

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:	200502859/GR
Saksbehandler:	HUSA og omsorgsdepartementet
Vår ref:	05/3565
Arkivkode:	200502859
Dato:	10.11.2005
Arkivkode:	550
Journ.no:	141105
Avd.:	KTA 3
Saksbeht.:	HL
D.off.:	

NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Sosial- og helsedirektoratets høringsuttalelse

Sosial- og helsedirektoratet viser til departementets høringsbrev av 24.06.2005 hvor departementet ber om høringsinstansenes syn på innstillingens vurderinger og forslag i kapittel 11.

Utvalget som ble oppnevnt 13. mars 2004, fikk i oppdrag å foreta en bred utredning på tannhelsefeltet. Utredningen skulle gi en situasjonsbeskrivelse og så analysere og drøfte blant annet hvilke sentrale verdier og hovedprinsipper som bør legges til grunn for det offentlige engasjement, i hvilken grad vektlegging av forebygging og oppsøkende virksomhet fører til ønsket måloppnåelse og hva som er de største utfordringer for offentlig engasjement innen tannhelsesektoren. Videre skulle forholdet mellom offentlig tannhelsetjeneste og trygdefinansiering samt ulike modeller for organisering av offentlige tannhelsetjenester utredes. Mandatet er utformet bredt og inviterer til en analyse av det offentlige engasjementet i lys av blant annet mer samarbeid mellom offentlig og privat sektor og nyere reformer ellers i helsetjenesten.

Direktoratet er ikke enig i utredningens hovedsynspunkter og anbefalinger. Vi mener det bør gjøres en mer omfattende reform enn utredningen legger opp til. Direktoratet vil derfor først drøft behovet for en omfattende reform, så peke på utredninger og analyser som må gjøres før en reform kan iverksettes og deretter kommentere utredningen.

Behov for en tannhelsetjenestereform

Sosial- og helsedirektoratet foreslår på et faglig grunnlag en omfattende tannhelsetjenestereform. Det er ingen faglige grunner til at sykdommer og problemer med tennene skal behandles annerledes enn sykdommer og skader i andre deler av kroppen. Historiske, administrative eller økonomiske forhold er i seg selv ikke tilstrekkelige begrunnelser for å opprettholde dagens situasjon. Den foreliggende utredningen og de vurderinger og forslag som den inneholder, er på langt nær nok som grunnlag for å kunne foreta en omfattende tannhelsetjenestereform.

Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling for primærhelsetjenester

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo
Tel: 24 16 30 00 • Faks: 24 16 30 28 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

Sosiale ulikheter i helse og tannhelse

Sosial- og helsedirektoratets publikasjon Gradientutfordringen (1) danner grunnlaget for helsemyndighetenes arbeid med å få redusert sosiale ulikheter i helsetilstand. Vi har den samme utfordringen når det gjelder tannhelse. Personer med spesielle problemer og sykdommer, kort utdanning og dårlig økonomi har dårligere tannhelse og et udekket behov for behandling. Personer med sjeldne tilstander har ofte spesielle oralmedisinske utfordringer. Det er spesielt viktig at barn og unge med sjeldne tilstander blir innkalt til tannhelseundersøkelse i tidlig alder for vurdering og individuelt tilrettelagt behandlingsplan både hva gjelder habilitering og forebyggende tiltak. Tannhelsepersonell vil kunne være en nødvendig brikke i utredning og diagnostisering av sjeldne tilstander.

I FUTT-prosjektet (2;3) der målgruppene var brukere av andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie, personer som ble pleiet av pårørende samt personer under rusmiddelomsorgen eller psykisk helsevern, ble munn- og tannhelsen registrert som ikke akseptabel/dårlig hos 50 % av de rusmiddelavhengige og 30 – 40 % av personene som fikk hjemmebaserte tjenester.

Andel tannløse personer i befolkningen og antall tenner per individ har vært brukt som indikatorer på tannstatus/tannhelse her i landet i mer enn 30 år. I 2004 ble det foretatt en ny spørreundersøkelse der resultatene blant annet viser tannstatus i forhold til utdanning og inntekt. Andelen med 20 tenner eller flere er størst blant dem med høy utdanning og høy inntekt, eksempelvis er andelen 91,6 % blant personer med utdanning fra universitet og høyskole og bare 66,7 % blant dem med bare grunnskole. Tilsvarende er andelen 98,6 % i høyinntektsgruppen med samlet familieinntekt 1 mill. eller mer og 67,5 % i lavinntektsgruppen med samlet familieinntekt mindre enn 200 000 (4).

Det ble foretatt tannhelseundersøkelser av et utvalg i Trøndelag i 1983 og 1994. Dette er tverrsnittsundersøkelser. Analyser av data viser at den sosiale forskjellen i tannhelsetilstand hadde økt fra 1983 til 1994 blant 23-24 år gamle. Lyspunktet var at tannhelsen for hele gruppen var bedre i 1994 enn i 1983 (5).

Det er god dokumentasjon på at småbarn med foreldre som har ikke-vestlig bakgrunn har svært dårlig tannhelse (6).

Enkelte av gruppene som er nevnt over har ikke tilgang til tannhelsetjenester i dag. Det kan være ulike årsaker til det; noen søker ikke til tannbehandling, noen har stort behandlingsbehov, men er redd for at de ikke kan betale og lar være å oppsøke tannhelsetjenester av den grunn. Det kan være andre årsaker. Hovedhensikten med en reform er å sikre behandlingsressurser til disse gruppene.

Særomsorg

Utredningen foreslår at flere nye grupper skal få tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette er direktoratet enig i. Forslaget går ut på at noen skal få tilbudet gjennom den offentlige tannhelsetjenesten og noen skal få trygderefusjon.

