

Om prioriteringer i helsevesenet som tannhelsetjenesten er en del av:

## Det viktigste først

I april 2017 nedsatte regjeringen et utvalg der også tannhelsetjenesten er representert. Utvalget skal se på hvordan vi best kan prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1).

**M**ed dette tvinger det seg frem en bevisstgjøring rundt tannhelsetjenestens rolle i den samlede helsetjenesten. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over det nasjonale prioriteringsarbeidet som også tannhelsetjenesten må forholde seg til. Helsetjenester er organisert ulikt i forskjellige land, noe som kan innebære nasjonale forskjeller av betydning for prioriteringsarbeidet. I det følgende er det derfor lagt vekt på eksempler fra Norge.

### Innledning

Å velge noe fremfor noe annet skjer i alles liv hver dag. Det kan i de enkle tilfellene dreie seg om preferanser av de mer trivielle slag, men dreier seg ofte om at noe må velges bort til fordel for noe annet, når økonomien ikke tillater begge deler. Når dette løftes ut av privatøkonomien, og budsjettene øker til hundremillionersklassen, må det stadig gjøres valg. Når disse valgene ikke bygges på privat økonomi som «kjennes på kroppen», men på samfunnets totale ressurser, kan konsekvensene oppstå fjernere fra beslutningstakeren og resultatene bli dårligere i det lange løp (2).

Helsevesenet er en smeltedigel av spisskompetente aktører som, hver for seg, kan ha ideelle målsettinger for pasientene. De overordnede resultatene kan imidlertid bli skadelidende hvis enhver metode eller medisin som isolert sett viser positive resultater, skulle komme til erstatning for gjeldende tilbud – uten en helhetlig vurdering (2). Tannhelsefeltet disponerer begrensede

ressurser og glimrer med sitt fravær i de fleste utredninger som er gjort om prioriteringer i helsetjenesten. Tannhelsetjenesten leverer imidlertid primærhelsetjenester der de svakest stilte pasientene ofte har sammensatte behov. Tiltak vil ofte være nødvendige fra flere helse- og omsorgstjenester i tillegg til andre deler av kommunenes tjenesteapparat, for å gi disse pasientene et vel fungerende tilbud. I et slikt bilde må også tannhelsetjenesten akseptere at tilgjengelig økonomi brukes på en helhetlig og forsvarlig måte.

I det følgende gjennomgås sentrale temaer i arbeidet med prioritering i helsetjenesten. Flere utvalg har beskrevet mål og virkemidler uten at tannhelse i særlig grad er trukket inn. Ikke desto mindre må lederne i tannhelsetjenesten, som blant annet finansieres gjennom offentlige budsjetter, kontinuerlig gjøre vurderinger i tråd med føringene fra nasjonale helsemyndigheter.

### Lønning-utvalgene

Prioritering i helsesektoren ble for alvor en del av den politiske dagsorden i 1985. Regjeringen satte det året ned det første offentlige utvalget på området, ledet av professor Inge Lønning. Utvalget skulle «belyse prosessene som ligger bak prioriteringene, samt vurdere og foreslå ulike kriterier og retningslinjer som kan legges til grunn når man foretar prioriteringer». Videre het det at «utvalgets arbeid skal ha som siktemål å utarbeide retningslinjer for prioriteringer innenfor helsevesenet. Retningslinjene må utformes slik at de kan brukes av helseadministratorer, lokale helsepolitikere og andre interesserte».

Utvalget avga sin innstilling «Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste» 30. juni 1987. Prioriterings-systemet, først og fremst beregnet på beslutningstakere på politisk og administrativt nivå, skulle ha fem prioriteringsnivåer i prioritert rekkefølge:

1. Tiltak som er nødvendige i den forstand at det har umiddelbart livstruende konsekvenser for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet, dersom de ikke iverksettes umiddelbart;

2. Tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet;

3. Tiltak med dokumentert nytteeffekt, hvor konsekvensene av svikt er klart uønskede, men uten å være så alvorlige som under første og andre prioritet;

4. Etterspurte tiltak med antatt helse- og livskvalitetsfremmende effekt, der skadevirkningene ved svikt er klart mindre tungtveiende enn ved svikt i tiltak av høyere prioritet;

5. Helsetjenester som er etterspurt, men som hverken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi (også omtalt som null prioritet).

