



FYLKERÅDSSAK

Sak: 113/19

Løpenr.: 29096/19
Saknr.: 19/2979-2
Ark.nr.: G00&13SAKSARKIV
Dato: 25.04.2019

Til: Fylkesrådet
Fra: Fylkesrådsleder

HØRING NOU 2018: 16 DET VIKTIGSTE FØRST HØRINGSFRIST: 22. MAI 2019

Innstilling:

1. Mange tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester skiller seg fra spesialisthelsetjenester ved at det i mindre grad dreier seg om å kurere eller rehabilitere pasienter fra sykdom eller skade, men i større grad å forebygge sykdom/skade eller å forhindre videre helsetap eller å mestre livet med helsetap.
2. Mange tannhelsetjenester og kommunale helsetjenester har liten nytte i øyeblikket (f.eks. tannhelsetjenester til «friske» barn og unge, eller vaksiner), men stor nytte på lang sikt. Dette er nevnt i NOU-en, men kommer kanskje ikke klart nok fram. Investeringsaspektet i god helse bør komme klarere fram.
3. Det anbefales at gruppe d i tannhelsetjenesteloven utvides til 23 år for å forhindre negativ utvikling i tannhelsen, fordi mange i 20-årene ikke prioriterer å oppsøke tannhelsetjenesten på grunn av kostnadene.
4. De fleste av tannhelsetjenestens prioriterte grupper bør beholdes. Det er varslet en gjennomgang fra departementet. Man bør se nærmere på pasienter i hjemmesykepleie og LAR-pasienter. Man bør vurdere muligheten til å innføre egenandeler på enkelte grupper. Man bør vurdere nye grupper, især personer med psykiske lidelser og enkelte funksjonshemmete. Det bør vurderes om enkelte behandlinger med trygderefusjon bør overføres til den offentlige tannhelsetjenesten.
5. De fleste trygderefusjoner for tannbehandling er rimelig å beholde. Det bør vurderes om periodontitt med horisontalt beintap og kjeveortopedi på estetiske indikasjoner bør gi trygderefusjon.

Saksutredning:

NOU 2018:16 «Det viktigste først» fikk som mandat å vurdere om prinsippene for prioritering i spesialisttjenesten også kan komme til anvendelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Siden det er forskjeller mellom nivåene i helse-tjenesten, bør NOU-en vurdere om det er behov for å supplere prinsipper for prioriteringer, og peke på relevante virkemidler.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skiller seg vesentlig fra Lov om tannhelse-tjeneste. De økonomiske betingelsene for pasientene i forhold til de to lovene er også helt forskjellig. Mens den kommunale helsetjenesten ofte er gratis eller sterkt subsidiert, er det store grupper av befolkningen som betaler de tannhelsetjenestene de har bruk for, i sin helhet.

Troms fylkeskommune har derfor valgt å inndele høringsuttalelsen i to bolker.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – generelle betraktninger

Det hevdes flere ganger i NOU-en at kommunene er i en unik prioriteringssituasjon (f.eks. s 10) fordi de har et bredt samfunnsoppdrag og må prioritere mellom alle de forskjellige kommunale sektorene. Dette er en fremstilling som vi må være sterkt uenig i. Uansett om det er staten, fylkeskommunene, kommunene eller privatpersoner som prioriterer, er alltid oppgaven å oversette nytte og ressursbruk til en felles målestokk som er utgangspunkt for hvordan vi prioriterer og de valgene vi gjør.

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter følgende tjenester:

1. Helsefremmende/forebyggende
2. Svangerskap/barselomsorg
3. Akutte tjenester
4. Utredning, diagnose, behandling (inkl fastlege)
5. Habilitering/rehabilitering
6. Brukerstøtte, hjemmesykepleie, institusjoner

Det er ikke lett å lage prioriteringskriterier som skal være felles for alle disse tjenestene som til dels er ganske forskjellig i sin karakter. NOU-en er preget av problemstillingene på sykehjem.

Betraktninger rundt nytte, prioriteringer og finansieringssystem.

Hvilke nyttefaktorer skal telle og hvem skal vurdere nytte?

Helsemessig nytte omfatter både å forbedre helse, å forhindre forverring av helse, og investeringer som har som formål å forhindre utvikling av sykdom i nær eller fjern framtid.

Det siste aspektet – investeringsaspektet - kommer ikke veldig klart frem i nyttevurderingen. Tiltak som ofte ikke har stor nytte i øyeblikket omfatter for eksempel forebyggende opplysningsvirksomhet og behandling, vaksiner og tiltak mot overvekt. I tannhelsetjenesten vil for eksempel den innsatsen som legges ned i gruppen barn og ungdom ha en livslang helseeffekt.