Offentlig finansiering av tannhelsetjenester, både gjennom den offentlige tannhelsetjenesten og gjennom trygden, er per definisjon i dag en særomsorg siden den ikke omfatter hele befolkningen. Direktoratet har beregnet antallet i de nye gruppene som i henhold til utredningen bør få offentlig finansierte tannhelsetjenester og de grupper som i dag har en slik rettighet. Ifølge våre beregninger tilsvarer dette omlag 1/3 av befolkningen.

Direktoratet mener det er viktig å vurdere de sosiale omkostningene ved å behandle en så stor gruppe av befolkningen i en særomsorg. Avgrensning av grupper som har eller bør få rettigheter kan være vanskelig. Det kan føre til at personer med stort behov faller utenfor fordi noen kriterier ikke er oppfylt. Etter direktoratets oppfatning vil en mer rettferdig ordning være om hele befolkningen ble omfattet av en type refusjonsordning.

Å sette sosiale ulikheter i tannhelse mer aktivt på dagsorden og få bort særomsorgsstemplet på tannhelsetjenester er direktoratets hovedbegrunnelser for at det må gjøres en mer omfattende reform enn det utredningen legger opp til.

Nødvendige utredninger før en reform

En tannhelsetjenestereform må bygge på kunnskap og grundige utredninger. Det bør etter direktoratets oppfatning gjøres nye utredninger og analyser på følgende områder:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid

Det trengs nytenkning og nye strategier i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Tannhelsetjenesten har tradisjonelt vært opptatt av helsefremmende og forebyggende arbeid og har oppnådd mye. På tannhelsefeltet er det imidlertid et stort helsepotensial i befolkningen (7). Å få mobilisert dette er utfordringen, men da må vi arbeide annerledes enn i dag. Tannhelse har tradisjonelt vært en meget god og pålitelig indikator for sosial status. Det er den fortsatt, men bildet synes mer komplisert og sammensatt enn før. I og med at et stort flertall av befolkningen faktisk har god tannhelse og prognosene sier at denne utviklingen vil fortsette, blir det desto viktigere å identifisere de faktorer som gjør at noen grupper ikke blir med på denne utviklingen. Ved å identifisere bakenforliggende faktorer kan vi gjøre strukturelle endringer i måten å arbeide på slik at de gruppene som i dag faller utenfor, kan få mulighet til å bli med på tannhelseforbedringen uten at vi stigmatiserer dem som gruppe. Det trengs kunnskapsinnhenting og meningsutveksling med personer som arbeider med folkehelsearbeid på bred basis for å få til dette. Utredningen foreslår at bestemmelsen om at forebyggende arbeid skal prioriteres foran behandling bør tas ut av loven. Det er vi ikke enig i. Derimot er vi enig i forslaget om at det må forskes mer på hva som virker. Imidlertid er det også Sosial- og helsedirektoratets oppfatning at det er like viktig å gjøre seg kjent med hva som er gjort i tilgrensede sektorer og tenke over hvilken overføringsverdi det kan ha.

For tannhelsetjenesten ligger den største utfordringen i spenningsfeltet mellom den reparative tradisjonen og det helsefremmende potensialet. Det trengs mer kunnskap om hvordan tannhelsetjenesten kan bygge opp under befolkningens egen interesse i å bevare og opprettholde en god tannhelse. Da må kommunikasjonen og samspillet

mellom befolkning og tannhelsetjenesten utfordres på brukernes premisser. Det ligger trolig et stort potensial i at tannpleiere med sin helsefremmende og forebyggende plattform er den yrkesgruppen som møter brukerne ved den regelmessige tannhelsekontrollen.

2. Målrettede tiltak for å styrke den offentlige tannhelsetjenesten

Helsetilsynet har påpekt i sine rapporter at det er store forskjeller i tilbudet den offentlige tannhelsetjenesten gir til de gruppene som er prioritert i henhold til tannhelsetjenesteloven. Helsetilsynet sier at noen fylker ikke oppfyller loven (8-10). Etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering er dette alvorlig, og det er viktig å finne ut hvorfor det er slik. Disse forholdene må det gjøres noe med før man innlemmer nye grupper som skal få et oppsøkende tilbud gjennom den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er ikke tatt opp i utredningen, men det foreslås flere steder at den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes.

Etter direktoratets oppfatning må dagens problemer analyseres før man kan komme med målrettede tiltak som vil styrke den offentlige tannhelsetjenesten.

3. Potensialet i den private tannhelsetjenesten

Utredningen verken beskriver eller analyserer den private tannhelsetjenesten, men likevel foreslås det sterke reguleringer av sektoren. Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo foretok en arbeidsmarkedsundersøkelse blant alle tannleger i 2004: Tallene viser at en tredjedel av de privatpraktiserende tannlegene ikke jobber full tid og at en tilsvarende andel ønsker flere pasienter (11). Disse resultatene viser at det er ubrukte tannlegerressurser, og at det burde være et potensial for samarbeid mellom offentlig og privat sektor hvis ordninger utformes på en konstruktiv måte. Behandlingsoppgavene må fordeles mellom de to delene av tannhelsetjenesten. Det beste ville være å komme frem til en modell hvor vi ser de samlede behandlingsressurser under ett og får nødvendig styring slik at behovet i de gruppene som trenger det mest, blir dekket. I dag har offentlige myndigheter ingen styringsmuligheter i den private sektor.

Det må foretas en analyse av hva som skal til for å få den private sektor som utgjør $\frac{3}{4}$ av behandlingsressursene til å ta et ansvar for behandlingen av prioriterte grupper og grupper som har store og utfordrende behandlingsbehov.