I innstillingen ble de fem kategoriene oppfattet å representere en rangering ut fra tilstandens alvorlighetsgrad. Man ser også antydningen til et kommende kriterium, nemlig tiltakets effekt. I tillegg pekes det på at nytteeffekten bør være dokumentert.

Et nytt prioriteringsutvalg ble opprettet i 1996, også det ledet av professor Inge Lønning. Lønning II-utvalget hadde i mandatet i oppgave å «utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet som en videreføring av prioriteringsutvalgets innstilling, NOU nr. 23 1987». I tillegg ble utvalget bedt om å drøfte hvordan høyteknologisk medisin kan avveies mot billigere og mindre avansert medisin. «Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste» (NOU 1997: 18) ble avgitt 15. mai 1997. Hovedkonklusjonen var at for grunnleggende helsetjenester (prio-

riteringsgruppe 1) måtte følgende tre kriterier «som alle er relevante i en prioriteringssammenheng» være oppfylt: *tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet*. Utvalget pekte videre på mulige analyserevisjoner for bedre prioritering (metodevurdering) og foreslo opprettelsen av et samordnende permanent prioriteringsutvalg. Utvalget anbefalte videre etablering av representative faggrupper som skulle gi anbefalinger om prioriteringer innenfor sine respektive felt, samt klarlegge hva som skulle legges i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike grupper.

Parallelt med arbeidet i Lønning II gjennomgikk et annet utvalg, ledet av professor Jan Grund, «dagens ordning med offentlig refusjon til legemidler som forskrives på blå resept». I NOU 1997 nr. 7: 9, kapittel 5, viser dette utvalget til arbeidet i Lønning II og sier: «de tre prioriteringskriteriene som er viktige, og som også kan brukes på legemiddeldområdet, er kravet om tilstandens alvorlighet, legemiddelets effekt og legemiddelets kostnadseffektivitet. I tillegg er intensjonen med behandling viktig når en skal dimensjonere tiltakene» (3).

I desember 1999 la Sosial- og helsedepartementet frem stortingsmeldingen «Om verdier for den norske helsetenesta» (St. meld. Nr. 26 1999–2000). I denne, som baserte seg blant annet på NOU 1997: 18 (Lønning II), ønsket regjeringen å drøfte «sentrale verdispørsmål knyttet til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetenesta i tida framover» (4). Departementet tok også til orde for å opprette et nasjonalt rådgivende organ i prioriteringss spørsmål og begrunner det med at det er behov for et slikt organ for å gi råd «om prioritering av ulike tenester i høve til kvarandre». Stortinget støttet dette og i 2001 så Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten dagens lys. Det er senere også blitt opprettet nasjonale faggrupper og 32 prioriteringsveiledere er produsert.

### Norheim-utvalget

Det siste prioriteringsutvalget, ledet av professor Ole Frithjof Norheim, overleverte 12. november 2014 sin utredning «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» NOU 2014: 12 (2). Utvalget bygger denne på de foregående utredningene og hadde som mandat

å gjennomgå *prinsipper for prioritering, kriterier for prioritering, virkemidler for prioritering og prosess for brukervedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering*.

Årene hadde gått, og i mandatet ble flere presiseringer med relevans fra hverdagserfaring trukket inn. Eksempelvis skulle utvalget vurdere hvordan *alvorlighetskriteriet* fra Lønning II kan anvendes på en systematisk og konsistent måte. Utvalget ble videre bedt om å diskutere forskjellige forhold knyttet til *nyttebegrepet*. Eksempler på dette: En nedre grense for når *nyttebegrepet* kan sies å være oppfylt, *nyttebegrepet* skulle sees i forbindelse med livsforlengende behandling og hvorvidt helsetjenesten vurderer *nyttebegrepet* annerledes enn pasientene. Også spørsmål om hvordan kriteriet *kostnadseffektivitet* skal brukes, var del av mandatet.

De grunnleggende verdiene som utvalget gir sine råd på er: «Helsetjenesten skal bidra til å sikre flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt».

Utvalget slår fast at en rekke andre forhold knyttet til for eksempel oppvekst, arbeidsliv, lokalmiljø etc. er viktige med tanke på å oppnå flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt. Dette er, slik utvalget uttrykker det, målet for helsepolitikken og helsesektoren. Helsepolitikken skal fremme helse og forebygge sykdom.

