

Innspill til Tannhelseutvalgets arbeid

Vi, tannhelsepersonell i Vestfold og Telemark fylkeskommune, takker for muligheten til å gi innspill til Tannhelseutvalgets arbeid.

Tannhelsetjenesteloven og andre viktige rammer rundt tannhelsetjenesten har i hovedsak vært uendret over lang tid til tross for betydelige endringer i sykdomsbilde, demografi og behandlingsmuligheter. De tiltak som er gjort bærer preg av å være mindre justeringer innenfor eksisterende rammer. Det er også usikkert om tiltak har vært egnet til å løse problemene man ønsket, og om effektene har vært som forventet.

Innspill 1 – kunnskap og data

Det er behov for mer kunnskap om tannhelse og tannhelsetjenesten. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til:

- Ressursbruk
- Helsetilstand og utvikling
- Effekt av tiltak på individnivå
- Effekt av tiltak på gruppenivå
- Effekt av finansiering

For å sikre dette bør det opprettes både et nasjonalt helseregister og et nasjonalt kvalitetsregister for tannhelse. Om dette faktisk kan være ett register avhenger av metode for innsamling og kvalitet på data samt hvordan data gjøres tilgjengelig styring og kvalitetsforbedring i tannhelsetjenesten.

En foretrukket modell kan være å etablere et Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for tannhelse som styringsdata. Et klinisk kvalitetsregister for fagutvikling og forskning bør komplettere dette. Grunnen til at et klinisk kvalitetsregister er foretrukket er at KPRs mandat i for liten grad legger til rette for fagutvikling og forskning, men hvis dette kan forbedres vil det ikke være behov for to registre.

Uansett modell er det viktig at nasjonale registre for tannhelse baserer seg på nasjonale og internasjonale standarder, åpne og tydelige modeller og kvalitetsmessig god innsamling av data. Det er også viktig at man benytter eksisterende strukturerte data i størst mulig grad slik at man følger «bare en gang»-prinsippet og unngår dobbeltregistrering.

Til sist er det behov for et sterkt, kompetent fagmiljø for etablering av datainnsamling, analyse og utvikling av systemer for registrering av tannhelsesdata. Dette kan være miljøer etter modell av de sterke registermiljøene som er i Helseforetakene, som Kreftregisteret og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon i helsesektoren).

Det sentrale er at tannhelsetjenesten må gis mulighet, finansiering og mandat til å opprette et sterkt fagmiljø.

Innspill 2 – Forskning og utdanning

En naturlig del av behovet for økt kunnskap er at den utøvende tannhelsesektoren gis mulighet og mandat til å være mer aktiv innenfor forskning og utdanning. Dette ivaretas i dag av universitetene og de regionale kompetansesentrene for tannhelse, også noen ganger i samarbeid med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Vi mener at man bør vurdere om den utøvende tannhelsetjenesten skal pålegges en forskningsplikt på linje med det man har i øvrig helsesektor.

Den offentlige tannhelsetjenesten bidrar i dag til grunnutdanningen for tannhelsepersonell gjennom å stille til rådighet praksisplasser. Dette er en aktivitet som bør videreføres. I tillegg bør man vurdere å reservere et visst antall studieplasser til studenter med avtale om senere etablering i områder med rekrutteringsutfordringer.

Innspill 3 – Organisering

Den offentlige tannhelsetjenesten yter helsetjenester til særskilte grupper og bidrar til helsefremmende arbeid i hele befolkningen. Den offentlige tannhelsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar, og det står i mandatet at dette legges til grunn for det videre arbeidet.

Tannhelsesektoren er todelt, med en privat og en offentlig del. Det har vært en suksess for å levere gode og effektive tannhelsetjenester til befolkningen. Det har også vært viktig med samarbeid og lokale tilpasninger for å sikre et godt befolkningstilbud og attraktive arbeidsvilkår for de ansatte.

