

Høringsvar fra Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO):

Vedrørende NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet"

Oktober 2005

1. Innledning

Utgangspunktet for Kirkens Bymisjons merknader, er vårt arbeid rettet inn mot rusmiddelavhengige. De merknader vi har til utredningen vil derfor i all hovedsak være knyttet opp mot de forslag utvalget har presentert som direkte berører situasjonen til denne gruppen.

Selv om vi har gått gjennom hele utvalgsutredningen, tar disposisjonen i dette innspillet fremstillingsteknisk utgangspunkt i utvalgsutredningens kapittel 11 Utvalgets vurderinger og tilrådinger samt dessuten også kapittel 12 Økonomiske og administrative konsekvenser. Så langt det er mulig og hensiktsmessig, vil derfor våre merknader systematisk være knyttet opp mot utvalgets disposisjon.

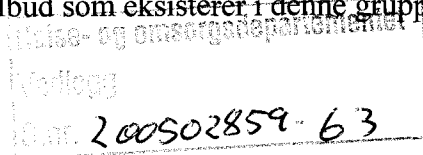
2. Utgangspunkt

Som et utgangspunkt er det viktig også i denne sammenhengen å være klar over at rusmiddelavhengige så langt derfra er noen ensartet gruppering. For det første vil vi peke på at rusmiddelavhengighet kan være knyttet opp mot bruk av legale rusmidler, slik som alkohol og vanedannende medikamenter foreskrevet av leger. Dernest har vi en relativt stor og voksende gruppe mennesker som er avhengige av illegale preparater.

Uansett arten av rusmiddelavhengighet, er tannhelsesituasjonen til rusmiddelavhengige gjennomgående kritisk og på et nivå som ligger langt under den gjennomsnittlige tannhelsesituasjonen til den øvrige del av befolkningen. Dette gjelder særlig de mennesker som gjennom lengre tid har vært avhengige av illegale rusmidler, som for eksempel heroin og amfetamin. Inntaket særlig av disse stoffene i seg selv og over tid genererer store og omfattende skader på tannhelsen. Vi vil også peke på at rusmiddelavhengighet i sin alminnelighet også ofte opptrer i kombinasjon med andre faktorer som har negativ innvirkning på tannhelsesituasjonen. Vi vil her særlig peke på forekomsten av psykiske lidelser i kombinasjon med rusavhengighet, et forhold som vanskeliggjør ivaretagelsen av egen tannhelse. Dessuten må en ta i betraktning det forholdet at alvorlig rusmiddelavhengighet som oftest ledsages av dårlig økonomi og fattigdom, noe som vanskeliggjør regelmessige bruk av brukerfinansierte tannhelsetjenester.

Vi tør også nevne at stadig flere inntas i såkalt departementsgodkjent legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Siktemålet med LAR er gjennom en kombinasjon av medikamentering mot opiatavhengighet og sosiale støttetiltak, å rehabilitere opiatavhengige tilbake til et optimalt funksjonsnivå. Det foreligger i dag relativt lite forskning og kunnskap rundt bivirkninger av langvarig og regelmessig bruk av Metadon og Subuteks. Inntak av slike preparater kan ha innvirkning på tilstander i munnhulen som f.eks spyttsekresjon, noe som igjen vil kunne gi negative virkninger for tannhelsen.

Verken lov om tannhelsetjenesten, trygdlovgivningens stønadsregler eller sosialtjenesteloven slik disse lovene er utformet i dag, fanger opp denne helsemessige utfordringen på tilfredsstillende vis. Kirkens Bymisjon ser derfor svært positivt på at utvalget har fokusert på de tannhelsemessige vanskene til rusavhengige, og gjennom sine forslag til endringer i gjeldende regelverk forsøkt å møte de behov for forebyggende og oppsøkende tannhelsetilbud som eksisterer i denne gruppen.



3. Utvalgets vurderinger og tilrådinger

Endringer i organiseringen av helsesektoren

Utvalget peker på at innefor helse- og sosialsektoren har alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet individuell plan.