Utvalget sier følgende: Prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper for god prioritering:

Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Prioriteringer bør følge av klare kriterier

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukervedvirkning

Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Hva gjelder kriterier, så introduseres tre nye:

*Helsegevinstkriteriet* erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette fremhever, etter utvalgets syn, helsegevinster i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinster kan være knyttet til redusert belastning for pårø-

rende og bedret arbeidsevne for pasienten.

*Ressurskriteriet* erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette, mener utvalget, fremstår som mindre teknisk. Sengeplasser, teknisk utstyr, transportmiddel så vel som egen tid og oppmerksomhet er viktige i denne sammenheng, og dekkes bedre gjennom nytt navn.

*Helsetapskriteriet* erstatter alvorlighetskriteriet. Selv om forventet levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er antallet forventede *gode leveår* om lag 67 år. De dårligst stilte, de med mest helsetap, og færre *gode leveår*, er tenkt bedre prioritert gjennom dette kriteriet.

Kriteriene er altså forskjellig formulert i utvalgsarbeidet fra 2014:

Lønning II: Alvorlighet – nytte/virkning – kostnadseffektivitet

Norheim: Helsegevinst – ressursbruk – helsetap

Utvalget mener videre at prioriteringskriteriene må innarbeides gjennom flere virkemidler. De må eksempelvis understøttes av lovverket, både i lov- og forskriftstekst. Dette innebærer at de innarbeides både i pasientrettighetslovverket, men også i lovverk som regulerer aktiviteten hos ansvarlige tilbydere av helse- og omsorgstjenester samt i helsepersonelloven. Også i legemiddellovverket bør kriteriene presiseres. Ledere innen helsetjenesten bør ha god utdanning i prioritering.

### Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Utvalget ønsker å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det bør derfor gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning. De overordnede prioriteringskriteriene knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helsetap må ligge til grunn for arbeidet. Vurdering av eksisterende tiltak og av hvorvidt noen av disse kan nedskaleres for å friggi ressurser til viktigere tiltak, bør være del av mandatet. Videre bør rådets mandat inkludere vurdering av: Om det utvikler seg uakseptable forskjeller i tjenestetilbud og egenbetaling på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper; spørsmål om hvilke nasjonale retningslinjer som bør utformes og innholdet

i disse; spørsmål knyttet til utforming av prioriteringsveiledere for utvalgte områder; spørsmål om prioritering av forebyggende tiltak, inkludert individ- og befolkningsrettede tiltak. Det nye rådet bør på samme måte som dagens råd arbeide slik at anbefalinger fattes åpent og gjennom prosesser som sikrer legitimitet og aksept i befolkningen.

Utvalget anbefaler at prioritering blir en del av pensum for helserelaterede utdanninger på alle nivåer.

### Overbehandling og overdiagnostikk

Overbehandling: Behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke.

Overdiagnostisering: Diagnostikk av en tilstand som ikke har gitt symptomer og som heller ikke kommer til å gi symptomer eller forkorte livet.

### Retningslinjer og veiledere

Nasjonale retningslinjer og veiledere er blant de viktigste virkemidlene vi har for systematisk å integrere verdier og mål for prioritering med oppdatert kunnskap og klare faglige anbefalinger. Alle faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør basere seg på informasjon om helsegevinst, ressursbruk og helsetap knyttet til de aktuelle tiltakene. En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2011 (15) slås det i § 12-5 fast at Helsedirektoratet nå er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere. Disse inneholder systematisk utviklede, faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. Grunnlaget for valg av tiltak og utvalgelse av pasienter blir med andre ord begrunnet ut fra medisinsk effekt og vitenskapelig dokumentasjon. Norheim-utvalget skriver: «Etter utvalgets vurdering har ikke det store potensialet for prioritering med støtte i faglige retningslinjer, både for fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten, vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet.» (2)

### Samfunnskontrakten

Velferdsstaten Norge omfordeler innsamlede goder (skatter og avgifter) i henhold til en samfunnskontrakt: Goder og byrder fordeles rettferdig. Alle borgere er sikret grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvilke egenskaper de er født med, sosial status, kjønn, seksuell orientering, etnisk tilhørighet, bosted eller personlig økonomi. Tjenestene finansieres gjennom skattesystemet etter den enkeltes betalingssevne; tjenestene fordeles etter den enkeltes behov. Dette skal gi forutsigbarhet og likebehandling, men forutsetter gode prioriteringer.

