være ett av temaene i den evalueringen som skal skje.

Etter hva vi kan forstå, er ikke innholdet i og omfanget av de tjenestene som DPS tilbyr, entydig definert og ensartet i faktisk tilbud. Dette er hensiktsmessig for de menneskene som får hjelp, men kan gjøre det utfordrende for oppfølging av en endret organisering, der ansvaret kan bli for uklart.

Som lokalsykehus ivaretar LDS spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern for ca. 140 000 innbyggere. Dette er etter vår erfaring en hensiktsmessig størrelse; for storparten av Norge bør DPS ivareta minst 50 000 – 70 000 innbyggere, og gjerne noe over dette. Den fremtidige organiseringen må også hensynta størrelse på opptaksområde; et interkommunalt samarbeid bør ikke være grunnlaget for en så viktig tjeneste overfor så mange enkeltpasienter.

Det er nylig besluttet hvorledes utdanningsløpet for legespesialister skal være fremover – med en sterkere styring og samordning, og med et ansvar lagt til spesialisthelsetjenesten. Leger i spesialisering har også nå gjennomgående fast tilsetning i sykehus. Dette er et forhold som ikke nødvendigvis har betydning for et forsøk, men det må hensyntas i en ev. videre planlegging og utforming av DPS uten spesialisthelsetjenesten.

TANNHELSE – OG BEHOV FOR SPESIALISERTE TJENESTER

TAKO-senteret ved LDS er et TAnnhelseKOMpetansesenter som både er en nasjonal kompetanse-tjeneste for oral helse ved sjeldne diagnoser, og en sykehustannklinikk som etter henvisning gir tilbud til mennesker i Helse Sør-Øst med samtidig rus- og psykiatriproblematikk. LDS har driftet en forsøksordning med orale helsetjenester forankret i tverrfaglig miljø i sykehus, og denne ordningen er organisert under TAKO-senteret. Nedenfor kommenterer vi derfor den planlagte overføringen av tannhelsetjenesten til kommunene.

I september 2016 lanserte FDI World Dental Federation en ny definisjon av oral helse:

«Oral helse er mangesidig og inkluderer, men er ikke begrenset til, evnen til å snakke, smile, lukke, smake, berøre, tygge, svelge og formilde et spekter av følelser gjennom ansiktsuttrykk med selvtillit og fri for smerte, ubehag og/eller sykdom i det kraniofaciale¹ kompleks».

Oral helse er altså mer enn friske tenner og tannkjøtt; det handler om ernæring, kommunikasjon og sosial funksjon. Det bør være en fullt integrert del av helsa vår, og ha samme organisatoriske forankring og nivåer som øvrig helsetjeneste.

Primære tannhelsetjenester

Forslaget om å forankre Tannhelsetjenesten som i dag er organisert i fylkeskommunen, på samme nivå som den øvrige primærhelsetjenesten er vedtatt. Forutsetningen i lovforslaget var en forankring i større og mer robuste kommuner. Ved TAKO-senteret treffer vi nesten daglig pasienter som faller mellom de berømmelige stolene og som av ulike grunner ikke mottar et tilbud de kan nyttiggjøre seg i tannhelsetjenesten. Det skyldes ofte manglende samhandling mellom tannhelsetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. For eksempel vil noen med alvorlig psykisk sykdom trenge bistand fra psykisk helsevern på spesialistnivå både for å komme til og for å mestre tannbehandling. Også ernæringsproblemer hos skrøpelige eldre kan kreve samhandling med tannhelsepersonell; munnhulesykdom kan være roten til problemet. Med denne bakgrunnen ser vi de gode hensiktene som ligger bak forslaget om å samle arbeidsgiveransvar og ledelse for hele primærhelsetjenesten, innebefattet tannhelsetjenester.

Mange av våre brukere har behov for koordinering av tjenester fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Utfordringen per i dag er at alle disse tjenestene er organisert på ulike nivå der organisatoriske barrierer spiller en viktig rolle mot samarbeid. Det er kjent fra forskning at splittet ledelse og organisering er til hinder for god samhandling. At kommunen får ansvaret for å samordne kommunale og private tannhelsetjenester tror vi også vil være gunstig, blant annet for å etablere bedre samhandling i overføring fra offentlig til privat sektor (barn til voksen).

Likevel ser vi også de store utfordringene som kan følge av at kommunene ikke er store nok til å kunne håndtere denne overgangen selv, men vil være avhengige av interkommunale samarbeid. Da vil effekten av en slik overføring av ansvar kunne forsvinne helt.

De regionale odontologiske kompetansesentrene

Forslaget om å overføre ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene til kommunalt nivå er vi derimot uenige i. Disse bør ha regional forankring, mest hensiktsmessig under regionale

¹ Det kraniofaciale kompleks: Ben og bløtvev i ansikt og kranium

helseforetak. Mange av dem som trenger tjenester fra disse senterne, har store og sammensatte behov. Det vil styrke helhetlig tenkning om munnhelse til disse menneskene om dette er definert som en del av spesialisthelsetjenesten. Det vil bidra god samhandling både mot primærhelse-tjenesten og til sykehusodontologien, der de aller sykeste pasientene kan trenge deler av behandlingsløpet.

Sykehusodontologi:

På side 126 i høringsnotatet skriver departementet: «det kan... reises spørsmål om det er naturlig at ansvaret for tannhelsehjelp til pasienter innlagt i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten bør videreføres på kommunalt nivå». Videre står det: «etter departementets vurdering vil en løsning hvor ansvaret for tannhelsehjelp under opphold i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten forankres hos de regionale helseforetakene, medføre en uheldig oppsplitting av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester på henholdsvis statlig og kommunalt nivå.»

