



Trondheim 21.09.2016

Høringsuttalelse

Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Av

Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Midt-Norge (TkMN)

TkMN viser til høringsnotatet av 6. juni 2016. Selv om TkMN ikke er høringsinstans ønsker TkMN å avgi en høringsuttalelse da forslaget til endringer i betydelig grad har innvirkning på det tilbudet TkMN skal bidra til å gi pasientene i vårt område.

TkMN er et Interkommunalt selskap eiet av fylkeskommunen Møre- og Romsdal, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag. Senteret har sine lokaler i Trondheim, men skal betjene både pasienter og tannhelsetjenesten i hele regionen i tillegg til å samarbeide med øvrig helsesektor og bidra til forskning.

Bakgrunn

Høringsnotatet som følger opp oppgavemeldingen stadfester flyttingen av ansvaret for å tilby nødvendig tannhelsehjelp til befolkningen fra fylkeskommunen til kommunene. Dette skal gjøres ved en virksomhetsoverdragelse av eksisterende tannklinikker til den kommunen disse er lokalisert i.

Som en del av en bevisst satsing fra statlige myndigheter er det bygget opp 6 Regionale odontologiske kompetansesentre (ROK'er). Disse har til oppgave å bidra til økt tilgang til spesialisttjenester innenfor tannhelse, forskning, kompetanseheving og utdanning. I høringen foreslås det at disse overføres til vertskommuner.

Gjennomgående i høringen er det lagt vekt på at endringene ikke skal medføre faktiske endringer i befolkningens rettigheter, og det sies i hovedsak at forslaget har små eller ingen økonomiske og administrative konsekvenser.

Om tannhelsetjenesten

TkMN mener det er viktig å påpeke at en stor del av pasientenes behov dekkes av primærbehandler. Det blir sannsynligvis misvisende å kalle allmenntannlegene, og dermed klinikkene i Den offentlige tannhelsetjenesten, for en førstelinjetjeneste fordi dette kan assosieres med fastlegene.



Det er et særtrekk for tannhelsetjenesten at den vesentlige delen av behandlerne er allmenntannleger, og at sannsynligvis opp mot 90% av behandlingsbehovet dekkes av disse. Dette inkluderer operativ behandling, i en del tilfeller avansert behandling.

Et annet særtrekk er at tannhelsetjenesten i hovedsak er finansiert av pasientene.

Poenget med å påpeke dette er at tannhelsetjenesten ikke uten videre kan sammenlignes med øvrig helsesektor, verken faglig eller organisatorisk, og at man derfor ikke uten videre kan overføre strukturer fra legetjenesten til tannhelsetjenesten og forvente en effekt i tråd med den man har i øvrig sektor. Dersom man skal sammenligne med helsesektoren ville tannhelsetjenesten ha vel så stor likhet med de mindre enhetene i spesialisthelsetjenesten som ikke er direkte en del av helseforetakene.

Om De regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK'ene)

(Tann)helsetjenesten eksisterer for å gi pasientene er best mulig tilbud. Dette innebærer både å gi et godt faglig tilbud, og å gi et tilbud nær pasienten der dette er forsvarlig.

Tannhelsetjenesten kjennetegnes av at en stor del av undersøkelse, kontroller og behandling skjer hos allmenntannlegene. Kun ca 10% av behandlingen overføres til spesialist. Dette betyr at innbyggere i stor grad mottar all nødvendig tannhelsehjelp fra en allmenntannlege, og som regel nær sitt hjemsted.

Den private delen av tannhelsetjenesten består i hovedsak av små enheter uten overordnet styring. Faglig utvikling og overbygging har som regel vært i regi av de odontologiske fakultetene og tannlegeforeningen. Den offentlige tannhelsetjenesten har hatt en faglig og administrativ overbygging i fylkeskommunene.

Likevel har det manglet en faglig aktør mellom allmenntjenesten og universitetsmiljøene. Både for å bedre spredning av kompetanse, tverrfaglig spesialisert behandling og praksisnær forskning. For å fylle disse funksjonene ble det vedtatt å opprette regionale odontologiske kompetansesentre. Disse fikk blant annet i mandat å:

- Gi pasientene avansert behandling
- Bidra til å gjøre kompetanse tilgjengelig nærmest mulig pasienten
- Bidra til kompetanseheving i tjenesten
- Bidra til kunnskapsbasert behandling gjennom praksisnær forskning
- Etterutdanning og videreutdanning

ROK'ene har i dag et regionalt ansvarsområde.

