

Vedrørende «Får pasientene den behandlingen de trenger?»

Vår president Gunnar Lyngstad siterer i Tidende 2010 nr. 3, vedtaket fra representantskapet i november 2009: NTFs nye policy-dokument som klart definerer oppgavene mellom offentlig og privat tannhelestjeneste. Dagens struktur har vært vellykket og bør opprettholdes, sies det. Denne politikken støttes også av Stortingsmelding Nr. 35. Sammen skal vi løse samfunnets oppgaver.

Fylkestannlege Tove Broback og fagsjef i Tannhelsedistrikt Sør, Lars Inge Byrkjeflot, svarer i samme nummer av Tidende ryddig og utfyllende på innlegg nr.2 fra tannlege Per Hamre. Jeg tillater meg allikevel å kommentere spørsmålet fra min synsvinkel og egen erfaring. Som offentlig ansatt tannlege har jeg i snart fire år behandlet utelukkende en av de nye gruppene som faktisk fra 2006 fikk rett til vederlagsfri tannbehandling, nemlig dem med såkalt Kapittel 4-vedtak hjemlet på Lov om sosiale tjenester. I tillegg ville det seg slik at også gruppen med LAR-tjenester skulle falle inn under utvidet tilbud av tannhelse-tjenester til rusmiddelmissbrukere. Eksisterende gruppe C1-(Rus) inngår dessuten også i vår praksis. I den anledning har det for mitt vedkommende vært nødvendig å støtte meg til Kriterier for nødvendig tannbehandling av 1999 når terapiforslag skal utformes med brukerens autonomi ivarettatt. Dette har ikke alltid vært like lett, og jeg må innrømme at erfaring gjennom fire år nå har gitt meg en større trygghet i å foreta disse faglige vurderingene hvor prognose så absolutt skal spille en sentral rolle. Når vi i mitt fylke har valgt en modell med to tannleger «øremerket» gruppen sier det seg selv at en viss spisskompetanse bygges. Denne modellen er vi nesten alene om etter hva jeg har forstått. Andre fylker har valgt å bestille denne tjenesten gjennom private utbydere.

Dette også i tråd med Stortingsmelding Nr.35.

Målsettingen med tannhelse-tjenester vil kunne være «å gi rett hjelp til rett tid» slik at menneskene vi er satt til å tjene får «beholde tenner hele livet». For majoriteten vil dette kunne gjelde, men erfaring viser også noe annet. Behovene varierer. Som nevnt i Svar på innlegg til tannlege Per Hamre slås det fast at «størrelsen på det økonomiske bidraget fastsettes av den enkelte kommune og ikke av rådgivende tannlege». Satt på spissen kan en si at tilfeldigheter og bostedsadresse avgjør når og i hvilken grad en rusavhengig uten kapittel 4-vedtak får et tannhelsetilbud med forsvarlighetsgaranti. Kommuneøkonomi er som vi alle kjenner til nå også avhengig av forvaltningsinnsikt. Dessuten fastslår Kommunehelsetjenesteloven at «Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i en kommune (Fylkeskommunen inkludert) har krav på nødvendig helsehjelp». Det er meg fortalt at de som fremforhandlet loven i sin tid, mente at «nødvendig helsehjelp» skulle være både nødvendig, forsvarlig og verdig. Regjeringens foreslåtte endring av § 2-1 av samme lov i fjor, lyder: «Enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker» Formuleringen er imidlertid juridisk uforpliktende og kan lett bli sett på som valgkamputspill, slik vi ser det hvert annet år.

Men for å komme til saken: Mange er vi som ser frem til at nye retningslinjer fra Helsedirektoratet skal komme. Disse kan neppe oppfylle ønsket om likeverdig behandling for brukere i forskjellige kommuner, men vil klart kunne bidra til kalibrering. Det vil kanskje medføre mindre skjønnsmessig vurdering omkring terapiforslag fra faglige ledere som jeg

vet gjør sitt beste og dermed flere fornøyde brukere. For brukerne av våre tjenester er det på høy tid å oppnå konsensus for hva nødvendig og forsvarlig tannbehandling skal omfatte. Godt dokumentert faglig argumentasjon skal kunne føre til andre behandlingsvalg enn det generelle kriterier gir føring for. Slik må det også være.

Omleggingen av refusjons- og takstsystemet i 2009 synliggjør behovet for livslang nødvendig oppfølging av lidelser i munnhulen. Ressursbruket for å gjennomføre denne omleggingen understreker den politiske forståelsen for behovene. Når det derimot gjelder behov knyttet til pasienter i såkalte «nye grupper», vet vi at de vil kunne være spesielle. Helsedirektoratet har nevnt «særskilte tiltak» for om mulig i større grad kunne forebygge slike spesielle behov men uten at retningslinjer gis. Svaret jeg mottok var at det var det opp til hvert enkelt fylke å gjennomføre. Kompleksiteten i diagnoser og problemstillinger rundt ruspasienten setter krav til samfunnet om enda større samhandling for å kunne legge til rette for nødvendig tannbehandling med rimelig god prognose. Da ser jeg for meg en styrket interdisiplinær samhandling hvor odontologien blir delaktig i «skreddersømmen». Individuell plan er ment å ivareta. Innenfor medisinen er denne et redskap for å kunne ivareta den enkeltes behov og ressurser. At den er en rettighet er et resultat av en erkjennelse om at enkelte brukere av helse- og sosialtjenester trenger en samordning av tjenester. Her bør også odontologiske behov ses og tas hensyn til. På denne måten også sørge for at pasientene får den tannbehandlingen de trenger med verdighetskrav ivarettatt.

Jan Ingve Helvig

E-post: jan.ingve.helvig@lyse.net