

NOU 2005: 11 – DET OFFENTLIGE ENGASJEMENT PÅ TANNHELSEFELTET. ET GODT TILBUD TIL DE SOM TRENGER DET MEST – HØRINGSUTTALELSE

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 24.06.2005 og NOU 2005:11.

Utvalget har stort sett berørt punktene i mandatet, men med sterkt varierende grundighet. Riktignok er det offentliges engasjement på tannhelsefeltet formålet med utredningen, men beskrivelsen av privat sektor og drøftingen av "mulig deltagelse fra den private sektor og utfordringene i tannlegemarkedet" er mangelfull. Utvalget formulerer heller ikke "nødvendige lovendringer som ivaretar forslagene til utvalget". Innstilling inneholder lite nytt og har svak eller manglende dokumentasjon for mange av forslagene.

Det odontologiske fakultet (DOF) vil i sin høringsuttalelse fokusere på overordnede problemstillinger av betydning for befolkningens oral helse generelt og spørsmål av betydning for utdanning og forskning spesielt.

Hovedutfordringer

Utvalget har identifisert følgende hovedutfordringer (s. 12):

1. *Vi har et regionalt fordelingsproblem ved at vi mangler tannleger i mange deler av landet.*
2. *Vi har et sosialt fordelingsproblem ved at det finnes grupper som har klare behov, men som per i dag av forskjellige årsaker ikke får et godt tilbud.*
3. *Vi må få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, bl.a. gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) må være førende også for tannhelsetjenesten.*
4. *Vi må bedre samarbeidet mellom offentlig og privat sektor.*
5. *Vi må ha en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.*

Forskning/overvåkning

Det er positivt at utvalget erkjenner behovet for forskning på tannhelsefeltet (klinisk og samfunnsodontologisk), men skulle gjerne sett en grundigere vurdering av forskning og behovet for forskerkompetanse. Det samme gjelder behovet for overvåkning av oral helse og oral helserelevante kunnskaper, atferd og holdninger som grunnlag for planlegging og evaluering av tannhelsetjenesten, både offentlig og privat. For å sikre evidensbasert virksomhet, må forskning og utprøving være en integrert og naturlig del av aktiviteten i Den

offentlige tannhelsetjenesten (DOT) slik det er i helseforetakene. Dette vil kreve ressurser samt utvidet samarbeid mellom myndighetene, DOT og fakultetene.

Det odontologiske fakultet stiller seg positiv til et "Nasjonalt kunnskapssenter for tannhelsetjenesten". Det er viktig at et slikt kunnskapssenter forankres i forskningsmiljøene og ikke i DOT, og at det stilles forskningsmidler til disposisjon.

Kompetansesentra

Utvalget nevner bare de regionale odontologiske kompetansesentrene og TAKO-senteret. Det overser andre offentlig finansierte sentra så som Senter for odontofobi, Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, Leppe-, kjeve- og ganespalte-teamene, samt NIOM (Nordic Institute of Dental Materials). DOF beklager sterkt denne ufullstendige beskrivelsen og vurderingen av kompetanse, forsknings- og utredningskapasitet.

Det odontologiske fakultet har tidligere gitt sin støtte til etablering og samarbeid med de regionale kompetansesentrene. I den forbindelse har fakultetet sagt seg villig til å bistå med rekruttering og utdanning av spesialister, desentralisert spesialistutdanning og med forskningsveiledning. Man har understreket behovet for kandidater med dobbeltkompetanse (spesialist-/spesialutdanning pluss forskerkompetanse) og foreslått overfor UFD etablering av et dobbeltkompetanseprosjekt. Imidlertid begrenser underfinansieringen av spesialistutdanningen DOFs muligheter til å bidra så mye som ønskelig til utvikling av kompetansesentra og desentralisert spesialist-/spesialutdanning.

Tannhelsetjenester på sykehus - Det odontologiske fakultet ser behov for tannhelseteam på utvalgte sykehus og støtter utvalgets forslag. I denne forbindelse vil vi påpeke viktigheten av at de fremtidige kompetansesentrene blir lagt i tilknytning til sykehus slik at oral-/kjevekirurgisk avdeling på sykehuset og tannhelseteam i kompetansesenteret blir en enhet. Vi vil også påpeke behovet for annen odontologisk spesialkompetanse på utvalgte sykehus med oral-/kjevekirurgisk avdeling, spesielt i fagområdene ansikts- og kjeveradiologi og barnetannpleie.

Turnustjeneste

Utvalget foreslår turnustjeneste for tannleger, og vurderingen er basert på både faglig kvalitet på tannlegene og deres geografiske fordeling. Fakultetet mener imidlertid at forslaget er for svakt begrunnet slik det her foreligger.