ROK'ene er mer sammenlignbare med helseforetakene. ROK'ene skal bygges opp til å bli høyspesialisterte odontologiske sentre som skal tjene befolkningens interesse i sin region.

Tilbud til pasientene

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi et tilbud til alle personer som oppholder seg i fylket. Selv om det bare er visse grupper som skal motta vederlagsfri behandling, har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i stor grad bidratt til at det faktisk har vært et tilbud i distriktene. Dette har vært gjort både gjennom å opprettholde klinikker der befolkningsgrunnlaget har vært for lite for kommersiell drift, og ved å utnytte den totale tannlegebemanningen i et fylke. I praksis ved ambuleringsordninger o.l.

Også når det kommer til den faglige kvaliteten har de større enhetene bidratt. Fylkeskommunal tannhelsetjeneste er av en slik størrelse at den kan drive aktiv faglig utvikling gjennom samlinger og kurs, samt



etablere enheter med høyere kompetanse for hospitering, veiledning og kursvirksomhet. Et flertall av norske kommuner, selv etter omfattende sammenslåing, kan ikke forventes å ha tilstrekkelig størrelse til å overta disse oppgavene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene kan til en viss grad videreføre disse oppgavene dersom de blir forankret på et regionalt nivå. ROK'ene vil ha et ansvar for all tjeneste i sitt område og er den naturlige aktør for å bidra til faglig overbygging i sin region. Både ved avansert behandling, hospitering, kursvirksomhet, veiledning og utdanning.

Den regionale forankringen er viktig, både for å sikre at ROK'ene tar sitt ansvar for hele regionen og at dette ikke blir et valg for den enkelte vertskommune. På den annen side er det viktig å sikre at kommunene i området retter sitt samarbeid mot den ROK'en de tilhører, og ikke velger å tynne ut grunnlaget for kompetansen ved å kjøpe enkelttjenester uten tanke på helheten.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Overføringen av Den offentlige tannhelsetjenesten vil i seg selv medføre en betydelig økning i administrasjon. Den fylkeskommunale tjenesten administreres i dag av få personer. Overføringen til kommunene vil medføre at man går fra 19 administrative enheter til mellom 200 og 400 – avhengig av hvor vellykket kommunereformen blir. Selv om administrasjonen i mange kommuner kan bli svært liten vil økningen i antall enheter være så stor at den totale administrasjonen vil øke betraktelig.

I tillegg til dette kommer svakere forhandlingskraft med leverandører som sannsynligvis vil gi dyrere innkjøp osv. Den mest markerte kostnadsøkningen kan komme innenfor IKT-drift, hvor man risikerer å gå fra 17 driftsenheter til flere hundre.

Høringen legger opp til utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid. Dette vil medføre en avtaleeksplosjon mellom kommunene, med avtaler på kryss og tvers. For TkMN vil det innebære samarbeidsavtaler med samtlige kommuner i sin region. Samlet sett vil et slikt system innebære betydelig administrativ belastning for å forvalte et avtaleverk.

Faglig utvikling

Behandlingstilbud og veiledning

For å utvikle og opprettholde et høykompetent fagmiljø må man både ha tilgang til alle odontologiske spesialiteter, tilgang på kompliserte pasientkasus og samarbeid med tilstøtende medisinske fagmiljø.

Innen tannhelsetjenesten utføres en svært liten del av det totale behandlingspanoramaet i spesialisttannhelsetjenesten. Så langt foregår det aller meste i pasientens kontakt med en enkelt spesialist, og behovet for utredning av tverrfaglige, kompliserte kasus er ytterligere begrenset. Det er heller ingen grunn til å tro at det er et vesentlig skjult behov.

I sum tilsier dette at et odontologisk kompetansesenter må ha et stort nedslagsfelt. Norge er et land med få innbyggere, og det vil ikke være behov for mange høyspesialiserte miljøer. I Midt-Norge er det nedslagsfeltet TkMN i dag har et godt omfang.



Beliggenheten i Trondheim, og det nære samarbeidet med St.Olavs hospital, sikrer også videre utvikling av fagmiljøet i samarbeid med øvrig medisinsk spesialisthelsetjeneste. Samarbeidet med St.Olav er videre et godt eksempel på behovet for samarbeid med andre sektorer. For TkMN er sentrale samarbeidspartnere på regionale eller nasjonalt nivå de viktigste. Så dersom forvaltningsnivå skulle være styrende for mulighet for samarbeid, taler det meste for en regional eller statlig forankring av ROK'ene. For eksempel som et regionalt tannhelseforetak, enten selvstendig eller som en del av et regionalt helseforetak. (Det er viktig å påpeke at å gjøre ROK'ene til en avdeling under et helseforetak sannsynligvis ikke er noen god løsning, da dette ville medføre en konkurranse om midler med somatisk og psykisk helse. Da er det sannsynlig at tannhelse ville bli ansett som mindre viktig.)