4. Fasttannlegeordning og generell trygderefusjon

Sosial- og helsedirektoratet mener at subsidiering i form av per capita-godtgjørelse for listepasientene kan være et incentiv for tannlegene til å ta flere pasienter, og dette vil derfor medvirke til å spre tannlegene over landet. Det foreligger ikke mye forskning på området, men direktoratet kan vise til en prøveordning i den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold der tannlegene fikk tilbud om kombinasjon av fastlønn og en moderat kapasjonsordning. Dette førte til en effektivitetsgevinst på 10 % (12). På landsbasis kan dette tilsvare en stor innsparing av tannlegeårsverk.

Direktoratet har tro på at en generell trygderefusjon for tannbehandling i kombinasjon med listepasienter og en kapasjonsordning kan føre til både et tilfredsstillende tannhelsetjenestetilbud for befolkningen og en jevnere geografisk spredning av tannlegene. Et slikt system vil også gi myndighetene muligheter til å pålegge tannlegene rapporteringsplikt. Det vil gi data om voksenbefolkningen som vi mangler i dag. Fastlegeordningen har medført en bedret tilgang til legetjenester for befolkningen i alle deler av landet (13;14). Den offentlige tannhelsetjenesten må bestå og ha et overordnet ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid og et "sørge-for-ansvar" overfor prioriterte grupper, akkurat som den offentlige primærhelsetjenesten for øvrig. En tannhelsetjenestereform lar seg ikke gjennomføre uten tilførsel av betydelige midler. I dag utgjør den offentlige finansieringen av tannhelsetjenester en fjerdedel; ca. 2 milliarder, mens den private utgjør tre fjerdedeler; i underkant av 6 milliarder av de samlede utgifter.

Direktoratet mener at en fasttannlegeordning må utredes og kostnadsberegnes. Når dette skal gjøres, er det viktig å innhente erfaringer fra våre naboland. Både Sverige, Danmark og Finland har gjennomført reformer som det vil være nyttig å høste erfaringer fra.

5. Oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere

Utredningen peker på at tannpleieren er en viktig personellressurs, som også den private sektoren i større grad må inkludere i tannhelseteamet, men direktoratet kan ikke se at utvalget har foretatt en seriøs vurdering av tannpleierens plass i tannhelsetjenesten. Tannpleierne og deres arbeidsoppgaver er ikke beskrevet i utredningen. Det er ikke gjort noen analyse av hvor stor andel av tannlegenes arbeidsoppgaver i dag som kunne vært overtatt av tannpleiere, hvis det var nok av dem. Det finnes heller ingen oversikt over tannpleiere verken i offentlig eller privat sektor eller en analyse av behovet for å utdanne flere tannpleiere.

Sosial- og helsedirektoratet har i en egen rapport konkludert med at et hensiktsmessig forholdstall mellom tannlege og tannpleier i Norge sett under ett bør ligge mellom 1:1 og 3:1 mens nåværende forholdstall er 7,8:1, med store fylkesvise variasjoner (15). Direktoratet savner en vurdering av hva som kan gjøres for å øke kapasiteten på tannpleierutdanningen, blant annet ved å opprette utdanning ved regionale høyskoler i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre etter hvert som de blir etablert, eventuelt utvide utdanningskapasiteten ved eksisterende utdanningssteder.

6. Effektiv produksjon av tannhelsetjenester

Utvalget ønsker at tannhelsetjenester skal produseres på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten, og legger til grunn LEON-prinsippet om å utføre tannhelsetjenester på lavest effektive omsorgsnivå. Sosial- og helsedirektoratet er enig i at dette er vesentlig, og savner derfor både en analyse av tannlegenes arbeidsmarked og en vurdering av i hvor stor grad tannpleiere kan overta oppgaver som i dag utføres av tannleger.

Direktoratet savner også en helhetlig analyse av hvordan man kan oppnå en mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester. Vi antar at forventet teknologisk utvikling, mulige fremtidige krav til helse, miljø og sikkerhet, forlengede innkallingsintervaller og en annen oppgavefordeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten vil være av stor betydning blant annet for klinikkstrukturen. Det er kostbart å utstyre en tannklinikk. Den teknologiske utviklingen gjør at utstyret foreldes raskere enn før. En tannklinikk er et sted hvor man gjør bruk av mange flyktige stoffer som kan ha helsemessige konsekvenser både for personell og pasienter. Det er sannsynlig at krav til avsug og luftrensing vil bli strengere enn de er i dag. Det betyr at investeringskostnadene for å etablere tannklinikker vil øke. Det er vanskelig å bemanne enmannsklinikker fordi tannhelsepersonell ønsker å arbeide på et sted med mulighet for faglige konsultasjoner i hverdagen. Hvis vi i tillegg skal optimalisere oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere tilsier det større enheter enn det er i tynt befolkede områder i dag. Det er fortsatt mange enmannsklinikker i utkantstrøk. Ifølge Sosial- og helsedirektoratets veileder "Tenner for livet" (16) er det faglig forsvarlig med innkallingsintervaller på inntil to år. Hvor nær må en tjeneste som mange har bruk for annet hvert år være? Ny teknologi kan også inspirere til nytenkning når det gjelder screening av barn og unge; et eksempel er små håndholdte røntgenapparater på størrelse med en fotball som kan benyttes utenfor klinikk.

Direktoratet vil anbefale at det foretas en analyse av dette problemkomplekset.

Tannhelsetjenestereform – Sosial- og helsedirektoratets konklusjon

Det er Sosial- og helsedirektoratets vurdering at utvalgets forslag i for stor grad bygger på dagens tannhelsetjenestesystem. De tiltakene som i teorien antas å ha effekt, vil være vanskelige å få gjennomført i praksis. Vi anbefaler derfor mer omfattende grep enn de som er foreslått i utredningen. Tannhelsetjenesten bør, der det er mulig og ønskelig, integreres med den øvrige helsetjenesten. Med andre ord kan det bety å få "tennene tilbake til kroppen". Det vil lette samarbeidet for å få til en god tannhelsetjeneste for utsatte og vanskeligstilte grupper, fordi disse ofte trenger flere tjenester som må koordineres. Det er direktoratets oppfatning at det vil bli lettere å etablere og gjennomføre et slikt samarbeid hvis tjenesten blir organisert og finansiert på linje med de andre helsetjenestene.

