

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref: 2019/3270

Dato: 22. mai 2019

Høringssvar NOU 2018:16, Det viktigste først

– Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 21. februar 2019 («Vår ref 2019/3270»), invitert høringsinstansene til å gi sine vurderinger av forslagene i NOU 2018:16. Departementet ber særlig om en vurdering av:

- 1) Om prioriteringskriterier i helse og omsorgssektoren slik utvalget legger det frem, er et egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester.
- 2) Om de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering er egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester på hhv faglig, administrativt og politisk nivå.
- 3) Om virkemidlene som foreslås i innstillingen er egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Innledende kommentarer

Det odontologiske fakultet merker seg, blant «føringer for utvalgets arbeid» at «Utvalgets forslag skal holdes innen dagens økonomiske rammer for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten», og må anta at tilsvarende gjelder for tannhelsetjenesten.

Innledningsvis må det pekes på at forebygging og behandling av munnhulens sykdommer må integreres godt sammen med det øvrige helsevesenet. Det kan være svært dramatisk for mennesker å ha dårlig oral helse. Manglende forståelse for de alvorlige medisinske implikasjonene som dårlig munnhelse har for pasienter, gjør seg fortsatt gjeldende når det oppstår medisinske utfordringer knyttet til oral helse. Vi står ovenfor store demografiske endringer i form av en aldrende befolkning og et mer mangfoldig samfunn, og vi må derfor sørge for at vi har et helsevesen som samhandler for å sette hele pasienten i sentrum og hvor munnhulen er en naturlig integrert del av et helhetlig behandlingsløp for pasienten, slik at vi kan møte denne utfordringen på en medisinsk forsvarlig og bærekraftig måte.



Nyttig og konkret

Fakultetet støtter utvalgets syn om at prinsippene for prioritering må bygge på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i befolkningen. For at prinsippene også skal være nyttige for helse- og omsorgsarbeidernes hverdag, må de uttrykkes på en måte som gjør at de kan brukes operativt. Det er viktig at prinsippene ikke blir for abstrakte, og kriteriene må eksemplifiseres med operative begreper som er gjenkjennelige ute i tjenesten.

Bedre samhandling: DOT er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten

Utvalget slår fast at Den offentlige tannhelsetjenesten er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten og at prioritering innen tannhelsetjenester derfor bør baseres på de samme prinsippene. Det er i den sammenheng viktig å presisere at tiltak i det kommunale tjenestetilbudet også kan ha betydning for utviklingen av den orale helsen i befolkningen, selv om tjenestene er forankret på forskjellig administrativt nivå og finansieres fra forskjellige budsjetter. Skolehelsetjenesten vil eksempelvis kunne avdekke uheldig adferd hos små barn, der en mer kontinuerlig oppfølging bedre kan ivareta god oral helse enn det som skjer gjennom sjeldnere tannhelsekontroller. Likeledes vil den kommunale omsorgstjenesten kunne bidra positivt til å forebygge sykdom i munnhulen hos pleietrengende eldre. En «Helsestasjon for eldre» vil kunne være et interessant prøveprosjekt.

Antall bekymringsmeldinger til barnevernet har vært stigende gjennom de senere år. Det er grunn til å anta at barn som av ulike grunner blir traumatisert i oppveksten også vil være blant dem med dårligst oral helse. Dette kan også tale for en forankring av tannhelsetjenesten på kommunalt nivå. Bedre økonomiske incentiver til tverrfaglig samhandling og bedre forutsetninger for å etablere forståelse for hvordan denne samhandlingen kan ha betydning for det enkelte menneskes orale helseutvikling, vil være viktig.

Forebygging og skadereduserende tiltak for å begrense svekket munnhelse må foregå både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Det kan imidlertid, på «administrativt nivå» og «politisk nivå», være en utfordring at tjenestene har forskjellig forvaltningsnivå. Det er kort sagt ikke de samme budsjettene prioriteringene foregår under, noe som kan begrense incentivene til helhetstenking.