Helsetjenestens ressurser er alltid begrenset av budsjetter eller knapphet på personell. Hvis tjenesten ønsker å prioritere nye tilbud, må enten budsjettet økes, eller ressursene må omfordes fra et annet område innenfor helsetjenesten (2).

### Tannhelse

Norheim-utvalgets NOU 2014: 12 er på 188 sider. Tannhelse omtales over fem linjer (s. 49). Utredningen som ble ledet av professor Ole Frithjof Norheim, hadde særlig relevans for spesialisthelsetjenesten, legemidler og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten (5). En OECD-rapport fra 2016 viser at andelen som har behov for tannhelsetjenester i Norge, men som ikke får dem, i gjennomsnitt er på 3,3 prosent. Andelen av udekkede behov er på kun 0,5 prosent blant dem med god råd og 9,3 prosent blant dem med dårlig råd. Denne typen ulikhet – og en lang rekke andre spørsmål – skal det nyutnevnte utvalget se på. I mandatet heter det at formålet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – og innen tannhelse (5). Hvordan dette vil bli behandlet i utvalget er spennende, ikke minst med bakgrunn i at tannhelsetjenesten er forankret annerledes enn de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, med budsjett i fylkeskommunen, og dessuten fordi det meste av voksenbehandlingen er privat finansiert. I den grad det forekommer refusjoner, så er disse fra statlige budsjetter hjemlet i folketryktdoven. Det er med andre ord ikke helt åpenbart at ulikheter innen tannhelse hører inn i et utvalg som dette. På den annen side utvikles forskjellene i tannhelse lokalt, i pasientenes nærmiljø, og det er ikke

helt ubetydelige forskjeller i 18-åringenes tannhelse fylkene imellom.

Det kan innledningsvis være hensiktsmessig å sammenlikne allmenn-tannlegenes virksomhet med primærhelsetjenestens fastleger. I bunnen ligger *Det finansielle ansvarsprinsippet*, hvilket innebærer at den enhet eller aktør som avgjør ressursbruk, bør ta ansvaret for å betale for ressursbruken. For fastlegenes del innebærer dette en bevisstgjøring når de eksempelvis henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. De kan ikke bestemme hva sistnevnte foretar seg med pasientene, men de må oppleve et ansvar for ikke å henviser unødige. Fastlegene kan videre foreta en rekke mer eller mindre nødvendige undersøkelser og prøvetakinger. De kan også oppleve et press fra pasienter som ønsker spesielle resultater av undersøkelsene og/eller sykemeldinger. Internasjonalt, eksempelvis i Storbritannia, har man et finansieringssystem der allmennlegene har et finansielt ansvar ut over egen ressursbruk i form av det som kalles et utvidet praksisbudsjett. Fastlegeordningen skulle blant annet bidra til at pasienter ikke gikk fra lege til lege, med de uheldige konsekvenser dette kunne få for så vel pasientene som for samfunnet. Det er imidlertid også en mulig svakhet ved ordningen at leger som mottar per capita-tilskudd for listepasientene, ikke vil risikere å miste pasienter ved, i for liten grad, å imøtekomme pasientenes ønsker. *Portvokterrollen* er derfor en viktig side ved fastlegens virksomhet. Denne kan utfordres av arenaer som eksempelvis [www.legelisten.no](http://www.legelisten.no), der misfornøyde pasienter anonymt kan kritisere legens innsats.

Tannlegene i Norge er fordelt mellom offentlig ansatte (ca. 30 %) og privat praktiserende (ca. 70 %) som kan være praksiseiere, ansatte, leietakere eller kontraktører. Private tannlegepraksiser er gjennom de siste tjue årene blitt større, og det finnes etter hvert flere eksempler på kjededannelser. Tannlegespesialistene utgjør ca. 10 % av tannlegestanden, og arbeider stort sett privat. I tillegg er tannleger ansatt i staten ved utdanningsinstitusjonene og i forsvaret. Det utvikles regionale kompetansesentre i hver helseregion som tar sikte på å utdanne spesialister, tilby råd og spesialistbehandling samt drive såkalt praksisnær forskning. Finansieringen av tannhelsetjenester

