



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

September 2016

Høringssvar fra Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi - Forslag til oppfølging av Primærtannhelsemeldingen og Oppgavemeldingen mv, kapittel 5

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen (heretter «høringsnotatet»). Høringsfristen er satt til 1. oktober 2016.

Kort om Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi

Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi (NFKAR) ble stiftet 15. mai 2002. Foreningen er en spesialistforening i Den norske tannlegeforening (NTF) og har 32 medlemmer, hvorav 23 er ordinære og 9 er assosierte medlemmer. Samtlige norske kjeve- og ansiktsradiologer er medlemmer av foreningen. I tillegg finnes noen få skandinaviske kjeve- og ansiktsradiologer som ikke bor i Norge, men likevel arbeider i Norge via telemedisinske løsninger som ikke er medlem av foreningen.

Kommentarer til høringsnotatet

NFKAR deler NTFs alvorlige bekymring for at forslaget om å overføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen slik det skisseres i høringsnotatet vil svekke den norske tannhelsemodellen og medføre negative konsekvenser for befolkningens tannhelse. Det er vårt syn at overføringen ikke kan gjennomføres ut fra det grunnlaget som foreligger i høringsnotatet. En grundig utredning av konsekvensene og en betydelig mer konkret plan for overføringen må fremlegges før det er forsvarlig å ta stilling til realitetene i saken. Vi tolker i tillegg forslagene i høringsnotatet mer som en tannhelsereform heller enn en ren oppgaveoverføring.

NFKAR stiller seg bak NTFs høringsuttalelse til forslagene i høringsnotatet, men ønsker likevel å kommentere følgende spesifikt:

- NFKAR mener at regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK), samt ansvaret for spesialisttannhelsetjenester generelt, ikke bør overføres til kommunalt nivå



sammen med en eventuell overflytting av den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Vi er bekymret for at den regionale funksjonen til ROK vil kompliseres og utvannes på kommunalt nivå, noe som ikke er hensiktsmessig for å oppfylle mandatet til ROK på en god måte.

- Vi er sterkt kritiske til at følgende lovformulering i nåværende tannhelsetjenestelov hhv §1-3 og §2-2 ikke videreføres i forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov: «Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.» og «For hjelp til grupper som nevnt i § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til c, kan det med unntak for kjeveortopedisk behandling, ikke kreves vederlag.» Lovkravet om å prioritere forebyggende behandling anses som en viktig årsak til at dagens offentlige tannhelsetjeneste har et velfungerende og veletablert folkehelsearbeid og sterkt fokus på forebyggende behandling, noe som har bidratt til befolkningens gode tannhelse i dag. Å henvise til bestemmelser i en mer generell Lov om folkehelsearbeid synes ikke tilstrekkelig for å sikre fortsatt prioritering av forebyggende tannhelsetjenester i kommunal sektor. Det synes også særlig viktig å videreføre retten til gratis tannhelsetjenester for de mest utsatte gruppene. Denne retten synes for viktig til å kun forvaltes ved forskrift.
- NFKAR stiller seg sterkt imot forslaget som vil gi mulighet for kommunal regulering av privat tannlegevirksomhet/spesialisttannlegevirksomhet som ikke har avtale med kommunen (forslag til lovtekst i helse- og omsorgstjenesteloven 3-2 fjerde ledd andre punktum). Tannlegespesialister – og i særdeleshet spesialister i kjeve- og ansiktsradiologi - vil i all hovedsak motta henvisninger fra flere enn én kommune. I tillegg til det rent prinsipielle ved å pålegge urimelige reguleringskrav for tannhelsetjenester som fullt ut opererer i det frie markedet, synes det komplisert og lite hensiktsmessig at en kommune skal kunne regulere virksomheter som i stor grad yter tjenester ut over kommunegrensene.