Samarbeid med allmenntannhelsetjenesten er brukt som et argument. For det første vil det sannsynligvis være enklere å få helsepersonell innen samme sektor til å samarbeide til tross for at de ligger på forskjellig forvaltningsnivå. For det andre vil det være viktig med en formell overbygging som ikke er avhengig av avtaleinngåelse eller initiativer fra de enkelte kommunene. Dersom det samlede ansvaret legges til kommunene risikerer man at enkeltkommuner velger å prioritere bort det tverrfaglige tilbudet, eller å tilby deler av tjenesten selv. Dette vil i Midt-Norge svekke det samlede fagmiljøet.

Et siste element i denne sammenhengen er faglig overbygging for å bidra til kompetanseheving nærmere pasienten. Dette skal gjøres ved å tilby hospitering, veiledning i konkrete kasus, kursvirksomhet og behandlingsplanlegging av behandling som videre overtas av lokal tannlege. Å kunne gjennomføre slike løsninger krever igjen et tverrfaglig sterkt miljø, med ansvar for finansiering for hele regionen.

Også her er det viktig at ROK'ene har et selvstendig regionalt ansvar slik at de ikke blir gjenstand for kommunale prioriteringer. Det må anses som sikrere at et regionalt forankret senter tar denne oppgaven, enn at det samme forventes av en kommune som da må ta et tjeneste- og befolkningsansvar utenfor sitt geografiske område.

Forskning

Forskning er en sentral oppgave lagt til ROK'ene. Fokuset skal være på praktisk, klinisk forskning. For å kunne gjennomføre dette må ROK'ene ha eget vitenskapelig personell, og et godt samarbeid med akademiske institusjoner.

For TkMN er samarbeidet med NTNU og de odontologiske fakultetene i Oslo, Bergen og Tromsø helt avgjørende for virksomheten. Sannsynligvis gir det TkMN en større styrke at man har et definert regionalt ansvar, og en regional forankring.

Viktigere enn dette er det praktiske. Gjennomføring av kliniske prosjekt krever i mange tilfeller et nedslagsfelt utover en kommune. TkMN er tungt inne i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4), en undersøkelse i hele Nord-Trøndelag fylke. Dette gir bedre representativitet. Det er også viktig med forskning på befolkningen i hele regionen. Den enkelte kommune kan ikke forventes å bidra økonomisk til et senter i Trondheim dersom den ikke ser at forskningen også bidrar til kunnskap om egen befolkning.

Et annet element er tretthet hos den utøvende tjenesten. ROK'enes mandat tilsier en til dels betydelig økning i klinisk forskning. Det innebærer at man vil søke deltakelse fra tjenesten i mange sammenhenger. Det kan være datainnsamling, intervensjoner, bidrag med biologisk materiale mv.

TkMN ønsker å ta i bruk hele den utøvende, kliniske tjenesten i forskning. Men tjenesten kan ikke nødvendigvis forvente å få betalt for dette. Lovverket legger opp til en plikt til forskning. Det er bra. Men det vil ikke være like bra om hver enkelt kommune skal utføre sin egen forskning. Forskning krever god kompetanse i planlegging, gjennomføring og analyse. Det kan ikke forventes at man skal ha 200 – 400



kompetente forskningsmiljø innen tannhelsetjenesten i Norge. Dette er nok en grunn til at man bør ha en samlende regional enhet som står ansvarlig for forskning i sitt nedslagsfelt.

Alternativt kan man la kommunene inngå avtaler for forskning. Det vil i så fall innebære at kommunene må inngå avtaler også for dette. Igjen får man en betydelig administrativ belastning.

Andre forhold

TkMN har flere prosjekt knyttet til eHelse og IKT-utvikling, og vi har bygget kompetansen på arbeidet gjort i ELIN-t og andre prosjekt. TkMN har også et nært samarbeid og fysisk beliggenhet med både Norsk Helsenett og eHelsedirektoratets avdelinger i Trondheim. Dette har gitt oss god innsikt i funksjonalitet, drift og utvikling av infrastruktur og elektroniske pasientjournaler.

