

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato: 28.09.2016
Saksnr.: 2016/6934

Høring om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Det vises til høringsnotatet «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» med høringsfrist 1. oktober 2016. Det odontologiske fakultet ved UiO, heretter «fakultet», avgir følgende høringssvar:

Oppsummering

Fakultetets viktigste innsigelser mot innholdet i høringsnotatet knyttes til forankringen av spesialisttannhelsetjenesten og de regionale kompetansesentrene.

Stortinget har vedtatt oppbygging av regionale kompetansesentre. Disse vil i fremtiden, som følge av forbedret tannhelse i befolkningen, måtte rekruttere pasienter fra større geografiske områder. Også administrative forhold tilsier en regional forankring av sentrene.

- Fakultetet foreslår at kompetansesentrene knyttes til de regionale helseforetakene.
- Tannlegespesialistene bør forankres på samme måte som legespesialistene.
- Fakultetet støtter for øvrig ikke forslaget i høringsnotatet om at loven gir departementet ytterligere hjemmel for å utferdige forskrifter for privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen.

Dette høringssvaret inneholder ett vedlegg, der høringsnotatets pkt. 5.3 *Dagens tannhelsetjeneste. Særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk*, omtales særskilt. Fakultetet har funnet det nødvendig å kommentere deler av virkeligheten som der beskrives.



Generelt

Forslaget om å forankre Tannhelsetjenesten på samme nivå som den øvrige primærhelsetjenesten er vedtatt av stortinget og forslaget om å inkludere nødvendig innhold fra Lov om Tannhelsetjenesten i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tiltredes, hva gjelder allmenntannlegetjenesten.

Følgende sitat hentes imidlertid fra fakultetets høringssvar av 07.01.11 til Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: *«Det odontologiske fakultet i Oslo fremhever derfor at tannhelsetjenester må forankres både som del av primærhelsetjenesten med basis i kommunene og i spesialisthelsetjenesten uavhengig av dennes organisatoriske nåværende og fremtidige plassering».*

«Tannlegespesialistene bør vurderes omfattet av Lov om spesialisthelsetjenesten.»

Det fremstår i høringsnotatet som uavklart på hvilken måte offentlige tannhelsetjenester i fremtiden skal finansieres, og om dagens fordeling mellom rammefinansiering og HELFO-refusjoner vil opprettholdes.

På side 203 forutsettes det at så vel allmenntannhelse- som spesialisttannhelsetjenesten vil bli organisert og finansiert av samme arbeidsgiver, og at kommunen på denne måten vil kunne styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene.

Fakultetet er av den oppfatning at slike spørsmål krever politisk avklaring, og ikke kan overlates til departementet gjennom forskriftshjemmel i loven.

Det er i ferd med å bli et problem at Helse- og omsorgsdepartementet har overtatt ansvaret for spesialistutdanningen av tannleger. Tiltak som gjennom de senere år er blitt presentert i offentlige dokumenter, slik som at spesialistutdanningen i økende grad skal overtas av de regionale kompetansesentrene, vil få direkte konsekvens også for grunnutdanningen av tannleger.

Utdanning

Kvaliteten på grunnutdanningen henger i stor grad sammen med spesialistutdanningen, og var historisk grunnen til tilleggs- og spesialistutdanning av tannleger. Dette skjedde for å sikre bedre kompetanse hos undervisningspersonalet.

I dag står grunnutdanning, spesialistutdanning og forskning som tre svært viktige funksjoner for de odontologiske lærestedene hvor interaksjon og samarbeid mellom disse er essensiell. Både grunn- og spesialistutdanningen er forskningsbasert og ledes av odontologiske forskere på internasjonalt nivå. I den kliniske undervisningen er det et samspill mellom de forskjellige spesialiteter og med studentene ved grunnutdanningen som gjør læringen helhetlig og studentene/kandidatene på de forskjellige nivåene får erfaring i samarbeid med og innsikt i andre spesialiteters kunnskap. Det er derfor svært viktig at den odontologiske spesialistutdanningen styres av og ligger ved de odontologiske fakultetene.

Odontologi er et lite fagmiljø og det er bekymringsfullt hvis universitetsmiljøene blir utvannet på grunn av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Universitetet i Oslos strategiske plan (Strategi 2020) slår fast at undervisningen skal være forskningsbasert. Dette krever at undervisningen drives av fagfolk med høy vitenskapelig og klinisk kompetanse. For å sikre dette bør grunn-, spesialist- og forskerutdanning organiseres i samme institusjon. Derfor må ansvaret for faglig kompetanse og forskning ved ROKer, i tilknytning til fakultetene, ligge hos lærestedene ved universitetene.