Det er gode grunner til å innføre bedre undersøkelseskriterier for å kunne prioritere tiltak overfor disse pasientene. Det synes å være et behov for å styrke informasjonsflyten mellom den kommunale omsorgstjenesten som fatter vedtak og Den offentlige tannhelsetjenesten som undersøker / behandler. Mangel på slik kommunikasjon kan være en medvirkende årsak til den lave andelen C2 i tannhelsetjenestens innrapporterte statistikk. Konsekvensene av manglende forebygging rammer ikke omsorgstjenestens kommunale budsjetter. De rammer først og fremst de pleietrengende og prioriterte grupper som ofte er for svake til å motta et fylkeskommunalt tilbud når skadene har kommet ut av kontroll.

Størst nytte til de som trenger det mest: barn og unge, eldre pleietrengende

Prinsipper for prioritering må også bidra til at ressursene brukes der de gir størst nytte, til dem som trenger det mest.

Tannhelseforskjellene i Norge er i ferd med å bli betydelige ettersom en stadig økende andel av befolkningen har tilnærmet «feilfrie» tenner, mens en minskende andel har til dels betydelig dårligere oral helse. Tiltak som kan bidra til å redusere problemene i den sist nevnte gruppen bør prioriteres fremfor tiltak overfor de friske. Tannhelsen i den norske befolkning er generelt mye bedre i dag enn noen titalls år tilbake. KOSTRA-rapportering viser at omkring 27 % av 18-åringene var uten fyllinger i 2018. I gjennomsnitt hadde 18-åringene 3,4 tenner med fylling. Også andelen med flere enn ni tenner med fylling har vært fallende gjennom de senere årene.

Unge bør prioriteres: Helsedirektoratet skriver i retningslinjen «Tannbarn» som ble utgitt høsten 2018 at karies, hos ellers friske barn/unge, stort sett utvikles to til fire år etter tennenes frembrudd. 18-åringenes orale helse kan således være en pekepinn på fremtidens orale helse i befolkningen. I prioriteringsøyemed vil det derfor være viktig å finne målrettede tiltak som kan redusere kariesutviklingen mellom 12 og 18 år (i 2018 fra 0,9 DMFT – Decayed, Missing, Filled Teeth - til 3,4 DMFT). Det vil fremfor alt være viktig å finne tiltak som kan redusere andelen med flere enn 9 DMFT.

Eldre, og særlig pleietrengende eldre, er også en gruppe som bør prioriteres høyere. Blant pleietrengende eldre har vi ingen mål for tannhelse, kun score for i hvilken grad de er risikopasienter (Mucosa plaquescore-index, MPI). KOSTRA-tallene viser derimot hvor mange i gruppe C som er «under tilsyn» eller «undersøkt / behandlet». Tall fra SSB viser at andelen pasienter med vedtak om hjemmesykepleie som var «undersøkt/behandlet» i 2017, kun var på 23 %. Forebyggende tiltak i den kommunale omsorgstjenesten vil mest sannsynlig være en bedre prioritering enn reparative tiltak i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Ikke desto mindre burde den faktiske orale helsen hos de eldre beskrives mer inngående, eksempelvis ved å utarbeide retningslinjer med enkle kriterier, som grunnlag for tiltak fra tannhelsetjenesten.

Tannhelsespesialistenes forvaltningstilknytning

Fakultetet vil også vise til vårt høringsvar til «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» med høringsfrist 01.10.2016. Departementet begrunner der tannlegespesialistenes forvaltningstilknytning med at disse i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. Det understrekes for denne vurderingen at det er snakk om ansvaret etter tannhelsetjenesteloven. Blankholmvalget foreslår derimot at det bør gjøres en samlet gjennomgang av pasientenes rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten og stønadsordningen som er hjemlet i Lov om folketrygd. Dette vil kunne forsterke fakultetets svar i 2016 om at allmenntannlegene bør ha det samme forvaltningsnivå som den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens tannlegespesialistene bør være del av spesialisthelsetjenesten. Det er få gode økonomiske incentiver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å bidra til effektiv forebygging av oral sykdom hos pleietrengende når «regningen»