Det er viktig at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fortsatt tilbyr tjenester til den betalende, voksne befolkningen; primært for å kunne gi et relevant og nært behandlingstilbud i hele landet. Samtidig bidrar dette til å sikre gode arbeidsvilkår og fagutvikling for ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Innspill 4 – Finansiering

Dagens finansieringsordninger er både underfinansierte og uryddige, slik at det kan stilles spørsmål ved om stønadsordningene er reelle sett i forhold til intensjonen.

Det viktigste innspillet er at ordningene bør styrkes, samkjøres og tydeliggjøres. Enhver ordning må være tilstrekkelig finansiert til å oppnå sitt formål. I et slikt arbeid bør det odontologiske behovet være førende for hvem som inkluderes i stønadsordningene. Videre er det viktig å se at det odontologiske behovet er til stede hos en rekke personer med sammensatte behov *før* tannhelsen har kollapset som en konsekvens av de sammensatte utfordringene. Det burde også åpnes for at flere diagnoser og sammensatte behov kan utløse en individbasert rettighet fremfor en rammefinansiert rettighet.

For den fylkeskommunale tjenesten er det viktig at det er tydelig hvilke pasienter som faller innenfor fylkeskommunens ansvar for å yte tjenester, og hvilke kriterier som gjelder for å inkludere/avgrense pasientens rettigheter. På samme måte er det viktig at individaserte, trygdefinansierte rettigheter er tydelig definert for å unngå overlapping, uklarhet og at pasienter faller mellom stoler.

Utvalget er gitt mandat til å se på utvidelse av det offentlige engasjementet. Når endringer eller utvidelser vurderes er det som sagt viktig med tydelige kriterier og ikke minst tilstrekkelig finansiering slik at tiltakene blir reelle.

Innspill 5 – Oppgavefordeling i tannhelsetjenesten

I flere fora hevdes det at sykdomstilstanden i befolkningen er så god at behovet for tannhelsepersonell vil reduseres så kraftig at man får overdekning av personell. Dette mener vi er en påstand som burde underbygges med vesentlig mer kunnskap før den kan tillegges vekt i utvalgets arbeid. Erfaringene som meldes fra tjenesten er et stort, udekket behov for tannhelsetjenester hos personer med sammensatte problemer. I tillegg blir behovet hos eldre både mer omfattende og mer komplisert etter hvert som de eldre lever lengre og har stadig flere og mer kompliserte tannkonstruksjoner i munnen når de møter alderdommen. Utover dette har tjenesten ansvar for flyktninger og innvandrere som kan ha kulturelle, sosioøkonomiske og språklige utfordringer i møte med den offentlige tannhelsetjenesten.

Behov for mer kunnskap er viktig for å unngå at man baserer beslutninger på synsing og antakelser.

Vi mener at tannhelsetjenesten må jobbe smartere for å ivareta en stadig eldre befolkning på en god måte. Oppgaver må løses av personell med riktig kompetanse. I mange tilfeller innebærer dette å sette personell med lavere utdanning i stand til å overta oppgaver fra personell med høyere formell kompetanse.

Geografisk spredning omtales særskilt, men også for å kunne gi et tilbud over hele landet er det viktig med god oppgavefordeling. Det er viktig å sørge for at det sentrale teamet av behandlere - tannhelsesekretær, tannpleier og tannlege - kan levere de aller fleste tannhelsetjenester befolkningen har behov for. Spesialisering bør motvirkes, og allmenntannlegen må heller settes i stand til å gjøre det aller meste gjennom gode konsulteringsordninger. Tannpleiere må benyttes mer aktivt både i den direkte pasientrelasjonen, og i tverrfaglig forebyggende og helsefremmende arbeid.

Innspill 6 – Samhandling med øvrig helsetjeneste

Tannhelse er en like integrert del av en helhetlig helse som alle andre områder på kroppen. De særtrekk som kjennetegner munnen er på ingen måte en grunn til å ha det store kulturelle skillet som ofte observeres. At munnen er en del av kroppen må gjenspeiles i at tannhelsetjenesten er en naturlig, integrert del av en helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

Tannhelsetjenesten må være en del av både planlegging av og levering av tilbudet til personer med sammensatte behov.

Tannhelsetjenesten må være en naturlig samarbeidspartner for andre helseprofesjoner, og munnhelsens betydning for både livskvalitet og generelt god helse.

