



Nils Lunder, Bjørn Ellingsæter og Bjørn Horgen Ellingsen:

Tannhelsetjenester ... med blanke ark og fargestifter tel

Tannhelsetjenesten i Norge skal utredes – nok en gang. Seierstadutvalget arbeider ut fra et detaljert og omfattende mandat, men hensikten ser ut til å være «å snu alle steiner», som sekretær for utvalget, Svein Lundevall uttrykker det. De skal begynne med blanke ark og tegne en eller flere modeller av hvordan tannhelsetjenesten i Norge skal organiseres og finansieres. Selv den som begynner med blanke ark, har en historie og en arv å forholde seg til. Noen har «tegnet» før. Enkelte tegninger ble riktig bra, mens andre ble nesten bare kluss. Til den siste kategorien hører trygdefinansiering av tannhelsetjenester slik det praktiseres i dag. I den prosessen utvalget er inne i, er det viktig å sortere ut det som er bra og som har vist seg å fungere. Det som er mindre vellykket må hives over bord. Når sorteringen er gjennomført, må det gjøres nye grep for å tilpasse tannhelsetjenesten til det samfunnet vi har i dag.

Hensikten med denne artikkelen er å peke på hva som bør tas vare på og hva som må til av nye tiltak. Vi begynner med historien.

Historikk

Allerede i 1890-årene startet diskusjonen i de nordiske landene om nødvendigheten av at det offentlige satte inn tiltak for å forebygge og motvirke tannsykdommer hos barn. Den første offentlige tannrøkt ble organisert da Oslo kommune i 1910 innførte gratis skoletannpleie. Tannhelseproblemene var store, og lærerne klaget over at elevenes tannpine ødela undervisningen.

Fra 1917 tok staten delansvar for finansieringen med vilkår om at tilbudet til skolebarna skulle være gratis. Det politiske spørsmålet var om tannbehandling skulle innlemmes i sykestrygden eller om det skulle leveres tjenester. Dette var en av de første større

interessante politiske diskusjoner om kontantytelser kontra tjenesteytelser som sosialpolitisk virkemiddel. Det var et spørsmål om penger eller tjenester, om marked kontra offentlig monopol. Resultatet ble en offentlig tannhelsetjeneste med tjenesteyting som sosialpolitisk virkemiddel.

Etter 30 år var tilbudet ut over landet ujevnt fordelt. En fjerdedel av barna hadde fortsatt ikke noe tilbud. Kommunenes evne og vilje til å finansiere og organisere skoletannpleie for barna varierte sterkt. Imidlertid var ikke problemet bare begrenset til skolebarna. De private tannlegene hadde stort sett slått seg til i byene. I distriktsnorge var det heller ikke tilfredsstillende tilbud til voksenbefolkningen. Dette problemet så staten som sin oppgave å gjøre noe med. Lov om folketannrøkt ble vedtatt i 1949. Viktige endringer ble vedtatt, de offentlige tannlegene skulle fordeles nasjonalt etter en landsplan. Staten tok ansvar for en mer likeverdig fordeling av offentlige tannleger. Fylkeskommunene erstattet primærkommunene som driftsansvarlig forvaltningsnivå. Adgang til offentlig tannhelsetjeneste skulle ikke lenger være avhengig av at folk bodde i rike, store og sentrale kommuner. Staten bestemte når, og hvor fort utbyggingen skulle skje i de enkelte fylker. Det var staten som styrte organiseringen og utbyggingen av folketannrøkta.

Mangel på tannleger truet med å lamme gjennomføringen av folketannrøkta. Da organiserte staten ekstraordinær utdanning av tannleger både her i landet og i utlandet. I tillegg påtok staten seg den politiske belastningen med å innføre sivil tjenesteplikt fra 1955 til 1973. Omtrent 2000 nye tannleger ble beordret til tjeneste i offentlige stillinger som ikke hadde ordinære søkere.

Ny lov om tannhelsetjenesten ble vedtatt i 1983. Da ble også resten av

skoletannpleien integrert i den desentraliserte fylkeskommunale helsetjenesten. Fylkeskommunene fikk ansvaret for hele den offentlige tannhelsetjenesten, og nye grupper fikk tilbud. Særtrekket med loven er at den definerer hvem som skal få tilbud og at tilbudet skal være oppsøkende. Tjenesten har en aktiv rolle for å formidle tilbudet og sørge for at de som har rettigheter, får det.