for tannbehandling sendes til fylkeskommunen. Kanskje forklarer denne årelange ansvarsdelingen også hvorfor det mange steder er mangelfull «kultur» i omsorgstjenesten for å tenke forebygging av oral sykdom hos de eldre. Fastleger med kommunale hjemler henviser til spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om spesialistene er ansatt i eller har avtale med de statlige helseforetakene. Dette må, etter fakultetets syn, også sees i sammenheng med en eventuell utbygging av sykehusodontologi i Norge.

Prioriteringskriteriene

Prioriteringskriteriene som foreslått av utvalget vil kunne være et egnet virkemiddel til å sikre likeverdige tjenester i tannhelsetjenesten. Det forutsetter imidlertid at kriteriene eksemplifiseres med operative begreper som er gjenkjennelige ute i tjenesten.

Nyttekriteriet

Det er rimelig at forventet nytte av et tiltak øker prioriteten. Selv om effekten av forebyggende tiltak kan være omdiskutert og muligens mangler vitenskapelig støtte, så indikerer den positive tannhelseutviklingen i Norge at *nyttekriteriet* i første rekke kan anvendes når temaet er å forhindre skadeutvikling. Forebygging rager høyt i tannhelsetjenesteloven, men er ikke del av stønadsordningen som først og fremst kommer til anvendelse ved behandling av skade og sykdom. *Nyttekriteriet* vil også være aktuelt når spørsmålet er hvilken behandling pasienten er mest tjent med.

- *Overlevelse eller redusert funksjonstap.* Anvendt på oral helse vil *økt overlevelse* sjelden være en problemstilling. *Redusert funksjonstap* er derimot en relevant faktor i det tenner som må behandles mye av tannhelsetjenesten, svekkes for resten av pasientens liv. Tiltak som forebygger skade i tennene, eller begrenser utviklingen av slike skader, vil bidra til redusert funksjonstap i det videre livsløpet. Forebygging inngår som nevnt ikke i stønadsregelverket.
- *Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.* Tiltak som forebygger tannsykdom eller reduserer utviklingen av denne, vil også øke sannsynligheten for *fysisk og psykisk funksjonsforbedring*.
- *Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.* Tannbehandling og ikke minst tidlige forsøk på forebygging vil uten tvil være nyttig for å *redusere smerter, fysisk eller psykisk ubehag*. Igjen må tiltakene primært rettes mot de unge som tidlig «faller utenfor», og det er sannsynlig at det kommunale hjelpeapparatet kommer nærmere disse enn Den - med årene mer sentraliserte - offentlige tannhelsetjenesten. Tenner som unngår skade før pasientene er tjue år vil, hos ellers friske mennesker, mest sannsynlig være reddet for «all fremtid». På samme måte må pasientene i den andre delen av aldersskalaen få bidrag i det daglige til å forebygge skader, - skader som kan gi *smerter, fysisk eller psykisk ubehag*, i en situasjon der pasientene ofte er for svake til å motta særlig mye behandling.
- *Økt fysisk, psykisk og sosial mestring.* Bedre samhandling for å forebygge skader i ung alder og blant pleietrengende, samt nødvendig tannbehandling til de relativt få som faller utenfor, vil kunne bidra

til økt fysisk, psykisk og sosial mestring. Fakultetet støtter utvalget i innføringen av denne suppleringen til kriteriene som gjelder for spesialisthelsetjenesten.

