

Dato: 19.09.2016
Arkivref: 2016/14931-1

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Fylkesutvalg	26.09.2016

Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen med videre.

Innstilling

Akershus fylkeskommune anbefaler at brukere av tannhelsetjenesten får et likeverdig, kostnadseffektivt og faglig godt tjenestetilbud i hele landet. Dette må ivareta den enkeltes behov for spesialiserte tjenesteområder som narkosebehandling, tannlegeangstbehandling og tannlegevakt. Det bør derfor gjøres en ny vurdering av om tannhelsetjenesten kan videreføres som en del av de nye regionenes ansvarsområde.

Sammendrag

Vedrørende forslaget i oppgavemeldingen om overføring av Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene.

De viktigste lovendringene som foreslås er at tannhelsetjenesteloven, som regulerer både fylkeskommunenes plikter og pasientenes rettigheter, skal oppheves. Kommunenes plikter skal reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientenes rettigheter reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven. En revisjon av tannhelsetjenesteloven har også vært vurdert, men departementet mener at det uavhengig av oppgaveoverføring er behov for en harmonisering av lovverk som regulerer det offentlige ansvar for tannhelsetjenester med øvrig helselovgivning.

Departementets vurdering er at det vil være fordeler ved å overføre ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til større og mer robuste kommuner fordi tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å integrere allmenntannhelsetjenester med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I forslaget om overføring av tannhelsetjenesten til kommunene var generalistkommune-prinsippet en forutsetning for overføringen. Det lå til grunn at tannhelsetjenesten skulle overføres til store og robuste kommuner da forslaget ble fremmet. Dagens situasjon tyder på at en trolig ikke vil få en slik kommunestruktur i overskuelig framtid. Det innebærer at tannhelsetjenesten vil splittes opp fra 19 store enheter til flere hundre enheter av varierende størrelse. Tannhelsetjenesten vil svekkes faglig og kvalitetsmessig når tjenesten fragmenteres, og det vil kunne bli aktuelt med interkommunale løsninger eller kjøp fra private, og det er ikke lenger samsvar mellom de forutsetningene som lå til grunn for overføringen og status i dag.

Utfra å kunne gi tannhelsetjenester av høy kvalitet i hele landet på en effektiv måte er det fordeler ved at tannhelsetjenesten også i framtiden er organisert regionalt. Det vil kunne sikre brukerne av tannhelsetjenesten et likeverdig, kostnadseffektivt og faglig godt tjenestetilbud som også ivaretar et bedre tilrettelagt tilbud innenfor spesielle tjenesteområder som er sårbare i dag. Dette gjelder blant annet tannbehandling i narkose, tilbud til personer med tannlegeangst samt bedre tannlegevaktordninger.

Saksutredning

Bakgrunn og saksopplysninger

To hovedargumenter for større og mer robuste kommuner var sterkere fagmiljøer og mindre interkommunalt samarbeid. Det vises til Stortingsmelding 14 (2014-2015) - nye oppgaver til større kommuner som pekte på at det er et mål å redusere behovet for interkommunalt samarbeid gjennom større kommuner.

For tannhelsetjenestens vedkommende vil en overføring av Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene innebære en fragmentering av fagmiljøet og behov for et betydelig omfang av interkommunale løsninger for å sikre at brukerne får de rettigheter som foreslås i helse- og omsorgstjenesteloven. For alle øvrige helsetjenester legges det opp til en styrking av faglig kompetanse, mens det for tannhelsetjenesten legges opp til en svekking av etablerte fagmiljøer.

Fylkesrådmannen er bekymret for den samlede kvaliteten på ledelse, systemer og kultur, samt tjenestetilbudet i tannhelsetjenesten etter en overføring til kommunene. Dette er trolig en mer krevende problemstilling i fylker hvor kommunestørrelsen er vesentlig mindre enn den i hovedsak er i Akershus. Selv om det kan være enkelte argumenter for å overføre tannhelsetjenesten til kommunene, er det ut fra en tannhelsetilnærming best for pasientene om den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt er organisert på et regionalt nivå. Det vil være vanskelig og ressurskrevende å sikre likhet i tjenestetilbudet til befolkningen når det er flere hundre kommuner som har ansvaret for å organisere tilbudet. Rike kommuner kan gi et tilbud på nivå med dagens tjenestetilbud, mens økonomisk vanskeligstilte kommuner ikke kan det.