Fakultetet ønsker med dette å understreke betydningen av en god grunnutdanning av tannleger, rettet mot samfunnets behov. God og relevant klinisk praksis er i denne sammenheng også viktig. Det er lite som peker i retning av at offentlig tannhelsetjeneste skal vokse vesentlig, og når om lag 70 % av tannlegeårsverkene arbeider i privat sektor, er det viktig at utdanningen gjøres relevant for arbeidsoppgavene der. Den utredning som omtales i høringsnotatet, eller deler av den, må følgelig skje før det tas stilling til eventuell utvidelse av praksisperioden i kommunesektoren.

Forskning

Det vises til 5.18.3, side 188: Fakultetet vil understreke at kvalitet i forskning på internasjonalt nivå krever målrettet satsing, og at det vil være problematisk dersom tilgjengelige, og erfaringsmessig begrensede, midler «smøres for tynt utover». Regjeringens satsing på forskning må også gjelde for odontologien. Det hevdes i høringsnotatet at *«kompetansesentrene opplever en økende interesse fra privat tannhelsevirksomhet om deltakelse i forskning, blant annet gjennom å gjøre pasientdata tilgjengelig for forskning»*. Det fremgår ikke hvilket omfang det her er snakk om, men universitetenes forskningskompetanse vil være viktig dersom kompetansesentrene skal bidra til forskning på et internasjonalt nivå.

De regionale kompetansesentrene

Kommunalt ansvaret for de odontologiske kompetansesentrene foreslås endret med henvisning til at de i navn og gavn er regionale.

De regionale kompetansesentrene skal i stor grad samhandle med Den offentlige tannhelsetjenesten om oppgaver overfor pasienter med rettighet til utredning og behandling i kommunene. Kommunelovens § 27 beskriver at to eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller én eller flere kommuner og én eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Dette er vel og bra når antallet samarbeidspartnere er av moderat størrelse. Det synes derimot, som beskrevet i høringsnotatet (s. 233), å være krevende administrativt for kommunen der kompetansesenteret er lokalisert, å skulle ha så vel eier- som driftsansvaret for et slikt senter, og administrere driften med et større antall kommuner av varierende størrelse som i dag inngår i tre-fire fylker. Videre vil tilgang til pasienter med behov for avansert behandling kreve stadig større befolkningsgrunnlag i fremtiden. Dette, ikke minst på grunn

av den bedrede tannhelsen i befolkningen. Det er med andre ord så vel faglige som administrative grunner til at kompetansesentrene regionale forankring vil få ytterligere betydning i fremtidens tannhelsetjeneste. Fakultetet mener det vil være bedre at ansvar for eierskap og drift av de regionale kompetansesentrene legges regionalt, hvilket i dagens situasjon vil innebære de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn støtter ikke Det odontologiske fakultet ved UiO forslaget til ny tekst i helse- og omsorgslovens § 13-4. Ordene «regionale odontologiske kompetansesentre» foreslås strøket i lovteksten. Tilsvarende strykninger foreslås i andre deler av lovverket, der det av samme grunn er påkrevet.

Tannlegespesialister

Begrunnelsen departementet gir for å overføre spesialisttannhelsetjenesten til kommunene er at tannlegespesialister i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. På side 88 understrekes det at «*Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven*». De foreslåtte lovendringene stiller ikke andre krav til kommunene enn at de skal sørge for rimelig tilgjengelighet av spesialistkompetansen.

Kommunene kan, i likhet med fylkene i dag, ansette spesialister. Den øvrige spesialisttannhelsetjenesten drives privat og får, med unntak av kjeveortopedi, i hovedsak henvist pasienter fra primær(tann)helsetjenestens selvstendig næringsdrivende tannleger. Dette kan sidestilles med private legespesialister som får henvist pasienter fra primærhelsetjenestens selvstendig næringsdrivende fastleger. Kjeveortopedene er i en særstilling blant tannlegespesialistene, da disse i hovedsak får pasientene henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten. Fra 1. juli 2015 har tannleger kunnet henvise, ikke bare til tannlegespesialister, men også til spesialisthelsetjenesten. Dette bidrar til å gjøre et skille mellom forankringen av lege- og tannlegespesialister kunstig. Forskjellen mellom henvisende allmenntannleger og fastleger ligger først og fremst i finansieringen. Legespesialister som får pasienter henvist fra kommunale fastleger, vil i stor grad ha sin virksomhet offentlig finansiert. Tilsvarende varierer blant tannlegespesialistene, der virksomheten finansieres med offentlige og private midler.