Ressurskriteriet

Tiltak som gir god effekt for mindre ressurser skal prioriteres. Dette kriteriet skal brukes sammen med de to andre kriteriene. Det odontologiske fakultet støtter i denne sammenheng utvalgets råd om gjennomgang av offentlige veiledere og retningslinjer. Det kan eksempelvis stilles spørsmål ved retningslinjen Tannbarns krav om at fem hele årskull barn skal kalles inn til undersøkelse. Dette vil utvilsomt stille store krav til ressurser, uten at det er sannsynliggjort at tiltaket vil hjelpe den stadig minskende andelen barn med store tannhelseutfordringer. Denne ressursbruken vil kunne begrense tilbudet til andre grupper som skal få et tilbud fra Den offentlige tannhelsetjenesten. Det bør derfor settes fokus på utvikling av nye retningslinjer for å sikre at ressurser fordeles blant prioriterte grupper i Den offentlige tannhelsetjenesten og at alle grupper blir ivare tatt på en god måte.

Alvorlighetskriteriet

Tiltak skal prioriteres jo mer alvorlig tilstanden er. Dette er det lang tradisjon for i Den offentlige tannhelsetjenesten. Barn med stor kariesaktivitet, alvorlige utviklingsforstyrrelser og redusert munnhelse grunnet ulike medisinske eller funksjonelle tilstander, prioriteres med kortere innkallingsintervaller. Eksempelvis behandles omfattende karies på tann-nivå før mindre skadde tenner. Traumeskader har første prioritet. Infeksjoner eller smerter prioriteres på tilsvarende nivå. Bedre samarbeid mellom legevakt, primær- og spesialisthelsetjenestene og tannhelsetjenesten kan og bør gjennomføres uten vesentlige kostnader. Også på dette området er det imidlertid grupper av pasienter som ikke oppsøker tannlege før «katastrofen» er et faktum. En del av disse satses det på gjennom TOO-team (team for å hjelpe tortur-, odontofobi og overgrepsutsatte) i fylkene. Kriterier som kan beskrive pleietrengendes orale helse vil også kunne bidra til en mer målrettet skadereduksjon hos disse pasientene. Disse pasientene kan pådra seg, og utvikle, alvorlige orale helsetilstander der behandlingen i seg selv også medfører større risiko enn hos andre pasienter.

- *Risiko for død eller funksjonstap* vil være en sjelden problemstilling.
- *Graden av fysisk og psykisk funksjonstap.* Ved eventuelle endringer av stønadsordningen vil det være naturlig å vektlegge denne formuleringen. Alvorlighetskriteriet kan eksempelvis komme i betraktning ved vurdering av patologiske tilstander som skal / ikke skal prioriteres ved behandling, - slik som graden av «patologisk tannslitasje» hos det enkelte individ. Dersom utelatt behandling bidrar til nerveskader i flere tenner, tilsier det en større grad av fysisk funksjonstap i tannsettet enn hvis det mest er snakk om estetikk.
- *Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.* I tillegg til de ovennevnte eksemplene fra Den offentlige tannhelsetjenesten, vil også disse plagene måtte vurderes i forbindelse med en gjennomgang av stønadsordningen.

- *Graden av fysisk, psykisk og sosial mestring bør også vektlegges ved gjennomgang av stønadskriteriene. Større estetiske «avvik» i tannsettet vil eksempelvis kunne være ekskluderende fra et normalt sosialt liv samt fra arbeidslivet. Slik sett har samfunnets krav og forventninger endret seg.*

Den offentlige tannhelsetjenesten

Med bakgrunn i eksemplene ovenfor vurderer fakultetet de foreslåtte kriteriene som praktisk anvendbare i Den offentlige Tannhelsetjenesten («faglig beslutningsnivå») og ved gjennomgang av stønadsordningen. Det er, som utvalget også beskriver, tegn som tyder på at det faktisk foregår en prioritering i Den offentlige tannhelsetjenesten, ved at kun ca. 65 % av pasientene med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven ble undersøkt / behandlet i 2017.