skjer gjennom rammetilskudd til fylkene der Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har ansvar for å drive oppsøkende gratis behandling av barn og unge til og med 18 år, rabatterte behandling av 19- og 20-åringene, psykisk utviklingshemmede, gamle og syke med vedtak om hjemmesykepleie eller institusjonsplass samt enkelte grupper som fylkene selv definerer. Voksenbefolkningen betaler i hovedsak tannbehandling av egen lomme, men det finnes refusjoner fra Helfo som reguleres i forskrift og veileder knyttet til §§ 5–6 og 5–6a i folketrygdloven. Det knytter seg noe usikkerhet til den totale økonomien på tannhelsefeltet, men den samlede egenbetaling for tannhelsetjenester i 2016 er av SSB anslått til om lag 12,1 mrd. kroner (6). Dette inkluderer all egenbetaling i fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste. Fylkenes kostnader til DOT utgjorde om lag 2,66 milliard kroner, og refusjonene fra Helfo utgjorde 2,348 milliard kroner. Den totale kostnaden for tannhelsetiltak kan på dette grunnlag anslås til å ha vært ca. 17,1 milliard kroner i 2016, forsvaret ikke medregnet (6).

Tannlegenes *portvaktrolle* omtales i så vel helsepersonelloven (7) som i Tannlegeforeningens etiske regelverk (8). I helsepersonelloven heter det: «§ 6 Ressursbruk: Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.» I Tannlegeforeningens etiske regler heter det: «§ 9: Tannlegen skal hjelpe sine pasienter til å oppnå økonomiske rettigheter og ytelser som følge av lovgivning. Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomisk eller annen fordel.» Videre heter det i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (hjemlet i folketrygdloven): «§ 1..... Den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem har krav på stønad i medhold av folketrygdloven § 5–6 eller § 5–6a (9). Tannlegen/tannpleieren skal videre vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Tannlegen/tannpleieren må kunne dokumentere sine vurderinger, og pasientjournalen skal inneholde alle opplysninger som er relevante og nødven-

dige, jf. helsepersonelloven med tilhørende forskrifter.»

Når pasientene betaler for behandlingen står de fritt til å velge basert på et informert samtykke. Det påhviler imidlertid tannlegen å holde seg innenfor rammene av hva som er faglig forsvarlig behandling (10). Det er fri pris konkurranse på tannbehandling, men med økte priser vil pasienter som får statlig refusjon oppleve økte egenandeler. Dette bidrar i sin tur til økte sosiale forskjeller. Det er ikke forskningsbaserte holdepunkter i Norge for at redusert behandlingsbehov i befolkningen har ledet til overbehandling. Prisveksten har imidlertid vært nesten 100 % høyere på tannbehandling enn konsumprisveksten i tidsrommet 1995 til 2015. Økte egenandeler vil tilsvarende oppstå dersom stortingset ikke justerer refusjonstakstene i takt med konsumprisveksten, senker dem eller begrenser innholdet i refusjonsberettiget behandling. Det har vært eksempler i flere statsbudsjetter på at dette har skjedd samtidig som penger har vært flyttet fra denne posten i statsbudsjettet til en annen post (11). Det påhviler privat sektor å organisere seg klokt med tanke på fremtidens behov i befolkningen. Økte priser vil møtes av klokere organisering og mer kostnadseffektiv fordeling av oppgavene. Også statlige satsinger på tannhelsefeltet bør underlegges bedre kontroll og tydeligere krav til prioriteringer. Både kompetansesentrene rolle, etableringen av en ny spesialitet (12) og utarbeiding av faglig retningslinje for behandling av barn og unge (13), er eksempler på offentlig virksomhet som må bygge på grundige behovsanalyser. Når det offentlige gir refusjon for behandling kan det i forskrift eller rundskriv beskrives begrensninger eller føringer for hva som anses som tilstrekkelig innenfor det faglig forsvarlige. Videre kan DOT gi føringer overfor sitt ansatte tannhelsepersonell, om hva som anses som tilstrekkelig.