Fra fakultetets synspunkt er det viktig å presisere at en eventuell turnustjeneste ikke kan redusere den ordinære 5-årige grunnutdanningen som fører frem til mastergrad i odontologi, slik den er forankret i EU-direktiv og Bologna-erklæringen. Videre er det viktig å fremheve viktigheten av at en eventuell turnustjeneste må være faglig begrunnet med tanke på å gjøre overgangen fra student til selvstendig praktiserende allmenntannlege lettere. Dersom man ved en turnustjeneste kan sikre kandidaten faglig støtte og veiledning i løpet av det påfølgende året etter studiet, vil det kunne være positivt i et utdannings- og modningsperspektiv. I så fall må turnuskandidatene plasseres i klinikker med stabil bemanning, helst i relativt store klinikker der mange typer tannhelsepersonell arbeider.

Forslaget om turnustjeneste vil kreve betydelig organisering, styring og behov for ressurser, og fakultetet mener derfor at det vil kreve betydelig utredning utover det som foreligger her.

Prioritering

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

DOF støtter forslaget om å styrke det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet og er enig i at det bør satses på samarbeid med andre etater for å utnytte kompetanse og ressurser best mulig. I den forbindelse vises det til fakultetets høringsuttalelse om NOU 2004: 18

Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.

Det er viktig at målsetningen om en helse- (proaktiv) heller enn en behandlende (reaktiv) målsetning legges til grunn for tannhelsetjenestens virke i samfunnet, og at dette kommer klart til uttrykk i lovens formålsparagraf. Dette vil sikre at en proaktiv tannpleiefilosofi danner grunnlaget for så vel utdanning av personell som for behandling av publikum i fremtiden.

Eksisterende lov om tannhelsetjenesten (1983) pålegger fylkeskommunen å "fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling" (§ 1-2) og at de forebyggende tiltakene skal gjelde hele befolkningen (§ 1-3).

Fylkeskommunene har ikke, eller i ubetydelig omfang iverksatt forebyggende tiltak for *hele* befolkningen. Samme paragraf sier at "forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling". Utvalget foreslår at denne bestemmelsen fjernes. Av prinsipielle grunner bør ikke forpliktelsene til kvalitetssikring gjennom lovverket svekkes da erfaring tilsier at det er de forebyggende tiltakene som nedprioriteres når økonomien og personellressursene er knappe.

Når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid for *hele* befolkningen, er Det odontologiske fakultet usikker på om det er hensiktsmessig at hvert enkelt fylke pålegges denne oppgaven. Bestemmelsen kan føre til unødvendig duplisering av arbeid i fylkene. Det bør derfor vurderes om ansvaret for planlegging, gjennomføring og evaluering av det helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeidet bør legges til nasjonalt nivå. Behovet for tiltak tilpasset lokale forhold og den enkelte pasient plasseres som nå på region-/fylkes- eller distriktnivå avhengig av fremtidig organisering av tannhelsetjenesten. En slik strategi ville kunne fremme integrering av arbeidet med resten av helsetjenesten samt samarbeidet mellom forvaltningsnivåene.

Grupper

Utvalget foreslår hvilke grupper som bør ha rett til tannbehandling for det offentliges regning. Det skilles mellom grupper som bør få tilbud om behandling i DOT, og grupper som bør få dekning av utgifter til tannbehandling gjennom folketrygden.

Den offentlige tannhelsetjenesten – Utvalget foreslår at behandling av gruppe D, personer 19 eller 20 år i behandlingsåret til redusert pris i DOT, skal opphøre, og at "andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere" skal utgå. Fakultetet har forståelse for at forslagene fjerner "grenseproblematikken" mellom tannhelsetjenesteloven og folketrygdloven, men vil understreke viktigheten av at DOT og privat sektor samarbeider nært for å hindre at andelen unge voksne som ikke går regelmessig til tannlege/tannpleier øker ytterligere. En annen mulighet for å stimulere aldersgruppen 19-24 år til å fortsette å gå regelmessig til tannhelsekontroll er å gi trygderefusjon for konsultasjon/undersøkelse hos tannlege eller tannpleier, mens de selv må dekke kostnadene for eventuell behandling.