Sosial- og helsedirektoratets kommentarer til utredningen

Direktoratet har ovenfor konkludert med at forslagene i utredningen ikke er tilstrekkelige til å kunne gjennomføre en tannhelsetjenestereform som direktoratet mener er nødvendig. Selv om vi mener at utredningens forslag ikke er tilstrekkelige til å danne grunnlag for en reform, vil vi kommentere utredningens forslag til tiltak. Noen av de synspunkter som ble fremmet i avsnittet: "Nødvendige utredninger før en reform" kommer også frem som kommentarer til de enkelte forslag.

Verdigrunnlaget

Direktoratet savner elementet **resultatlikhet** når utvalget fortolker det generelle verdigrunnlagets betydning for tannhelsetjenesten. Sett fra et samfunns- og velferdsperspektiv er det tannhelsesresultatet som er viktig, ikke primært hva som tilbys av tjenester. Gradientutfordringen setter sosiale ulikheter i helse på dagsorden. Det er direktoratets oppfatning at vi bør være minst like opptatt av tannhelsesresultatet som av tilgjengelighet til tjenester. Det bør være helsemyndighetenes oppgave i samarbeid med befolkningen å tilrettelegge helsefremmende og forebyggende arbeid og et tjenestetilbud som gjør at vi møter gradientutfordringen og minsker de sosiale ulikhetene i helse. Det er et stort tannhelsepotensial i befolkningen (7). De som er unge i dag vil ha et helt annet utgangspunkt for å bevare sin tannhelse fordi de har fått glede av bevisst satsing på forebyggelse og har hatt tilgang på fluor.

Hovedutfordringer - virkemidler

Utvalget peker på fem hovedutfordringer som krever sterke virkemidler. Direktoratet vil i det følgende drøfte og kommentere disse utfordringene og utvalgets forslag til tiltak:

Utfordring 1: Regionalt fordelingsproblem

Utvalget fastslår at vi har et regionalt fordelingsproblem fordi vi mangler tannleger i mange deler av landet.

Som dokumentasjon på et stort regionalt fordelingsproblem når det gjelder tannleger i mange deler av landet, benytter utvalget en tabell der det fremgår at antall ledige tannlegestillinger er 113 i 2003, uten å drøfte hvordan de ledige stillinger fordeler seg på fylker eller som andel av alle besatte stillinger. Sosial- og helsedirektoratet vil peke på at figur 3.2 på side 20 med fylkesvis fordeling av tannlege- og tannpleierårsverk ikke er kommentert i teksten. Denne figuren viser at besatte årsverk per befolkningsenhet varierer noe mellom fylkene og at de nordligste fylkene har god dekning. Når det gjelder utført behandling, har Troms fylke eksempelvis ca. 400 prioriterte personer ferdigbehandlet per år per tannlege- og tannpleierårsverk, mens Trøndelagsfylkene med lavt antall tannleger og tannpleiere per befolkningsenhet kan vise dobbelt så høye produksjonstall i 2004 (17). Direktoratet er imidlertid enig i at det foreligger rekrutterings- og stabilitetsproblemer med stor gjennomtrekk i den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalgets forslag til tiltak er i stikkordsform følgende: Etableringskontroll for tannleger, nasjonale takster, regionale kompetansesentre, turnustjeneste for tannleger og "andre tiltak" som gunstige lønnsbetingelser for klinikker med ekstra store rekrutteringsproblemer og tilbud om faglig utvikling. Vil så utvalgets forslag bidra til å løse dette problemet? Direktoratet vil nedenfor kommentere og drøfte de foreslåtte tiltakene:

- Etableringskontroll

For å begrense tilgangen på tannleger i områder med høy tannlegetetthet, foreslår flertallet i utvalget innføring av etableringskontroll for tannleger. Det foreslås tannlegehjemler som beregnes ut fra folketallet i et nærmere avgrenset geografisk område. Sosial- og helsedirektoratet kan se fordeler ved å innføre etableringskontroll, men synes det er flere momenter som taler mot forslaget:

Det kan hevdes at det er urimelig med statlig regulering av markedet i og med at den alminnelige voksenbefolkningen, med få unntak, har 100 % egenandel for tannbehandling. Den vanlige formen for etableringskontroll i helsetjenesten er at helsepersonell må ha avtale med offentlig myndighet; kommune eller regionalt helseforetak, for å kunne utløse trygderefusjon. For allmennpraktiserende tannleger er imidlertid trygderefusjonen beskjedne. Utrekninger gjort i Sosial- og helsedirektoratet antyder i gjennomsnitt ca 5-7 % av bruttoinntekten, og trygderefusjon vil derfor være et svært lite incitament for tannlegen til å inngå en slik avtale. Etableringskontroll overfor virksomhet som ikke mottar noen vesentlig offentlig finansiering, vil være vanskelig å gjennomføre ut fra de prinsipper som er akseptert i Norge. Et vanlig syn er at privatfinansiert virksomhet bør kunne utøves hvor som helst.

Annerledes kan det være for de odontologiske spesialitetene oral kirurgi, kjeveortopedi og periodonti der trygderefusjonene kan utgjøre opptil tredjedelen av bruttoinntekten, og der en avtale med fylkeskommunen for at pasientene skal oppnå refusjon, vil være viktig og sannsynligvis nødvendig for utøverne. Siden målet er en bedre geografisk fordeling av allmenntannlegene, må de offentlige refusjonene økes vesentlig for at det skal bli attraktivt for tannlegene å ha avtale.