Forslaget om at det er opp til den enkelte kommune hvordan tjenesten skal organiseres, innebærer at det er fritt fram for kommunene å tildele offentlige oppgaver til private aktører. Konsekvensen kan bli at den offentlige tannhelsetjenesten med fokus på høy faglig kvalitet og langsiktige planer knyttet til forebygging og et samfunnsoppdrag innen folkehelsearbeidet, kan forsvinne.

Viktige følger for brukere av tannhelsetjenesten ved en fragmentering av tjenesten vil være:

- Det vil ikke være mulig å gi et likeverdig tilbud til alle prioriterte grupper over hele landet
- Tilbudet til pasienter med behov for akutt hjelp utenom tannklinikkenes ordinære åpningstid blir dårligere, fordi kommunene vil bli for små til å opprette og drifte egen tannlegevakt. Det bør være en offentlig styrt og koordinert funksjon som sikrer alle innbyggere et akutt tilbud, spesielt i helger og høytider. Dette tiltaket er ressurskrevende og krevende å samordne i en kommunal modell.
- Pasienter med behov for tannbehandling i narkose vil ha større problemer med å få tilgang til denne type behandling når over 300 kommuner skal sørge for henvisning mot dagens 19 aktører.
- Tilbudet til odontofobipasienter svekkes fordi kommunene vil bli for små til å ha egen kompetanse på fagområdet odontofobi. Dette er et tilbud om tilrettelagt tannbehandling for torturofre, personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og personer som har

invalidiserende angst for tannbehandling. Felles for disse pasientgruppene er at de ikke kan benytte seg av ordinær tannbehandling. Pågangen av pasienter er stor, og det er fra ett til flere team i fylkene i dag.

- Tilbudet til pasienter med behov for behandling i lystgass svekkes fordi kommunene vil bli for små til å ha egen kompetanse på tannbehandling i lystgass
- Tilgangen til spesialisttjenester i egen kommune vil bli dårligere fordi kommunene vil bli for små eller befolkningstettheten for liten til å dekke opp behovet for spesialisttjenester innenfor egen kommune
- Innkjøpsordninger vil bli dårligere fordi enhetene blir mindre, og det vil være nødvendig med interkommunalt samarbeidsavtaler.
- Dentaltekniske tjenester svekkes
- Det vil bli vanskeligere å ansette personell som kan dekke opp for vakanser i stillingene fordi personellet tilsettes i en kommune istedenfor en fylkeskommune.
- Tilsyns- og kontroll funksjonen blir vanskeligere å utføre fordi kontrollrutiner av den utøvende tjenesten er etablert på overordnet nivå. Funksjonen er viktig for å sikre forsvarlig behandling i hele tjenesteområdet, og derav høy pasientsikkerhet,
- Det vil bli vanskeligere å sikre faglig kompetanse. Odontologifaget er i rask utvikling gjennom forskningsbasert kunnskap og nye behandlingsmetoder. Det må derfor sikres at alle medarbeiderne får tilegne seg nødvendig kunnskap. Dette gjøres effektivt med pålagt og tilbudt etterutdanning på regionnivå.

Fylkesrådmannen ser behovet for revidering av den eksisterende tannhelsetjenesteloven slik at det blir en tydeligere grenseflate mellom personer som har rettigheter til offentlig tannhelsetjeneste og de som ikke har rettigheter. Dette gjelder i hovedsak personer som mottar ulike somatiske og psykiatriske pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Andelen personer som omfattes utgjør imidlertid en liten andel av den totale pasientmengden i offentlig tannhelsetjeneste. Av totalt 155.000 personer i de prioriterte gruppene i Akershus (A-D) er det 8200 personer (gr. B, C1 og C2) som har nære grenseflater til kommunale tjenesteområder med dagens lovgivning. Dette utgjør 5,3 % av pasientandelen under tilsyn.

Vedrørende lovfesting av krav om at kommunene skal ha knyttet til seg bestemte profesjoner

Det er uoverensstemmelse i teksten vedrørende lovfesting av krav om tannpleier i kapittel 10.1 og kapittel 3.2.5, men teksten i kapittel 10.1 legges til grunn for høringssvaret.

Fylkesrådmannen er i tvil om hensiktsmessigheten av å lovfeste krav om at kommunene skal ha knyttet til seg bestemte profesjoner ved å liste opp profesjonene i lovteksten. Årsaken er delvis at enkelte fagområder kan være overlappende, og at kommunen derfor kan få tak i nødvendig og tilstrekkelig kompetanse ved å tilsette personer med en annen yrkestittel, og delvis fordi en slik liste ikke er uttømmende og fort kan bli uaktuell.

