



Innspill til tannhelseutvalget

Oral helse er kanskje en av de tydeligste sosiale markørene vi har i Norge i dag. Dårlig munnhelse er stigmatiserende, og har store konsekvenser både for enkeltindividet og samfunnet som helhet.

Tannhelsetjenesten, både den offentlige og den private, bør innrettes slik at den stimuleres til å prioritere forebyggende og helsefremmende tiltak i betydelig større grad enn i dag. Dette i tråd med Rose sitt forebyggingsparadigme som sier at: «Hvis sykdomsrisikoen er utbredt, er virkemidler som reduserer risiko for hele befolkningen, mer effektive i å redusere sykdomsbyrde enn det høyrisikotilnærming er, der virkemidlene er siktet inn mot bare de individene som har en betydelig forhøyet risiko for å få sykdommen»

Lovverk

Dagens tannhelsetjenestelov er på mange områder utdatert og må endres. Det vil også endringene i loven, som nå ute til høring være, når den eventuelt trer i kraft. Dette er som en følge av at rettighetsgruppene i § 1-3, baserer seg på avledede rettigheter enten i form av at man hører til en viss aldersgruppe, eller at man har en viss tjeneste. Når tjenestene, eller lovverket til tjenestene, som gir rett på gratis tannbehandling endrer seg, uten at det at det medfører endringer i tannhelsetjenesteloven, gjør dette at lovens intensjon ikke lenger oppfylles, og man blir overlatt til tolkninger. Helsedirektoratet har gjort en god jobb med å tolke lovverket, men likevel ser man at det i enkelte tilfeller oppstår tvil. Dette må det gjøres noe med for å unngå ulikheter i tilbud fra fylkeskommune til fylkeskommune.

Helsefremmende og forebyggende arbeid bør få en enda større plass i det lovverket som regulerer tannhelsetjenesten. Hvis man kan finne økonomiske insentiver for både offentlig og privat sektor vil dette bli prioritert.

Samhandling

Samhandlingen med andre helsetjenester må styrkes. Personer med størst behov for tannhelsetjenester, har ofte behov for andre helsetjenester. Som eneste helseaktør på fylkeskommunalt nivå er tannhelsetjenesten avhengig av et utstrakt samarbeid med primærhelsetjenesten og til en viss grad spesialisthelsetjenesten. Samhandling kan enten styrkes gjennom endret organisering, f.eks. at helsetjenester legges til samme forvaltningsorgan, eller gjennom teknologi. Teknologiske løsninger, vil kunne gjøre dialogen mellom tannhelsetjenester, kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester enklere og raskere. Direkte elektronisk dialog mellom sykehjem og tannklinikk, eller fastlege og tannklinikk vil være et kjempeløft for tjenesten.

Skal helsetjenesten som helhet lykkes med å tilby gode tjenester til hele befolkningen livet ut må det legges til rette for helhetlig tenkning i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Klarer vi å redusere behovet for tannbehandling, vil vi redusere kostnadene i tjenesten og pasientene for det ubehaget det er å gjennomgå behandling.



Samhandlingen mellom den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og privat sektor bør også styrkes. Slik tjenesten er organisert i dag er offentlig og privat sektor til en viss grad avhengig av hverandre. Fylkeskommunen får dekket sitt «sørge for-ansvar» til den voksne betalende delen i befolkningen gjennom private tannhelsetjenester, samtidig som at DOT gir et tilbud til de gruppene loven (og budsjettvedtak) gir rettigheter. Det er viktig at muligheten DOT har til å bruke restkapasitet på voksne betalende pasienter opprettholdes for å utvikle ferdigheter som kommer til nytte på mer komplekse utfordringer, som ofte finnes blant de pasientgruppene som i dag har rettigheter i DOT.

Tannhelseutvalget skal vurdere hvordan det en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret skal gjennomføres. Dette kan tolkes som en styrking, eller en økning, av rettighetsgrupper i DOT. Eventuelle endringer som foreslås bør være treffsikre, slik at man gir rettigheter til de som har størst behov.

Hvis man ikke får løst rekrutteringsutfordringene til distriktene i offentlig sektor, vil det å legge nye oppgaver til fylkeskommunene ende opp med å være et tilbud i sentrale strøk og byer.

Det bør også vurderes av hvorvidt en utvidelse av det offentlige ansvaret kan ivaretas gjennom refusjon i folketrygdloven både i DOT og privat tannhelsetjeneste. I så tilfelle vil man kunne regulere de samlede personellressursene i tjenesten ved å gi begrensninger på hvem, eller hvor mange, innenfor en gitt befolkning som har refusjonsrett hos HELFO. Ulempen med en slik ordning vil kunne være at etableringskostnader ved kjøp av praksis kan bli svært høye.