Dersom DOT skulle bli overført til kommunene, ville den komme i konkurranse med en rekke andre helse- og omsorgstjenester. Kommunene har for eksempel ansvar for helsestasjoner, skolehelsetjeneste, lavterskeltilbud innen psykiatri, hjemmetjenester, hjemmesykepleie og sykehjemstilbud til eldre og langtidssyke samt barnevern. Kommunepolitikere må i sine budsjetter prioritere mellom disse og

andre kommunale oppgaver, og det vil daglig måtte foretas prioriteringer innenfor de enkelte fagområdene (14). En fylkeskommunal tannhelsetjeneste benytter også offentlige midler, og må på samme måte innrettes med gode prioriteringer.

### Norheim-utvalgets overordnede kriterier og tannhelse

I et høringsnotat fra Helsedirektoratet i desember 2016, foreslår direktoratet en ny retningslinje for behandling av barn og unge 0–20 år. Denne inneholder konkrete anbefalinger (13). Hvordan passer disse inn i Norheim-utvalgets forslag til kriterier?

Helsegevinstkriteriet, Ressurskriteriet og Helsetapskriteriet forutsettes sett i sammenheng.

I følge helsegevinstkriteriet øker et tiltaks prioritet med forventet helsegevinst.

*Ressurskriteriet* tar hensyn til hvor mye ressurser som behøves for å gjennomføre ulike tiltak. Etter ressurskriteriet får et tiltak høyere prioritet desto mindre ressurser det er forventet å forbruke. Siden knappe ressurser alternativt kan anvendes på andre tiltak, er det bedre desto mindre ressurser tiltaket krever.

*Helsetapskriteriet* ser på hvor mange potensielt gode leveår som blir svekket av helsetapet. Dette er med andre ord vurdert i hele livsløpet.

### Barn og unge

Medisinsk effekt og grad av vitenskapelig dokumentasjon må sies å være viktige elementer i føringer fra helsemyndighetene. I forslaget til faglig retningslinje (13) bygger bare fem av 43 anbefalinger på høy vitenskapelig dokumentasjon. Det er ikke uvanlig at klinisk odontologi bygger på lav vitenskapelig gradering i et evidensbasert system. Dette skyldes flere forhold, ikke minst etiske begrensninger knyttet til forskningsmetoder. Effekten av fluorpenning to ganger årlig er best dokumentert hos kariesaktive pasienter. Å skulle prioritere slik behandling på alle «risikoflater», som i retningslinjen beskrives som nær sagt alle flater i premolar- molarområdet hos alle pasienter, kan da fremstå som en diskutabel ressursutnyttelse. Videre kan en anbefaling om å fissurforslegle samtlige molarer raskest mulig etter frembrudd, hos alle barn som ikke åpenbart er uten ri-



siko for å utvikle karies, fremstå som en underlig prioritering. Med henvisning til en undersøkelse i Troms, der 85 % av 16-åringene hevdes å ha karies som krever behandling, argumenteres det for omfattende nasjonale tiltak. Man kan også stille spørsmål ved ressursbruken når det stilles krav om at fem hele årskull (3, 5, 12, 15 og 18 år) skal kalles inn til kontroll. Dette stiller ikke bare krav til ressurser i DOT, men også til foresatte som må ta fri fra arbeid for å følge barna til sentraliserte klinikker i distrikts-Norge.

Knytter man *helsegevinstkriteriet* til dette, må man spørre hvilken helsegevinst en stor andel barn som forutsettes behandlet i større omfang enn tidligere, vil ha når SSBs statistikker for 2016 viser at 24 % av 18-åringene hadde DMFT = 0 og at gjennomsnittlig DMFT var 3,7. Man kan til og med spørre seg hvilket *helsetap* de 9,6 prosentene med DMFT høyere enn 9 vil lide, sett i relasjon til andre utfordringer. Tar man i tillegg i betraktning at barn og unge som starter livet med dårlig tannhelse, sannsynligvis har flere utfordringer på områder der andre helse- og sosialtjenester i kommunene konkurrerer med tannhelsetjenesten om ressurser, innebærer retningslinjen fra Helsedirektoratet problematiske føringer. Norheimutvalget påpeker at det er flere forhold og vurderinger som kan legges inn i kriteriene. Men; nær sagt uansett hvordan man snur og vender på det, så fremstår tannhelsen hos norsk ungdom som så god at prioritering overfor barn og unge må ta utgangspunkt i de med størst utfordringer. Deretter kreves en tverrfaglig vurdering for å prioritere mellom de tiltak kommunene rår over, som best kan bidra til tannhelse-/helsegevinst. Det faktum at det fortsatt er tannhelseforskjeller mellom og innen fylkene løses neppe gjennom generaliserende føringer i en nasjonal retningslinje.