Den faglige begrunnelsen i høringsnotatet for å forankre tannlegespesialistene kommunalt, fremstår imidlertid ikke som overbevisende.

All den stund tannlegespesialistene, i likhet med legespesialistene, får sine henvisninger fra primærhelsetjenesten, vil fakultetet igjen ta til orde for at stortinget nå benytter anledningen til å harmonisere den forvaltningsmessige forankringen av disse.

Ansvar og rettigheter

Det har gjennom flere år vært forespeilet endringer i Lov om tannhelsetjenesten av 1983. Ved en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkene til kommunene, støttes Departementets forslag til å modernisere innholdet og implementere deler av det i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre er det naturlig ved en slik harmonisering av

lovverket, å flytte pasientrettighetene til pasient- og brukerrettighetsloven. Lovfesting av kommunenes ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet støttes. Likeså lovfesting av kommunenes ansvar for tannhelsehjelp til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Som en konsekvens av dette støttes også at disse pasientenes rettigheter nedfelles i pasient- og brukerrettighetsloven.

Det hevdes i høringsnotatet at dette ikke vil få økonomiske konsekvenser, men fakultetet vil minne om at disse pasientene mister sine eventuelle rettigheter etter folketrygdloven samtidig som de får nye rettigheter i helse- og omsorgsloven, og i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er viktig at de nye rettighetene ikke innebærer en reduksjon i tilbudet.

Krav til individuell plan som også omfatter tannhelsehjelp er viktig, ikke minst med tanke på tannhelsesituasjonen for eldre i hjemmesykepleie og institusjon.

Fakultetet merker seg departementets beskrivelse på side 97 i høringsnotatet: *«Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte utvidelser av kommunenes plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag.»* Videre skriver departementet: *«Lovforslaget viderefører i store trekk pasientenes rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv.»*

Hvorvidt stortingets signaler om at pasientenes rettigheter ikke skal svekkes, inkluderer å opprettholde tilbud som i dag er uten vederlag, vil vise seg når den omtalte forskriften om vederlag foreligger.

Personell

Fakultetet mener det er riktig å stille krav, som foreslått i Pkt. 3.2, til at kommunen skal ha tilknyttet tannlege, som én av tre nye profesjoner. Dette fordi tannlegeprofesjonen er den eneste som har kompetanse til både utredning og behandling på tannhelseområdet. Det skal understrekes at tannlegeutdanningen er et masterprogram, i motsetning til tannpleiernes bachelor.

Begrepet «tilknyttet» bør gi kommunene den nødvendige fleksibilitet med hensyn til hvilket omfang som er lokalt egnet.

Tannhelsetjenestens potensiale for å avdekke omsorgssvikt, gjennom rutinemessige innkallinger av barn, er viktig. Det kan være en utfordring at innkallingene – over tid – er blitt sjeldnere. Regulariteten i innkalling til tannhelsetjenesten innebærer imidlertid muligheten til å avdekke omsorgssvikt, og den skal tilpasses individuelt. Dette er deler av virksomheten som må videreutvikles og kvalitetssikres.

Forskriftshjemmelen

Det kan være gode grunner for stortinget til å delegere myndighet til departementene gjennom forskriftshjemler i lovverket. Sitat fra høringsnotatet: «Det må imidlertid kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private plikter».

Tannhelsepersonellet i Norge er underlagt en rekke lover, forskrifter, rundskriv, retningslinjer og veiledere.

Tilgjengelige statistikker, brukerundersøkelser og opinionsmålinger peker i retning av at tilbudet til befolkningen er godt.

70 % av tannlegene arbeider overfor voksne betalende pasienter. Dette skiller tannhelsetjenesten fra øvrig primærhelsetjeneste, og er resultat av stortingsvedtak gjennom årtier. Disse tannlegene driver for egen regning og risiko, uten vesentlig offentlig finansiering til pasientene. Tannleger som vil bidra med tjenester som kommunene får ansvar for, vil måtte inngå bindende avtaler. Hjemmelen som foreslås også å gjelde privatpraktiserende tannleger uten kommunal avtale, er til nå ikke benyttet for øvrige helsetjenester. Skulle det oppstå endringer i tannhelsetilbudet som krever ytterligere behov for offentlig styring av privat sektor, bør dette skje etter politisk behandling. Fakultetet kan ikke se hensiktsmessigheten i at forskriftshjemmelen i Helse- og omsorgsloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen. Behovet for å regulere privat tannhelsevirksomhet etter folketrygdeloven er allerede ivaretatt gjennom departementets hjemmel til å lage forskrift og rundskriv.