Stønadsordningen etter §§ 5-6 og 5-6a i folketrygdloven

Stønader til tannbehandling skal etter loven gjelde «sykdom og skader». De fleste av disse stønadene kan utløses ved behandling hos allmennpraktiserende tannleger. Disse er forholdsvis godt fordelt geografisk i Norge. Også Den offentlige tannhelsetjenesten vil være pålagt å behandle voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, dersom det ikke finnes et privat tilbud. Utvalget foreslår at stønadsordningen vurderes i et prioriteringsperspektiv. Det er mange gode grunner til en slik gjennomgang. Mange tannleger uttrykker frustrasjon over stønadssystemets kompleksitet. Det er mulig å praktisere dette feil, selv om intensjonene er gode. En gjennomgang bør derfor ta sikte på en forenkling.

Videre er det naturlig å vurdere hvordan dagens 15 innslagspunkter bidrar til en fornuftig fordeling av de statlige midlene. Det pågår en diskusjon om hvilke feilstillinger som bør lede til offentlig støtte til kjeveortopedisk behandling. Det er kommet krav til erklæring fra lege / sykehus ved flere av innslagspunktene. I tjenesten oppleves det som problematisk at utstederne av disse erklæringene ofte ikke synes å være kjent med Helfos krav til innhold. Dette leder til lite helsebringende ekstra administrasjon.

Videre pågår det en kontinuerlig diskusjon om hvor slitt et tannsett skal være (attrisjon/erosjon) for å kunne karakteriseres som patologisk. Behandling av slike tilstander vil ofte score lavt på *ressurskriteriet* i det kostnadene er store. Også *alvorlighetskriteriet* vil være utydelig i denne sammenheng. *Nytte-kriteriet* vil også være nokså fleksibelt, idet man relativt sjelden opplever smerter, men muligens – og i individuell grad – opplever at slike skader gir *fysisk eller psykisk ubehag* eller at behandlingen (ofte kostnadskrevende) vil bidra til *økt fysisk, psykisk eller sosial mestring*. Dette er individuelle opplevelser der tilsvarende slitasjer kan være helt akseptable for noen mens de oppleves som sterkt hemmende for andre. Det må være den enkelte tannlege, som kjenner pasientene godt, som i samråd med pasienten avgjør dette. Men; samtidig gir det rom for uønskede prioriteringer.

Innslagspunkt 14 utløste stor faglig debatt i forbindelse med statsbudsjettet for 2018. Kravet om «daglig hjelp til munnstell» fjernet rettighetene fra en stor gruppe mennesker som ikke hadde vedtak om

hjemmesykepleie, og dermed rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, men som likevel hadde store praktiske problemer med å ivareta egen oral helse. Dette kunne eksempelvis være mennesker med progredierende revmatiske eller nevrologiske lidelser, eller andre kroniske sykdommer. Kravet ble endret, men mye tyder på at tannlegene fortsatt er restriktive med å gi disse pasientene refusjoner, i og med at innsparingene ser ut til å ha blitt fem ganger større enn det regjeringen budsjetterte med.

Dette er et eksempel som viser hvordan mennesker i en tilstand mellom «Helsetjenester i hjemmet» (gruppe C2) og rettigheter til stønad, havner ut og inn av offentlig finansiering. Mennesker med vedtak om hjemmesykepleie / helsetjenester i hjemmet er i en situasjon der tannhelsen kan forringes vesentlig hvis ikke dette fanges opp i tide. Disse mister samtidig sin rettighet til stønad. Gruppe C2 (med vedtak om helsetjenester i hjemmet) er etter 35 år med tannhelsetjenesteloven fortsatt en gruppe som i svært liten grad blir «undersøkt / behandlet» i Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette kan ha flere årsaker, men 23 % er en problematisk lav andel. Enten de fortsatt oppsøker sine privatpraktiserende tannleger eller ikke fanges opp av fylkeskommunens tilbud, vil det være verdt å vurdere om de heller burde fått rettigheter med hjemmel i folketrygdloven.