Tannhelsetjenesten består av en offentlig lovforankret tannhelsetjeneste for barn og andre prioriterte grupper finansiert av det offentlige, og av en markedsbasert modell for voksne der finansieringen i hovedsak baseres på egenbetaling.

Privat praksis

For privat praksis gjelder tilbud og etterspørsel, ingen regulering eller etableringsbestemmelser og fri prisfastsettelse. Samtidig er utdanningskapasiteten og tilgangen på tannleger sterkt regulert. Det er markedet som rår i den ene enden, mens tilgangen av tannleger er underlagt sterk regulering. I en tid med god privatøkonomi og høy etterspørsel etter tjenester, skaper en slik modell en skjevfordeling av tjenestetilbudet.

Da det offentlige i 1984 fikk ansvar for grupper av pasienter som ikke hadde vært særlig attraktive i privat praksis, innebar det en større mulighet for de private til «å skumme fløten» i markedet. Det er også verdt å merke seg at pasientrekuttering i privat praksis er på individnivå. Private tannleger har ingen plikt til å ta hånd om alle i definerte grupper av befolkningen slik det er i det offentlige. Dermed kan private tannleger med god pasienttilgang tillate seg en viss grad av seleksjon av «gode» pasienter.

Fram til 1995 var det veiledende tariff for tannbehandling. Denne ble årlig fastsatt etter forhandlinger mel-

lom NTF og staten. Da tariffen ble avvirket i 1995, sto den enkelte tannlege fritt i sin honorarberegning. Det førte til en betydelig honorarøkning i de følgende årene. Det økonomiske gapet mellom private og offentlige tannleger ble større, og det ble mulig for privat-tannleger å greie seg godt i de mest sentrale strøkene av landet, selv med en begrenset pasientportefølje. Konsekvensen, slik det ser ut i dag, er stor tannlegetetthet rundt og i de store byene der befolkningen også har størst kjøpekraft, og en tilsvarende mangel på private tannleger i distriktene. I flere utkantstrøk, også i byene, må det være lov å si at situasjonen virker desperat for voksne pasienter som ikke har fast tannlege.

Privat versus offentlig tannhelsetjeneste

I motsetning til det private tannlegetilbudet som er basert på fri etablering, er det offentlige tannlegetilbudet regulert gjennom faste stillinger og ulike tiltak for å ha disse besatt. Til tross for en vanskelig rekrutteringssituasjon de siste 10–15 årene, har Den offentlige tannhelsetjenesten i langt større grad enn den private lyktes med å opprettholde en akseptabel fordeling av tannleger rundt om i landet. Det skyldes iherdig innsats fra det offentlige. I forhold til privatmarkedet har det så langt ikke vært gjort noe i den retning. Nettopp her ligger hovedutfordringen for Seierstadutvalget: å finne egnede virkemidler for 1) å sikre en bedre fordeling av private tannleger og 2) å lette bemanningssituasjonen i offentlig tannhelsetjeneste.

For å få dette til, tror vi det er nødvendig å bruke så vel pisk som gulrot. Det mildeste, og enkleste tvangstiltaket er å gjeninnføre veiledende tariff eller helst maksimalpriser på tannlegetjenester. Et mer kontroversielt tiltak er å gjennomføre etableringsstyring av private tannlegepraksiser. Det kan høres ut som et gufs fra fortiden, men vi vil minne om at Sverige hadde det så sent som i 1998.

Alle positive virkemidler må baseres på økonomiske stimuleringsiltak, helst med friske penger. Det ligger utenfor rammen av denne artikkelen å drøfte slike virkemidler i detalj. Vi vil bare peke på noen muligheter. Det kan være faste drifttilskudd til private praksiser i områder der en ønsker etablering, og

et merkbart lønnsløft for offentlige tannleger. Vi har liten tro på å styre etableringer gjennom trygdefusjons-systemet. Dertil ligger det altfor lite penger i dette systemet. En fullstendig fasttannlegeordning, etter mønster fra legene, vil bli svært kostbar og oppfattes neppe av noen som et realistisk alternativ nå.