- Nasjonale takster

En tilsvarende argumentasjon vil gjelde bruk av bindende takster for tannbehandling. Dersom det er en trygderefusjon av økonomisk betydning, kan tannleger som ønsker å arbeide under slik refusjon, forpliktes til å bruke bindende takster som motytelse, slik ordningen er for fastleger og legespesialister med avtale. Leger som arbeider på det helt private marked uten noen offentlig finansiering, står fritt i sin honorarberegning. Dersom bindende takster skal være et virkemiddel i etableringskontroll for tannleger, må altså trygderefusjonen utvides og økes vesentlig for flertallet av pasienter.

Sosial- og helsedirektoratet mener at det bør foreligge bindende takster når trygden yter refusjon, slik at ikke pasientene, i tillegg til ordinær egenandel, også må betale et såkalt "mellomlegg". Ved en tannhelsetjenestereform som inkluderer generell trygderefusjon for tannbehandling, vil bindende takster omfatte all behandling som utføres av personell med avtale.

Hvis dette ikke gjennomføres, mener direktoratet likevel at det bør etableres veiledende takster som fremforhandles mellom staten og

Tannlegeforeningen/fylkeskommunene, og som tannlegene og fylkeskommunene oppfordres til å følge. Det vil da bli viktig å informere publikum om at slike takster finnes. Da vil det være opp til den enkelte å bruke en tannlege som følger disse takstene.

- Regionale kompetansesentre

Sosial- og helsedirektoratet støtter forslaget om etablering av regionale odontologiske kompetansesentre og har stor tro på at disse kan bidra til å øke rekruttering og stabilitet og utgjøre et løft for tannhelsetjenesten. Det er politisk enighet om å satse på slike kompetansesentre. TAKO-senterets rolle og ansvarsområde ved etablering av regionale kompetansesentre bør presiseres.

- Turnustjeneste for tannleger

Utvalget foreslår å innføre turnustjeneste for tannleger, dels med en faglig og dels med en fordelingsmessig begrunnelse, idet det antas at turnustjeneste vil øke kvaliteten på utdanningen og bedre tilgangen på tannlegerressurser til offentlig sektor. Utvalget beskriver imidlertid ikke en situasjon der dagens tannlegeutdanning er mangelfull eller at nyutdannede tannleger ikke har nødvendig kompetanse. Sosial- og helsedirektoratet har heller ikke inntrykk av at mangelfull kompetanse er et generelt problem blant nyutdannede tannleger. Tannhelsetjenesten skal i noen tilfeller ha klaget over mangelfulle ferdigheter, mens universitetene mener at nyutdannede tannleger har den kompetanse som kan og bør forventes. I tannlegeutdanningen stilles det krav om bestått klinisk opplæring for å få gå opp til avsluttende eksamen. Kravene til bestått klinisk del er meget strenge, med ferdighetstrening på pasienter.

Som ledd i HODs tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid, skal praksisstudiet i tannlegeutdanningen utvides, med økt vektlegging av praksis i offentlig tannhelsetjeneste, fra i dag 3 – 5 uker til 10 - 12 uker. Utvidelse av praksisdelen kan gi økt forståelse hos studentene for den offentlige tannhelsetjenestens funksjon og oppgaver og faglige utviklingsmuligheter. Et viktig formål er bl.a. å legge til rette forholdene, slik at studentene blir interessert i å søke arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten ved endt utdanning og helst også utenfor sentrale områder av landet.

Direktoratet har på denne bakgrunn vanskelig for å se at kompetansehensyn er et avgjørende argument når det gjelder behovet for å innføre turnustjeneste for tannleger. Økt vektlegging av praksisperioden i offentlig tannhelsetjeneste i tannlegeutdanningen vil forhåpentligvis kunne gi det man er ute etter. Det er også problematisk å innføre turnustjeneste dersom det i realiteten gjøres av hensyn til geografisk fordeling.

Etter Sosial- og helsedirektoratets syn vil en turnusordning medføre en rekke ulemper, og det er usikkert om tiltaket vil få den forventede fordelingseffekt. For det første vil tiltaket ikke få effekt før om flere år fordi det må anses rimelig at det først får virkning for studenter som starter studiet høsten 2006. Dermed vil ordningen medføre organisatoriske og faglige utfordringer for den offentlige tannhelsetjenesten og kreve et betydelig administrativt apparat. En kritisk faktor vil være tilstrekkelig antall klinikkplasser i offentlig sektor og mange nok veiledere til å ta imot turnustannleger, spesielt med tanke på at praksisperioden i studiet også skal utvides. På en nylig avholdt erfaringskonferanse om utenlandske tannleger kom det frem at de tyske tannlegene som arbeider i Norge i stor utstrekning ble sysselsatt på enmannsklinikker

hvor det var nytteløst å få norske søkere. Det vil da også være vanskelig å få til tilfredsstillende oppfølging der. Det vil også være en forutsetning at fylkeskommunene stiller bolig til rådighet jf. turnusordningen for leger.

Innføring av turnustjeneste kan hevdes å gå imot en viss trend generelt for helsepersonellgrupper i Norge. Det har vært diskutert (bl.a. rapport fra arbeidsgruppe under Helsetilsynet 1996) å fjerne turnustjenesten for flere av personellgruppene som i dag har slik tjeneste, ikke minst fordi ordningen er tung å administrere. Turnustjeneste for jordmødre er nå fjernet samtidig som utdanningen er utvidet. Det er fortsatt krav om turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, og det foreligger ikke planer om å oppheve disse ordningene.