Det skal forøvrig bemerkes at økonomiske og administrative konsekvenser, dersom en slik hjemmel skulle bli realisert, ikke bare vil ramme privatpraktiserende tannleger. De vil også ramme voksne betalende pasienter og kommunene.

På dette grunnlag støtter ikke fakultetet forslaget i høringsnotatet om at loven gir departementet ytterligere hjemmel for å utferdige forskrifter for privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen.

Konkurranse

I høringsnotatet fremheves det at sentralisering og utvidelse av offentlige klinikker, har ledet til oppbygging av større fagmiljøer ved den enkelte klinikk. Dette har medført styrket kvalitet på tilbudet, og har sannsynligvis også bidratt til rekrutteringen av personell.

Tidligere befant mange av landets offentlige tannklinikker seg i områder der det ikke var driftsgrunnlag for privatpraktiserende tannleger.

Samtidig beskriver høringsnotatet aktiviteten i DOT i 2014, der faktisk en så stor andel som snaut 20 % av de undersøkte / behandlede var betalende pasienter uten rettigheter etter loven.

Det bør, i lys av de store endringene som har skjedd gjennom de siste 10 – 15 årene, vurderes om en gratis overføring av offentlige tannklinikker til kommunene de er lokalisert i, vil kunne virke konkurransevridende overfor privat virksomhet i samme område.

Fakultetet stiller også spørsmål ved om overdragelsen som er omtalt i § 13-4, vil være i henhold til ESA-regelverket. Det vises i høringsnotatet til overdragelsen av ansvaret for sykehjemmene fra fylkene til kommunene i 1988, men på det tidspunkt forelå ikke dagens ESA-regelverk.

Fakultetsstyret ved Det odontologiske fakultet har gitt sin tilslutning til høringsuttalelsen.

Med hilsen

Pål Barkvøll
Dekan
Det odontologiske fakultet, UiO

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.

Vedlegg

Vedlegg

til høringssvar fra Det odontologiske fakultet, UiO

Dette vedlegget kommenterer virkelighetsbeskrivelsen i departementets høringsnotat *«Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mm.»*

Kommentarene knytter seg primært til beskrivelsene i kapittel 5.3 *Dagens tannhelsetjeneste. Særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk.*

Den offentlige tannhelsetjenesten behandler i følge høringsnotatet «En liten andel av voksenbefolkningen over 20 år (5 %).»

Det fremgår også at «antall voksne betalende har økt med om lag 5 % fra 2008 til 2014».

Kommentar: Fakultetet vil bemerke at denne utviklingen vil kunne gå på bekostning av de oppgavene som Den offentlige tannhelsetjenesten primært har. Spesiell bekymring knytter seg til tilbudet til pleietrengende i hjemmesykepleie og sykehjem.

Etter til dels omfattende sammenslåing og sentralisering av offentlige tannklinikker er det lite sannsynlig at en større andel av befolkningen i distrikt har fått enklere tilgang til offentlige klinikker enn de hadde tidligere, der driftsgrunnlaget for privat tannlegevirksomhet ikke eksisterte. Noe av begrunnelsen for å behandle betalende voksne har vært at de ikke hadde private alternativer lokalt. Det er riktignok en stor tannhelseforbedring i befolkningen, men at Den offentlige tannhelsetjenesten har kapasitet til å la så mye som 20 % av sin virksomhet skje på betalende voksne uten rettigheter etter loven fremstår som underlig.

Side 93:

«Andelen personer over 60 år er i 2013 høyere enn andelen under 15 år og i 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Det ventes derfor at behovet for tannhelsehjelp blant eldre vil øke, mens behandlingsbehovet for barn og unge forventes å reduseres som følge av generelt bedret tannstatus.»

Kommentar: Bedret tannhelse hos barn og unge fremgår av offentlige statistikker.

Undersøkelser av voksnes tenner, slik som i Trøndelagsundersøkelsene, Osloundersøkelsen og i en ny doktorgrad fra UiO, bekrefter ikke en betydelig sykdomsutvikling hos friske eldre. Dagens 35-åringer hadde i snitt seks tenner med behandlingskrevende skade eller fyllinger da de var 18 år. Dagens 18-åringer har litt under 4 tenner i tilsvarende situasjon.

Fremskrevet til 2035, når dagens 35-åringer er 54 år, vil gruppen 0 – 54 år utgjøre snaut 70 % av befolkningen. Dette gir en pekepinn på fremtidig behov for tannbehandling.