En annen problemstilling er hvordan man skal oppnå maksimal helsenytt i helsevesenet. Tiltakskjeden henger ikke alltid godt nok sammen. Det er dette aspektet som ligger til grunn for bestemmelsene om individuell plan ved komplekse og langvarige helseutfordringer, men tiltakskjeden henger heller ikke godt nok sammen ved andre helseutfordringer. Hvis en ryggpasient med skiveutglidning får en vurdering at vedkommende ikke er tjent med operasjon, er opptreningen hos fysioterapeut i stor grad overlatt til pasientens eget initiativ. Det finnes mange andre eksempler på tilsvarende mangler.

De fleste helsetjenester har helsemessig nytte, men helsevesenet utfører også i mange tilfeller det de oppfatter som nyttig behandling, men som ligger i utkanten av *helsemessig* nytte. En slik inndeling i helsemessig nytte og annen nytte er selvsagt avhengig av hvilken definisjon man anvender på helse. Eksempler på helsetjenester hvor det er sprik i vurderingen av om nytten kan kalles helsemessig nytte, kan være tjenester som reduserer bekymringer, øker

opplevd lykke i livet, bedrer opplevd estetikk, bidrar til forskjellige måter å skaffe seg barn på etc. Noen helsetjenester uten helsemessig nytte kan bli utført i helsevesenet fordi alternative måter å skaffe seg denne tjenesten på potensielt kan føre til helseskade. En problemstilling som er berørt i NOU-en er også om nytte for pårørende skal telle med.

Estetikk er også en faktor i mange helsetjenester (føflekker, fødselsmerker, tannregulering). Å forbedre estetikk er en av flere nyttefaktorer som har en tvilsom objektiv helsemessig verdi, men som begrunnes av pasienten og/eller behandler ved at de kan ha indirekte helsemessige konsekvenser.

Helsetjenester, som er finansiert og utført av det offentlige, bør konsentrere seg om tjenester som har helsemessig nytte. Helsetjenester som er begrunnet i og har annen nytteverdi enn helse, bør være privat finansiert; eller offentlig finansiert med en annen begrunnelse enn helse.

Spesielt om tannhelsetjenesten - Lov om tannhelsetjeneste og Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom

Ansvar etter Lov om tannhelsetjeneste er delt opp i et befolkningsansvar og et gruppeansvar. Befolkningsansvaret er igjen delt i et tilgjengelighetsansvar og et folkehelseansvar. Det er laget en veileder «God praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling». De fleste voksne må betale sine utgifter til tannhelsetjenester selv. Sektoren er således ferdig prioritert. Prioriteringene skjer gruppevis, istedenfor på individuell basis som i resten av helsesektoren. Men er prioriteringene riktige?

«Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom» gjelder for dem som ikke får dekket utgiftene til tannbehandling gjennom Lov om tannhelsetjeneste og andre statlige og fylkeskommunale vedtak. Navnet på forskriften er noe misvisende, ettersom gjeldende forskrift ikke bare dekker utgifter til undersøkelse og behandling for sykdom, men også for noen feilstillinger av tenner, lyter (eks kjevespalte) og rehabilitering. I forskriften er det også ferdig prioritert på den måten at noen sykdommer og tilstander får refusjon fra HELFO, mens de som ikke er nevnt i forskriften ikke får refusjon. Men er prioriteringene riktige?

Vurdering av prioriteringer i Lov om tannhelsetjeneste

Prioriteringene i Lov om tannhelsetjeneste er gruppebaserte og ikke individuelt baserte. Det er noen gode grunner til å gjøre gruppebaserte prioriteringer:

- Effektive, fordi man slipper å gjøre tunge vurderinger av behov og/eller økonomi i hvert enkelt tilfelle.
- Tjenestene blir lettere tilgjengelige for de som har behov
- Tjenestene kan gjøres oppsøkende og regelmessige

Med på lasset får man noen ulemper feks om systemet er treffsikkert. Treffer man i høy grad de personene som har virkelig behov?

Gruppe a. Barn og ungdom til og med 18 år.

Noen har stilt spørsmål ved om det er riktig å bruke så mye ressurser på «friske» barn. Når noen stiller dette spørsmålet er det fordi de ikke ser nytteverdien i å undersøke og samhandle med friske barn. Det kan se ut som det ikke er noen nytte i det hele tatt. Det er derfor viktig at det kommer klart fram i prioriteringskriteriene at beregning av nytte må ses over lang tid. I gruppen barn og ungdom er investeringsperspektivet viktig. Man investerer gjennom gode forebyggende tiltak og tidlig behandling, og får på den måten nytte gjennom et langt liv.

Gruppe b. Psykisk utviklingshemmede over 18 år.