Hvorvidt innføring av turnustjeneste i Norge vil få konsekvenser for godkjenning av tannleger med utdanning fra annet land, er også et relevant spørsmål som må avklares. Dette er særlig viktig med tanke på at norske helsemyndigheter driver aktiv rekruttering av tannleger fra utlandet samt tilleggskurs som skal lede til norsk autorisasjon. Det er også grunn til å peke på at Norge har sluttet seg til Bologna-deklarasjonen om høyere utdanning i Europa. Den fastslår at en femårig utdanning av tannleger på universitetsnivå skal føre frem til "master i odontologi" som gir rett til autorisasjon.

Direktoratet er av den oppfatning at innføring av turnustjeneste er like mye et politisk som et faglig spørsmål, og mener at man før en eventuell innføring av turnus må avvente evaluering av et utvidet praksisstudium.

- Andre tiltak

Under andre tiltak sier utvalget at det må "settes inn betydelige rekrutterings- og stabiliseringstiltak" uten å spesifisere nærmere, bortsett fra at det kan dreie seg om økonomiske og faglige incentiver. Direktoratet er kjent med at det i mange år har vært satset på slike tiltak og at det etter hvert er blitt stor konkurranse mellom fylkene om å tiltrekke seg tannleger. I et langstrakt land som Norge er det vanskelig å sette i verk tiltak som er effektive over alt. Når ulike tiltak settes ut i livet bør det imidlertid være en forutsetning at de blir evaluert og at resultatene blir tilgjengelige, slik at de effektive tiltakene kan gi ideer til lignende eller tilsvarende tiltak på andre steder.

Utfordring 2: Sosialt fordelingsproblem

Utvalget slår fast at vi har et sosialt fordelingsproblem fordi det finnes grupper med klare behov som av ulike årsaker ikke får et tilfredsstillende tilbud om tannhelsetjenester. Tiltakene som foreslås, er dels at nye grupper skal innlemmes blant det prioriterte klientellet i den offentlige tannhelsetjenesten og dels at flere grupper skal få rettigheter og stønad fra folketrygden. Nytt er det at svært lav inntekt skal være et kriterium i relasjon til trygdestønad. Samtidig foreslår utvalget at 19 – 20-åringene ikke lenger skal få et tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten, og utvalget ønsker heller ikke å gi stønad til gruppen med diagnostisert odontofobi.

Sosial- og helsedirektoratet gir sin tilslutning til stønad til de nye gruppene og til forslaget om å opprette tannhelseteam på utvalgte sykehus, og vil bare kommentere de tiltakene vi er uenige i eller som trenger nærmere vurdering og avklaring.

- 0 – 18 år

Hittil har 19 – 20-åringene hatt tilbud om behandling i den offentlige tannhelsetjenesten til sterkt subsidierte takster for å lette overgangen fra det oppsøkende tilbudet til å måtte ta ansvaret for selv å bestille time for tannhelsekontroll i likhet med andre voksne. Utvalget foreslår at de ikke lenger skal ha et tilbud og argumenterer for at det vil være mer praktisk at overgangen skjer ved 18 år mens de fortsatt bor hjemme og kan ledes over i voksentannpleien.

Spørsmålet om ved hvilken alder det oppsøkende tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten skal opphøre, har direktoratet ingen bestemt oppfatning om. Her mener vi det er viktig å finne ut hva de andre høringsinstansene går inn for og vurdere deres forslag og begrunnelser før vi tar et standpunkt.

- Personer med funksjonstap

Utvalget introduserer begrepet "personer med funksjonstap" til erstatning for den nåværende gruppe c) i lov om tannhelsetjenesten, som har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten hvis de har oppholdt seg på institusjon i minst tre måneder eller har mottatt ukentlig hjemmesykepleie utover tre måneder. Fordi pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er vesentlig omlagt siden loven ble innført i 1984, er det færre i dag som kommer inn under ordningen enn intensjonen var den gang loven ble formulert. Dessuten mener utvalget at det er viktig å fange opp personer som har behov for et oppsøkende tannhelsetilbud, men som ikke er brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget foreslår derfor å bruke funksjonstap som et inklusjonskriterium, og at man kan benytte en såkalt ADL-indeks for å måle graden av funksjonssvikt i ti grunnleggende egenomsorgsfunksjoner. På den bakgrunn foreslår utvalget at fastlegen skal vurdere funksjonstapet og henvise til offentlig finansiert tannbehandling.

Sosial- og helsedirektoratet er ikke i tvil om at personer med funksjonstap har behov for og trenger økonomisk stønad til tannbehandling, men stiller seg tvilende til den praktiske gjennomføringen av denne form for gruppering. Det forutsetter at personene blir kjent med ordningen, det krever at de oppsøker fastlegen, og det krever at fastlegene vil engasjere seg i dette opplegget. Sosial- og helsedirektoratet vil peke på det nylig avsluttede FUTT-prosjektet, omtalt ovenfor. I de tre fylkene som deltok, Vest-Agder, Hedmark og Nord-Trøndelag, var prosjektet noe ulikt organisert, men kommunenes helse- og sosialtjeneste deltok i alle fylker i definisjon og avgrensing av målgruppene, samt formidling av tilbudet. Dette fungerte meget godt, og vi synes det ville være naturlig å bygge på erfaringer som ble gjort i dette prosjektet, spesielt fordi det viste seg mulig å få til et fruktbart og vellykket samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten, den kommunale helse- og sosialtjenesten og privatpraktiserende tannleger i fylket.

- Odontofobi

Utvalget har vurdert om personer med odontofobi bør få rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester og har kommet til at de ikke bør få det. Det kan virke som utvalget avviser et tilbud til denne gruppen fordi det kan være vanskelig å avgjøre hvor stor grad av tannbehandlingsfrykt som skal gi en slik rettighet.