Vi er enige med utvalget i at mange av dem som har krav på individuell plan, også er personer som kan ha et særlig behov for tannhelsetjenester.

Selv om individuell plan ikke er egnet til å definere hvem som skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, er vi enige med utvalget i at nødvendige tannhelsetjenester bør inngå som en del av individuell plan når slik utarbeides, og at det derfor må gjøres de nødvendige lovmessige tilpassinger for å sikre dette.

Hvem bør ha rett til offentlige finansierte tannhelsetjenester ?

Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet

Kirkens Bymisjon støtter utvalgets tilråding om at personer med alvorlig rusmiddelavhengighet skal tilbys offentlig finansierte tannhelsetjeneste, og at en slik rett skal hjemles i lov om tannhelsetjenesten. Vi er i all hovedsak positive til utvalgets tilrådinger i denne forbindelse, men vil likevel peke på følgende forhold:

Det er nødvendig å problematisere utvalgets avgrensning av retten til offentlige finansierte tannhelsetjenester til personer som står i en rehabiliteringsfase. En slik avgrensning er ikke nødvendigvis i samsvar med det overordnede målet om en fordeling av offentlig finansierte tannhelsetjenester ut fra hensynet til sosial rettferdighet.

I den forbindelse tør vi særlig peke på det forhold at gjeldende inntaks- og utskrivingskriterier til legemiddelassistert rehabilitering mot opiatavhengighet i dag ikke er basert på medisinskfaglige vurderinger alene. En konsekvens av dette, er at mange med et medisinskfaglig fundert behov for denne type rehabilitering, risikerer å bli stående uten et tilbud om dette. I tillegg er det et uttalt problem med ordningen, at det eksisterer til dels lange ventetider knyttet til saksbehandlingen av søknader om inntak i LAR. Forutsatt at utvalgets tilråding vedtas, vil dette forholdet i så fall kunne få følger for tilgangen til tannhelsetjenester for mange mennesker med et alvorlig rusproblem som de ønsker å komme seg ut av. Ut fra vårt ståsted vurderes dette som mindre positivt.

Vi synes i denne sammenhengen det er riktig å peke på at det arbeides med å utvide ordningen med denne type rehabilitering, og viser til den innstillingen som Sosial- og helsedirektoratet nylig har lagt fram med tilrådinger til endringer i LAR-ordningen. Resultatet av den videre prosessen med utgangspunkt i denne innstillingen vil således kunne få virkning på hvem som også skal inkluderes i et offentlig finansierte tannhelsetilbud.

Kirkens Bymisjon er uenig i utvalgets forslag om at gruppen skal avgrenses til å gjelde personer i rusmiddelomsorgen. Det kan neppe begrunnes faglig at avvente rusmiddelmissbrukere utenfor rusmiddelomsorgen (folk som feks har sluttet på egen hånd - og de finnes) ikke skal behandles på lik linje med dem som er i feks LAR. Dette gjelder spesielt i forhold til tannbehandling i rehabiliterende

sammenheng, hvor tannstatus er en vesentlig faktor. På den andre siden har vi alle de rusmiddelmissbrukerne som befinner i det man kaller aktiv rus. Det er neppe grunnlag for å underslå betydningen av tilgjengelige (praktisk og økonomisk) tannhelsetjenester for denne gruppa. De har de plager knyttet til tannkjøtt sykdommer, karies, infeksjoner osv. De har ernæringsmessige problemer knyttet til manglende eller dårlige tyggeflater. De har identitetsmessige problemer knyttet til dårlig selvbilde osv. I samfunnets behandling av rusmiddelmissbrukere er det dessverre typisk at man stiller krav om endring av adferd før tjenester ytes. I denne sammenheng skal altså rusmiddelmissbrukeren befinne seg i rusmiddelomsorgen før tannhelsetjenester ytes, mens det er rimelig grunn til å anta at en forbedret tannhelse ville kunne bidra til bedre livskvalitet og bedre evne til å gjøre gode valg i eget liv - feks å søke seg inn til behandling.