Et problem med denne gruppen er at den mangler en klar definisjon, men det er en annen diskusjon. Denne gruppen er utvilsomt en risikogruppe. Spørsmålet for forebyggende innsats er hvor langt man kommer i å forebygge, og hvilken nytte dette har. Tett oppfølging vil likevel forhindre eller utsette de store tannhelseproblemer. Tett oppfølging er ressurskrevende. Hvis vi likevel er enig om at denne gruppen trenger et godt tannhelsetilbud for å minimere tannsykdom, mangler det kanskje et prioriteringskriterium. Som vi for eksempel kan kalle **sårbarhet**.

Gruppe c. Eldre, uføre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie.

Eldre, uføre og langtidssyke på institusjon er en gruppe som lett pådrar seg tannsykdommer fordi de ikke mestrer egenomsorgen. De trenger hjelp fra pleiepersonale som igjen trenger veiledning fra tannhelsepersonell. Det kan også være vanskelig å oppdage om personer har smerter fra tennene. Denne gruppen er også **sårbare**.

Eldre, uføre og langtidssyke i hjemmesykepleie er en uensartet gruppe. Det er også vanskelig å definere hva som er hjemmesykepleie. Personene kan være relativt oppegående, eller like syke som personer på sykehjem. Brukerens økonomi kan også være svært variabel. Personens økonomi vil ofte definere samfunnsnyttene av et tiltak, med god brukerøkonomi er sannsynligheten stor for at personen selv ville sørget for å ordne opp i et problem.

Gruppe d. Ungdom 19 og 20 år.

Igen må man se på investeringsaspektet når man skal se på nytten. Man vet at store grupper i 20-årene nedprioriterer å gå til tannhelsetjenesten på grunn av kostnadene, samtidig som de har en del begynnende hull. På bakgrunn av dette foreslås det at gruppe d i tannhelse-tjenesteloven utvides til 23 år.

Ruspasienter med kommunalt vedtak.

Problematikken i forhold til denne gruppen ligner på gruppe b.

LAR-pasienter.

Dette er en uensartet gruppe hvor mange pasienter er i jobb og har et ordnet liv med økonomi. Det er derfor ikke innlysende at disse pasientene burde være prioritert som gruppe.

Innsatte i fengsel.

Det er rimelig at tannhelsen vedlikeholdes, mens pasientene er fratatt friheten.

TOO-pasienter.

Problematikken i forhold til denne gruppen ligner på gruppe b.

Andre grupper som ikke får gratis tannbehandling i dag, som kanskje burde hatt høyere prioritering.

- Hjemmeboende personer med pleiebehov tilsvarende de som er registrert i kommunal hjemmesykepleie, men som pleies av pårørende.
- Personer som er 100 % uføre pga psykiske lidelser
- Personer med psykiske lidelser som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten over en periode på minimum tre måneder. Tilbud: Gratis nødvendig tannbehandling på offentlig tannklinik. Akutthjelp fra 1. dag. Det er en forutsetning at brukeren ikke mottar lønn, inkludert sykepenger eller arbeidsavklaringspenger (tidligere attførings-, rehabiliteringspenger eller tidsbegrenset uførepensjon)
- Personer som er 100 % uføre pga MS, cerebral parese og trafikkskade med større lammelser.

Vurdering av prioriteringer i «Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom»

Sjelden medisinsk tilstand

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Nytten vil variere, mest fremtredende prioriteringskriterium er sårbarhet.

Leppe-kjeve-ganespalte

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Alvorlighet er relativt stor. Nytten er som regel stor, mestring og sårbarhet også fremtredende faktorer.

Svulster i munnhulen eller hoderegionen

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Alvorlighet er stor. Nytten kan være stor.

Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Alvorlighet er stor. Nytten kan være stor.

Sykdommer og anomalier i munn og kjeve

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene. Gjelder nødvendig kirurgiske inngrep. Alvorlighet varierer. Nytten kan være stor.

Periodontitt

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene. Dette er en sykdom som rammer en stor del av befolkningen, særlig når de blir eldre. Den kan være dramatisk, men størstedelen av pasientene får et horisontalt festetap på tennene som øker jevnt med alderen. Kriteriene for refusjon burde målrettes ved å kreve et vertikalt bentap for å gi refusjon av utgifter.

Tannutviklingsforstyrrelser

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Tannbehandling etter dette innslagspunktet kan kalles en habilitering av tannsettet. Nytten er som regel stor, men den estetiske faktoren (erstatning for manglende tenner) vil være en del av nyttevurderingen.

Bittanomalier (Tannregulering)

Utgiftene dekkes 100 %, 75 %, eller 40 % av honorartakstene. Det har vært en diskusjon om hvordan disse utgiftene skal dekkes – offentlig tannhelsetjeneste, trygddekning (som nå), størrelsen på egenandeler. Ved å se på eksponerte mennesker (f eks idrettsstjerner) kan man se at slike tjenester fordeles ulikt. Noen har skjeve tenner og noen har ideelt tannsett. Subjektiv og objektiv nyttevurdering avhenger av hvor høyt man vurderer det estetiske.

Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene. Nytten kan være stor. Ofte ressurskrevende behandling.

Munntørhet

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene. Nytten er som regel stor, men kravene til dokumentasjon gjør at det er relativt ressurskrevende.

Allergiske reaksjoner

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene. Sjelden, men nytten kan være stor.

Tannskade ved yrkesskade

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Nytten er stor. Burde kanskje dekkes på andre måter gjennom arbeidsgivers forsikringer?

Tannskade ved ulykke som ikke er yrkessakde

Utgiftene dekkes etter honorartakstene eller refusjonstakstene. Nytten er stor.

Sterkt nedsatt evne til egenomsorg

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Nytten er stor men ikke evigvarende, samtidig som sårbarhetskriteriet slår inn.

Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Utgiftene dekkes etter honorartakstene. Nytten kan være stor.

Hvilke prioriteringskriteriene bør man ha i tannhelsetjenesten?

Nytte.

Prioriteringskriteriet nytte passer bra i tannhelsetjenesten, særlig dersom man uttrykker klarere at man må se nytte over lang tid. Da vil både forebyggende behandling og tidlig behandling ha god nytteeffekt. Samtidig er det behandlinger der det er usikker kunnskap om nytten over tid f.eks. dyre løsninger (implantater) til rusmiddelavhengige pasienter.

Ressursbruk.

Prioriteringskriteriet ressursbruk vil også gi mening, men mange sårbare grupper har blitt gitt prioritet på tannhelsefeltet der ressursbruken er stor og gevinsten er usikker over tid. Helsefremmende og forebyggende behandling er eksempler på lav ressursbruk og bra effekt (f eks råd om to ganger daglig puss med fluortannkrem).

Alvorlighet.

Det er vel sjelden at alvorligheten på kort sikt er stor i tannhelsetjenesten, og det går kanskje også langt mellom hvert tilfelle i kommunehelsetjenesten. Ser man derimot på konsekvenser over litt lenger sikt på infeksjoner og infeksjonsrisiko som følge av tannsykdommer kan alvorligheten bli stor på sikt (f.eks. infeksjonsforebyggende behandling i kombinasjon med enkelte medisinske tilstander). I en del tilfeller kan alvorlighet være stor der tannsykdom er kombinert med generelle medisinske tilstander.

Mestring.

Hvorvidt mestring skal sees på som et eget prioriteringskriterium, eller inngå som del av de tre prioriteringskriteriene som allerede er beskrevet er uklart. På side 101 i NOU-en skrives det for eksempel:

«For mange helse- og omsorgstjenester vil målsettingen ikke nødvendigvis være å gi helsegevinst, men å bidra til økt mestring, for eksempel gjennom å opprettholde brukerens mulighet til fortsatt å bo hjemme.»

Hvorvidt dette skal regnes som en helsegevinst eller en annen nytteverdi må drøftes og avklares. Troms fylkeskommune er enig i at **mestring** er en verdi for kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Mestring til å vedlikeholde helsen på nåværende nivå, og mestring til å akseptere sin egen livssituasjon og helse, der det ikke kan oppnås helseforbedringer. Ved manglende tenner skal habilitering eller rehabilitering mestres. Egenomsorg skal også mestres.

Sårbarhet.

Det ikke foreslåtte prioriteringskriteriet **sårbarhet** passer bra for hvordan en del av prioriteringene i lover og forskrifter er gjort i tannhelsefeltet i dag. Tiltak som gjennomføres i forhold til personer i sårbare grupper gir ikke nødvendigvis større nytte, enn om tiltakene hadde vært gjennomført for personer utenfor gruppen. Sårbare grupper kan trenge ekstra beskyttelse. En type kritikk som har vært rettet mot dette begrepet er at det er for *vagt* til å kunne fungere moralsk veiledende. En beslektet kritikk går på at prinsippet er for *vidtfavnende*, med den konsekvens at det i praksis tappes for moralsk kraft. Dessuten hevdes det også at prinsippet er for lite treffende, ettersom det primært fokuserer på gruppekaraktistikker. Det pekes på fraværet av klare og operasjonaliserbare kriterier for å identifisere sårbarhet på individ- og gruppenivå, og merkelappen kan også påføre individer og grupper ekstra sårbarhet. Til dette problemet hører også faren for "stereotypisering", dvs. den udifferensierte form for sårbarhetsmerking av *hele* grupper av individer, bare fordi de av andre grunner enn sårbarhet er kategorisert innenfor en bestemt gruppe. (Kilde: <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/sarbare-grupper/>)

Økonomiske og administrative konsekvenser:

Tromsø, 25.04.2019

Willy Ørnebakk
fylkesrådsleder