Litt om trygden

I Norge har en ubetydelig andel av utgiftene til tannbehandling i allmennpraksis vært trygdefinansiert. De senere årene er dette bildet endret noe, dels ved en økonomisk oppdatering av gammelt regelverk, dels ved at en rekke sjeldne medisinske tilstander kan gi grunnlag for trygdeutbetalinger og dels ved at behandling av sykdommen periodontitt og dens følgetilstander i større grad dekkes. Ulempen med denne utviklingen er at vi har endt opp med et lappverk av regler som er svært krevende å orientere seg i. For eksempel er det slik at ord som vi i dagligtalen oppfatter som noenlunde synonyme: «bidrag», «ytelse», «stønad» og «refusjon», i trygdespråket har fått helt spesifikke betydninger som i søkerprosedyrene absolutt må holdes fra hverandre. Når det i tillegg opereres med to sett med takster og fast pluss variabel egenandel for samme behandling, blir forvirringen stor. Kort sagt; det er et komplisert regelverk og kompliserte søkeprosedyrer. Konsekvensen av det er uten tvil, slik vi ser det, at mange pasienter ikke får det de har krav på. Det framgår bl.a. av den beskjedne utbetalingen for 2004 fra budsjettposten som skal dekke utgifter for egenandeltak to.

Dersom det skal satses på trygdefinansiering av tannhelsetjenester i dagens omfang eller i større omfang, er det nødvendig, ikke bare med en opprydding i regelverket, men et helt nytt og mer enhetlig regelverk.

Lov om sosiale tjenester

Sosialkontorene i kommunene gir økonomisk stønad til tannbehandling med hjemmel i denne loven. Etter vår erfaring har loven realistiske intensjoner og ser ut til å fungere bra. Søkerprosedyrene er lite byråkratiske. Formelt er det klientene selv som søker etter overslag fra tannlege. Sosialkontorene forelegger søknadene for faglig vurdering til en tannlege de har samarbeid med. Denne funksjonen bør formaliseres og

systematisk ivaretas av Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er også et tydelig behov for realistiske honorarrammer ved vurdering av søknadene.

Hvorfor trenger vi en offentlig tannhelsetjeneste og hva bør den i så fall omfatte?

Vi er langt fra uhildet i dette spørsmålet, men det er vår oppriktige mening at mange av de oppgavene Den offentlige tannhelsetjenesten har i dag, løses på en god måte. Det gjelder det oppsøkende tilbudet til prioriterte grupper som er enkle å definere. I dag er det 0–18-åringer, 19- og 20-åringer, psykisk utviklingshemmede og langtidssyke i institusjoner. Det har vist seg langt vanskeligere å gi et godt behandlingstilbud til pasienter i hjemmesykepleien. På landsbasis er bare om lag 40 % av gruppen under tilsyn av offentlig tannpleie. Det skyldes trolig flere forhold. Noen ønsker å fortsette hos sin private tannlege, andre unnlater å prioritere tannlegebesøk når helsa svikter, og noen blir ikke fanget opp av tannhelsetjenesten bl.a. fordi omsorgstjenestene i mange kommuner omgir seg med et jernteppe av taushetsplikt. I tillegg kommer at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er betydelig endret siden tannhelsetjenesteloven ble utformet. Det er ikke alltid lett å finne gode kriterier for hvilke brukere av kommunale tjenester som kan regnes som hjemmesykepleiepasienter.

Når det gjelder 19- og 20-åringer, virker dagens ordning kunstig. Med en egenandel på 25 % går vinninga nesten opp i spinninga. Dessuten, 19-åringene går siste året på videregående skole, mens 20-åringene er ferdige med den og har ofte flyttet ut. Det går med andre ord et skille mellom 19 og 20 år. 19-åringene bør ha et fritt behandlingstilbud og 20-åringene bør betraktes som voksne.

Fordi en av Den offentlige tannhelsetjenestens styrker ligger i nettopp det å gi et oppsøkende behandlingstilbud til *a l l e* i en definert gruppe, bør dette i utgangspunktet videreføres for følgende grupper:

- 0–19-åringer
- Psykisk utviklingshemmede (over 19 år)
- Langtidssyke i institusjoner
- Brukere av kommunale tjenester etter klare kriterier

- En annen sterk side har vært og er å gi befolkningen i mer gravgrendte strøk en akseptabel tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Alt etter hvor i landet en befinner seg, må Den offentlige tannhelsetjenesten ha en varierende andel voksne pasienter som betaler for seg. I tillegg kommer andre særskilte grupper som blir omtalt under.