Et eksempel på denne problemstillingen er om man skal lovfeste om kommunen skal ha knyttet til seg en tannpleier eller ikke. En tannpleier kan ikke erstatte en tannlege, da tannpleieren ikke kan utføre all nødvendig behandling. Men en tannlege kan utføre forebyggende arbeid og undersøkelser som en tannpleier kan gjøre. I en liten kommune kan det derfor være hensiktsmessig å knytte til seg bare én person, som nødvendigvis må være tannlege.

Dersom departementet holder på avgjørelsen om å liste opp profesjonene i lovteksten, er fylkesrådmannen enig i at tannlege, men ikke tannpleier listes opp.

Vedrørende personer som har rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud fra kommunene

Fylkesrådmannen antar at det er feilskrift både i kapittel 5.8.4 og i kapittel 10.1 hvor det står:

«Tannhelsetjenester, herunder til pasient og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b».

Det antas at riktig tekst skal være: «Tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, til pasient og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b».

Lovfesting av rett til tannhelsetjenester for innsatte i fengsel støttes.

Høringsnotatet slår fast at det er oppholdsprinsippet og ikke bostedsprinsippet som vil gjelde for hvilke rettigheter personer har til tannhelsetjenester. I høringsnotatets side 215 står det at «Forslaget betyr blant annet at tannhelsetjenester ikke uten videre vil bli omfattet av forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket». Denne forskriften begrenser rettighetene til personer uten fast opphold i landet.

Dette er forslaget til hvordan § 2-1 f skal lyde:

§ 2-1 f Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Pasient og bruker som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b har rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud fra kommunen, herunder nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Nødvendig tannbehandling er definert slik i Helsedirektoratets veileder (01-2011, IS 1589):

1. Akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose
2. Undersøkelse, diagnose, diskusjon om behandlingsalternativer
3. Informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule
4. Begrensning av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg
5. Behandling av patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule:
 - erstatning av skadet tannsubstans
 - tannkjøttbehandling
 - rotbehandling
6. Erstatning av tapte tenner

Etter fylkesrådmannens oppfatning kan det være nødvendig å ha inklusjonskriterier for gruppene i nåværende tannhelsetjenestelovs § 1-3 som er tenkt flyttet til kommunehelse-tjenestelovens § 3-2 b.

Gråsoner:

- Midlertidig opphold i landet (transitmottak, asylmottak, utlendinger i fengsel, utvekslingsopphold for skoleelever, ferierende)
- Midlertidig opphold i kommunen (på gjennomreise, «tannturister»)
- Midlertidig tilknytning til sykepleie i hjemmet (kortvarig sykdom eller rehabilitering)
- Midlertidig tilknytning til en helseinstitusjon (somatiske sykehus, rehabilitering)
- Midlertidig tilknytning til et fengsel (utlendinger)

Dersom opphold i kommunen skal kunne utløse rett til tannhelsetjenester på alle områdene for nødvendig tannbehandling (og spesielt punkt 6), kan det bli en økonomisk utfordring for kommuner som blir oppsøkt av personer med rett til tannbehandling etter § 3-2 b. Det bør derfor være tydelige inklusjons-/eksklusjonskriterier.

Når det gjelder grupper av rusavhengige, er det et kjent problem at tannhelsetjenestene ikke er fullført på det tidspunktet hvor den rusavhengige har fullført sitt institusjonsopphold og dermed mister sine økonomiske rettigheter. Det kan være hensiktsmessig å forskriftsfeste at den rusavhengige har krav på å få fullført en behandlingsplan som er lagt mens vedkommende var i institusjon.

Vedrørende dekning av skyssutgifter

Departementet foreslår at kommunene selv skal lage forskrifter til dekning av skyssutgifter. Skyssutgiftene vil variere fra kommune til kommune, og det kan føre til at det blir ulik grad av dekning for pasienter i de ulike kommunene avhengig av hvilke kriterier kommunene vektlegger. Det kan bli ulik grad av egenbetaling fra kommune til kommune.