Vi ber på denne bakgrunnen om at en ser nærmere på avgrensingsspørsmålet, og at dette ses i sammenheng med kapasiteten til de til enhver tid eksisterende rehabiliteringsordninger i forhold til behovet og etterspørselen etter slike. Siktemålet må være å unngå utilsiktede og urettferdige begrensninger i retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester for denne gruppen.

For øvrig vil vi bemerke at dersom en likevel opprettholder kriteriet om tilknytning til rusomsorgen, foregår rehabilitering fra rusmiddelavhengighet i dag både i og utenfor institusjon. Derfor synes det fornuftig at man også for denne gruppen går bort fra institusjonsopphold som inklusjonskriterium for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Vårt primære ønske er likevel at kriteriet om tilknytning til rusomsorgen oppheves, jamfør det som står ovenfor.

Personer med svært lav inntekt

Vi har merket oss at det er dissens i utvalget for så vidt gjelder spørsmålet om hvorvidt personer med svært lav inntekt skal få rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester. I forhold til vår klientgruppe, er dette et svært aktuelt spørsmål. Personer med et alvorlig rusproblem, vil gjennomgående også ha en svært svak økonomi, og mange av disse er også mennesker som lever av sosial stønad alene. I så måte vil en rettighetsfesting av retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester basert på manglende eller svært lav inntekt, kunne fungere som et sikkerhetsnett i forhold til de som eventuelt måtte falle utenfor eksisterende rehabiliteringsordninger. Flertallets forslag om en generell ordning med offentlig finansierte tannhelsetjenester til personer som mottar stønad til livsopphold over en periode på minst seks måneder, kan synes som et rimelig fornuftig avgrensingskriterium.

Fengselsinnsatte

På samme måte støtter vi utvalgets innstilling om lovhjemlet rett til tannbehandling for personer som er innsatt i fengsel over seks måneder samt rett til nødvendig akuttbehandling til innsatte under seks måneder.

Hva skal tjenestetilbudet omfatte

Kirkens Bymisjon vil her peke på at en god tannhelse vil kunne være avgjørende for en vellykket rehabilitering av personer med alvorlig rusavhengighet. Særlig vil vi peke på det forholdet som utvalget selv fremhever, at det i dag knytter seg et større sosialt stigma til en munn preget av manglende og dårlige tenner enn tidligere. Videre har dårlig tannhelse blant rusavhengige ofte en ernæringsmessig side, noe som også vil kunne påvirke utsiktene til rehabilitering. Vi ser hyppige eksempler på tannhelse som gjør det vanskelig å tygge næringsrik mat, da dette ofte er mat med en viss tyggemotstand.

Vi har samtidig forståelse for nødvendigheten av at offentlige finansierte tannhelsetjenester i lovverket knyttes til "nødvendig tannbehandling", og at det utarbeides retningslinjer for det nærmere innholdet av en slik standard. Vi ber likevel om at de hensyn som tilsier at en slik standard også inkluderer et minimum av estetiske hensyn ivaretas på en rimelig måte. Hvorvidt og i hvilken grad en skadet tannhelse er synlig, vil for eksempel kunne være av avgjørende betydning for muligheten for å rehabilitere alvorlig rusmiddelavhengige tilbake til arbeidslivet.

Vi ber samtidig om at "nødvendig tannbehandling" inkluderer både akutt tannbehandling og behandling av mer rehabiliterende art, og at begge disse behovsområdene tas i betraktning når retningslinjene utarbeides.

Hvor skal rettighetene forankres – forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og trygden

Vi har merket oss utvalgets drøfting av spørsmålet om hvor rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør forankres.

Utvalget tar utgangspunkt i at den offentlige tannhelsetjenesten er forankret i lov om tannhelsetjenesten. Rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten bør i henhold til lovens formål tilbys grupper hvor forebygging har særlig betydning og hvor det er avgjørende at tilbudet er av oppsøkende karakter. Folketrygdens overordnede formål er å gi økonomisk trygghet og bidra til utjevning.