Det er vår oppfatning at Den offentlige tannhelsetjenesten også skal ha noen oppgaver av mer forvaltningsmessig og pedagogisk art. Naturlige oppgaver kan være:

- Det forebyggende og tannhelsefremmende arbeidet for hele befolkningen. Dette er sentrale oppgaver også for tannhelsetjenesten som en del av den totale helsetjenesten. Men da er det nødvendig å være enige om en del prinsipper. Hvilke helseproblemer skal og kan forebygges? Skal det velges strategier for å redusere gjennomsnitt eller redusere ulikheter? Befolkningen skal få nok kunnskap til å kunne ta vare på egen tannhelse. Da trengs både kunnskap, strategier og samarbeid. Tannhelsepersonellet må samarbeide med alle relevante aktører både i og utenfor helsetjenesten. Det trengs en offentlig organisert tannhelsetjeneste som har et visst ansvar for og kunnskap om dette, både i forhold til populasjoner (grupper) og enkeltindivider.
- Å forvalte et system for overvåkning av tannhelsetilstanden i hele befolkningen.
- Samarbeid med utdanningsinstitusjonene om grunnutdanning for tannleger og tannpleiere. Dette samarbeidet må være reelt, dvs. at tannhelsetjenesten også inviteres med på å utvikle studieplaner og lignende. Tannhelsetjenestens aktivum i dette samarbeidet er en stab av erfarne tannleger og en stor tilgang til pasienter. Som ledd i grunnutdanningen har studentene praksis i offentlig tannhelsetjeneste. Her er mangfold i pasienter og oppgaver, her er langsiktige opplegg med kontinuitet i praksisperiodene. Et nært og systematisk samarbeid mellom den utøvende tjenesten og utdanningsinstitusjonene må utvikles. Dette krever en offentlig organisert tjeneste for å sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse over hele landet.

- Å opprette kompetansesentra med spesialisttjenester som også kan være baser for spesialistutdanning og etterutdanning. Modeller for spesialistutdanning utenfor universitetene er nødvendig, bl.a. fordi det er stort behov for bedre fordeling av spesialister. Desentralisert rekruttering og utdanning må gjennomføres. En konsekvens vil være en bedre og mer kontinuerlig faglig utvikling i den utøvende tjenesten.
- Organisering av tannlegevakt bør også være en offentlig oppgave, forutsatt at det offentlige får virkemidler til å gjennomføre vaktordninger. I dag har det offentlige ingen lov-hjemmel for å pålegge tannlegevakt. Helsepersonelloven hjemler for en forskrift på dette område og den bør komme.

Hvem må samfunnet «få tak i»?

I forbindelse med Seierstadutvalgets arbeid har det fra enkelte hold kommet tanker om et system for å følge opp ungdom etter at de er ferdige i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er vi uenige i. Ungdom i 20-års alderen er voksne og må forventes å kunne ta ansvar for egen tannhelse. Dessuten tilsier erfaring at de aller fleste har lite tannhelseproblemer i denne livsfasen.

Derimot er det andre grupper som sårt trenger oppfølging. Det gjelder først og fremst eldre som pga. sykdom etter hvert kan miste evne og initiativ til å følge opp tannhelsen. Selv om dette er et mindretall av de eldre, er det viktig at de aldri mister kontakten med sin tannlege. Det er i perioden fra de blir borte fra regelmessige tannlegebesøk til de fanges opp av Den offentlige tannhelsetjenesten, at det største forfallet i tannhelse finner sted. Fra enkelte hold har det vært antydning at alle i ett årskull, f.eks. 65-åringene, innkalles til tannhelsesjekk. Dette virker kunstig. Det vil medføre mye administrativt arbeid, det har betenkelige etiske sider og sist, men ikke minst, hvem skal ha ansvar for oppfølging og behandling? Vi har tidligere pekt på sterke økonomiske argumenter mot en fasttannlegeordning for alle. Imidlertid mener vi at en form for fasttannlegeordning kan være på sin plass for denne pasientgruppen. Vårt forslag er kort og godt fasttannlege for alle fra 70-årsalder. Den tannlegen folk velger, gjerne den

de har brukt tidligere, får så ansvaret for å gi pasientene et oppsøkende tilbud inntil de eventuelt kommer på institusjon. Det offentlige betaler et årlig beløp per capita for at tannlegen pålegges dette ansvaret.

En annen gruppe som må følges opp, er rusmiddelmissbrukere. Ofte er behandlingsbehovet betydelig, men i misbruksfasen er deres muligheter for å få tannbehandling begrensede og de er neppe i stand til å følge et behandlingsopplegg. Det er nødvendig å komme rusmisbrukerne i møte på deres egne premisser. Det er gjort, som et forsøksprosjekt, i Hordaland. Der er det etablert et såkalt lavterskeltilbud for denne gruppen. Tilbudet er akuttbehandling uten timebestilling på egen klinikk som er åpen et par timer hver dag, og pasientene blir mottatt uansett hvilken tilstand de er i. Dette er etter vår mening en realistisk og ressursmessig fornuftig tilnærming.