Vedrørende administrative og økonomiske konsekvenser

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av overføringen, vil fylkesrådmannen peke på følgende punkter:

- Analysen er ufullstendig i forhold til funksjoner
- Analysen har ikke tatt hensyn til at det blir mange flere aktører
- Analysen har ikke tatt hensyn til transaksjonskostnader i form av samarbeid, avtaler, kjøp av tjenester

Funksjoner

Tannhelsetjenesten er en spesialisert helsetjeneste, og det er nødvendig med fagspesifikk ledelse for å kunne yte gode offentlige tannhelsetjenester. Det er behov for at ledelsen følger med og sørger for nødvendig tannbehandling, og det er nødvendig med overvåkning av kvalitet i tjenesten samt implementering av retningslinjer. Det vil være vanskelig å skaffe slik kompetanse i hver kommune, og det vil være dyrere å lede i mange kommuner fremfor i en fylkeskommune eller en region.

Med utgangspunkt i at det fortsatt vil være mange hundre kommuner i landet, har det store følger for satsingen innen eTannhelse og IKT. IKT-utfordringene i tannhelsetjenesten krever stor grad av samordning og store driftsenheter både i forhold til utvikling og gode driftsløsninger. Det vil bli krevende å ivareta hensiktsmessige og fremtidsrettede driftsløsninger når dette er fragmentert, og mange enkeltkommuner vil ikke ha den nødvendige kompetansen. Tannhelsefaglig IKT har et behov for å samle seg for å kunne klare utfordringene innenfor ehelse-området. Da vil en oppsplitting føre til stagnasjon i utvikling av løsninger tilpasset sektoren på IKT-området.

Det vil i større grad bli nødvendig å kjøpe fagutvikling i form av hospitering og eksterne kurs, fordi kommunene jevnt over vil være for små til å produsere egne kurs.

Det er nødvendig med god innkjøps- og bestillerkompetanse ved offentlige anskaffelser, og mange kommuner har ikke tilstrekkelig kompetanse på innkjøp til tannhelsetjenesten. Ved overgang til kommunal tannhelsetjeneste vil man miste storkundefordelene knyttet til innkjøp.

Aktører

Det skrives flere steder i høringsnotatet at tiltak ikke vil få administrative og økonomiske konsekvenser fordi kommunene skal gjøre det samme som fylkeskommunen gjør i dag. Endringen vil få økonomiske og administrative konsekvenser, fordi flere hundre aktører skal gjøre det samme som 19 aktører gjør i dag. En av årsakene til at det vil føre til økonomiske og administrative konsekvenser er fordi aktørene gjør ting sjeldnere og i mindre målestokk.

Transaksjonskostnader

Det gjelder for eksempel alt interkommunalt samarbeid. På side 250 i høringsnotatet heter det: «Dersom interkommunalt samarbeid får et betydelig omfang, vil dette på kort sikt kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser for samarbeidende kommuner. Det er grunn til å anta at dette særlig vil gjelde kommuner med lavt innbyggertall i områder med spredt bosetting. På lang sikt vil imidlertid interkommunalt samarbeid kunne medføre stordriftsfordeler og innsparinger.» Det er mulig at dette er riktig i forhold til om hver kommune skulle drive for seg, men det er ikke riktig i forhold til nåværende løsning hvor Den offentlige tannhelsetjenesten drives regionalt.

Departementet omtaler på side 192: «Som i dag vil det være opp til den enkelte kommune hvorvidt den vil søke å inngå avtale med pasientens hjemkommune om dekning av utgifter til tannhelsehjelp. Dette vil for eksempel være aktuelt for kommuner hvor det ligger utdanningsinstitusjoner. Disse kommunene vil med oppgaveoverføringen kunne få ekstrapluttgifter til tannbehandling av 19- og 20-åringer som flytter dit fra andre kommuner for å studere.» Det er ingen grunn til å tro at det vil være mulig å få til denne type avtaler, siden loven sier at det er oppholdsprinsippet som gjelder for finansieringsansvar.

Fylkesrådmannens anbefalinger

Ut fra en helhetlig vurdering av det som er fremlagt i primærhelsetjenestemeldingen bør hensynet til likeverdig kvalitet overfor innbyggerne i hele landet og effektivitet være avgjørende for organiseringen av tannhelsetjenesten. Det bør derfor gjøres en ny vurdering av om tannhelsetjenesten kan videreføres som en del av de nye regionenes ansvarsområde.

Oslo, 19.9.2016

Tron Bamrud
fylkesrådmann

Saksbehandler: Kirsten Nerheim Ahlsen