

Vedlegg

til høringsvar fra Det odontologiske fakultet ved UiO

Dette vedlegget kommenterer virkelighetsbeskrivelsen i departementets høringsnotat «*Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mm.*»
Kommentarene knytter seg primært til beskrivelsene i kapittel 5.3 *Dagens tannhelsetjeneste. Særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk.*

Den offentlige tannhelsetjenesten behandler i følge høringsnotatet «En liten andel av voksenbefolkningen over 20 år (5 %).»

Det fremgår også at «antall voksne betalende har økt med om lag 5 % fra 2008 til 2014».

Kommentar: Fakultetet vil bemerke at denne utviklingen vil kunne gå på bekostning av de oppgavene som Den offentlige tannhelsetjenesten primært har. Spesiell bekymring knytter seg til tilbudet til pleietrengende i hjemmesykepleie og sykehjem.
Etter til dels omfattende sammenslåing og sentralisering av offentlige tannklinikker er det lite sannsynlig at en større andel av befolkningen i distrikt har fått enklere tilgang til offentlige klinikker enn de hadde tidligere, der driftsgrunlaget for privat tannlegevirksomhet ikke eksisterte. Noe av begrunnelsen for å behandle betalende voksne har vært at de ikke hadde private alternativer lokalt. Det er riktignok en stor tannhelseforbedring i befolkningen, men at Den offentlige tannhelsetjenesten har kapasitet til å la så mye som 20 % av sin virksomhet skje på betalende voksne uten rettigheter etter loven fremstår som underlig.

Side 93:

«Andelen personer over 60 år er i 2013 høyere enn andelen under 15 år og i 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Det ventes derfor at behovet for tannhelsehjelp blant eldre vil øke, mens behandlingsbehovet for barn og unge forventes å reduseres som følge av generelt bedret tannstatus.»

Kommentar: Bedret tannhelse hos barn og unge fremgår av offentlige statistikker.

Undersøkelser av voksnes tenner, slik som i Trøndelagsundersøkelsene, Osloundersøkelsen og i en ny doktorgrad fra UiO, bekrefter ikke en betydelig sykdomsutvikling hos friske eldre. Dagens 35-åringer hadde i snitt seks tenner med behandlingsskrevende skade eller fyllinger da de var 18 år. Dagens 18-åringer har litt under 4 tenner i tilsvarende situasjon. Fremskrevet til 2035, når dagens 35-åringer er 54 år, vil gruppen 0 – 54 år utgjøre snaut 70 % av befolkningen. Dette gir en pekepinn på fremtidig behov for tannbehandling.

Side 94:

«Etableringen av tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er det tiltaket som har hatt størst fordelingseffekt innenlands. De første tannlegene ble utdannet derfra i 2009. Rundt 80 prosent av de som er utdannet i Tromsø frem til 2015 har tatt arbeid som tannlege i de tre nordligste fylkene. Som eksempel kan nevnes at andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Finnmark er blitt redusert fra om lag 40 prosent i 2003 til 2,2 prosent i 2014. I samme periode

ble antall ubesatte stillinger i Nordland redusert fra om lag 30 prosent til 3 prosent. Per i dag er det Troms, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal som har høyest andel ubesatte tannlegestillinger.»

Kommentar: Det skal i denne sammenheng ikke underslås at utdanningen i Tromsø – i tillegg til lokaliseringen - også har medført et potensiale for 280 flere tannleger. Dette i tillegg til norske studenter i utlandet som, i følge Statens lånekasse, i 2015 utgjorde ca. 250 odontologistudenter. Det fremstår som mer paradoksalt at Troms fylke fortsatt har bemanningsproblemer.

Side 95:

Her forklarer departementet de faglige fordelene ved sentraliseringen av offentlige tannhelseklinikker.

Kommentar: Dette er en beskrivelse som støttes. På bakgrunn av den lokale motstanden man har sett i tilknytning til nødvendig nedlegging av mange små klinikker, er det imidlertid all grunn til å tvile på at denne utviklingen ville kunnet skje ved en kommunal forankring slik det nå legges opp til.

Side 95:

I notatet beskrives følgende: *«På landsbasis er det store variasjoner i dekningsgraden av spesialister, med høyest andel i Oslo og Hordaland.»*

Kommentar: Det er riktig at andelen spesialister er stor i Oslo og Bergen, men høringsnotatet overforenkler fordelingen av spesialister. Fakultetet viser til den mer presise omtalen som ble gjort i St. Meld 35. (2006 – 2007) som er betydelig mer dekkende, og som ikke forsvarer lokaliseringen av to av fem regionale kompetansesentre (Oslo og Bergen). Departementet ser ikke ut til å ha vurdert fremtidig behov for tannlegespesialister på en betryggende måte når oppgavene til de regionale kompetansesentrene planlegges. Aktivitetene ved ROKene som listes opp på side 96 bygger i liten grad på relevant fremskriving av behovene.

Forskningsinteressen fra privat sektor bør også dokumenteres før den blir en viktig del av grunnlaget for ROKenes virksomhet.

Side 203:

«En forutsetning for å videreutvikle spesialist- / kompetansemiljøene er at disse får henvist tilstrekkelig antall pasienter.» «Så lenge allmenntannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten organiseres og finansieres av samme arbeidsgiver, kan kommunen styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene.»

Kommentar: Fakultetet viser her til § 1-2: «Loven gjelder tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen.» Som det fremgår andre steder i høringsnotatet innebærer dette primært behandling av personer med rettigheter etter loven, samt ca. 5 % av voksne betalende.

En slik «styring av bruken» som departementet her tar til orde for, har vært fullt mulig gjennom det eksisterende lovverket. Hvorvidt tannlegespesialistene inngår avtaler med fylker eller kommuner burde i så måte ikke utgjøre særlig forskjell, utover at antallet kommuner vil være betydelig større. Spesialisttannhelsetjenestene krever imidlertid et

tilstrekkelig pasientgrunnlag, og spørsmålet blir da om det er hensiktsmessig at tannlegespesialister skal inngå diverse avtaler med et større antall kommuner. Flertallet av oppgaver til spesialisttannlegene kommer ikke fra, og vil – gjennom bedret tannhelse i befolkningen – i stadig mindre grad komme fra, den fremtidig kommunale tannhelsetjenesten. Flertallet av tannlegespesialister vil stadig arbeide privat, med oppgaver henvist fra privat sektor (forutsatt at ikke det offentlige overtar flere oppgaver på betalende voksne pasienter).

Beskrivelsen i høringsnotatet fremstår ikke som realitetsorientert i forhold til gjeldende offentlig tannhelsefinansiering, samt de primæroppgavene som beskrives i de foreslåtte lovendringene. Dette er, av samme grunn, ikke en god argumentasjon for en kommunal forankring av de regionale kompetansesentrene.

Skal kommunen «styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene», må dette skje gjennom kommunale ansettelse. Historien har vist at dette i liten grad har skjedd i fylkene. Det er liten grunn til å anta at det vil skje i større grad i kommuner som, trass i regjeringens ønsker om kommunesammenslåing, vil være til dels betydelig mindre enn de fleste av dagens fylker.