De viktigste tiltakene for å oppnå dette er knyttet til kulturendringer og vanskelig å konkretisere. Det handler om å inkludere munnhelse i utdanningen for alt helsepersonell. For eksempel bør munnstell være en like naturlig del som all annen hygiene i utdanningen av pleiepersonell.

En mulig løsning kan være å etablere strukturer som sikrer økt samhandling. Eksempler på dette kan være:

- Krav om formalisert samarbeid mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og kommunal pleie og omsorg for å bidra til ivaretagelse av munnhygiene på linje med all annen hygiene.
- Gjøre munnhelse og tannhelsetjenesten til en del av arbeidet med individuell plan.
- Inkludere tannhelsetjenesten i utredning og gjennomføring av den nasjonale løsningen for behandlingsplan.

- Inkludere tannhelsetjenesten i andre nasjonale løsninger som kjernejournal, e-Resept, Pasientens Legemiddelliste osv.

Innspill 7 – Geografisk god og stabil dekning av tannhelsetjenester

Tannhelsetjenester bør være tilgjengelig nær befolkningen over hele landet. Dette kan være krevende for en tjeneste som går mot større grad av spesialisering og hvor det er faglig viktig å bygge solide fagmiljø.

Man kan ikke forvente at alle deler av landet skal ha tilbud om tannhelsetjenester på sitt hjemsted. For å levere kvalitetsmessig gode tjenester må det være mulig å bygge kompetansemiljøer av en viss størrelse. Her er det viktig å ha en viss samlokalisering av tilbud, og det er viktig å etablere gode løsninger for tele-odontologi som kan benyttes for pasientkonsultasjoner og dialog mellom tannhelsepersonell.

For å sikre best mulig tjenester, nærmest mulig befolkningen i alle deler av landet er det viktig at det gis mandat og mulighet til å koordinere og styre etablering og leveranse av tannhelsetjenester. Det er også viktig å åpne for samarbeid om oppgaveløsning mellom den offentlige og private sektoren. For eksempel bør den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt prioritere å levere tjenester til den voksne befolkningen der det er liten grad av privat etablering.

Det er derfor viktig at det ikke innføres begrensninger i den offentlige tannhelsetjenestens mulighet til å levere tjenester til den voksne, betalende delen av befolkningen.

Fylkeskommunene må settes i stand til å gjennomføre både rekrutterende og stabiliserende tiltak. Lønn er et viktig element for å sikre en stabil bemanning, og dette må reflekteres i rammefinansieringen. I dag innføres det rettigheter som langt på vei må delfinansieres av fylkeskommunen. Det er svært uheldig. Også tiltak som kompetanseutvikling, fagmiljø og ikke minst variasjon i arbeidshverdagen er viktig.

Mulighet til å behandle alle befolkningsgrupper er derfor et viktig tiltak for stabilisering av bemanning i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Følgende tannhelsepersonell har gitt sin aktive støtte til dette innspillet

Ida Steinstad	Yvonne Vignes	Åshild Lia Hvitstein
Aksel Wikant	Monika Gran	Anne Maurtvedt
Christine Beier	Turid Kristoffersen	Lisa Lagethon Bjørnstad
Agnes Haugan	Anne Birgit Almendingen	Kristin Evje Risvold
Hild-Ada Bakke	Vintermyr	Kristina Holmqvist
Benthe Sogn	Robert Austheim	Kathinka Gustavsens Beisland
Hanne Eftedal	Gabriele Sjøblom	Annika Espervik
Gurprem Singh Buttar	Elisabeth Sandvik Tanum	Live Lid Breiland
	Kristina Isaksen	

Eirik Østhus

Mona Hansen Bucher

Ole Tuft

Ingwill Laudan Aasen

Siri Breivik Ellingsen

Lilli Ann Mellum

Ida Nikoline Kittelsen

Kjersti Heggem Bogenes

Sarune Lipskyte

Gro Monefeldt Winje

Gunhild Anette Eriksen

Heidrun Grytå Nordengen

Jørn Andre Jørgensen

Vuong Vu