TOO har vært et satsningsområde over flere år. Tilgjengeligheten i tilbudet varierer imidlertid etter hvor i landet man bor. Spesielt i distriktene er det en utfordring til å få tak i tilstrekkelig personell, både tannhelsepersonell og psykologer.

Fylkeskommunene må mange steder, på grunn av ledighet i stillinger eller rekrutteringsutfordringer, prioritere mellom pasienter med stort behov for tannbehandling (f.eks. pasienter som hører inn i TOO-ordningen), og pasienter med lovfestede rettigheter. Dette gjør at etableringen av tilbudet går sakte, selv om det finnes økonomiske midler tilgjengelig. At Helsedirektoratets lønnsnorm ligger som en føring for lønnsnivået, gjør at det i Distrikts-Norge implisitt ligger en forventning om at fylkeskommunene må bidra økonomisk i form av lønn til tannleger.

Psykologer rekrutteres til fylkeskommunene for behandling av angstlidelser og videreutvikling av TOO-tilbudet. Dersom konkurransesituasjonen for psykologer er noe lignende den som er for tannhelsepersonell, burde man se på hvordan man kan samhandle i stedet for å konkurrere om personellet på tvers av forvaltningsnivåer, eller om det er riktig at tannhelsetjenesten skal drive utstrakt angstbehandling.

Personellressurser

Fylkeskommunen har, slik loven legger opp til, ingen oversikt over tannhelsepersonell i eget fylke, utover egne ansatte. Vi vet det er en stor andel i privat sektor, men ikke hvor mange og hvor disse arbeider. Dog virker det til å være en overetablering i byer med odontologiske fakultet.



Samtidig sliter mange fylkeskommuner med å få tak i tilstrekkelig personell til å ivareta fylkeskommunens ansvar om tilgjengelige tjenester i distriktene. En regulering av markedet kan være aktuelt for å få fordelt personellet rundt om i landet. Etableringskontroll kan gjøres i form av:

- turnustjeneste eller plikttjeneste
- regulering i hvor mange innenfor et gitt område som kan sende refusjonskrav til HELFO
- økt grad av praksisutplassering for studenter

Ifølge Helsepersonellkommissjonens rapport er kun 47 % av alle autorisasjoner for tannleger som gis årlig fra norsk studiesteder. Resten kommer fra utlandet. Helsepersonellkommissjonen legger også til grunn at for at Norge skal være selvforsynt med helsepersonell, bør 80 % av personellet utdannes ved norske studiesteder. Et lignende prinsipp kan også gjøres gjeldende for odontologi. Det vil imidlertid kreve at man enten øker kapasiteten ved dagens studiesteder eller oppretter flere studiesteder.

Tar man utgangspunkt i dagens studiesteder, vil man kunne tenke seg å øke kapasiteten gjennom at studentene i større grad tar den praktiske opplæringen ute i den offentlige tannhelsetjenesten, etter modell av Universitetet i Tromsø. Det vil kunne frigjøre plass til flere studenter ved universitetene og den offentlige tannhelsetjenesten vil kunne lykkes med å rekruttere tannhelsepersonell til distriktene gjennom studenter som har vært utplassert, bodd og skapt forbindelser i distriktene.

Kvalitet

Tjenesten mangler i dag kvalitetsregistre og analytisk kapasitet i tjenesten. Det gjør at effektivisering tiltak og forslag til gunstige ressursbesparelser av driften og den daglige pasientbehandlingen ikke er basert på tilgjengelig styringsdata fra journalsystemene. Dette arbeidet er påbegynt via innsamling av tannhelsesdata i KPR, men vil med økt prioritering kunne gi fordeler for tannhelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester via utvikling og kvalitetsforbedring.

Kvalitetsarbeidet i tjenesten har potensiale. Det foreligger lite offentlig informasjon om feil og avvik i forbindelse med behandling i tjenesten. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier § 6 hva som skal registreres. Tjenesten selv skal ha oversikt, men det foreligger ingen offentlige registre utover saker i NPE. Tall fra NPE viser at det i perioden 2020 – 2022 var 176 saker fra offentlig tannhelsetjeneste, hvorav 45 % fikk medhold. Systematisk arbeid med håndtering av avvik og forbedringsforslag vil bidra til å øke kvaliteten i tjenesten over tid.