

Høringssvar til Oppgavemeldingen knyttet til Primærhelsemeldingen fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør IKS.

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester ble det foreslått å videreføre og styrke tannhelsetjenesten som en regional tannhelsetjeneste. Vurderingen i stortingsmeldingen var at det ikke forelå noen sterke grunner for å gi tannhelsetjenesten en annen forvaltningsmessig forankring, jf. punkt 7.1.5 side 91 i meldingen. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget hadde ingen merknader til dette, jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008).

Etter departementets vurdering vil det være fordeler ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan, sitat slutt.

Om der kan finnes eksempler på at det kan være formålstjenlig å flytte tannhelsetjenesten fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå, tror vi allikevel at forslaget samlet sett ikke vil være en god ide. Konsekvenser av en slik handling er ikke tilstrekkelig utredet. Forslaget bærer preg av en reform. Historisk har vi gått fra kommunal til fylkeskommunal forankring av tjenesten og kan se tilbake på en tid med en godt strukturert og veldrevet offentlig tannhelsetjeneste.

Det er tidligere fastslått at det skal foreligge sterke grunner for å endre forvaltningsnivået til den offentlige tannhelsetjenesten. At det nå skal foreligge sterke grunner som rettferdiggjør flytting er vanskelig å se. Det pekes på at tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og at organisatorisk og faglig integrering med øvrige kommunale omsorgstjenester vil bedre det totale tjenestetilbudet. Det framgår ikke av høringsnotatet at det er dokumentert noen sted at det i dag foreligger problemer med samarbeidet mellom DOT og kommunale omsorgstjenester som påvirker pasientene negativt. Dette er slik en påstand som notatet ikke bringer dekning for. Det er heller ikke framlagt noen utredning som sannsynliggjør at eventuelle problemer skulle kunne bedres gjennom samorganisering. Riktignok konkluderer TkS i disse dager en kvalitativ studie som fokuserer på informasjons-flyt og samhandling vedrørende tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte tjenester med rettigheter etter tannhelseloven. Det antydes et forbedrings-potensiale i rapporten. Det mener vi er fullt mulig å

bidra til og derigjennom bedre ivareta pasientenes rettigheter innenfor eksisterende organisering. Erfaringer gjort rundt pasienter med rett til individuell plan (nevnt som eksempel i høringsnotatet) tror vi også handler mer om generelle muligheter knyttet til kunnskap og vilje til å åpne for transsektoriell samhandling. Det er også grunn til å minne om at den pasientgruppen som her nevnes som eksempel bare er en liten del av DOT's totale pasientmasse. Eventuelle problemer knyttet til gruppen bør kunne adresseres med mye enklere grep enn en omorganisering av hele den offentlige tannhelsetjenesten. Det blir også gitt eksempler på barrierer for informasjonsutveksling der taushetsplikt og ulike EPJ-systemer nevnes som problematiske. Taushetsplikten er ikke avhengig av arbeidsgiver og som nevnt i høringsnotatet er ikke taushetsplikten til hinder for nødvendig informasjonsutveksling. Det handler om å gi ansatte riktig informasjon. Det er imidlertid riktig at ulike elektroniske pasientjournaler vanskeliggjør effektiv informasjonsutveksling. Dette er imidlertid ikke et problem som kan forventes løst ved en virksomhetsoverdragelse. Det er i det hele tatt vanskelig å finne vektige grunner for flytting av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene. I alle fall av tannhelsefaglig art. Den norske tannhelsemodellen har vært en stor suksess og det er vanskelig å forstå begrunnelsen bak å endre den.

Det er allerede i dag vanskelig å rekruttere ledere med tannhelsefaglig bakgrunn til å lede den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Det er liten grunn til å anta at det skulle bli lettere å sikre tannhelsefaglig lederkompetanse i mange kommuner. I tillegg vil de fagmiljøer som fylkeskommunene har bygd opp fram til i dag fragmenteres. Det er ikke gjort rede for kostnadene som vil oppstå dersom flere kommuner som i dag ikke har egen tannklinik vil bygge nye tannklinikker. Det er heller ikke beregnet tap av stordriftsfordelene med dagnes sentraliserte klinikkstruktur. Det er ikke rimelig å anta at framtidens fragmenterte tannhelsetjeneste, slik den framstår i høringsnotatet, skal kunne driftes uten økte tilskudd. Det er også vanskelig å se for seg en framtidig fordelingsnøkkel som skal kunne ta hensyn til lokale forskjeller der noen må etablere tannhelsetjeneste, og andre kanskje må avvikle sine tjenester.

Et alternativ kunne være å overføre ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til helseforetakene. Den tette integrasjonen mellom tannlegespesialistene og allmenntannlegene tilsier imidlertid at dette ikke vil være en god løsning, sitat slutt.

I det offentlige finnes det ikke en enhetlig «spesialisttannhelsetjeneste» på linje med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Noen spesialisttannhelsetjenester tilbys på statlig nivå, både på universitetene (UiO og UiB) og i spesialisthelsetjenesten. De øvrige offentlige spesialisttjenestene tilbys av fylkeskommunene, enten som enkeltspesialister eller spesialistavdelinger i DOT eller som Regionale odontologiske kompetansesentre (ROK).