Følgende forhold er av særlig betydning for vårt standpunkt:

Kort om spesialiteten

Fagdisiplinen kjeve- og ansiktsradiologi omhandler bildediagnostikk av tenner, kjever og tilgrensende deler av ansiktet. Utredningene utføres av spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi når det er behov for mer avanserte radiologiske utredninger enn det som vanligvis gjennomføres i tannlegevirksomheter, for eksempel ved bruk av CT/CBCT. Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi benyttes også når det er behov for ny vurdering av allerede utførte undersøkelser (second opinion vurdering).

De som hyppigst henviser pasienter til kjeve- og ansiktsradiolog er andre tannlegespesialister. I dag er det 1 kjeve- og ansiktsradiolog per ca. 300 000 innbyggere i Norge.



17 praktiserende kjeve- og ansiktsradiologer er medlemmer i NFKAR (2016). Disse er bosatt i Oslo (6), Bærum (2), Halden (1), Bergen (3), Askøy (1), Stavanger (2) og Sverige (2). I løpet av 2017 kommer 2 nye spesialister til å bli uteksaminert, hvorav en blir boende i Trondheim.

Organisering

12 av kjeve- og ansiktsradiologene er knyttet til de odontologiske lærestedene i Oslo, Bergen og Tromsø i hel- eller deltidsstilling. 3 er knyttet til ROK på hel- eller deltid og 2 er knyttet til sykehus på deltid. Flere arbeider også i privat sektor, noen på heltid, men de aller fleste på deltid.

Samarbeid

Spesialistene i kjeve- og ansiktsradiologi har et godt samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) gjennom henvisninger.

Vi har likevel en mindre, men generell utfordring med finansiering av CT/CBCT-undersøkelser på barn og ungdom når henvisningen kommer fra kjeveortoped/ved kjeveortopedisk problemstilling, hvor en del fylkeskommuner velger å ikke betale for undersøkelsene. Disse undersøkelsene finansieres heller ikke via folketrygden av HELFO, og foresatte må da betale full pris.

Det har vært noen organisatoriske samarbeidsutfordringer mellom universitet og kompetansesenter i områder hvor disse er samlokalisert.

Kjeve- og ansiktsradiologer har for øvrig utstrakt samarbeid med leger – både radiologer, ØHN spesialister, revmatologer, fastleger, m.fl. - og sykehus (Kjevekirurgiske seksjoner/ØNH avdelinger, Nasjonalt senter for oral helse ved sjeldne diagnoser (TAKO senteret) ved Lovisenberg sykehus, LKG-team i Oslo og Bergen, Craniofacialt team ved OUS, etc.).

Kjeve- og ansiktsradiologer kan praktisere telemedisinsk/teleradiologisk og er således i mindre grad yrkesmessig stedbundne til bosted enn andre tannlegespesialister.

Behovet for kjeve- og ansiktsradiologer

Det har vært vanskelig å estimere behovet for kjeve- og ansiktsradiologer i Norge. Tradisjonelt har kjeve- og ansiktsradiologer kun vært knyttet til de odontologiske lærestedene, men etter at spesialiteten ble godkjent i 2007 har det skjedd en betydelig teknologisk utvikling som har gitt nye muligheter for bedre diagnostikk og behandlingsplanlegging og et økt klinisk behov for spesialiteten både i offentlig og privat sektor. Også økt fokus på odontologisk forskning og forskning i tannhelsetjenesten, samt strengere krav til strålevernskompetanse med dertil økt behov for etterutdanning for tannhelsepersonell har gitt et økt behov for kjeve- og ansiktsradiologisk spesialistkompetanse. Per i dag anses det å være behov for kjeve- og ansiktsradiologer på alle de offentlige institusjonene, dvs. universiteter med tannlegeutdanning og odontologiske kompetansesentre samt sykehus med oral/kjeve-kirurgiske seksjoner. I privat sektor er det



fremdeles vanskelig å beregne behovet. Per i dag estimerer vi at det er ca. 5 fulle private årsverk, og behovet synes å være økende.

Med vennlig hilsen

Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi

Caroline Hol
Leder