Når tidligere misbrukere etter hvert kommer i gang med rehabilitering, er tiden inne for mer systematisk tannbehandling. Slik er det til dels også i dag, Finansiering av denne behandlingen fungerer godt i mange kommuner. Behandlingen dekkes av kommunenes sosialtjeneste etter lov om sosiale tjenester. Utfordringen ligger i å etablere godt samarbeid med behandlende tannleger. Vi tror at et slikt samarbeid må formaliseres. Det kan skje ved at de som er ansvarlige for rehabiliteringen også gis et ansvar for at klientene skal få ivarett sin tannhelse. Tannleger, enten de er private eller offentlige, må, gjennom regelverket, pålegges plikt til å delta i dette samarbeidet. Vi ser altså for oss faste avtaler mellom rehabiliteringsinstitusjonene og en eller flere tannleger. Avtalene må være støttet av lov og forskrift.

Denne modellen med forpliktende avtaler mellom ulike deler av (det offentlige) hjelpeapparatet og faste tannleger, kan brukes i mange sammenhenger. Omsorgstjenesten eller institusjonene skal ha ansvaret for å følge opp pasientene/klientene. Det innebærer at de også har ansvar for å sørge for at pasientene får tilgang til lovfestede rettigheter til tannhelsetjenester. Offentlige og private tannlegers ansvar og oppgave skal være å stå til disposisjon for disse pasientgruppene. Ansvarsforholdene må tydeliggjøres gjennom regelverk.

Etter vår oppfatning kan modellen brukes til å sørge for tannbehandling for asylsøkere, innvandrere, flyktninger og pasienter i psykiatrien, enten i institusjoner eller knyttet til det kommunale hjelpeapparatet. Når det gjelder finansiering av behandlingen, bør det være egne regler for asylsøkere, som i dag. Innvandrere og flyktninger med innvilget opphold kan få utgiftene dekket etter lov om sosiale tjenester. De kommer bare under ordningen i den grad de understøttes av sosialtjenesten. For psykiatriske pasienter må trygden dekke det vesentligste av kostnadene. Psykiatriske pasienter har, uavhengig av munntørrethet og andre spesifikke sykdomsdisponerende forhold, pga. sin psykiske tilstand, vondt for å ta vare på seg selv og sin egen tannhelse. For dem bør det være slik at trygdefinansiering blir utløst av diagnosen, ikke som i dag, etter såkalt vurdering av konsekvenser av sykdom. Selv om vi tidligere har tatt til orde for en fasttannlegeordning for de over 70 år, ser vi muligheten for

å bruke modellen også i forhold til de pasientgrupper som får hjelp fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Konklusjon

I dag kjenner en igjen hovedtrekkene fra den politiske diskusjonen tidlig på 1900 tallet: Hvilke sosialpolitiske virkemidler skal samfunnet satse på? Vi mener at i forhold til tannhelse har tjenesteyting vist seg å være et effektivt og rimelig virkemiddel. Det siste bygger vi på erfaring her i landet, men ikke minst på sammenlikning med andre land som Sverige, Nederland og England, der trygdefinansiering har hatt en større plass i tannhelsetjenesten. Den har alltid blitt langt mer kostbar enn forutsatt. Offentlig tjenesteyting er den riktige veien å gå.

Imidlertid er utfordringene vi nå står foran så store at Den offentlige tannhelsetjenesten alene ikke kan løse dem. Det trengs en bedre fordeling av private tannleger rundt om i landet. Dessuten

må private tannleger ta på seg et større ansvar for de pasientgruppene samfunnet ønsker å nå. For å få det til, er det nødvendig med endringer i regelverket, f.eks. en ny forskrift om tannlegers samfunnsmessige plikter. Forskriften kan hjemles i helsepersonelloven og bør utformes slik at den regulerer tannlegers plikt til å delta i vaktordninger og ansvar for å følge opp og behandle grupper av pasienter med spesielle tannhelsemessige utfordringer. Vi ønsker de private tannlegene velkomne til et samarbeid om en mer samfunns-gagnlig tannhelsetjeneste.

*Nils Lunder er overtannlege og
Bjørn Ellingsæter er fylkestannlege
i Oppland
Bjørn Horgen Ellingsen er tannlegesjef
i Oslo*