Det hevdes i høringen at overføringen til kommunene ikke vil gi økte økonomisk/administrativ kostnad. Dette kan ikke være riktig.

Tannhelsetjenesten er allerede preget av fragmentering på dette området. Det er vanskelig å samle sektoren rundt avgjørelser om videre utvikling, påvirkning av nasjonale prosesser og bestilling av programvareutvikling. I tillegg er det mange driftsorganisasjoner.

Generelt er det få gode kompetansemiljø på IKT-drift og -utvikling i Norge. I tillegg er både fagområdet og kompetansemiljøet lite. Å splitte drifts- og bestillingsansvar ut på kommunene vil gjøre det enda vanskeligere å få til stabil drift, samhandling på tvers, innflytelse på nasjonale prosesser, utvikling av nye løsninger – og ikke minst etablere en markedsrett mot leverandørene.

Synspunkt

TkMN ønsker å påpeke følgende:

- Pasientgrunnlaget tilsier at en regionstørrelse er nødvendig for å sikre et sterkt fagmiljø som kan gi pasientene det tilbudet de har behov for.
- Behandlertettheten understreker behovet for en sterk regional enhet som kan bidra til kompetanseheving i hele sin region.
- Vertskommunen vil få et sørgje for ansvar for tjenester utenfor sitt geografiske område. Det er ikke gitt at vertskommunen vil prioritere løsninger som er til fordel for hele regionen.
- Kommunene i regionen står i utgangspunktet fritt til å velge andre løsninger for sitt «sørgje-for» ansvar. Dette vil tynne ut ROK'enes funksjon, og undergrave det arbeidet som gjøres med oppbygging.
- Et eventuelt pålegg til kommunene om samarbeid vil medføre en kunstig konstruksjon i form av store interkommunale samarbeid, eller interkommunale selskap, fremfor en ren regional forankring. Dette vil medføre en eksplosjon i interkommunale avtaler og svekke demokratisk styring.
- Den administrative kostnaden ved kommunalt eierskap til TkMN vil være betydelig, enten det blir som et interkommunalt selskap eiet av en rekke kommuner, eller som del av en vertskommune med behov for interkommunale avtaler.
- TkMN har størst behov for samhandling med øvrig tannhelsetjeneste, både privat og offentlig. Det kan være utfordringer knyttet til samarbeid mellom forvaltningsnivåene, men det er ikke grunn til å anta at disse er større enn samarbeid mellom vertskommunen og andre kommuner. Dessuten er det sannsynligvis enkelt å skape god samhandling mellom personell i samme faggruppe (tannleger) på tvers av forvaltningsnivå.



- TkMN har størst samhandlingsflate mot øvrig helsetjeneste på regionalt nivå, i hovedsak helseforetakene. Tannhelsetjenester er på vei til å inngå i et generelt helsetilbud, og behovet for god samhandling på spesialistnivå er tydelig i vårt samarbeid med St.Olavs hospital. TkMN mener det er essensielt for dette samarbeidet å ha tilnærmet tilsvarende geografisk nedslagsfelt.
- I forsknings- og fagutviklingssammenheng mener TkMN det er en styrke å være en enhet på et regionalt nivå, med et stort nedslagsfelt for å kunne skape ideer, gjennomføre undersøkelser og skape god kunnskap.

Det aller viktigste for å sikre et best mulig tilbud til pasienten er utvikling av tannhelsetjenesten. Regionalt forankrede kompetansesentre kan være en faglig samlende enhet for allmenntannlegene, og sikre en videre utvikling og koordinering til det beste for pasientene.

Samtidig kan de utvikles videre til å fylle rollen som kompetanseinstitusjoner for avansert behandling, forskning og utdanning. En kommunal forankring vil være en betydelig trussel mot en slik funksjon.

Det er svært vanskelig å se gode argumenter for en vertskommuneløsning, det vil vanskeliggjøre samarbeid i regionen, øke administrasjonen og samlet sett redusere kvaliteten på tilbudet til pasientene. Dersom man gjennomfører overføringen av allmenntannhelsetjenesten til kommunene blir argumentet for å ha spesialisttannhelsetjenesten på et regionalt nivå desto større.

Samlet mener TkMN at forslaget om overføring av ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten til kommunalt nivå er uheldig for pasientene, og vil på det sterkeste gå inn for at spesialisttannhelsetjenesten forankres på et regionalt nivå.

Med vennlig hilsen

Jørn Andre Jørgensen

Adm.dir. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Midt-Norge