Når det gjelder grupper av pasienter som skal ha rett til behandling i DOT, er utredningen uklar. Grupper som skal ha rett til gratis, oppsøkende tilbud i DOT og grupper som kommer inn under folketrygden, presenteres om hverandre i sammendraget. Dessuten fremgår det ikke

om oppstillingen er i prioritert rekkefølge eller ikke. Her burde utvalget ha nevnt gruppene i prioritert rekkefølge eller begrunnet hvorfor ingen av gruppene skal prioriteres fremfor de andre. Hvorfor skal for eksempel nåværende gruppe B (psykisk utviklingshemmede) eventuelt prioriteres lavere enn "personer med alvorlige psykiske lidelser" eller "personer i rusmiddelomsorgen"? Fakultetet er enig i at kriteriene for nåværende gruppe B bør revideres på grunn av endringer i omsorgstjenestene, men fremstillingen gir inntrykk av at institusjons-/hjemmesykepleiekriteriet bortfaller, og at fastlegen skal være døråpner til gratis tannpleie for "personer med funksjonstap". Hva er de medisinske, odontologiske og administrative begrunnelsene for dette? Her bør fastlegen eventuelt bidra til at personer som pleies av pårørende eller mottar privat pleie, fanges opp og får tilbud på lik linje med dem som mottar kommunale tjenester.

Da det blant annet i Ellingsæter-utredningen (Helsedirektoratets utredningsserie 7-92 (IK-2382), s.24, 2. spalte og s. 171, 2. spalte) ble forslått å oppheve prioriteringsrekkefølgen A - F i tannhelsetjenesteloven (1983), er det viktig at spørsmålet om prioritering mellom grupper avklares. Det er lett å forestille seg at behandling av de mest krevende pasientene nedprioriteres, for eksempel små barn, psykisk utviklingshemmede og pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien. Spesielt i en situasjon hvor økonomien til DOT er trang og inntjening ved behandling av voksne betalende pasienter gir et viktig bidrag til driften, og ulike bonusordninger kan påvirke de ansattes prioriteringer i samme retning, er det betenkelig at det ikke stilles krav om prioritering slik eksisterende lov gjør. At prioritering på økonomisk grunnlag utgår er greit, men loven bør inneholde så vel faglig begrunnet prioritering av tilbudet (helsefremme, forebygging og behandling) som innbyrdes prioritering av gruppene. Hensikten er å sikre befolkningen bedre oral helse i fremtiden og å hindre at særinteresser, og/eller pressgrupper styrer prioriteringen.

Siden DOTs misjon er å behandle, samt drive helsefremmende og forebyggende arbeid blant de svakest stilte i samfunnet, vil innføring av *egenandeler* kunne få negative konsekvenser for bruken av tjenestene. Fakultetet støtter derfor utvalgets syn og vil fraråde at DOT gis anledning til å kreve egenandeler av fritt klientell, selv om det kunne ha en "oppdragende" effekt og kunne bidra til finansiering av nye tiltak.

Folketrygden – Fakultetet støtter utvalgets forslag når det gjelder diagnoser/behandlinger som skal utløse rett til refusjon fra folketrygden, og er enig i at det er ønskelig med forenkling av

regelverket. Imidlertid stiller man seg uforstående til at utvalget ikke foreslår støtte til oral rehabilitering av personer med diagnosen odontofobi (anslagsvis 80 000 voksne totalt), en mental lidelse (spesifikk fobi i ICD-10) som bør ha samme rettigheter som andre psykiske lidelser. Får man en kvalifisert diagnose og støtte til behandling av fobien, bør det også utløse rett til stønad fra folketrygden for nødvendig oral rehabilitering. Utløser ikke behandlingen av odontofobien rett til stønad fra folketrygden, bør det vurderes innført refusjon for utgifter over et nærmere definert utgiftstak for den rehabiliterende behandlingen. Tilstås rusmiddelbrukere under rehabilitering rett til gratis tannbehandling i DOT på grunn av forsømt tannpleie, bør pasienter som på grunn av odontofobi har behov for omfattende og kostbar rehabilitering få støtte, eller beskyttelse mot høye kostnader i rehabiliteringsfasen.

Fakultetet antar at det vil få anledning til å uttale seg om eventuelle utkast til nye forskrifter/retningslinjer for trygdeytelser til tannbehandling.

Rekrutteringstiltak/fordeling av tannleger

Utvalget konstaterer at det er et regionalt fordelingsproblem ved at det er mangel på tannleger i mange deler av landet. Fakultetet er enig i at det eksisterer et fordelingsproblem og har merket seg at DOT allerede har innført en rekke stimuleringsiltak for å avhjelpe situasjonen. I tillegg til eksisterende tiltak mener utvalget at innføring av turnustjeneste for tannleger, og nasjonale takster for tannbehandling kan bidra til å redusere fordelingsproblemet på sikt. Som anført foran, vil DOF understreke at en eventuell innføring av turnustjeneste ikke må ha som sitt primære siktemål å avhjelpe tannlegemangelen i deler av landet.