Fakultetet mener også at det bør vurderes hvorvidt personer med rettigheter etter folketrygdloven bør få disse, uavhengig av om de er under 18 år med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Når pasienter har fått en diagnose som utløser Helfostønad, bør stønaden følge pasienten der den mottar behandlingen. Personer med ektodermal dysplasi, med svært mange manglende tenner eller uttalt tannmangel av andre årsaker, er et eksempel på mennesker som burde fått de samme rettigheter (stønad) uavhengig av alder og bosted.

Fakultetet støtter utvalget i at en gjennomgang av stønadsordningen for tannbehandling er nødvendig. Både for å oppnå bedre treffsikkerhet overfor dem med størst behov, men også for å forenkle.

Nasjonalt kompetansemiljø

Fakultetet støtter forslaget om opprettelse av et nasjonalt kompetansemiljø. En bedre systematisering av tiltak, til nytte for alle landets kommuner, kan også bidra til nødvendig bevisstgjøring. Å gjøre mer av det riktige og mindre av det gale i hverdagen kan eksempelvis bidra til bedret oral helse hos pleietrengende i institusjon. En nasjonal systematisering av «best practice» i eldreomsorgen vil kunne bidra positivt, uten at kostnadene behøver å øke på lengre sikt. Et slikt nasjonalt kompetansemiljø kan også bidra til å samle etterspurt og relevant forskning rundt effekten av tiltak i kommunal helse- og omsorgstjeneste samt i tannhelsetjenesten, og ikke minst i skjæringspunktene mellom disse. Fakultetet stiller seg positivt til å delta med forskningskompetanse inn til et slik nasjonalt kompetansemiljø. Det er åpenbart at tannhelsen i befolkningen generelt er blitt mye bedre gjennom de siste 20-30 årene. Det er imidlertid mange grunner til dette, og fremtidens forskning bør søke å belyse de samlede årsakene, ikke minst for å rette virksomme tiltak inn mot grupper eller individer som stadig sliter med dårlig tannhelse. Det bemerkes for øvrig hva utvalget skriver på side 134: «Videre er odontologi og tannhelse som forskningsfelt lite, målt i ressurser til

FoU. I 2011 utgjorde totale utgifter til forskning på odontologi og tannhelse 180 millioner kroner. Som andeler av total FoU per sektor, utgjorde fagfeltet henholdsvis 1 prosent i universitets- og høgskolesektoren og bare 0,22 prosent i instituttsektoren (Rørstad, Gunnes og Wiig 2014)». Fakultetet savner en helhetlig – overordnet – tildeling av forskningsmidler på tannhelsefeltet.

Nasjonale prioriteringsveiledere

Utvalget foreslår at prioriteringskriteriene nedfelles i regelverket for så vel kommunenes og fylkeskommunenes plikter, som regelverket som regulerer helse- og omsorgspersonellens rettigheter og plikter. Det odontologiske fakultet mener dette bør sees i sammenheng med de foreslåtte nasjonale prioriteringsveilederne som også foreslås utarbeidet. Det kan være krevende å ivareta kommunenes/fylkeskommunenes lokale autonomi i denne sammenheng, og faren ved eventuelle minstestandarder er at de ofte forblir nettopp det; minstestandarder.

Gjennomgang av Den offentlige finansieringen av tannbehandling

Utvalget mener at det bør foretas en gjennomgang av de tannsykdommene eller de orale tilstandene som i dag gir rett til stønad fra folketrygden og en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, med utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioritering.

Norge har i dag god fordeling av allmenntannleger. Noen områder har imidlertid dårligere dekning, og der er fylkeskommunen lovpålagt å gi et tilbud til voksne betalende pasienter. Fylkene skal i henhold til tannhelsetjenesteloven ha oversikt over privat praktiserende tannleger i fylket. § 1-3b. (Registrering m.v.) og § 1-4. (Samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor). Dette bør være en forutsetning for å kunne avgjøre i hvilken grad Den offentlige tannhelsetjenesten er lovpålagt å gi et tilbud til andre enn de prioriterte gruppene i henhold til loven. I Statsbudsjettet for 2019 beskrives brutto kostnad for DOT i 2017 til 3,5 mrd. kroner, mens netto kostnad var 2,5 mrd. Differansen forklares gjennom inntekter fra voksne betalende pasienter. Dette indikerer samtidig et fravær av private alternativer som vanskelig kan forklares. Samtidig kunne SSB i 2018 meddele at kun 23 % av de med vedtak om hjemmesykepleie var «undersøkt / behandlet» i 2017. Bekvem tilgjengelighet for voksne betalende må ikke gå utover tilbudet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, som skal prioriteres.