Sosial- og helsedirektoratet mener at personer som lider av odontofobi (anslagsvis 2 – 3 % av befolkningen) som oftest har et stort og oppsamlet behov for tannbehandling,

og at de bør få et tilbud om offentlig finansiering av tannbehandling. Avgrensningen må være at ordningen skal gjelde personer som har fått stilt diagnosen odontofobi, som er registrert som en spesifikk fobi i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10.

- Tortur- og overgrepsofre

Tortur- og overgrepsofre er ikke omtalt i utredningen. Torturofre er en liten gruppe som har store problemer i forhold til tannhelsetjenester. Her er det både traumatiske opplevelser og økonomi som kan være hindringer. Direktoratet mener det er viktig å finne en løsning på denne gruppens spesielle problemer. Også personer utsatt for seksuelle overgrep kan ha store problemer med oral behandling og bør få et tilrettelagt tilbud.

Utfordring 3: Mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester

Utvalget ønsker at tannhelsetjenester skal produseres på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten, og legger til grunn LEON-prinsippet om å utføre tannhelsetjenester på lavest effektive omsorgsnivå.

Sosial- og helsedirektoratet er enig i at dette er et vesentlig mål og savner derfor både en analyse av tannlegenenes arbeidsmarked og en vurdering av i hvor stor grad tannpleiere kan overta oppgaver som i dag utføres av tannleger. Direktoratet støtter derfor at tannpleiere får en selvstendig refusjonsrett fra folketrygden.

Utredningen peker på at tannpleieren er en viktig personellressurs, som også den private sektoren må inkludere i tannhelseteamet i større grad, men direktoratet kan ikke se at utvalget har foretatt en seriøs vurdering av tannpleierens plass i tannhelsetjenesten. Det finnes ingen oversikt over tannpleiere verken i offentlig eller privat sektor eller en analyse av behovet for å utdanne flere tannpleiere. Sosial- og helsedirektoratet har i en egen rapport konkludert med at et hensiktsmessig forholdstall mellom tannlege og tannpleier i Norge sett under ett bør ligge mellom 1:1 og 3:1 mens nåværende forholdstall er 7,8:1, med store fylkesvise variasjoner (15). Direktoratet savner en vurdering av hva som kan gjøres for å øke kapasiteten på tannpleierutdanningen, blant annet ved å opprette utdanning ved regionale høyskoler i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre etter hvert som de blir etablert.

Direktoratet savner også en helhetlig analyse av hvordan man kan oppnå en mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester. Vi vil peke på at forventet teknologisk utvikling, mulige fremtidige krav til helse, miljø og sikkerhet og en annen oppgavefordeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten er av stor betydning blant annet for klinikkstruktur og innkallingsrutiner.

Det er kostbart å utstyre en tannklinikk. Den teknologiske utviklingen gjør at utstyret foreldes raskere enn før. En tannklinikk er et sted hvor man gjør bruk av mange flyktige stoffer som kan ha helsemessige konsekvenser både for personell og pasienter. Det er sannsynlig at krav til avzug og luftrensing vil bli strengere enn de er i dag. Det betyr at investeringskostnadene for å etablere tannklinikker øker. Det er vanskelig å bemanne enmannsklinikker fordi tannhelsepersonell ønsker å arbeide på

et sted med mulighet for faglige konsultasjoner i hverdagen. Hvis vi i tillegg skal optimalisere oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere tilsier det større enheter enn det er i tynt befolkede områder i dag. Det er fortsatt mange enmannsklinikker i utkantstrøk. Ny teknologi kan også inspirere til nytenkning når det gjelder screening av barn og unge; et eksempel er små håndholdte røntgenapparater på størrelse med en fotball som kan benyttes utenfor klinikk.

Direktoratet vil anbefale at det foretas en analyse av dette problemkomplekset.

Utfordring 4: Bedre samarbeid mellom offentlig og privat sektor

Utvalget mener at samarbeidet mellom de to sektorene bør bedres og foreslår som tiltak at den offentlige tannhelsetjenesten må tillegges et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor med tilhørende virkemidler. Lov om tannhelsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 1984 åpnet for samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Når dette ikke har funnet sted i særlig grad, mener utvalget at det er fordi fylkeskommunen ikke har hatt effektive virkemidler.

Sosial- og helsedirektoratet vil peke på at endringene i lov om tannhelsetjenesten i 2001 åpnet for en betydelig frihet for fylkeskommunene til å samarbeide med privat sektor ved å inngå kontrakter om kjøp av tjenester. Det er derfor neppe dekkende når utvalget skriver at fylkeskommunen ikke har hatt effektive hjelpemidler. Direktoratet har liten tro på at "samarbeid" i den form som foreslås i utredningen vil føre til økt interesse for samarbeid blant privatpraktiserende tannleger. Hvis et slikt samarbeid skal kunne lykkes, må det understøttes av finansielle og organisatoriske tiltak med aksept i begge sektorer. Vi vil igjen peke på erfaringer fra FUTT-prosjektet der man fikk samarbeidet til å fungere.

- Tannlegevakt

Utvalget foreslår spesifikt at den offentlige tannhelsetjenesten må ha ansvar for å organisere tannlegevakt og pålegge de private tannlegene å delta i en vaktordning.

Sosial- og helsedirektoratet er kjent med at det mange steder i landet er et problem å få øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid, og vi får stadig klager fra personer som har opplevd dette problemet. Deltakelse i vaktordninger er allerede hjemlet i helsepersonelloven, men årsaken til at det mange steder har vært vanskelig å etablere tannlegevakt, er at fylkeskommunen ikke har stilt tilstrekkelige midler til disposisjon. I enkelte fylker har det imidlertid vist seg mulig å etablere vaktordning i samarbeid mellom fylkestannlegen og den lokale tannlegeforeningen. Direktoratet mener at det bør være fungerende vaktordninger i alle fylker.