Erfaringer fra vår sykehustannklinik, som ble etablert i 2006, er at felles linje og samhandling med resten av sykehuset og den øvrige spesialisthelsetjenesten er helt avgjørende for å kunne gi et helhetlig tilbud til de sykeste pasientene. Pasientene krever høyspesialisert behandling, der man er avhengig av flere fagdisipliner i sykehuset i tillegg til tannleger med sykehuskompetanse. Tannlegene i sykehustannklinikken ved Lovisenberg Diakonale sykehus samhandler daglig med leger og andre fagpersoner i sykehuset om behov for endret medisiner, infeksjonskontroll, behov for anestesitjenester, søvnproblematikk, behandling av mennesker med alvorlig hjertesykdom og kols, og en rekke andre problemstillinger. Det er også viktig at tannleger i primærhelsetjenesten har mulighet til å henvise pasienter som har høy risiko for komplikasjoner ved tannbehandling, til en sykehusavdeling for behandling i et miljø med annet medisinsk personell. For sykehus med barneavdelinger ser vi at dette er minst like viktig. Det finnes mange barn som man ikke klarer å hjelpe uten at man bygger et stort samhandlingsnettverk i sykehuset. Sykehusodontologi handler altså ikke om allmenn tannbehandling på pasienter som er innlagt i ukompliserte pasientforløp, disse skal selvsagt behandles i primærhelsetjenesten. Å sammenligne tannhelsetilbudet med retten til opplæring i helseinstitusjon, slik det gjøres på side 126 i høringsnotatet, er ikke relevant.

Nyere forskning viser også at dårlig munnhelse i stor grad kan påvirke annen sykdom, som hjerteproblemer eller slag. Våre erfaringer er bl.a. at hos mange eldre, skrøpelige pasienter med underernæring skyldes dette dårlig tannhelse. Dette må identifiseres og tiltak må iverksettes mens pasienten er i sykehuset, og det må legges helhetlige planer for oppfølging som inkluderer både sykehustannlege, lege og ernæringsfysiolog. Pasientene er ofte for skrøpelige til å kunne motta behandlingen utenfor sykehus. Rask behandling krever at barrierer i spesialisthelsetjenesten bygges ned. Det er behov for helhetlige forløp videre, dvs. at lokal tannlege i kommunen tar over stafett-pinnen etter den første fasen i spesialisthelsetjenesten. Dette skiller seg ikke fra øvrig helsetjeneste.

Kommunalt ansvar for tannhelsetjenester til bestemte pasient- og brukergrupper

I høringsnotatet foreslås det at kommunen skal ha ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til:

1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år
2. Personer med psykisk utviklingshemming
3. Personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:
 - a. Tjenester som nevnt i § 3.2 første ledd nr.6 bokstav b til d
 - b. Legemiddellassistert rehabilitering
 - c. Annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet
6. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Slik vi forstår dette vil personer som har brukerstyrt personlig assistanse som følge av rusmiddel-avhengighet, dermed kvalifisere for å motta gratis tannhelsetjenester av kommunen. Dette støtter vi. Likevel vil vi gjøres oppmerksom på at svært mange mennesker med ulike funksjonsnedsettelse også har brukerstyrt personlige assistenter, uten nødvendigvis å ha «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie». Ett eksempel er mennesker med alvorlig cerebral parese. Mange av disse menneskene ville for noen år siden være typiske mottakere av hjemmesykepleie, men de bruker i dag mer fleksible og moderne løsninger. Det virker ulogisk om disse ikke skal motta nødvendig tannhelsehjelp i kommunene.

Tannhelsetjenesten og individuell plan

Departementet legger til grunn at behov for tannhelsetjenester alene ikke er tilstrekkelig grunn til å utløse rett til individuell plan. Det er vi enige i. Det må likevel tydeliggjøres at for mange av mennesker med stor og sammensatt problematikk er viktig å inkludere tannhelsetjenesten i arbeidet med individuell plan, og hvor viktig det er å skape kultur for at også tannhelsetjenesten inviteres inn i arbeidet med individuell plan når dette er nødvendig. Behov for tannhelsetjenester bør inkluderes i en analyse av behovet til alle pasienter som kan ha behov for individuell plan. Noen ganger vil behovet også for tannhelsetjenester være det som gjør individuell plan aktuelt hos en bruker, som fra før har behov for andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Samarbeid mellom tannpleier og tannlege

I høringsnotatet beskrives de senere års utvikling, der tannpleieren stadig har fått større oppgaver som førstelinjetjeneste og -tilbud. Tannpleieren er vanligvis den som møter barn og unge først, og som henviser til tannlege ved behov. De er «gate-keepers». Dette er kostnadseffektivt, og vi forstår det legges opp til at dette videreføres og også er ønsket. Vår erfaring er at denne praksis er vanlig også når det gjelder andre grupper enn friske barn og unge, som for barn med sammensatte sykdommer, skrøpelige eldre, og voksne utviklingshemmede. Diagnostikk er noe av det vanskeligste man gjør som helsepersonell, og vi mener tannpleierne ikke har tilstrekkelig kompetanse til å kunne vurdere disse menneskene helhetlig. Derfor er det bekymringsfullt at tannlege ikke skal ha et uttalt og definert overordnet ansvar for dette. I dag ser vi hyppig at oral sykdom overses i de mest sårbare gruppene. Det er svært viktig at man i etablering av tannhelsetjenesten i kommunene sikrer at de mest sårbare også møter tannlege med jevne mellomrom, ikke bare tannpleier. I dette ligger også en kvalitetssikring både av tannpleiers og av tannlegens arbeid ved å etablere et forpliktende samarbeid mellom dem.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Lars Erik Flatø
administrerende direktør

Bjørn Magne Eggen
Fagdirektør

Dette dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Helse Sør-Øst RHF