Ut fra dette ståstedet synes utvalgets tilråding om lovforankring av rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester fornuftig. Kirkens Bymisjon støtter derfor at gruppen 0 – 18 år, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig rusavhengighet, personer med funksjonstap og fengselsinnsatte skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten i henhold til lov om tannhelsetjenesten. Likedan har vi heller ingen innvendinger om at personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming, personer med spesielle og definerte odontologiske lidelser og personer med stønad til livsopphold etter sosialtjenesteloven på minst seks måneder bør få rett til nødvendige tjenester etter folketrygden.

Prinsipper for bruk av egenandeler

Tannhelsetjenester er i all hovedsak basert på egenfinansiering fra tjenestemottakerne. I dag gjelder et unntak for de prioriterte grupper i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vi ønsker her særlig å peke på den generelle fattigdom som preger personer med alvorlig rusavhengighet. Ut fra dette støtter vi utvalgets tilråding om å opprettholde ordningen med at de grupper som gis rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten etter lov om tannhelsetjenesten fortsatt ikke skal betale egenandeler.

Vi merker oss også at utvalget går inn for å videreføre ordningen med egenandeler innenfor trygdesystemet. I den forbindelse vil vi bemerke at slike egenandeler vil kunne undergrave intensjonen om å inkludere personer med svært lav inntekt i en ordning med rett til finansierte tjenester gjennom folketrygden. For denne gruppen tilsier de hensynene som ligger bak ønsket om å inkludere dem i refusjonsordninger fra folketrygden, at det gjøres et unntak fra ordningen med egenandeler. For øvrig støtter vi utvalgets tilrådinger om tiltak som motvirker at det skapes forskjeller mellom folketrygdens refusjonssatser og faktureringssetningene til tilbydere av tannhelsetjenester. Dette for å unngå at tjenestemottakerne i tillegg til egenandeler knyttet til trygderefusjoner, også må betale et mellomlegg tilsvarende differansen mellom refusjonstakstene og tjenestetilbydernes faktiske

faktureringsstakster. Innføring av generelle, nasjonale takster for tannhelsetjenester som tannhelsepersonellet er bundet av, kan være et egnet virkemiddel i så måte.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Avslutningsvis vil vi peke på at estimatet over kostnadene med å rettighetsfeste offentlig finansierte tannhelsetjenester til personer med alvorlig rusmiddelavhengighet under rehabilitering kan synes noe lavt. Et kostnadsoverslag på 3, 5 millioner kroner fordelt på en antatt utgift på 7100 kroner per person, må bety at en regner denne gruppen til å utgjøre ca 5000 personer.

Når vi synes dette estimatet virker noe lavt, baserer vi oss bl.a på en antakelse om at estimatet tar utgangspunkt i rehabilitering fra alle typer rusavhengighet, herunder avhengighet av alkohol. Vi vil dessuten peke på de foreslåtte endringer av LAR-ordningen, som må antas å medføre en ikke ubetydelig økning av antallet opiatavhengige under rehabilitering.

Vi tør også i denne forbindelse å vise til at Statens Institutt for Rusmiddelforskning i 2001 anslo antallet sprøytemisbrukere i Norge til å ligge ett sted mellom 11 000 og 15 000 personer. I tillegg kommer et ukjent antall mennesker som jevnlig bruker harde narkotiske stoffer gjennom andre inntaksmåter.

Vi legger til grunn at det er en alminnelig akseptert målsetting om så langt det er mulig å kunne inkludere samtlige av disse i hensiktsmessige rehabiliteringsordninger. Vi ber derfor om at kostnadsestimatet vedrørende denne gruppen gjennomgås på nytt.

Utvalgets tilrådinger og konsekvenser for gjeldende lovverk

Kirkens Bymisjon vil her peke på at spørsmålet om nødvendige tilpasninger i regelverket vedrørende innarbeiding av nødvendige tannhelsetjenester i individuell plan er utelatt i dette kapitlet.

For øvrig har vi ingen merknader til utvalgsinnstillingen.