De med rettigheter etter folketrygdloven behandles i all vesentlighet i privat tannhelsetjeneste der de selv kan velge behandler, men hvor det også er varierende egenandeler.

Regionale odontologiske kompetansesentre

Begrunnelsen for å opprette slike sentre var blant annet å fordele tannlegespesialister bedre geografisk i Norge. Dette startet med et dok8-forslag fra John Alvheim (FrP) som i 1998 endte med et anmodningsvedtak på Stortinget. St. Meld. Nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester* beskriver på s. 52 hvilke områder i Norge som hadde god spesialistdekning. Blant disse var Oslo/Akershus, Rogaland og Hordaland. Fakultetet har merket seg at ett

av seks etablerte sentre, TKS i Arendal er vedtatt avviklet, mens tre av de andre er beliggende sentralt i Oslo, Bergen og Stavanger. Blant begrunnelsene for å legge ned senteret i Arendal var vanskelig rekruttering av personell samt for lite pasientgrunnlag. Det er grunn til å imøtese den kommende evalueringen av sentrene som regjeringen har bebudet i regjeringserklæringen, ikke minst med tanke på den geografiske fordelingen av tannlegespesialistene som Stortinget ble forespeilet. Behovet for mer forskning knyttet til forskjellige tiltaks nytte bør skje gjennom koordinert forskning ved universitetene, kompetansesentrene og den utøvende tjenesten.

Oppsummering

- Forslagene til prioriteringskriterier vil kunne gjøres operative i den utøvende tjenesten, men det gjenstår et arbeid for å konkretisere det faktiske innholdet, og hvilken relevans det skal ha i tannhelsetjenesten. Dette arbeidet må inngå i en eventuell rettslig regulering av hvordan tjenesten skal utforme sitt tjenestetilbud.
- Rettigheter etter tannhelsetjenesteloven versus rettighetene til trygdestønad. Fakultetet støtter den foreslåtte gjennomgangen av stønadsordningen. I dette arbeidet må det sentrale fokus være: Hvilke grupper eller enkeltindivider faller i dag utenfor? – og i hvilken grad er det sannsynlig at økt offentlig finansiering overfor disse vil bidra positivt. Det må arbeides for et forenklet regelverk, der intensjonene er åpenbare for den utøvende tannhelsetjenesten. I den grad det kreves erklæring fra lege eller spesialisthelsetjeneste må det tydelig fremgå hva disse erklæringene skal inneholde. Det kan ikke være tannhelsetjenestens ansvar å kvalitetssikre dette.
- Fakultetet støtter utvalgets forslag om et nasjonalt kompetansemiljø, og bidrar gjerne til å fylle dette med innhold.
- Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo støtter utvalgets syn på at det kreves mer forskning knyttet til effekten av forskjellige tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Fakultetet ønsker å bidra til dette og mener at satsingen må skje koordinert mellom universitetene, kompetansesentrene og den utøvende tjenesten.
- Fakultetet vil innarbeide nye kriterier som måtte komme, i den eksisterende studentundervisningen om prioritering (seksjon for samfunnsodontologi).
- Fakultetet støtter utvalget i at nasjonale veiledere og retningslinjer må gjennomgås med utgangspunkt i nye kriterier for prioritering.

Med hilsen



Pål Barkvoll

Dekan, professor dr.odont.

Saksbehandlere: Inst.leder Jan Eirik Ellingsen og komm.rådgiver Inger Størseth Haarr