Når det gjelder nasjonale takster avtalt mellom statlige myndigheter og tannlegenes og tannpleiernes organisasjoner, er det dissens i utvalget. DOF kan ikke se at et slikt takstsystem i nærmeste fremtid vil kunne løse tannlegemangelen i utkantstrøk. Dessuten tilsier erfaringer med veiledende honorarer for tannbehandling fra 1975-1995 at takstene blir hengende etter økningen i konsumprisindeksen med de uheldige følger som det eventuelt kan få for kvaliteten på behandlingen, rekrutteringen til og trivselen i yrket.

Hva etableringskontroll angår er fakultetet usikker på om det er et effektivt virkemiddel og viser i den forbindelse til utvalgets forskjellige argumenter for og mot en slik ordning.

Spesialister

Det odontologiske fakultet er enig med utvalget i at desentralisert spesialist-/spesialutdanning og etablering av regionale kompetansesentra kan bidra til å bedre rekruttering og geografisk spredningen av spesialister. Man vil i denne forbindelse understreke at en avgjørende forutsetning for en tilfredsstillende desentralisert spesialist-/spesialutdanning er høyt kvalifisert og stabil bemanning ved kompetansesentrene. Imidlertid kan rekrutteringen bli mindre enn ønskelig fordi myndighetene ikke har fulgt opp intensjonen i forbindelse med opprettelsen av Rådet for spesialutdanning, f. eks. om lønn til kandidater under spesialist-/spesialutdanning.

Innstillingen er lite fyllestgjørende når det gjelder behovet for ulike typer spesialkompetanse. Imidlertid vurderer vi det slik at dette blir ivaretatt av Rådet for spesialistutdanning, og vi vil anbefale at rådets anbefalinger blir fulgt opp.

Organisering av tannhelsetjenester

Utvalget forkaster kommunal tilknytning for Den offentlige tannhelsetjenesten. Fakultetet er enig i at en kommunal organisatorisk forankring av DOT ikke er egnet til å sikre rimelig behandlingsdekning over hele landet.

Utvalget beskriver tre organisasjonsmodeller: (1) Direktoratmodellen, (2) autonomt statlig foretak og (3) fylkeskommunal tannhelsetjeneste som i dag, men er splittet i sitt syn på hvilke organisasjonsmodell som er mest tjenlig.

"Munnen tilbake til kroppen" taler for en integrering av tannhelsetjenesten og helsetjenesten. Det er påfallende at dette ikke er diskutert i innstillingen. Det ville vært naturlig å reise spørsmålet om den helsefremmende og forebyggende delen av tannhelsetjenesten kan integreres i primærhelsetjenesten, mens den terapeutiske delen blir en del av spesialisthelsetjenesten.

Lokal medinnflytelse taler for fortsatt fylkeskommunal organisatorisk forankring, men endringer av fylkeskommunenes oppgaver gjør at DOT, som eneste helsetjeneste, ikke passer naturlig inn i helheten. Om man aksepterer at helsefremmende og forebyggende arbeid for hele befolkningen er et statlig ansvar, og at det er behov for mer tverrsektorielt samarbeid på dette området, vil direktoratmodellen kunne være formålstjenlig. Den sikrer

tannhelsetjenestens identitet i statsforvaltningen og kan bidra til å styrke forskning, utredning og overvåking innen tannhelsefeltet. Overvåking og forskning er viktige aktiviteter i arbeidet for å sikre befolkningen lik tilgang til kvalitativt gode tannhelsetjenester og reduksjon av ulikheter i oral helse.

Inntil rollefordelingen mellom forvaltningsnivåene (fylkene og regionene) er avklart, er det vanskelig å ta stilling til hvilke organisasjonsmodell som vil være mest tjenlig for tannhelsetjenesten generelt og DOT spesielt. Imidlertid vil fakultetet understreke at en sterkere sentral forankring for å sikre overvåking, utredning og forskning taler for direktoratmodellen.

Kostnader

Det odontologiske fakultet har ikke forutsetning for å vurdere holdbarheten til kostnadsoverslagene som utvalget presenterer. Vi beklager imidlertid sterkt at det ikke foreslås midler slik at forskning og utredning kan bli en integrert og naturlig del av Den offentlige tannhelsetjenestens virksomhet på linje med det man har i helseforetakene.



Bergen, 01.11.05
Sak nr. 05/7318 DOF/lv

Kollegiesekretariatet

HØRINGSSVAR: NOU 2005:11 "DET OFFENTLIGE ENGASJEMENT PÅ TANNHELSEFELTET"

Vi viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 24. juni 2005.

Styret for Det odontologiske fakultet behandlet saken i møte 18. oktober 2005, sak 86/05, og vedtok vedlagte hørings svar.

Magne Raadal
dekanus

Petter Bomann-Larsen
fakultetsdirektør

Vedlegg
(sendes også elektronisk til post@kollsek.uib.no etter avtale med M. Viksøy)