### **Pleietrengende eldre**

Mange undersøkelser påpeker svikten de tannhelse hos pleietrengende eldre. Det eneste målet DOT, og dermed myndighetene, har for denne gruppen er andel under tilsyn/behandling. I mange fylker er denne andelen lav, og mye tyder på at større ressurser burde vært brukt på hyppig påvirkning av pleie- og omsorgspersonellet i den hensikt

å forsinke den daglige sykdomsutviklingen i tenner og tannkjøtt.

### **Folketrygden – og andre offentlige satsinger**

Det bør rettes et kontinuerlig søkelys mot ytelsene til tannbehandling fra Folketrygden. Er det sikkert at de som trenger det mest blir prioritert? Innretningen på refusjoner, slik som eksempelvis omfanget av kjeveortopedi, vil være naturlige temaer i en prioriteringssammenheng.

Videre er så vel bruken av offentlige midler til kvalitet i forskning som til sammensetning av fremtidens tannhelsepersonell, områder som trenger bedre styring og overordnede prioriteringer.

Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten hadde tannhelse på programmet i sitt møte 16. februar 2016 (16). Til møtet ønsket rådet følgende belyst:

- Prioriteres det riktig på tannhelsefeltet?

- I hvilken grad vet vi hvordan det står til med tannhelsen i den voksne befolkningen?

- I hvilken grad finnes sosial ulikhet i helse på tannhelseområdet?

I det endelige vedtaket heter det blant annet: «Rådet har i sin behandling av sak om tannhelse særlig drøftet prioriteringsutfordringene knyttet til sosial ulikhet, mangfold, praksis- og prisvariasjon, og anbefaler at disse områdene får oppmerksomhet i det videre arbeidet i forskningsinstitusjoner og hos myndighetene. En bredere utredning på tannhelseområdet bør vurderes». Videre heter det: «Rådet anbefaler at det foretas en gjennomgang av regelverket for offentlig refusjon av tannhelsebehandling, slik at de med størst behov får prioritet. Det bør også vurderes hvordan særlig utsatte grupper og eldre i bedre grad kan ivaretas innenfor Den offentlige tannhelsetjenesten». Fra diskusjonen i rådet hentes følgende: «Det ble stilt spørsmål ved om de finansierings- og refusjonsordningene man har i dag godt nok dekker identifiserte utsatte grupper. Det ble påpekt at man satt igjen med inntrykket av en relativt vel-fungerende modell men at finansieringsordningene bør innrettes mot å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse. For å få innsikt i effekten av kompetansesentra for tannhelse ble det foreslått at disse bør evalueres».

Så vel tannhelsepersonellet som ledende personell i landets helseadministrasjon har et ansvar for å bidra til at pressede ressurser brukes til nytte for befolkningen. Tiden da prosjekter ble startet uten et åpenbart mål og en åpenbar mening vil snart være over. Tilgjengelig økonomi må benyttes der den best sikrer etterspurte og ønskede resultater. Hele tannhelsetjenesten, privat som offentlig, har et ansvar for å bidra til dette.

*Carl Christian Blich*

*Universitetslektor, Det odontologiske fakultet, UiO*

### **Referanser**

1. Regjeringen.no
2. NOU 2014: 12
3. NOU 1997 nr. 7: 9
4. St. meld. Nr. 26 1999–2000
5. Dagens medisin 4. mai 2017; Ulikhetens mange ansikter – Ole Frithjof Norheim
6. SSB, Helseregnskap
7. Lov om helsepersonell
8. NTFs etiske regler
9. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom
10. Helsedirektoratet.no; God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling IS-1589
11. Klassekampen 30. mai 2016; Triksing med tannhelsen – kronikk av Carl Christian Blich
12. Dagens medisin 10. oktober 2016; Trenger vi enda en spesialitet? Carl Christian Blich
13. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år, del 1 (Helsedirektoratet.no)
14. Dagens medisin 15. mai 2017; Når selv robuste kommuner blir for små – kronikk av Carl Christian Blich
15. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
16. Prioritering.no, arkivnummer 15/00269