Utfordring 5: Mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forbyggende arbeid

Utredningen tar opp betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid, at dette arbeidet må forankres i ledelsen, og uttrykker ønsker om at tannhelsetjenesten må delta i folkehelsearbeid i samarbeid med andre sektorer. Når det gjelder utvalgets anbefalinger, begrenser de seg til å konstatere at det er behov for økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker, og at et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er avgjørende for å få gode resultater. På den

annen side foreslår utvalget, til tross for vektleggingen av dette arbeidet, å fjerne bestemmelsen i lov om tannhelsetjenesten om at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

Sosial- og helsedirektoratet er uenig i utvalgets forslag om å fjerne denne bestemmelsen og er av den oppfatning at loven fortsatt må inneholde en bestemmelse om å prioritere helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid utover det som ligger i formålsparagrafen. Direktoratet foreslår at slikt arbeid også prioriteres i lovverk som tannhelsetjenestens samarbeidspartnere arbeider under.

Videre er det særdeles viktig med rapporteringsrutiner for å registrere langsiktige tiltak innenfor området helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det er nå etablert et system for dette. Tidsforbruk til forebyggende arbeid utenfor klinikken blir nå registrert i KOSTRA.

Sosial- og helsedirektoratet vil peke på tannpleiere som en viktig ressurs i folkehelsearbeidet. I fylker som har opprettet stillinger for tannpleiere med ansvar for organisering av et forpliktende samarbeid mellom tannhelsetjenesten og aktuelle samarbeidspartnere som helsestasjonene, pleie- og omsorgstjenesten, barnehager og skoler, ser dette ut til å fungere langt bedre enn i fylker der arbeidet blir mer ad hoc-preget og ansvars plasseringen ikke er så klar.

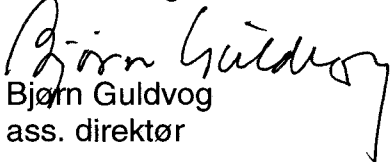
Modeller for organisering

Utvalget har foreslått tre ulike modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten og er delt i synet på hvilken modell som er best av direktoratmodellen, statlige autonome helseforetak eller fortsatt fylkeskommunal tannhelsetjeneste, som eventuelt kan tilpasses en regionforankring.

Det er planlagt en evaluering av den nye organiseringen av spesialisthelsetjenesten, trolig i løpet av inneværende stortingsperiode, og regjeringen har bebudet at det skal etableres et fornyet og styrket regionalt forvaltningsnivå. Dette skal iverksettes 1. januar 2010 (18). Sosial- og helsedirektoratet mener derfor at det vil være hensiktsmessig å utsette den endelige avgjørelsen om organisasjonsmodell til Stortinget har tatt en avgjørelse om disse spørsmålene.

Sosial- og helsedirektoratets oppfatning er at hvis det skal gjøres endringer i forhold til dagens organisering og forankring, kan det være hensiktsmessig å gå inn for direktoratsmodellen mens en eventuell reform planlegges og gjennomføres og så vurdere å delegere til relevant nivå når reformen er gjennomført. Da vil evalueringen av spesialisthelsetjenesten være gjennomført og det fornyede og styrkede regionale nivå sannsynligvis være etablert. Det som fra direktoratets synspunkt er viktig er at tannhelsetjenesten i så stor grad som mulig blir samordnet med den øvrige helsetjenesten.

Med vennlig hilsen


Bjørn Guldvog
ass. direktør


Jon Hilmar Iversen
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Liljan Smith Aandahl; telefon 24 16 31 48

Reference List

- (1) Sosial- og helsedirektoratet. IS-1229 Gradientutfordringen, handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. 2005.
- (2) Sosial- og helsedirektoratet. IS- 1231 Forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud; FUTT-prosjektet Samlerapport. 2004.
- (3) Sosial- og helsedirektoratet. IS- 1230 Forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud; FUTT-prosjektet Sluttrapport. 2004.
- (4) Holst D, Skau I, Grytten J. Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge 2004. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005;115:576-80.
- (5) Schuller AA. Better oral health, more inequality--empirical analysis among young adults.[see comment]. *Community Dental Health* 1999;16(3):154-9.
- (6) Skeie MS, Espelid I, Skaare A, Gimmestad A. Caries patterns in an urban preschool population in Norway. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2005;6(1):16-22.
- (7) Holst D, Schuller AA, Gimmestad A. Tannhelsen i dynamisk endring - fra sykdomsrisiko til helsepotensial. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004;114(16):866-71.
- (8) Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge. 2004 Mar. 5/2004.
- (9) Statens helsetilsyn. Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. 2004 Dec. 14/2004.
- (10) Statens helsetilsyn. Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud. 2005. 8/2005.
- (11) Grytten J, Holst D, Skau I. Tannhelsetilbudet til voksenbefolkningen i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006;In print.
- (12) Grytten J, Holst D, Berge K. Innsatsbasert avlønning i Den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold. *Nor Tannlegeforen Tid* 2001;111:226-31.
- (13) <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/arkiv/tab-2004-12-03-12.html> (8.12.2004). 2004.
- (14) Helse- og omsorgsdepartementet. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. 2004.
- (15) Sosial- og helsedirektoratet. IS-1098 Oppgavefordeling mellom yrkesgrupper i tannhelsetjenesten. 2003.

- (16) Sosial- og helsedirektoratet. IS-2659 Tenner for livet Helsefremmende og forebyggende arbeid. 1999.
- (17) Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. 2004.
- (18) Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09 (Soria Moria-erklæringen), Regjeringspartiene, (2005).