De seks ROK'ene er ulikt organisert. Tre av sentrene er en del av DOT med fylkestannlege/fylkestannhelsesjef som i realiteten øverste leder. De andre tre er organisert i ulike former for interkommunale samarbeid/selskap og er ikke en formell/integrert del av DOT i eierfylkene. Offentlig organiserte spesialisttjenester er dermed ikke et enhetlig organisert tilbud og det er i beste fall upresist. I verste fall er det misvisende å benytte «spesialisttannhelsetjenesten» som et samlebegrep.

ROK'enes mandat er mer forenlig med oppgavene som utøves i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene. Blant annet har både ROK'ene og helseforetakene et aktivt/utøvende forskningsoppdrag hvor helseforetakene allerede har en etablert forskningsinfrastruktur. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil få et lovfestet pålegg om å bidra til forskning, men de skal ikke bli egne forskningsinstitusjoner. De andre mandatområdene til ROK'ene (tverrfaglige spesialisttjenester, rådgivning, etter- og videreutdanning) er mer i samsvar med helseforetakenes oppgaver og erfaringsområder enn oppgavene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. ROK'ene skal ha en regional funksjon mens kommunene i utgangspunktet kun har et lokalt ansvar. ROK'ene anses derfor å ha bedre forutsetninger for å oppfylle mandatet i samarbeid med/i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene. Det foreslås at det jobbes videre med å finne en god og hensiktsmessig måte å integrere ROK'ene i de regionale helseforetakene. En forutsetning for en velfungerende og faglig progressiv spesialisttannhelsetjeneste er at kompetansen samles i robuste fagmiljøer. Det er en nokså liten del av tannlegene i Norge som har spesialistutdannelse. I helsevesenet forøvrig er spesialisthelsetjenesten organisert i regionale helseforetak som sikrer god fordeling av kompetanse nasjonalt samt samling av nødvendig kompetanse regionalt. Primær samarbeidspartner for øvrig spesialisthelsetjeneste er primærhelsetjenesten som er kommunal. Det framstår derfor merkelig når det argumenteres for at spesialisttannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene bør ha samme forvaltningsnivå som den offentlige tannhelsetjenesten fordi allmenntannlegen er primær samarbeidspartner. Det er også en betydelig andel av pasientene ved ROK som er henvist fra den private tannhelsetjenesten som utgjør 2/3 av tannlegene i Norge.

Det pekes på to ulike modeller for organisering av ROK. Den ene ved rammeoverføring til alle kommuner der de må sørge for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester med samarbeid med ROK eller andre private spesialister. Den andre med midler direkte til vertskommune. Dersom en skal sikre faglig og økonomisk forutsigbarhet og god utvikling for ROK er det helt nødvendig at aktiviteten finansieres direkte og ikke blir avhengig av enkeltkommuners økonomi. Det er ingen grunn til å tro at den generelle kommuneøkonomien vil bli markant bedre ved omorganiseringen. Heller ikke med større kommuner og nytt inntektssystem. I notatet påpekes det gjennomgående på at endringene ikke vil kreve ytterligere finansiering. Direkte overføring

av midler fylkene allerede får skal gis som rammetilskudd. Det vil igjen si "frie" midler. Erfaringsmessig vil det allikevel komme ekstra kostnader til i forbindelse med overføringer/driftsendringer.

Når det heller ikke planlegges en lovendring som pålegger kommuner å drive forskning på tannhelse er det vanskelig å se at vertskommunene vil prioritere midler for dette til de regionale kompetansesentrene så lenge midlene ikke er øremerket. Det er dessuten en forutsetning for klinisk forskning, fagutvikling og utdanning av tannhelsepersonell at det er god tilgang på egnede pasienter til ROK. Det er ikke vanskelig å forestille seg at henvisninger til ROK vil kunne begrenses av enkelte kommuners økonomi så lenge det er den enkelte kommunes ansvar å bedømme hva som er nødvendig tilgang på spesialisttannhelsetjenester og de selv må finansiere det. Det kan også bli en utfordring å bevilge tilstrekkelig midler til etterutdanning av tannhelsepersonell. Dette kan i sin tur undergrave et viktig mandat ved ROK, nemlig desentralisert etterutdanning.

Vi vil peke på at de enkelte kompetansesentrene ikke vil kunne opprettholde nødvendig klinisk aktivitet med pasienter kun fra vertskommune. Det sannsynlig store antall samarbeidsavtaler som vil følge skal også generer transaksjonskostnader i en skala høringsnotatet ikke forutser. Et annet moment er hvorvidt vertskommunene ser seg tjent med å bruke midler på å videreutvikle ROK så lenge de selv bare er pålagt å sørge for spesialisttannhelsetjenester for de som bor og midlertidig oppholder seg i vertskommunen. Det kan være grunn til å frykte en nedskalering av aktiviteten ved ROK både klinisk og med tanke på forskning.

Vi vil som en sum av disse vurderinger fraråde at Den offentlige tannhelsetjenesten overføres til større og robuste kommuner og ber om at uansett hva som skjer vurderer å forankre kompetansesentrene på et statlig nivå dersom regional forankring er utelukket.

Arendal, den 27.09.2016

ved Jan Ingve Helvig, daglig leder TkS.