Side 94:

«Etableringen av tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er det tiltaket som har hatt størst fordelingseffekt innenlands. De første tannlegene ble utdannet derfra i 2009. Rundt 80 prosent av de som er utdannet i Tromsø frem til 2015 har tatt arbeid som tannlege i de tre nordligste fylkene. Som eksempel kan nevnes at andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Finnmark er blitt redusert fra om lag 40 prosent i 2003 til 2,2 prosent i 2014. I samme periode ble antall ubesatte stillinger i Nordland redusert fra om lag 30 prosent til 3 prosent. Per i dag er det Troms, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal som har høyest andel ubesatte tannlegestillinger.»

Kommentar: Det skal i denne sammenheng ikke underslås at utdanningen i Tromsø – i tillegg til lokaliseringen - også har medført et potensiale for 280 flere tannleger. Dette i tillegg til norske studenter i utlandet som, i følge Statens lånekasse, i 2015 utgjorde ca. 250 odontologistudenter. Det fremstår som mer paradoksalt at Troms fylke fortsatt har bemanningsproblemer.

Side 95:

Her forklarer departementet de faglige fordelene ved sentraliseringen av offentlige tannhelseklinikker.

Kommentar: Dette er en beskrivelse som støttes. På bakgrunn av den lokale motstanden man har sett i tilknytning til nødvendig nedlegging av mange små klinikker, er det imidlertid all grunn til å tvile på at denne utviklingen ville kunnet skje ved en kommunal forankring slik det nå legges opp til.

Side 95:

I notatet beskrives følgende: *«På landsbasis er det store variasjoner i dekningsgraden av spesialister, med høyest andel i Oslo og Hordaland.»*

Kommentar: Det er riktig at andelen spesialister er stor i Oslo og Bergen, men høringsnotatet overforenkler fordelingen av spesialister. Fakultetet viser til den mer presise omtalen som ble gjort i St. Meld 35. (2006 – 2007) som er betydelig mer dekkende, og som ikke forsvarer lokaliseringen av to av fem regionale kompetansesentre (Oslo og Bergen). Departementet ser ikke ut til å ha vurdert fremtidig behov for tannlegespesialister på en betryggende måte når oppgavene til de regionale kompetansesentrene planlegges. Aktivitetene ved ROKene som listes opp på side 96 bygger i liten grad på relevant fremskriving av behovene. Forskningsinteressen fra privat sektor bør også dokumenteres før den blir en viktig del av grunnlaget for ROKenes virksomhet.

Side 203:

«En forutsetning for å videreutvikle specialist- / kompetansemiljøene er at disse får henvist tilstrekkelig antall pasienter.» «Så lenge allmenntannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten organiseres og finansieres av samme arbeidsgiver, kan

kommunen styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene.»

Kommentar: Fakultetet viser her til § 1-2: «Loven gjelder tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen.» Som det fremgår andre steder i høringsnotatet innebærer dette primært behandling av personer med rettigheter etter loven, samt ca. 5 % av voksne betalende.

En slik «styring av bruken» som departementet her tar til orde for, har vært fullt mulig gjennom det eksisterende lovverket. Hvorvidt tannlegespesialistene inngår avtaler med fylker eller kommuner burde i så måte ikke utgjøre særlig forskjell, utover at antallet kommuner vil være betydelig større. Spesialisttannhelsetjenestene krever imidlertid et tilstrekkelig pasientgrunnlag, og spørsmålet blir da om det er hensiktsmessig at tannlegespesialister skal inngå diverse avtaler med et større antall kommuner.

Flertallet av oppgaver til spesialisttannlegene kommer ikke fra, og vil – gjennom bedret tannhelse i befolkningen – i stadig mindre grad komme fra, den fremtidig kommunale tannhelsetjenesten. Flertallet av tannlegespesialister vil stadig arbeide privat, med oppgaver henvist fra privat sektor (forutsatt at ikke det offentlige overtar flere oppgaver på betalende voksne pasienter).

Beskrivelsen i høringsnotatet fremstår ikke som realitetsorientert i forhold til gjeldende offentlig tannhelsefinansiering, samt de primæroppgavene som beskrives i de foreslåtte lovendringene. Dette er, av samme grunn, ikke en god argumentasjon for en kommunal forankring av de regionale kompetansesentrene.

Skal kommunen «styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene», må dette skje gjennom kommunale ansettelses. Historien har vist at dette i liten grad har skjedd i fylkene. Det er liten grunn til å anta at det vil skje i større grad i kommuner som, trass i regjeringens ønsker om kommunesammenslåing, vil være til dels betydelig mindre enn de fleste av dagens fylker.